



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Enfermería

**Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de colecistectomía laparoscópica
en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora.**

**Trabajo de Integración Curricular
previo a la obtención del título en
Licenciada en Enfermería**

Autora:

Mayra Alejandra López Pizarro

Directora:

Lic. Denny Caridad Ayora Apolo. Mg. Sc

Loja-Ecuador

2023

Certificación

Loja, 07 de junio del 2023

Lic. Denny Caridad Ayora Apolo. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que tras la adecuada asesoría y riguroso monitoreo científico, se ha verificado que el Trabajo de Integración Curricular denominado: **Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora**, de la autoría de la estudiante **Mayra Alejandra López Pizarro**, con cédula de identidad Nro. **1150033429**, cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas establecidas para esta actividad académica.

En consecuencia, se confirma que dicho trabajo ha sido culminado y aprobado y se autoriza a continuar con el proceso de titulación.


Lic. Denny Caridad Ayora Apolo. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACION CURRICULAR

Autoría

Yo, **Mayra Alejandra López Pizarro** declaro ser la autora original del presente trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de este.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.



CI: 1150033429

Fecha: 08-06-2023

Correo institucional: mayra.a.lopez@unl.edu.ec

Teléfono: 0997723262

Carta de Autorización

Yo, **Mayra Alejandra López Pizarro** declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora**, como requisito para optar por el título de **Licenciada en Enfermería**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el repositorio institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los ocho días del mes de junio del año dos mil veintitrés.



Autora: Mayra Alejandra López Pizarro

CI: 1150033429

Dirección: Avenida Lateral de Paso Ángel Felicísimo Rojas y Condamine

Correo electrónico: mayra.a.lopez@unl.edu.ec

Teléfono: 0997723262

Datos Complementarios:

Directoría del Trabajo de Integración Curricular: Lic. Denny Caridad Ayora Apolo Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

- Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila Mg. Sc.
- Lic. Paul David Zula Riofrio Mg. Sc.
- Lic. Diana Margarita Gomez Salgado Mg. Sc.

Dedicatoria

Este logro se lo dedico a mi madre quien ahora es mi angelito del cielo, gracias por haberme apoyado incondicionalmente en mi sueño desde el primer instante en que decidí elegir esta profesión; a mi padre por esa motivación y apoyo constante, a mi familia porque siempre confiaron en mí y me enseñaron a ser perseverante en mis metas, este logro es para todos ustedes.

Mayra Alejandra López Pizarro

Agradecimiento

A mi directora Lic. Denny Ayora por todo el apoyo y enseñanzas brindadas

A la Universidad Nacional de Loja por forjándome siempre de sabiduría y valores

Al Hospital General Isidro Ayora de Loja por abrirme sus puertas para la realización del Trabajo de Integración Curricular.

Mayra Alejandra López Pizarro

Índice de Contenidos

Portada.....	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Índice de Contenidos.....	vii
Índice de tablas.....	ix
Índice de anexos	x
1. Título	1
2. Resumen.....	2
2.1 Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1 Vesícula Biliar.....	7
4.1.1 Morfofisiología	7
4.1.2 Fisiopatología	7
4.1.2.1 Colelitiasis	8
4.1.2.2 Colecistitis	9
4.1.3 Tratamiento Quirúrgico.....	10
4.1.3.1 Colecistectomía	10
4.1.3.2 <i>Complicaciones Post Colecistectomía Laparoscópica</i>	11
4.2 Guía	15
4.2.1 <i>Definición</i>	15
4.2.2 <i>Funcionalidad</i>	15

4.3 Modelo de Cuidados de Virginia Henderson	15
4.4 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	16
4.4.1 Valoración	17
4.4.2 Diagnóstico	17
4.4.3 Planificación	19
4.4.4 Ejecución	19
4.4.5 Evaluación	20
5. Metodología	21
6. Resultados	22
7. Discusión	24
8. Conclusiones	26
9. Recomendaciones	27
10. Bibliografía	28
11. Anexos	34

Índice de tablas

Tabla 1. Características Sociodemográficas 22

Tabla 2. Complicaciones postquirúrgicas 23

Índice de anexos

Anexo 1. Guía para la Atención de Pacientes Postquirúrgicos Colectomizados por Vía Laparoscópica Basada en el Proceso de Atención de Enfermería.....	34
Anexo 2. Pertinencia.....	35
Anexo 3. Designación de directora del Trabajo de Integración Curricular	36
Anexo 4. Autorización-Hospital General Isidro Ayora.....	37
Anexo 5. Certificación- Recolección de datos	38
Anexo 6. Certificado Traducción	39
Anexo 7. Ficha de recolección de datos	40

1. Título

Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora.

2. Resumen

La enfermedad biliar es la patología más frecuente que afecta al aparato digestivo, convirtiéndose en un importante problema de salud a nivel mundial. La colecistectomía laparoscópica es considerada como la técnica *Gold Estándar* en el tratamiento quirúrgico de las afecciones biliares, debido a las múltiples ventajas. Sin embargo, aunque sea un procedimiento seguro, no está exento de sufrir complicaciones. Por tal razón, se elaboró el presente trabajo investigativo con el objetivo de determinar las complicaciones postquirúrgicas en pacientes de colecistectomía laparoscópica durante el periodo agosto-octubre 2021, para la elaboración de una guía de atención de enfermería. Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo-cuantitativo y de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó una ficha de autoría propia; se trabajó con una muestra de 69 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión; la información se procesó en el programa estadístico SPSS presentando los resultados en tablas para un mejor análisis donde se evidenció que el 62,3% de los pacientes pertenecieron al sexo femenino; 52,2% fueron adultos, 40,6% poseen una instrucción secundaria y 89,9% residen en la zona urbana. En relación con las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes fueron con un 40,6% dolor, 11,6% infección de la herida quirúrgica y 8,7% seroma. Se concluye que las complicaciones postquirúrgicas siguen siendo un problema importante de salud. Por tal motivo, se elaboró una guía basada en el proceso de atención de enfermería incorporando las taxonomías Nanda, Noc y Nic por ser la metodología más apropiada para garantizar un cuidado humano integral brindando una atención de calidad para el usuario y personal que labora en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora.

Palabras Clave: enfermedad biliar, colelap, proceso atención de enfermería, laparoscopia, postquirúrgico.

2.1 Abstract

Biliary disease is the most common pathology affecting the digestive tract, becoming a major health problem worldwide. Laparoscopic cholecystectomy is considered the Gold Standard technique in the surgical treatment of biliary disorders, due to its many advantages. However, although it is a safe procedure, it is not exempt from complications. For this reason, this research study was carried out with the aim of determining post-surgical complications in laparoscopic cholecystectomy patients during the period August-October 2021, for the development of a nursing care guide. The study was a retrospective, descriptive-quantitative, cross-sectional, descriptive-quantitative study, using a self-authored form for data collection; a sample of 69 medical records that met the inclusion criteria was used; the information was processed in the SPSS statistical programme, presenting the results in tables for better analysis, showing that 62.3% of the patients were female; 52.2% were adults, 40,6% had secondary education and 89,9% lived in the urban area. The most frequent post-surgical complications were 40,6% pain, 11,6% surgical wound infection and 8,7% seroma. It is concluded that post-surgical complications continue to be an important health problem. For this reason, a guide was drawn up based on the nursing care process, incorporating the Nanda, Noc and Nic taxonomies as the most appropriate methodology for guaranteeing comprehensive human care, providing quality care for the user and staff working in the surgery service of the Isidro Ayora General Hospital.

Keywords: biliary disease, colelap, nursing care process, laparoscopy, post-surgical.

3. Introducción

Las alteraciones de la vesícula biliar continúan siendo uno de los principales problemas sanitarios que afectan a nivel mundial, pues ocupan el cuarto lugar entre todas las patologías de resolución quirúrgicas más frecuentes, generando de esta manera un gran impacto social, económico y de salud. Además, gracias a los adelantos tecnológicos en cirugía durante las últimas décadas, la colecistectomía laparoscópica (CL) se ha convertido en uno de los tratamientos quirúrgicos más electivos y seguros para esta enfermedad, practicándose entre un 85 y 90% de los casos. Sin embargo, dicha intervención no está libre de complicaciones, pues en su mayoría suelen ser mínimas; pero en ciertas ocasiones aparecen dificultades severas que conllevan a una mortalidad postoperatoria (Romero, 2018).

En septiembre de 1985 se realizó la primera colecistectomía laparoscópica por el Dr. Mühe con la cual operó a 94 pacientes. Sin embargo, la primera cirugía laparoscópica reconocida oficialmente fue publicada en 1987 por Philippe Mouret, en Lyon-Francia. Desde entonces los cambios y avances se han ido incrementando a un ritmo vertiginoso, convirtiéndola en el tratamiento de oro de resolución quirúrgica para las afectaciones de la vesícula biliar, ya que se asocia a mejores resultados en términos de reducción del dolor, estancia hospitalaria más corta y un retorno más rápido a las actividades diarias; demostrando de esta manera tener una mejor relación en costo-efectividad y eficiencia frente a la cirugía convencional (Duque et al., 2013).

Así lo comprobó un estudio realizado en Cuba en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, donde se demostró que la técnica quirúrgica más realizada fue la colecistectomía laparoscópica (44,1%), seguido de la hernioplastia inguinal (14,1%) y la cirugía colorrectal (12,2%); evidenciando una tasa de complicaciones de 6,9 %, reintervención con un 2 % y mortalidad de 0,5% (González et al., 2019).

Sin embargo, toda intervención quirúrgica implica una serie de riesgos y la colecistectomía laparoscópica no está exenta de estas. Es decir, a pesar de todas las ventajas que ofrece este tipo de cirugía, muchas veces se presentan complicaciones postoperatorias que ponen en peligro la vida del paciente; por ello es importante que el personal de salud tenga el conocimiento suficiente para detectar dichas situaciones y esté preparado para enfrentarlas.

Por ello se han desarrollado diversos estudios a nivel de Latinoamérica, uno de ellos se realizó en el Salvador en el Hospital Médico Quirúrgico, en donde se encontró que la incidencia global de complicaciones postquirúrgicas era de 9.43%, además se observaron con mayor frecuencia en el grupo etario de 18 a 33 años, presentándose más complicaciones en hombres que

en mujeres. La mayoría de estas fueron grado I y II de acuerdo con la escala de Clavien-Dindo, siendo las más frecuentes náuseas y vómitos ya que se manifestaron de manera temprana en las primeras 72 horas (Montes & Villatoro, 2018).

Otra investigación realizada en el Hospital General de Occidente en México determinó que las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva fueron: leves con 1.78% (seroma, infección de sitio quirúrgico y atelectasias), seguido de las moderadas con 1.18% (hemorragia postoperatoria, fístula biliar y pancreatitis) y por último las severas con 1.09% (coledocolitiasis residual y hernia Incisional) (Díaz et al., 2018).

En nuestro país, específicamente en la ciudad de Cuenca se realizó un estudio analítico transversal en el Hospital Vicente Corral Moscoso, donde se concluyó que el 30.5% de los pacientes laparoscópicamente colecistectomizados presentaron una complicación. La edad ≥ 65 años tuvo una significancia estadística para el desarrollo de estas, al igual que los hallazgos quirúrgicos con un valor $p = 0.03$ respectivamente (Valencia, 2021).

Por tal motivo, enfermería juega un papel fundamental en el acto postquirúrgico de los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica. Podemos afirmar que la esencia de esta profesión se basa en el cuidado, por ello es importante que se realicen acciones que garanticen de manera integral la recuperación del estado de salud del individuo. Sin embargo, el proceso de cuidar requiere de un soporte metodológico que permita mantener un orden y cohesión en las actividades, dejando constancia y posibilitando de esta manera su evaluación con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos. Por lo antes expuesto, enfermería brinda servicios asistenciales de salud basándose en el Proceso de Atención Enfermería, el cual le permite proporcionar cuidados de manera racional, lógica y sistemática; el mismo que está compuesto por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; logrando así una combinación de la práctica profesional y el conocimiento teórico, fundamentando científicamente la resolución de los problemas de salud, logrando al mismo tiempo satisfacer las necesidades del paciente, familia y comunidad (Cisneros, 2016).

La investigación tuvo relación con el tercer objetivo de desarrollo sostenible que engloba el campo de salud y bienestar, así mismo se interrelacionó con la línea de investigación que presenta la Universidad Nacional de Loja “Área de salud y epidemiología” (UNL, 2021). Además, la escasa información que se encontró a nivel local acerca de los cuidados de enfermería y las complicaciones posquirúrgicas que surgen en estos pacientes colecistectomizados

laparoscópicamente impulsó a ver la importancia e interés de realizar esta investigación. Por otra parte, los resultados obtenidos sirvieron como fuente de indagación para futuros proyectos, ya que les permitió conocer las complicaciones actuales de dicho tratamiento; diseñando de esta manera una guía de atención de enfermería que tuvo como propósito recuperar el estado de salud del paciente.

De esta forma, el presente trabajo investigativo tuvo como objetivo general determinar las complicaciones postquirúrgicas en pacientes de colecistectomía laparoscópica durante el periodo agosto-octubre 2021 y como específicos: caracterizar socio-demográficamente a los pacientes postquirúrgicos de colecistectomía laparoscópica, identificar las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes y como ultimo desarrollar una guía basada en el proceso de atención de enfermería incorporando las taxonomías Nanda, Noc y Nic con la finalidad de garantizar un cuidado humanizado que permita mejorar la calidad de atención y reducir las complicaciones en dicha intervención quirúrgica.

4. Marco Teórico

4.1 Vesícula Biliar

4.1.1 Morfofisiología

La vesícula biliar funciona como un reservorio de bilis localizada en la cara inferior del hígado a nivel del noveno cartílago costal; es un saco en forma de pera y posee una capacidad promedio de 30 a 50 mililitros; pero cuando existe una obstrucción, se destiende en grado notable y llega a contener hasta 300 mililitros. En un adulto mide cerca de 10 cm de longitud y de 3 a 4 cm de ancho. Se divide en 3 partes: fondo, cuerpo y cuello. El fondo es el extremo ciego y redondeado que se extiende, en condiciones normales, 1 a 2 cm más allá del borde del hígado. Contiene la mayor parte del músculo liso del órgano, a diferencia del cuerpo, que es la región principal de almacenamiento e incluye casi todo el tejido elástico. El cuerpo se proyecta desde el fondo y se ahúsa hacia el cuello, un área en forma de embudo que se conecta con el conducto cístico. El cuello tiene una curvatura discreta, cuya convexidad puede estar crecida para formar el infundíbulo o bolsa de Hartmann (Moore et al., 2010).

Por otra parte, los conductos hepáticos tanto derecho como izquierdo al unirse forman el conducto hepático común, este conducto posteriormente se une al conducto cístico y juntos constituyen el conducto biliar común o colédoco, en algunas ocasiones se une al conducto pancreático principal para ingresar al duodeno por la ampolla de Vater (Greenberger & Paumgartner, 2012).

4.1.2 Fisiopatología

La vesícula biliar causa problemas cuando el flujo de la bilis se llega a obstruir; esta obstrucción hace que el órgano sobrepase su capacidad máxima de almacenamiento provocando patologías tales como inflamación (colecistitis), dolor biliar, formación de cálculos (colecistiasis), entre otros.

Otras razones por las que se obstruye el paso de la bilis son las siguientes:

- ✚ Cálculos biliares que se expulsan de la vesícula hacia el interior de los conductos biliares
- ✚ Una lesión de las vías biliares producida en el transcurso de una intervención quirúrgica
- ✚ El estrechamiento de los conductos biliares causado por factores tales como infecciones relacionadas con el SIDA y la colangitis esclerosante primaria

- ✚ Enfermedades del páncreas, que pueden estrechar las vías biliares
- ✚ Tumores en el páncreas, vesícula biliar o vías biliares
- ✚ Parasitosis (González et al., 2019).

4.1.2.1 Colelitiasis

La Colelitiasis o también denominada litiasis biliar proviene del término griego *cholé=bilis* y *lythos=piedra*, que significa cálculos en la vesícula biliar. Los cálculos se forman por la sobresaturación de la bilis; son depósitos cristalizados que contienen colesterol y/o bilirrubina, que aparecen como consecuencia de los niveles anormalmente altos en la composición de la bilis y motilidad de la vesícula (Drake et al., 2020).

4.1.2.1.1 Epidemiología. Los cálculos biliares suponen una patología muy frecuente en los países occidentales. Su prevalencia oscila en la población mayor de 40 años, afectando al 8% de varones y 20% en mujeres. En Estado Unidos se estima que hay aproximadamente 25 millones de adultos con colelitiasis, presentando un total de 800.000 nuevos casos por año. En América latina se informa que entre el 5-15% de los habitantes presentan litiasis vesicular, siendo Chile el país con más alta prevalencia. Por tal motivo, se ha convertido en una de las enfermedades más comunes del tubo digestivo y su incidencia se ve afectada por ciertos factores como la etnia, género (más frecuente en mujeres, aparentemente por la exposición a estrógenos y progesterona), edad; además de otros como dieta rica en grasas, embarazo, obesidad, y algunas patologías hereditarias como la talasemia, anemia falciforme, entre otras (Townsend et al., 2017).

4.1.2.1.2 Cuadro Clínico. En la mayoría de los pacientes esta patología suele ser asintomática; pero en algunos casos los cálculos biliares suelen producir síntomas que originan inflamación u obstrucción después de emigrar hasta el conducto cístico o colédoco. El signo más específico en esta enfermedad es el cólico biliar, que a menudo es un dolor constante y prolongado en el cuadrante superior derecho, que se irradia hacia la escapula derecha o el hombro. Se pueden acompañar de otros síntomas tales como: flatulencias, náuseas y vómitos (Sánchez, 2016).

4.1.2.1.3 Diagnóstico. La mayoría de los cálculos biliares pueden diagnosticarse mediante los síntomas típicos acompañado de un estudio por imagen; en este caso la ecografía abdominal se ha convertido en una técnica estándar, sencilla e indolora para determinar la presencia de estos. Entre otras pruebas de diagnóstico tenemos la radiografía, ultrasonografía, colecistografía, colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CREP) y la colangiografía percutánea transhepática (CPT) (Hunter et al., 2011).

4.1.2.2 Colecistitis

La colecistitis es la inflamación de la pared vesicular que puede ser aguda o crónica, representan entre 3 y 10% de todos los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias con dolor abdominal. Por lo general es atribuible a la colelitiasis, debido a que los cálculos biliares obstruyen e impiden el vaciado vesicular generando a su vez aumento en la presión interna. La respuesta inflamatoria puede desencadenarse por tres factores: 1) Inflamación mecánica producida por el aumento en la presión intraluminal y distensión, con la subsiguiente isquemia de la mucosa y pared vesicular; 2) inflamación química originada por la liberación de lisolecitina y otros factores hísticos locales, y 3) inflamación bacteriana, que puede interferir en 50 y 85% de los casos, (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Streptococcus* y *Clostridium*). Por otro lado, cuando es alitiásica se asocia a otras patologías que impiden el normal funcionamiento de la vesícula como son: infecciones microbianas, traumatismos, parásitos, reacciones alérgicas, entre otros (Vallejos & Rojas, 2020).

4.1.2.2.1 Epidemiología. Es secundaria a una litiasis biliar debido a que el 90-95% de los pacientes desencadenan una inflamación por la obstrucción del conducto cístico, dando como resultado una superinfección bacteriana. La colecistitis es un problema muy prevalente y relevante en el Ecuador, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se sitúa en la primera causa de morbilidad general, con una tasa anual de aproximadamente 22.55% (Moncayo, 2018).

4.1.2.2.2 Cuadro Clínico. El signo más típico es el cólico biliar que empeora de manera progresiva acompañado de dolor abdominal por un tiempo mayor a 6 horas, náuseas, vómito, fiebre hasta 38°C, en ocasiones acompañada de escalofríos. Cuando la temperatura aumenta se debe sospechar de una complicación supurativa, que en ocasiones presenta una ictericia leve. Al examen físico Murphy positivo, debido a que en algunos pacientes se logra una inhibición de la inspiración profunda a causa del dolor por la palpación de la vesícula biliar distendida; además suele acompañarse de íleo paralítico (Rozman & Farreras, 2012).

4.1.2.2.3 Diagnóstico. Se suele basar en una anamnesis característica y en la exploración física. Se utiliza el signo de Murphy ya que es altamente específico entre un 79-96%, sin embargo, es pobremente sensible. Por lo cual el diagnóstico se lo realiza a partir de una combinación de signos y síntomas locales con signos sistemáticos, además de una imagen confirmatoria debido a la alta sensibilidad que tiene con un 91.2% y una especificidad del 96.9% (Serrablo et al., 2016).

Los Signos Locales. Signo de Murphy, hipersensibilidad, dolor o masa palpable en el cuadrante superior derecho (Cárdenas, 2018).

Los Signos Sistemáticos. fiebre, prueba de proteína C reactiva o cifra de leucocitos elevada (Karam et al., 2014).

4.1.3 Tratamiento Quirúrgico

4.1.3.1 Colectomía

Según el Colegio Americano de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) definen a la colecistectomía como el acto de remover quirúrgicamente la vesícula biliar. La intervención se la realiza con la finalidad de extirpar cálculos o piedras de la vesícula biliar que causen dolor o infección. La colecistectomía se efectúa por medio de dos técnicas: abierta y laparoscópica (Paredes y Puñal, 2010).

4.1.3.1.1 Colectomía Abierta-Convencional. La primera colecistectomía abierta fue practicada el 15 de julio de 1882 por el Dr. Cakl Johann August Langenbuch, en el pequeño hospital Lazarus Krankenhaus de Berlín, a través de una incisión en el cuadrante superior derecho. Es una de las intervenciones que con mayor frecuencia se practicaba en los hospitales que, a pesar de la experiencia, en ocasiones se tornaba difícil y obligaba al cirujano a poner en juego todas sus habilidades. Por más de un siglo esta técnica fue de elección para el tratamiento de la coledocistitis u otras afecciones vesiculares de tratamiento quirúrgico (Estepa et al., 2015).

4.1.3.1.2 Colectomía Laparoscópica. Mediante esta técnica, la vesícula biliar es removida con instrumentos colocados dentro de varios puntos de entrada pequeños que se hacen en el abdomen. Por otra parte, la primera colecistectomía realizada por esta vía se remota a septiembre de 1985 realizada por el Dr. Mühe; con esta técnica operó a 94 pacientes. Pero la primera cirugía laparoscópica reconocida oficialmente fue publicada en 1987 por Philippe Mouret, en Lyon-Francia. Desde entonces los cambios y avances han ido incrementándose a un ritmo vertiginoso, creando nuevos instrumentos enfocados en la robótica e informática (Duque et al., 2013).

Mediante esta técnica se procede a extirpar la vesícula biliar sin la necesidad de realizar una cirugía abdominal mayor. La laparoscopia consiste en la realización de varios puntos de entrada pequeños (1-3 cm) en el abdomen: en la cicatriz umbilical (para el laparoscopio y la cámara) y la línea media superior, la línea lateral derecha y la línea medioclavicular derecha (para varias pinzas tipo gráspen y de disección). El abdomen se insufla con dióxido de carbono, lo que

permite tener una amplia visión de las estructuras. Por otro lado, la cámara transmite imágenes al monitor con la finalidad de guiar al equipo quirúrgico en el procedimiento. El conducto y la arteria císticos se pinzan y seccionan. Finalmente, se utiliza un láser o aspiración de bilis que facilita la extracción de la vesícula a través de una incisión en la cicatriz umbilical (Willis et al., 2017).

Desde entonces esta intervención quirúrgica se encuentra a nivel mundial entre las operaciones más frecuentemente realizadas, superando en prevalencia a la colecistectomía abierta debido a los mejores resultados postquirúrgicos en términos de reducción del dolor, estadía hospitalaria más corta, retorno más rápido a la actividad normal y mejor resultado estético. Así mismo se describe que la morbilidad reportada para este tipo de cirugía es menor a comparación de la colecistectomía abierta de 4-8% versus un 14- 18%. Desde ahí se considerada a la colecistectomía laparoscópica como el estándar de oro en la extirpación de la vesícula biliar (Willis et al., 2017).

Emergente. La colecistectomía laparoscópica emergente cuenta con una serie de ventajas entre las que destacan, un mayor nivel de satisfacción respecto a los resultados quirúrgicos, la duración de la estancia en el hospital es menor, por lo que existe una disminución de los costes a nivel sanitario. Además, al realizarse la intervención de esta manera disminuye el riesgo de reingreso. Por otra parte, las complicaciones postoperatorias, parecen tener una mayor incidencia en el grupo de pacientes intervenidos de manera emergente (17.64%) a comparación de aquellos que se intervinieron de forma programada con un 13.3% (Ozcoidi, 2015).

Programada. Al ser una cirugía de manera programada, los pacientes deben esperar varias semanas después del inicio de los síntomas, por lo que provoca una mayor estancia hospitalaria, puesto que hasta un 26% de ellos necesita ser reingresado (síntomas) mientras espera a ser intervenido, pero gracias al seguimiento del paciente, existe un riesgo menor de tener complicaciones y si estas se presentan suelen ser más leves que las emergentes (Carbajal, 2019).

4.1.3.2 Complicaciones Post Colecistectomía Laparoscópica

La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en una intervención quirúrgica frecuente, cuya principal indicación es el tratamiento de enfermedades que afectan a la vesícula biliar. Aunque generalmente se trata de un procedimiento seguro, pueden surgir algunas complicaciones tras la realización de esta, desviando así la recuperación del paciente. Dichas complicaciones pueden estar relacionadas directamente con la complejidad del procedimiento y la

experiencia del cirujano; constituyéndose de esta manera como un cuantificador de uso más frecuente que mide la calidad de una intervención quirúrgica (Duque et al., 2013).

Dentro de las complicaciones post-colecistectomía laparoscópica tenemos:

4.1.3.2.1 Dolor. El dolor abdominal y escapular son las principales molestias presentes en 7 de cada 10 pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica, clasificándolo con una intensidad de moderada a severa. El dolor se lo define como aquella sensación subjetiva que tiene el paciente debido a la enfermedad, el procedimiento quirúrgico y sus complicaciones o una combinación de ambos. Se origina por dos mecanismos, el primero por una lesión directa sobre las fibras nerviosas como consecuencia de la técnica quirúrgica realizada, y la segunda, por la liberación de sustancias alógenas capaces de activar y sensibilizar los nociceptores. Por lo antes expuesto, dicha complicación se relaciona directamente con el CO₂ residual del neumoperitoneo provocando irritación en el diafragma (Rivera, 2016).

4.1.3.2.2 Hemorragia Postquirúrgica. El sangrado se suele originar desde la arteria cística o hepática derecha por un desgarramiento, mala ligadura, agresión mecánica o térmica de estas, pero también se puede asociar a una lesión del hígado por excesiva tracción vesicular, relacionándose así directamente con un daño biliar. Esta complicación es poco frecuente pues ocurre en un 0.3% de los casos, principalmente en pacientes que sufren de alteraciones en su sistema de coagulación. El diagnóstico se lo establece ante la presencia del antecedente de cirugía sumado a los síntomas y signos como: shock, anemia, salida de sangre por el drenaje, hematoma de la herida, entre otros. Obtener los valores de hemoglobina y hematocrito del paciente es de gran importancia, con la finalidad de realizar una reintervención precoz (Murria, 2018).

4.1.3.2.3 Infección de la Herida Quirúrgica. Es una infección que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella, durante los primeros treinta días de una cirugía o hasta un año si se ha dejado un implante. Sin embargo, para su desarrollo debe existir un desequilibrio entre el huésped, el medio ambiente y el germen. Por esta razón es importante recalcar que el derrame de la bilis que ocurre frecuentemente durante la colecistectomía laparoscópica crea un impacto negativo en los resultados postoperatorios, es decir la presencia de bacterias en la bilis predice el microorganismo que se aislará en la infección de una herida después de la cirugía (*Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis* y *Klebsiella*). Esta complicación ocurre en el 2.4% de los pacientes y las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, dolor en la herida, edema, eritema, exudado purulento a nivel de la incisión, inflamación, entre otros (Bellido, 2016).

4.1.3.2.4 Lesión Iatrogénica de la Vía Biliar. Representan la complicación quirúrgica más grave de la colecistectomía laparoscópica con un 0.5 a 0.9% y es considerada como todo aquel cambio secundario a la cirugía, que produzca salida de bilis del árbol biliar antes de llegar a la papila duodenal, provocando una dificultad o imposibilidad del flujo de la bilis al duodeno. Ocurre cuando se llega a confundir el conducto hepático común con el cístico durante el acto quirúrgico provocando la ligadura de este, lo cual condiciona una obstrucción retrograda aguda de la vía biliar, pero también se puede producir por una lesión sistémica o agresión térmica del electrobisturí. Alrededor del tercio de estas lesiones se reconocen durante la colecistectomía laparoscópica, al detectar fuga biliar, pero no es recomendable su reparación inmediata, especialmente cuando la lesión está próxima a la confluencia o existe inflamación asociada; el drenaje debe establecerse para controlar la fuga de bilis y prevenir la peritonitis biliar, con la finalidad de estabilizar al paciente hasta ser reintervenido. Por otro lado, los pacientes en los que no se reconoce esta complicación durante la cirugía se puede llegar a manifestar tardíamente con fiebre postoperatoria, dolor abdominal, peritonitis o ictericia obstructiva (Limaylla & Vega, 2017).

4.1.3.2.5 Fuga Biliar. La fuga biliar se origina por una lesión en el colédoco o conductos hepáticos, sin embargo, la mayoría de estas proviene del muñón del conducto cístico ocasionando una colección subhepática o subfrénica. Sin embargo, pueden presentarse fugas durante el procedimiento intraoperatorio. Independientemente de su origen, se deben buscar, reparar y dejar dren, para favorecer una fístula biliar externa que se cerrará en una a dos semanas a menos de que exista una obstrucción en el colédoco distal. En el acto postoperatorio se debe sospechar de algún problema cuando no existe producción en el drenaje, dolor y resistencia en hipocondrio derecho, con o sin fiebre. Cuando el cuadro se hace más severo y evidente, se puede concluir que es de origen cístico, ya sea porque la grapa se movilizó o por obstrucción distal de la vía biliar. Este tipo de complicación posterior a una colecistectomía laparoscópica es un hallazgo inesperado que ocurre en 0.2 a 2.1% en los pacientes (Elvirez et al., 2019).

4.1.3.2.6 Colecciones Intraabdominales. La prevalencia de esta complicación es poco frecuente con una incidencia de 0.1 y 2.9%. Sin embargo, se considera a un absceso como la colección bien definida de secreción purulenta aislada del resto de la cavidad peritoneal por adherencias inflamatorias. Se puede desarrollar por un acumulo de bilis, sangre o por cálculos olvidados en la cavidad peritoneal; se suele presentar en dos modalidades: después de una perforación de una víscera o por una peritonitis difusa. Los mismos suelen localizarse en la zona

subhepática y su presentación clínica es fiebre postoperatoria y dolor persistente. Para confirmar su diagnóstico se pueden incluir los siguientes exámenes: hemograma, radiografía de abdomen simple, ultrasonido abdominal o una tomografía altamente computarizada. El tratamiento es intervenir urgentemente, aspirando bien la cavidad abdominal y es esencial dejar un drenaje después de esta intervención (Henríquez et al., 2020).

4.1.3.2.7 Ictericia Postquirúrgica. La ictericia post-colecistectomía es un cuadro muy temido por los cirujanos sobre todo si esta cirugía se realiza de manera emergente, donde la causa más común es la obstrucción del drenaje biliar por cualquiera de las siguientes razones: espasmo papilar, litiasis coledociana impactada y lesión de la vía biliar principal. Sin embargo, durante la intervención, el hígado se llega a comprometer, asociándolo a una serie de factores que en grado variable pueden afectar la función hepática; esta disfunción puede manifestarse clínicamente desde una hiperbilirrubinemia transitoria, hasta una insuficiencia hepática en grado superlativo, tal es el daño que en la inmensa mayoría de los casos puede ser fatal. Por otro lado, es posible dividir las ictericias postquirúrgicas en tres grupos: prehepáticas, hepatocelulares y posthepáticas; pero en la gran mayoría de los casos no es posible precisar una explicación fisiopatológica. La lesión iatrogénica de las vías biliares en el curso de una operación puede pasar desapercibida y esto sucede generalmente en las colecistectomías laparoscópicas con exploración de estas (Murria, 2018).

4.1.3.2.8 Seroma. El seroma es la acumulación de líquidos corporales claros en un lugar del cuerpo donde se ha extirpado un tejido mediante cirugía, es una complicación frecuente relacionada con la reconstrucción importante de la pared abdominal. Se producen porque se crean colgajos grandes de piel y grasa subcutánea; esto crea un espacio potencial que puede llenarse con exudado de los tejidos cuando supera la capacidad de reabsorción. Para reducir la formación de seromas deben colocar drenajes de vacío cerrados en el tejido subcutáneo hasta que se oblitera el espacio. Estos drenajes deben limpiarse regularmente al principio del período postoperatorio, y normalmente se retiran cuando se han registrado menos de 30 ml en un período de 24 h. Además, hay que tener cuidado para no dejar los drenajes mucho tiempo, porque pueden proporcionar un punto de entrada para los microorganismos de la piel y contribuir a la infección (Townsend et al., 2017).

4.2 Guía

4.2.1 Definición

Es un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia científica, evaluando los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la toma de decisiones. Constituye una de las herramientas más evolucionadas, pues su finalidad primordial es ofrecer al usuario una serie de directrices con las que puede resolver los problemas que surgen en su día a día. Pretenden sintetizar, de forma rigurosa, un gran volumen de información con un formato adecuado y fácilmente utilizable (Organización Mundial de la Salud, 2015).

4.2.2 Funcionalidad

Entre los objetivos más importantes que se busca en una guía, es mejorar la práctica en la toma de decisiones, en el sentido de que aporten un conocimiento científico ayudándonos a educar unos a otros, con la finalidad de ofrecer las mejores evidencias científicas disponibles, y así mejorar la calidad de vida y en definitiva la salud de la población. En sí, las guías de práctica clínica son instrumentos generados a partir del beneficio del paciente, además su desarrollo ha ido evolucionando hasta convertirse en un instrumento confiable y de uso generalizado, ya que aseguran la calidad de las intervenciones en salud, definiendo la secuencia del cuidado que se debe tener al proporcionar la atención. Determinando de esta manera los objetivos de una intervención en el proceso natural de la enfermedad y generando un gran impacto positivo para las instituciones sanitarias (García et al., 2017).

4.3 Modelo de Cuidados de Virginia Henderson

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir independencia, integridad o integración total de mente y cuerpo. Su filosofía se basa en el trabajo de: Thorndike (psicólogo estadounidense), sus experiencias de estudiante, su experiencia en enfermería de rehabilitación y la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando. Además, considera que la función esencial de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud, recuperación o una muerte tranquila; que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios; lo anterior se realiza con la finalidad de ayudar al paciente a ganar la independencia lo más rápidamente posible (Raile y Marriner, 2010).

A través del proceso interpersonal y desarrollo de la empatía; el profesional de enfermería debe «meterse en la piel» de cada uno de sus pacientes a fin de conocer cuáles son sus necesidades. Por tal motivo, Henderson puso en relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención. Estas son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
11. Rendir culto según la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles (Raile y Marriner, 2010).

4.4 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

El proceso de atención de enfermería (PAE), es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, consiste en la aplicación de un método científico a la práctica asistencial; permitiendo a los profesionales sanitarios prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Se centra en evaluar de manera simultánea los avances y cambios en el estado de salud de la persona, familia y/o comunidad a partir de los cuidados otorgados por enfermería.

Es el camino que asegura una atención de calidad para una persona que necesita cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de esta. Está

compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Gallego et al., 2015)

4.4.1 Valoración

Es el primer paso del proceso de atención de enfermería y se puede describir como un proceso organizado y sistemático de recogida de datos (subjctivos, objetivos e históricos) procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de una persona. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se la considera como la pieza clave para continuar con los pasos restantes del proceso. Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato. Basándose en distintos criterios: valoración según el orden “cabeza a pies”, por “patrones funcionales de la salud” y por “sistemas-aparatos” (Hernández et al., 2015).

4.4.2 Diagnóstico

Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud reales o potenciales, que requieran la intervención de enfermería con el objeto de resolverlos o disminuirlos. Un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones y así conseguir los resultados deseados sobre los cuales enfermería tiene la responsabilidad. La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes: problema, etiología, signos y síntomas que lo caracterizan (Doenges y Moorhouse, 2012).

Problema. Se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

Etiología. Son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Signos y Síntomas. se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnostica ha de ser la misma (Ponti et al., 2017).

Como hemos mencionado anteriormente, el trabajo por captar, organizar y utilizar la creciente base de conocimientos enfermeros, ha llevado a las organizaciones internacionales a reunir los esfuerzos de profesionales de todo el mundo con el fin de lograr un lenguaje enfermero unificado. En dicho esfuerzo, la *Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería* (Nanda por

sus siglas en inglés) en 1982 desarrollo un sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería, basados en evidencia científica y siguiendo un lenguaje enfermero reconocido; lo que indica que, este sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil (Sanabria y Lizano, 2016).

Los componentes para estructurar el enunciado de un diagnóstico de enfermería comprenden:

- ✚ **Etiqueta.** Proporciona un nombre al diagnóstico de enfermería.
- ✚ **Definición.** Proporciona una descripción clara y precisa del diagnóstico, permitiendo diferenciarlo de otros diagnósticos similares.
- ✚ **Características Definitorias.** Son claves observables/ consecuencias que se agrupan como manifestaciones, signos y síntomas de un diagnóstico real o de salud.
- ✚ **Factores Relacionados.** Son los procesos, situaciones o circunstancias que pueden afectar a la persona y ocasionarle la respuesta que quedara indicada por la etiqueta.
- ✚ **Factores de Riesgo.** Se trata de aquellos factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéricos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable (Doenges y Moorhouse, 2014).

La taxonomía NANDA cumple su propósito previsto de clasificar/organizar los diagnósticos enfermeros. Cada dominio y clase se han definido, con la finalidad de ayudar al profesional de enfermería a localizar un diagnóstico enfermero dentro de la taxonomía. Guía la historia clínica y el examen físico, proporcionando elementos para valorar y organizar los datos obtenidos en la primera etapa del proceso de atención de enfermería. Además, la secuencia de trece dominios proporciona un flujo eficiente y efectivo para brindar una atención de calidad. Estos son:

- **Dominio 1.** Promoción de la salud
- **Dominio 2.** Nutrición
- **Dominio 3.** Eliminación e intercambio
- **Dominio 4.** Actividad/ reposo
- **Dominio 5.** Percepción/cognición
- **Dominio 6.** Autopercepción
- **Dominio 7.** Rol/relaciones
- **Dominio 8.** Sexualidad
- **Dominio 9.** Afrontamiento/tolerancia al estrés

- **Dominio 10.** Principios vitales
- **Dominio 11.** Seguridad/ protección
- **Dominio 12.** Confort
- **Dominio 13.** Crecimiento/ desarrollo (Blanquel et al., 2015).

4.4.3 Planificación

Después de recolectar los datos del paciente, organizarlos y elaborar algunos diagnósticos de enfermería, se puede iniciar la fase de planeación. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas que son: establecer prioridades en los cuidados, planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados, actuaciones de enfermería y documentación del plan según la taxonomía NOC por sus siglas en inglés Nursing Outcomes Classification (Ponti et al., 2017).

La Taxonomía NOC se centra en la medición de los resultados en diversas especialidades y entorno. Su aplicación en la práctica identifica el cambio en el estado del paciente después de las intervenciones. Contiene 7 dominios que son: Salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria, así mismo consta de 32 clases y 490 resultados. Cada uno de los resultados tiene la siguiente estructura: una definición, una escala de medida, una lista de indicadores asociados al concepto y bibliografía de apoyo (Pérez et al., 2016).

La Taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification) abarca las intervenciones realizadas por todos los profesionales de enfermería, con el propósito de evidenciar clínicamente los cuidados, aunque algunos sean más generales que otros. Está estructurada de 5 componentes como: etiqueta o denominación, definición, lista de actividades, lista de referencias bibliográficas y código numérico. Además, está conformada por 30 clases y 7 campos tales como: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario, y comunidad (Limachi et al., 2019).

4.4.4 Ejecución

La etapa de ejecución es tan importante como las demás, el profesional de enfermería entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar su estado de salud, ajustándolo en relación con sus necesidades (Carhuavilca, 2018).

La ejecución, tiene como objetivo:

- ✚ Realizar directamente una actividad para el paciente.
- ✚ Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.
- ✚ Supervisar al paciente, familia o comunidad mientras realiza una actividad por sí mismo.
- ✚ Enseñar al paciente, familia o comunidad sobre sus cuidados de salud.
- ✚ Asesorar al paciente, familia o comunidad en las elecciones que debe hacer en entorno a la búsqueda y la utilización de los recursos de salud adecuados.
- ✚ Control (valoración) para detectar posibles complicaciones o problemas (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Las actividades de enfermería están diseñadas para cubrir las necesidades humanas que se han deducido con base en el problema del usuario. Al Igual que en las etapas anteriores, en la ejecución se distinguen tres fases

- ✚ **Fase de Preparación:** realización de una serie de acciones que permiten garantizar la intervención.

- ✚ **Fase de intervención:** se efectuarán las acciones programadas.

- ✚ **Fase de documentación o registro:** El registro de todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución del proceso de atención de enfermería (Ponti et al., 2017).

4.4.5 Evaluación

La evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el Proceso de Atención de Enfermería: es parte integral de cada una de las etapas, relacionándose intrínsecamente con cada una de ellas. Se la define como una comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones (Mena et al., 2016).

Para conseguir todos los objetivos propuestos, la evaluación debe llevarse a cabo sobre tres aspectos: la estructura en la que tiene lugar el cuidado, cambios que se ha producido en el estado de salud del sujeto y el proceso de cuidar, esperando que los resultados de las intervenciones nos permitan comprobar la efectividad del accionar de enfermería (Sanabria y Lizano, 2016).

5. Metodología

El presente trabajo investigativo se lo realizó en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el área de cirugía, la misma que consta de 19 habitaciones que dan un total de 50 camas, una estación de enfermería, un cuarto designado respectivamente para la medicación y utilería. Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo-cuantitativo y de corte transversal, mismo que permitió determinar y medir las complicaciones postquirúrgicas más comunes en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópicas. Previo a la autorización por parte del departamento de docencia e investigación de dicha institución, se logró obtener los resultados de la revisión de 69 historias clínicas durante el periodo agosto- octubre 2021, mismas que cumplieron con los criterios de inclusión como: historias clínicas completas de pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica, pacientes postquirúrgicos mayores de 18 años y se excluyó a las historias clínicas de pacientes postquirúrgicos no colecistectomizados por vía laparoscópica o que no pertenezcan al área de cirugía, pacientes menores de 18 años e historias clínicas incompletas. La técnica utilizada para la recolección de información fue una ficha de recolección de datos de elaboración propia, la cual consta de características sociodemográficas y complicaciones postquirúrgicas. Para el análisis estadístico se codifico la información en el programa estadístico SPSS en su versión 26, obteniendo la frecuencia de las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes de colecistectomía laparoscópica para posteriormente presentar los resultados en tablas estadísticas para un mejor análisis e interpretación. Además, cabe destacar que todos los datos de los pacientes con los que se trabajó se mantuvieron bajo el principio de confidencialidad.

6. Resultados

En la tabla 1 se muestra las características sociodemográficas de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora durante el periodo agosto-octubre 2021.

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Características sociodemográficas	Variable	f	%
Grupo etario	Adulto Joven (18- 29 años)	23	33,3 %
	Adulto (30-59 años)	36	52,2 %
	Adulto mayor (\geq 60 años)	10	14,5 %
	Total	69	100%
Sexo	Mujer	26	37,7 %
	Hombre	43	62,3 %
	Total	69	100 %
Lugar de Residencia	Urbana	62	89,9 %
	Rural	7	10,1 %
	Total	69	100 %
Nivel de instrucción	Primaria	23	33,3 %
	Secundaria	28	40,6 %
	Superior	18	26,1 %
	Total	69	100 %

Frecuencia (f); porcentaje (%).

En la tabla 2 se identifican las complicaciones postquirúrgicas de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora durante el periodo agosto-octubre 2021.

Tabla 2. *Complicaciones postquirúrgicas*

Complicaciones Postquirúrgicas		Si	No	Total
Dolor postquirúrgico	f	28	41	69
	%	40,6%	59,4%	100,0%
Hemorragia postoperatoria	f	4	65	69
	%	5,8%	94,2%	100,0%
Infección de la herida quirúrgica	f	8	61	69
	%	11,6%	88,4%	100,0%
Lesión iatrogénica de la vía biliar	f	1	68	69
	%	1,4%	98,6%	100,0%
Colecciones intraabdominales	f	3	66	69
	%	4,3%	95,7%	100,0%
Ictericia posquirúrgica	f	1	68	69
	%	1,4%	98,6%	100,0%
Seroma	f	6	63	69
	%	8,7%	91,3%	100,0%

Frecuencia (f); porcentaje (%).

Para dar cumplimiento con el tercer objetivo propuesto en el presente trabajo investigativo se elaboró una guía de atención de enfermería, la cual incorpora las taxonomías Nanda, Noc y Nic; misma que consta en el **Anexo 1**.

7. Discusión

La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en las afecciones vesiculares, convirtiéndose en uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia a nivel mundial en los servicios de cirugía. Además, se ha demostrado que es un procedimiento seguro y eficaz por cursar con una baja incidencia de morbimortalidad. Sin embargo, es importante conocer que todo procedimiento invasivo puede presentar riesgos y complicaciones postquirúrgicas que son poco frecuentes, pero pueden llegar a ser tan graves o incluso provocar la muerte en el paciente.

Se analizó un total de 69 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados, donde se obtuvo que el 62.3% perteneció al sexo mujer; datos que coinciden con un estudio realizado por García et al., en el Hospital General de Occidente, donde predominó el sexo femenino con un 85% en comparación con el sexo masculino. Además, el rango de edad con mayor frecuencia encontrado en el presente trabajo investigativo con un 52.2 % fueron adultos con edades que comprendían entre 30 y 59 años, datos similares a la investigación realizada por Buri et al., donde el rango de edad comprendía los 40 a 60 años (41,9%).

En relación con las características sociodemográficas el 89.9% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía laparoscópica procedían de la zona urbana; el 40.6% poseen un nivel de instrucción secundaria, datos que guardan una estrecha relación con el estudio reportado por Buri et al., en donde se evidenció que la zona urbana y el nivel de instrucción secundaria son las más predominantes con un 67,9% y 49,4% respectivamente.

Con respecto al tipo de modalidad de la cirugía, el 82,6% de las colecistectomías laparoscópicas fueron programadas versus un 17,4% que corresponden a las realizadas de manera emergente. Reyes et al., en su investigación demuestra una similitud, en donde reveló que el 89.5% de las cirugías eran programadas y el 10,5% restante fueron emergentes.

Globalmente la colecistectomía laparoscópica es considerada un abordaje seguro, pero puede aumentar su morbimortalidad en pacientes que poseen alguna comorbilidad. En la población de estudio, al tratarse de cirugías programadas fueron clasificadas con un 60.9% ASA quirúrgica grado I y 31,9% grado II respectivamente. Así mismo, el estudio reportó que el 49.3% de los pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas.

En relación a las complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica encontradas en la presente investigación fueron con un 40.6% dolor, 11.6% infección de herida quirúrgica y 8.7% seroma, las cuales tuvieron mayor significancia estadística con un p valor $< 0,05$ respectivamente, datos similares con el estudio realizado por la Dra. Murriagui en el Hospital Alfredo Novoa en donde se evidenció que el 57,3% de los pacientes investigados presentaron alguna de las siguientes complicaciones postquirúrgicas: 16 % infección de herida quirúrgica, 4% ictericia, 1,3% pancreatitis, 2,7% coledocolitiasis, 33,3% náuseas y vómitos.

8. Conclusiones

- En relación con las características sociodemográficas se pudo evidenciar lo siguiente; de un total de 69 pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora durante el periodo agosto-octubre 2021; el 62.2% perteneció al sexo mujer; el 52.2% fueron del grupo etario adulto; el 40,6% poseen un nivel de instrucción secundaria y 89,9% de los pacientes residen en la zona urbana.
- Las complicaciones postquirúrgicas con mayor significancia estadística encontradas en la población de estudio fueron con un 40.6% dolor postoperatorio, 11.6% infección de la herida quirúrgica y 8.7% seroma.
- Se elaboro una guía basada en el proceso de atención de enfermería, misma que incorpora el modelo de valoración de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NOC y NIC, ayudando al profesional de enfermería que labora en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora a identificar los problemas reales del paciente postquirúrgico, brindando cuidados enfocados a la recuperación y bienestar del paciente; conservando siempre la integridad física, mental y emocional.

9. Recomendaciones

- Se recomienda al Hospital General Isidro Ayora brindar capacitaciones dirigidas al profesional de enfermería, abordando temas relacionados con las complicaciones postquirúrgicas y el proceso de atención de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, con el objetivo de brindar cuidados con calidad y calidez a pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- Se recomienda al personal de enfermería que labora en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora, considerar la implementación de la guía basada en el proceso de atención de enfermería para pacientes posquirúrgicos colecistectomizados por vía laparoscópica; la cual permitirá apoyar al profesional a tomar las decisiones correctas basadas en evidencia científica, con la finalidad de prevenir complicaciones y recuperar la salud del paciente.
- Se recomienda a la Universidad Nacional de Loja, continuar con estudios similares que generen evidencia científica a nivel local, profundizando el tema de complicaciones en pacientes postquirúrgicos, debido a que se han convertido en un problema importante de salud a nivel mundial.

10. Bibliografía

- Bellido, J. (2016). *Factores clínico-epidemiológicos asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en adultos mayores atendidos en el Hospital Jose Agurto Tello de Chosica 2013-2015* [Universidad Ricardo Palma]. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/487>
- Blanquel, D., Gutiérrez, A., Mendoza, L., Soto, A., & Godínez, M. (2015). Utilidad de los modelos teóricos en la elaboración del PAE. *Revista Electrónica de Investigación En Enfermería*, 4(7), 1–8. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69105>
- Buri, I., Ulloa, F., Vega, H., & Encalada, L. (2019). Colecistectomía Laparoscópica: experiencia de dos décadas en el hospital militar de Cuenca, Ecuador. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2), 256–266. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3331.2019>
- Carbajal, Y. (2019). *VARIABLES QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES EN PACIENTES INTERVENIDOS POR COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HNPNP LUIS N. SAENZ* [Manuel Huamán Guerrero]. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1798>
- Cárdenas, M. (2018). Colecistitis aguda alitiásica. *Revista Chilena de Pediatría*, 3(6), 1–6. <https://doi.org/10.31434/rms.v3i6.128>
- Carhuavilca, Y. (2018). *Cuidado Enfermero a paciente colecistectomía laparoscópica por coledocistitis, unidad de recuperación post anestésica, Hospital Regional del Cusco 2017* [Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6693>
- Cisneros, F. (2016). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Universidad Del Cauca*, 1–35. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

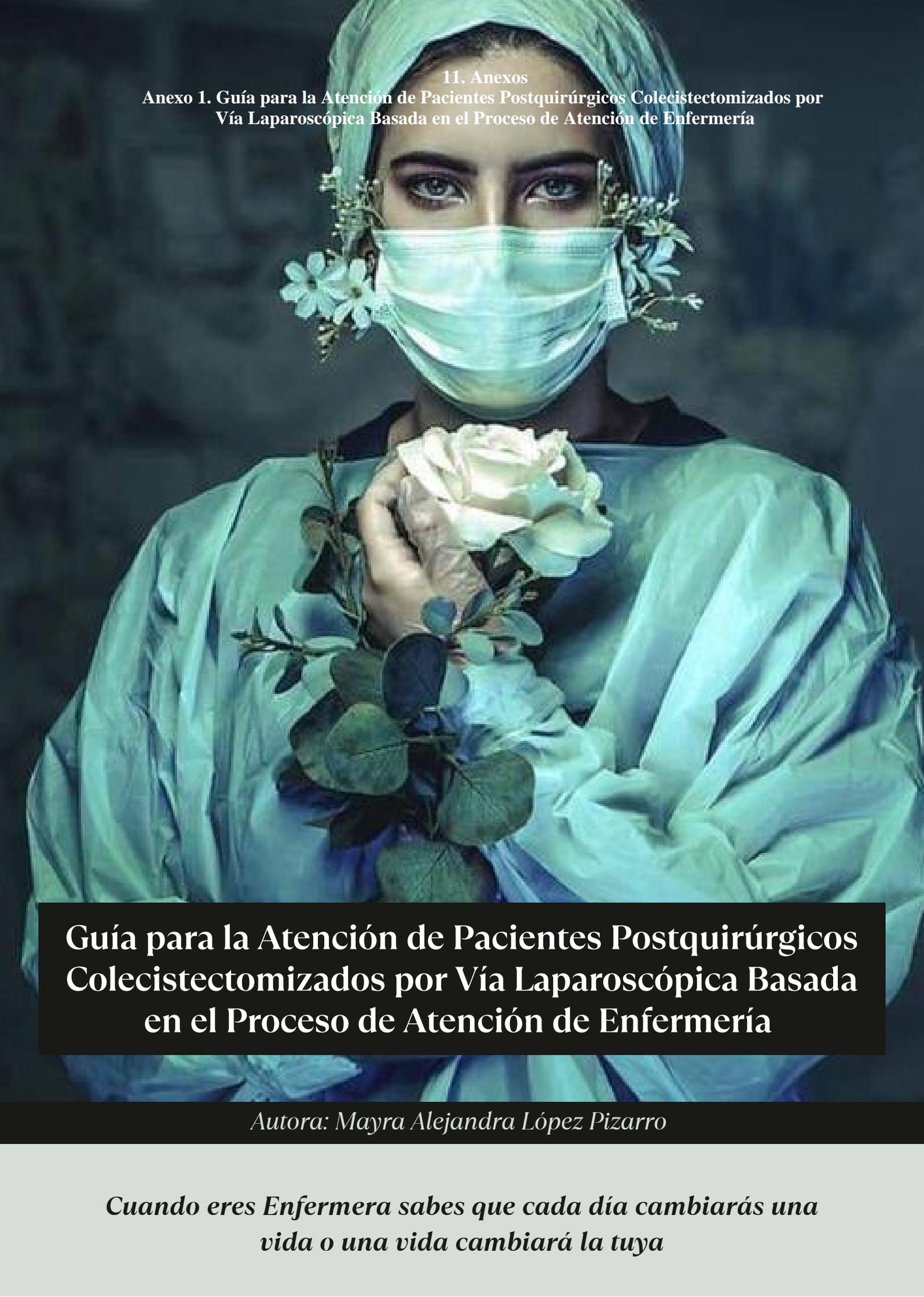
- Díaz, C., García, J., Olivares, F., Timana, R., Pimentel, P., & Aybar, C. (2017). Guías de práctica clínica: evolución, metodología de elaboración y definiciones actuales. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 317–339. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a10v34n4.pdf>
- Doenges, M., & Moorhouse, M. (2012). *Proceso y diagnósticos de enfermería. Aplicaciones* (M. Martínez & T. Uriza, Eds.; Primera, Vol. 6). Manual Moderno.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. (2014). *Proceso y diagnósticos de enfermería*. (M. Martínez, Ed.; Primera, Vol. 1). Manual Moderno.
- Drake, R., Vogl, W., & Mitchell, A. (2020). *Gray Anatomía para estudiantes* (Á. Peña & J. Perez, Eds.; Cuarta, Vol. 4). Elsevier.
- Duque, C., Arias, J., Molina, J., Agudelo, A., Arias, J., Gonzáles, A., Carrillo, R., Franco, S., & Salazar, D. (2013). *Anestesia para cirugía laparoscópica* (N. Cordona, Ed.; Primera, Vol. 1). Anestecoop.
- Elvirez, Á., Hernández, Y., Pérez, F., Sánchez, N., & Periles, U. (2019). Tratamiento endoscópico de la fuga biliar post-colecistectomía. Presentación de dos casos. *Medisur*, 17(3), 437–442. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4205>
- Estepa, J., Santana, T., & Estepa, J. (2015). Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. *Scielo*, 13(1), 16–24. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n1/ms04113.pdf>
- Gallego, R., Gómez, J., & López, A. (2015). *Metodología Enfermera* (Primera, Vol. 1). Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>
- García, R., Díaz, J., Aguirre, I., Castillo, A., & Romero, N. (2018). Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica electiva. *Salud Jalisco*, 250(2), 177–186. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181afde41>

- González, R., Pérez, M., León, T., Sánchez, R., & Olivé, J. (2019). Cirugía abdominal laparoscópica en el adulto mayor. *Revista Cubana de Cirugía*, 58(1), 36–45. <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/757/368>
- Greenberger, N., & Paumgartner, G. (2012). Enfermedades del aparato digestivo. In J. León (Ed.), *Principios de Medicina Interna* (18th ed., Vol. 2, pp. 2615–2627). McGrawHill.
- Henríquez, A., Peña, R., Hernández, Y., Peña, M., Montesano, Y., Sánchez, J., & Ibarra, V. (2020). Complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica, Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora, junio 2018-junio 2019. *Ciencia y Salud*, 4(3), 115–121. <https://doi.org/10.22206/cysa.2020.v4i3.pp115-121>
- Hernández, O., Villa, E., Favela, M., Peralta, S., Vargas, M., & Salido, D. (2015). Factores que intervienen en la aplicación clínica del estudiante de licenciatura en enfermería. *Revista de Ciencias Biológicas y de La Salud*, 9–13. <http://biotecnia.ojs.escire.net>
- Hunter, J., Oddsdóttir, M., & Pham, T. (2011). Vesícula y sistema biliares extrahepático. In F. Charles (Ed.), *Principios de Cirugía* (Novena, Vol. 2, pp. 1136–1164). McGrawHill.
- Karam, D., Echevarría, S., Sandoval, F., González, J., Aguilar, L., Morales, S., & Dávila, J. (2014). *Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis* (Vol. 1). <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/237GER.pdf>
- Limachi, K., Rodríguez, Y., & Cajachagua, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 1–16. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
- Limaylla, H., & Vega, E. (2017). Lesiones iatrogénicas de las vías biliares. *Sociedad de Gastroenterología Del Perú*, 37(4), 350–356. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v37n4/a10v37n4.pdf>
- Mena, D., González, V., Cervera, Á., Salas, P., & Orts, M. (2016). Cuidados básicos de enfermería. In *Cuidados básicos de enfermería* (Primera, Vol. 1). Universidad Jaume. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6035/Sapientia108>

- Ministerio de Salud Pública. (2016). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Salud Pública de Paraguay*, 3(1), 41–48. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
- Moncayo, R. (2018). *Colecistectomía laparoscópica temprana versus colecistectomía laparoscópica tardía en colecistitis aguda grado I-II y sus complicaciones postquirúrgicas en los hospitales Pablo Arturo Suárez y san francisco de quito. Julio 2016-junio2017* [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16300/1/T-UCE-0006-CME-055-P.pdf>
- Montes, L., & Villatoro, M. (2018). *Complicaciones más frecuentes de la colecistectomía laparoscópica electiva en el Hospital Médico Quirúrgico en el periodo de enero a diciembre 2015*. <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/20630/1/483.pdf>
- Moore, K., Dalley, A., & Agur, A. (2010). Anatomía con orientación clínica. In V. Gotzens (Ed.), *Anatomía con orientación clínica* (Sexta, Vol. 1). Wolters, Kluwer.
- Murriagui, E. (2018). *Complicaciones postquirúrgicas de la colecistectomía laparoscópica, en pacientes atendidos en el área de cirugía general del Hospital Alfredo Noboa Montenegro* [Universidad Regional Autónoma de los Andes]. <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9254>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Handbook for Guideline Development* (Vol. 1). http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75146/9789241548441_eng.pdf;jsessionid=5562F8DCE65770AFDB61B4B32750906C?sequence=1
- Ozcoidi, L. (2015). *Colecistectomía Laparoscópica de urgencia versus programada en el tratamiento de la colecistitis aguda* (Vol. 1). <https://hdl.handle.net/2454/18701>
- Paredes, J., & Puñal, A. (2010). Colecistectomía Laparoscópica. In E. Targarona, X. Feliu, & J. Salvador (Eds.), *Cirugía Endoscópica* (Segunda, pp. 217–228). ARÁN. <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/cirugia-endoscopica-2-edicion.pdf>

- Pérez, M., Lorente, K., Rodríguez, E., Herriman, D., & Verdecia, N. (2016). Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3), 1–8. <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>
- Ponti, L., Castillo, R., Vignatti, R., Monaco, M., & Evangelina, J. (2017). *Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica*. 32(4), 1–12. <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>
- Raile, M., & Marriner, A. (2010). *Modelos y teorías en enfermería* (M. Rodríguez, Ed.; 7th ed., Vol. 1). Elsevier. <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q=Virginia%20Henderson%20&f=false>
- Reyes, L., Hernández, M., Aranda, J., Mérida, G., Larracilla, I., & Loeza, V. (2017). Colectectomía laparoscópica; alternativa con tres puertos. *Cirugía Endoscópica*, 18(1), 13–17. <http://www.medigraphic.com/cirugiaendoscopica>
- Rivera, A. (2016). Dolor agudo postoperatorio. *Evista Mexicana de Anestesiología*, 39(1), 174–177. <http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mxwww.medigraphic.org.mx>
- Romero, R. (2018). *Cuáles son las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica electiva en el Hospital Salvador Bienvenido Gautier* [Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]. <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/1311>
- Rozman, C., & Farreras, P. (2012). Enfermedades de las vías biliares. In P. Farreras & C. Rozman (Eds.), *Medicina Interna* (17th ed., Vol. 1, pp. 258–261). Elsevier.
- Sanabria, F., & Lizano, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 208–215. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>
- Sánchez, J. (2016). Litiasis Biliar. *Revista Médica Sinergia*, 1(1), 12–15. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7070329.pdf>

- Serrablo, A., Giménez, T., Amillo, M., & Badia, J. (2016). Colecistitis Aguda y colangitis aguda. In J. Badia & X. Guirao (Eds.), *Infecciones Quirúrgicas* (Segunda, pp. 313–327). Asociación Española de Cirujanos. [https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic(1).pdf)
- Townsend, C., Beauchamp, D., Evers, M., & Mattox, K. (2017). *Sabinton. Tratado de Cirugía* (20th ed.). Elsevier.
- UNL. (2021). *Investigación*. <https://unl.edu.ec/investigacion>
- Valencia, C. (2021). *Prevalencia y factores asociados a complicaciones quirúrgicas en pacientes mayores de 18 años post colecistectomía laparoscópica en el Hospital Vicente Corral Moscoso* [Universidad de Cuenca]. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36216>
- Vallejos, J., & Rojas, S. (2020). Hepatobiliar. In B. Marinkovic & M. Rojas (Eds.), *Cirugía en Medicina General* (Primera, Vol. 1, pp. 209–277). Universidad de Chile. <https://doi.org/https://doi.org/10.34720/bce6-d715>
- Willis, L., Heimgartner, N., Gersch, C., & Rebar, C. (2017). *Enfermería médico-quirúrgica* (N. Llavina, Ed.; Cuarta, Vol. 1). Wolters Kluwer.

A woman wearing a blue surgical cap and a blue surgical mask is holding a large white rose. She is looking directly at the camera. The background is dark and out of focus.

11. Anexos

Anexo 1. Guía para la Atención de Pacientes Postquirúrgicos Colectomizados por Vía Laparoscópica Basada en el Proceso de Atención de Enfermería

**Guía para la Atención de Pacientes Postquirúrgicos
Colectomizados por Vía Laparoscópica Basada
en el Proceso de Atención de Enfermería**

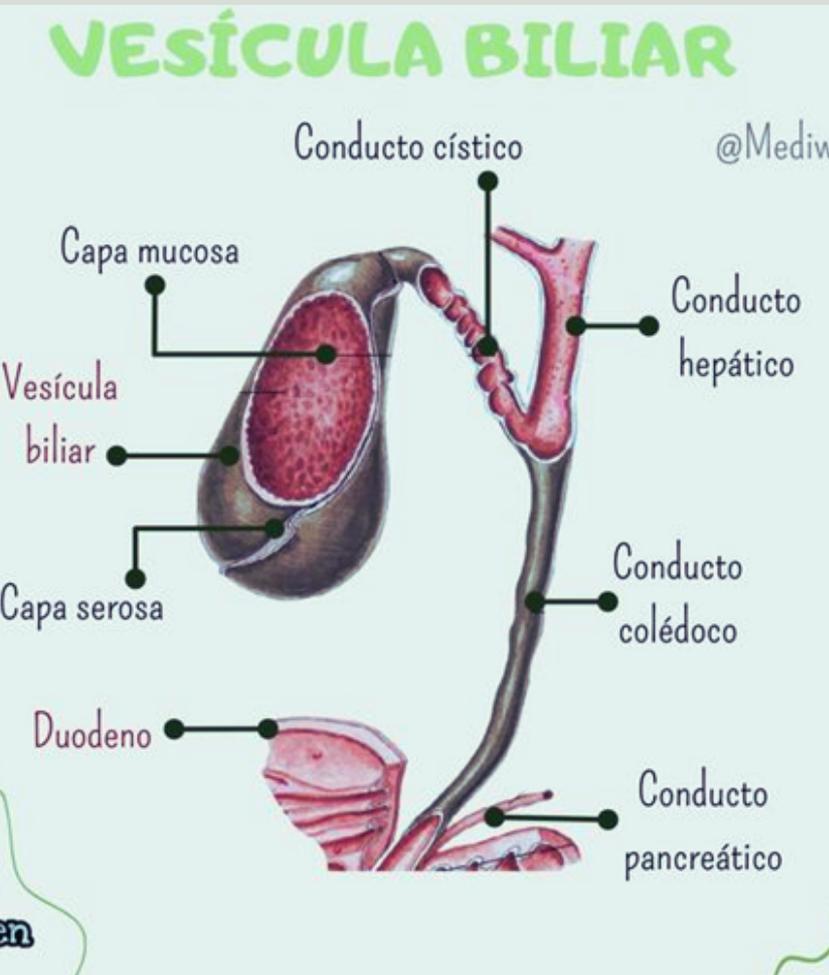
Autora: Mayra Alejandra López Pizarro

*Cuando eres Enfermera sabes que cada día cambiarás una
vida o una vida cambiará la tuya*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Introducción.....	1
Objetivos.....	2
Fundamentacion Teórica.....	3
Complicaciones Postquirúrgicas.....	8
Modelo de Virginia Henderson.....	13
Proceso de Atención de Enfermería (PAE).....	14
Desarrollo de la Guía.....	15
Bibliografía.....	21

INTRODUCCIÓN



Las alteraciones de la vesícula biliar continúan siendo uno de los principales problemas sanitarios que afectan a nivel mundial, pues ocupan el cuarto lugar entre todas las patologías de resolución quirúrgica más frecuentes, generando de esta manera un gran impacto social, económico y de salud. Además, gracias a los adelantos tecnológicos en cirugía durante las últimas décadas, la colecistectomía laparoscópica es considerada como la técnica Gold Estándar en el tratamiento quirúrgico de las afecciones biliares, debido a las múltiples ventajas. Sin embargo, aunque sea un procedimiento seguro, no está exento de sufrir complicaciones.

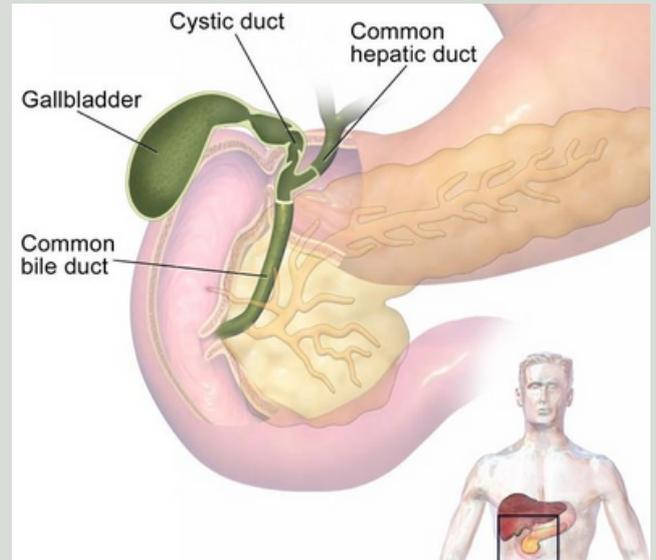
Por tal motivo, se elaboró esta guía basada en el proceso de atención de enfermería con el objetivo de prevenir complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, favoreciendo de esta manera una atención oportuna y en consecuencia: reducción de complicaciones, recuperación temprana, menos días de estancia hospitalaria y días de incapacidad que da como resultado disminución en el gasto institucional. Así mismo, la guía se relaciona directamente con el modelo de Virginia Henderson que engloba las 14 necesidades básicas del ser humano, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC para dar resolución a dichos problemas y así recuperar el estado de salud del paciente.

OBJETIVOS

- Facilitar una Guía basada en el proceso de atención de enfermería al personal que labora en el servicio de cirugía con la finalidad de brindar un cuidado integral a pacientes Colectectomizados.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes colectectomizados incorporando las taxonomías NANDA, NOC Y NIC para una atención oportuna.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La vesícula biliar causa problemas cuando el flujo de la bilis se llega a obstruir; esta obstrucción hace que el órgano sobrepase su capacidad máxima de almacenamiento provocando patologías tales como inflamación (colecistitis), dolor biliar, formación de cálculos (colecistitis), entre otros (González et al., 2019).



Otras razones por la que se obstruye el paso de la bilis son:

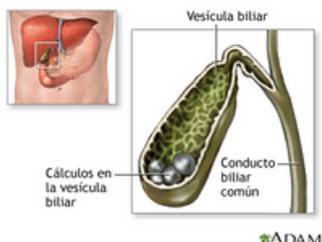
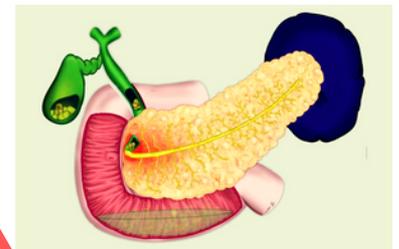
Cálculos biliares que se expulsan de la vesícula hacia el interior de los conductos biliares

Una **lesión** de las **vías biliares** producida en el transcurso de una intervención quirúrgica

Estrechamiento de los **conductos biliares** causado por factores tales como infecciones relacionadas con el SIDA y la colangitis esclerosante primaria

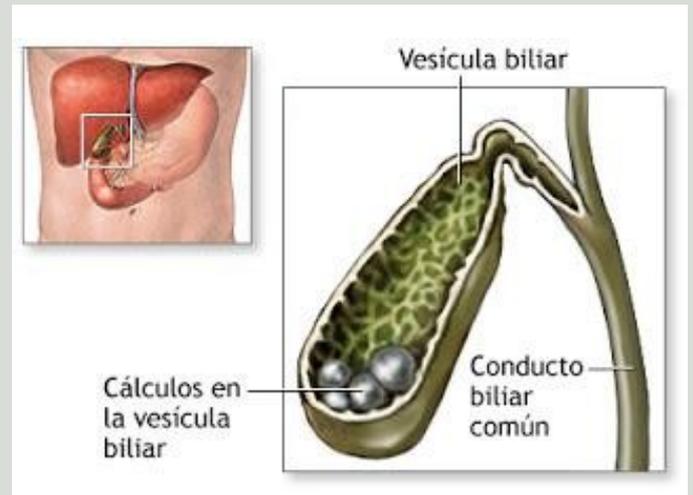
- **Enfermedades** del páncreas, que pueden estrechar las vías biliares
- **Tumores** en el páncreas, vesícula biliar o vías biliares

Parasitosis



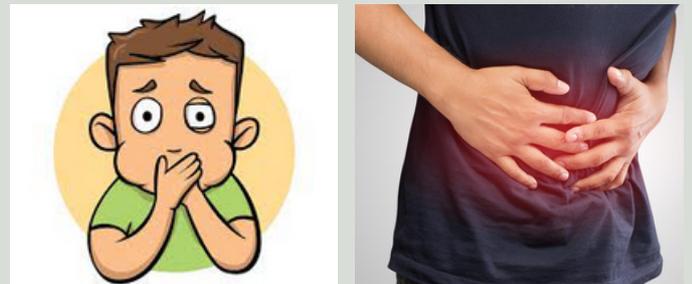
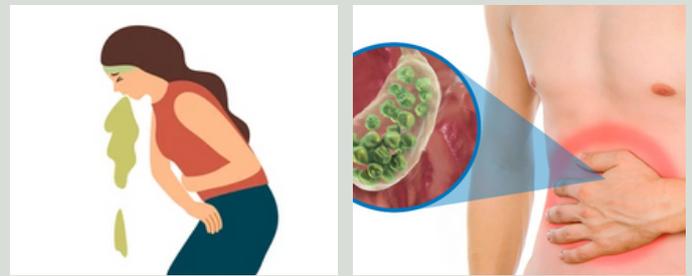
Colelitiasis

La Colelitiasis o también denominada **litiasis biliar** proviene del término griego *cholé*=bilis y *lythos*=piedra, que significa cálculos en la vesícula biliar. Los cálculos se forman por la sobresaturación de la bilis; son depósitos cristalizados que contienen colesterol y/o bilirrubina, que aparecen como consecuencia de los niveles anormalmente altos en la composición de la bilis y motilidad de la vesícula (Drake et al., 2020).



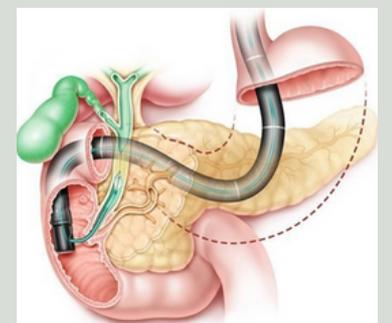
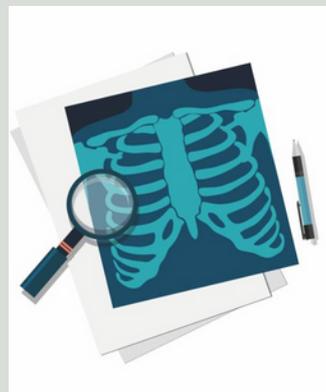
Cuadro Clínico

En la mayoría de los pacientes esta patología suele ser **asintomática**; pero en algunos casos los cálculos biliares suelen producir síntomas que originan **inflamación u obstrucción** después de emigrar hasta el conducto cístico o colédoco. El signo más específico en esta enfermedad es el **cólico biliar**, que a menudo es un dolor constante y prolongado en el cuadrante superior derecho, que se irradia hacia la escapula derecha o el hombro. Se pueden acompañar de otros síntomas tales como: **flatulencias, náuseas y vómitos** (Sánchez, 2016).



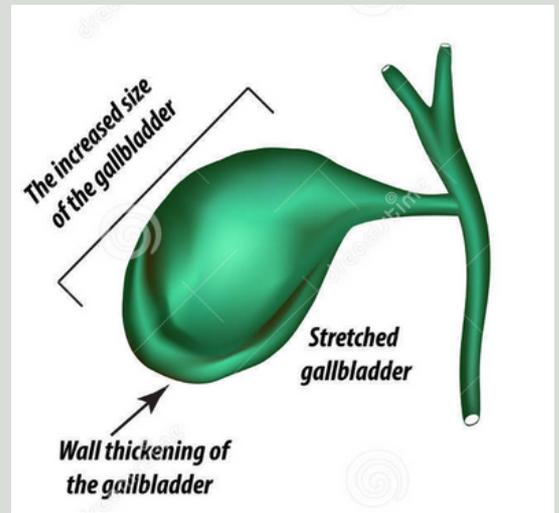
Diagnóstico

La mayoría de los cálculos biliares pueden diagnosticarse mediante los **síntomas típicos** acompañado de un **estudio por imagen**; en este caso la **ecografía abdominal** se ha convertido en una técnica estándar, sencilla e indolora para determinar la presencia de estos. Entre otras pruebas de diagnóstico tenemos la radiografía, ultrasonografía, colecistografía, colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CREP) y la colangiografía percutánea transhepática (CPT) (Hunter et al., 2011).



Colecistitis

La colecistitis es la inflamación de la pared vesicular que puede ser aguda o crónica, representan entre 3 y 10% de todos los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias con dolor abdominal. Por lo general es atribuible a la colelitiasis, debido a que los cálculos biliares obstruyen e impiden el vaciado vesicular generando a su vez aumento en la presión interna. La respuesta inflamatoria puede desencadenarse por tres factores:



Inflamación mecánica

producida por el aumento en la presión intraluminal y distensión, con la subsiguiente isquemia de la mucosa y pared vesicular

1

Inflamación química

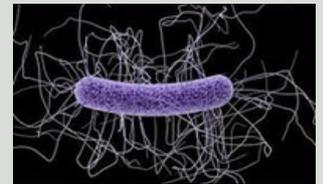
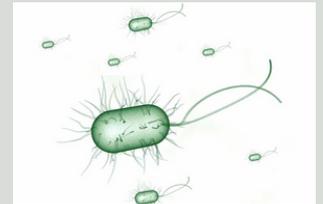
originada por la liberación de lisolecitina y otros factores tóxicos locales.

2

inflamación bacteriana,

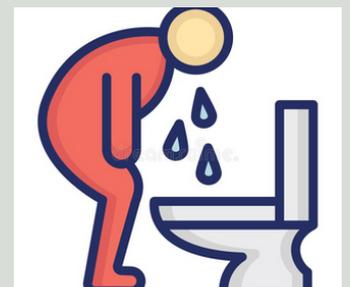
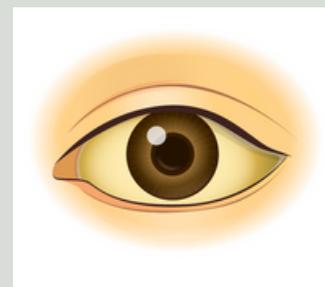
que puede interferir en 50 y 85% de los casos, (Escherichia coli, Klebsiella, Streptococcus y Clostridium).

3



Cuadro Clínico

El signo más típico es el **cólico biliar** que empeora de manera progresiva acompañado de **dolor abdominal** por un tiempo mayor a 6 horas, náuseas, vómito, fiebre hasta 38°C, en ocasiones acompañada de escalofríos. Cuando la temperatura aumenta se debe sospechar de una **complicación supurativa**, que en ocasiones presenta una ictericia leve. Al examen físico **Murphy positivo**, debido a que en algunos pacientes se logra una inhibición de la inspiración profunda a causa del dolor por la palpación de la vesícula biliar distendida; además suele acompañarse de íleo paralítico (Rozman & Farreras, 2012).



Diagnóstico

Se suele basar en una **anamnesis** característica y en la exploración física. Se utiliza el **signo de Murphy** ya que es altamente específico entre un 79–96%, sin embargo, es pobremente sensible. Por lo cual el diagnóstico se lo realiza a partir de una **combinación de signos y síntomas** locales con signos sistemáticos, además de una imagen confirmatoria debido a la alta sensibilidad que tiene con un 91.2% y una especificidad del 96.9% (Serrablo et al., 2016).

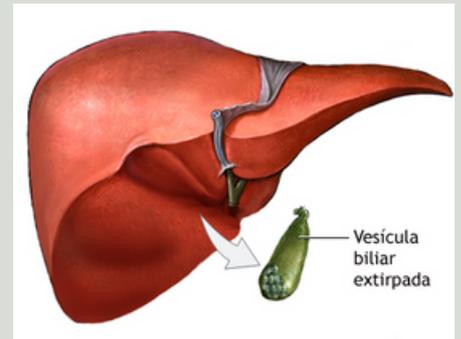


5

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Colecistectomía

Según el **Colegio Americano de Cirujanos** definen a la colecistectomía como el acto de remover quirúrgicamente la vesícula biliar. La intervención se la realiza con la finalidad de extirpar cálculos o piedras de la vesícula biliar que causen dolor o infección. La colecistectomía se efectúa por medio de dos técnicas: abierta y laparoscópica (Paredes & Puñal, 2010).



- **Colecistectomía Convencional**

La primera **colecistectomía abierta** fue practicada el 15 de julio de 1882 por el Dr. Carl Johann August Langenbuch, en el pequeño hospital Lazarus Krankenhaus de Berlín, a través de una incisión en el cuadrante superior derecho. Es una de las intervenciones que con mayor frecuencia se practicaba en los hospitales que, a pesar de la experiencia, en ocasiones se tornaba difícil y obligaba al cirujano a poner en juego todas sus habilidades. Por más de un siglo esta técnica fue de elección para el tratamiento de la coleditiasis u otras afecciones vesiculares de tratamiento quirúrgico (Estepa et al., 2015).



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

• Colecistectomía Laparoscópica

Mediante esta técnica, la vesícula biliar es removida con instrumentos colocados dentro de varios puntos de entrada pequeños que se hacen en el abdomen. La primera colecistectomía realizada por esta vía se remota a septiembre de 1985 por el Dr. Mühe; con esta técnica operó a 94 pacientes. Pero la primera cirugía laparoscópica reconocida oficialmente fue publicada en 1987 por Philippe Mouret, en Lyon-Francia (Duque et al., 2013).



PROCEDIMIENTO

La **laparoscopia** consiste en la realización de varios puntos de entrada pequeños (1-3 cm) en el abdomen: en la cicatriz umbilical (para el laparoscopio y la cámara) y la línea media superior, la línea lateral derecha y la línea medioclavicular derecha (para varias pinzas tipo gráspen y de disección).

El abdomen se insufla con **dióxido de carbono**, lo que permite tener una amplia visión de las estructuras. Por otro lado, la cámara transmite imágenes al monitor con la finalidad de guiar al equipo quirúrgico en el procedimiento.

El **conducto y la arteria císticos** se pinzan y seccionan. Finalmente, se utiliza un láser o aspiración de bilis que facilita la extracción de la vesícula a través de una incisión en la cicatriz umbilical.

Así mismo se describe que la morbilidad reportada para este tipo de cirugía es menor a comparación de la colecistectomía abierta de 4-8% versus un 14- 18%. Desde ahí se considera a la colecistectomía laparoscópica como el estándar de oro en la extirpación de la vesícula biliar (Willis et al., 2017).

Desde entonces esta intervención quirúrgica se encuentra a nivel mundial entre las operaciones más frecuentemente realizadas, superando en prevalencia a la colecistectomía abierta debido a los mejores resultados postquirúrgicos en términos de reducción del dolor, estadía hospitalaria más corta, retorno más rápido a la actividad normal y mejor resultado estético.

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en una intervención quirúrgica frecuente, cuya principal indicación es el tratamiento de enfermedades que afectan a la vesícula biliar. Aunque generalmente se trata de un procedimiento seguro, pueden surgir algunas complicaciones tras la realización de esta, desviando así la recuperación del paciente. Dichas complicaciones pueden estar relacionadas directamente con la complejidad del procedimiento y la experiencia del cirujano; constituyéndose de esta manera como un cuantificador de uso más frecuente que mide la calidad de una intervención quirúrgica (Duque et al., 2013).

Dolor

El dolor se define como aquella sensación subjetiva que tiene el paciente debido a la enfermedad, el procedimiento quirúrgico y sus complicaciones o una combinación de ambos. Se origina por dos mecanismos, el primero por una lesión directa sobre las fibras nerviosas como consecuencia de la técnica quirúrgica realizada, y la segunda, por la liberación de sustancias alogénas capaces de activar y sensibilizar los nociceptores.

El dolor abdominal y escapular son las principales molestias presentes en 7 de cada 10 pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica, clasificándolo con una intensidad de moderada a severa. Por lo antes expuesto, dicha complicación se relaciona directamente con el CO₂ residual del neumoperitoneo provocando irritación en el diafragma (Rivera, 2016).



Hemorragia Postoperatoria

El sangrado se suele originar desde la arteria cística o hepática derecha por un desgarramiento, mala ligadura, agresión mecánica o térmica, pero también se puede asociar a una lesión del hígado por excesiva tracción vesicular, relacionándose así directamente con un daño biliar.

Esta complicación es poco frecuente pues ocurre en un 0.3% de los casos, principalmente en pacientes que sufren de alteraciones en su sistema de coagulación. El diagnóstico se lo establece ante la presencia del antecedente de cirugía sumado a los síntomas y signos como: shock, anemia, salida de sangre por el drenaje, hematoma de la herida, entre otros. Obtener los valores de hemoglobina y hematocrito del paciente es de gran importancia, con la finalidad de realizar una reintervención precoz (Murria, 2018).



Infección de la Herida Quirúrgica

Es una infección que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella, durante los primeros treinta días de una cirugía o hasta un año si se ha dejado un implante. Sin embargo, para su desarrollo debe existir un desequilibrio entre el huésped, el medio ambiente y el germen. Por esta razón es importante recalcar que el derrame de la bilis que ocurre frecuentemente durante la colecistectomía laparoscópica crea un impacto negativo en los resultados postoperatorios, es decir la presencia de bacterias en la bilis predice el microorganismo que se aislará en la infección de una herida después de la cirugía (Escherichia coli, Streptococcus faecalis y Klebsiella). Esta complicación ocurre en el 2.4% de los pacientes y las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, dolor en la herida, edema, eritema, exudado purulento a nivel de la incisión, inflamación, entre otros (Bellido, 2016).



Lesión Iatrogénica de la vía biliar

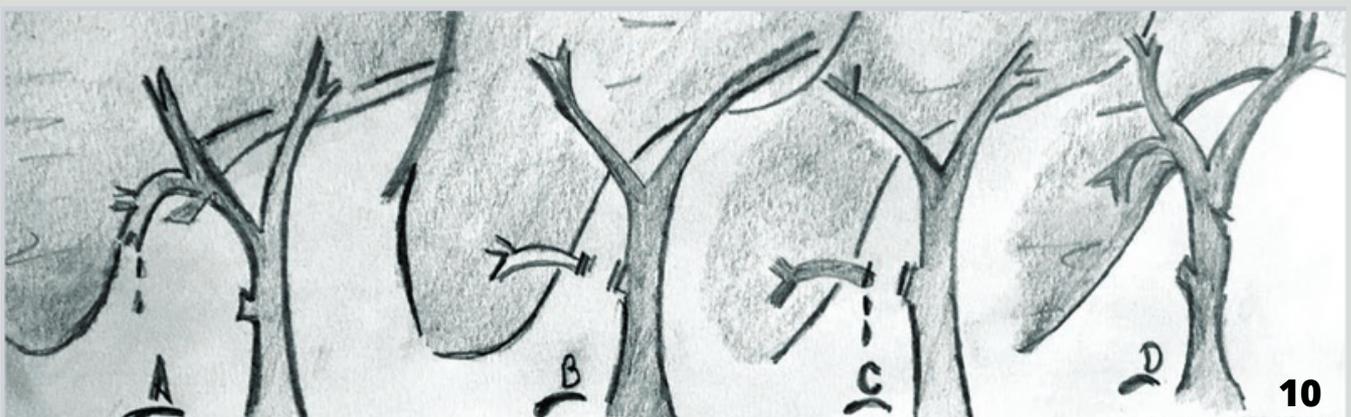
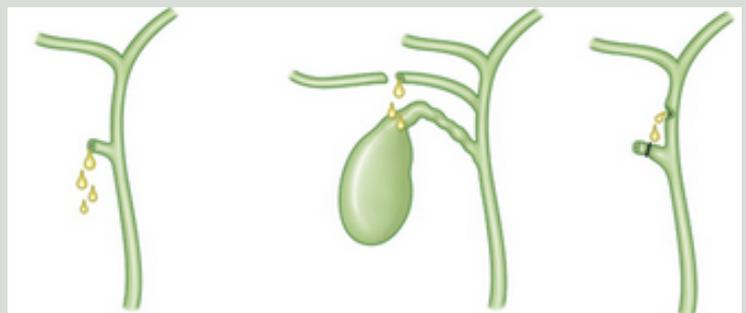
Representa la complicación quirúrgica más grave de la colecistectomía laparoscópica con un 0.5 a 0.9% y es considerada como todo aquel cambio secundario a la cirugía, que produzca salida de bilis del árbol biliar antes de llegar a la papila duodenal, provocando una dificultad o imposibilidad del flujo de la bilis al duodeno.

Ocurre cuando se llega a confundir el conducto hepático común con el cístico durante el acto quirúrgico provocando la ligadura de este, lo cual condiciona una obstrucción retrograda aguda de la vía biliar, pero también se puede producir por una lesión sistémica o agresión térmica del electrobisturí. Alrededor del tercio de estas lesiones se reconocen durante la colecistectomía laparoscópica, al detectar fuga biliar, pero no es recomendable su reparación inmediata, especialmente cuando la lesión está próxima a la confluencia o existe inflamación asociada; el drenaje debe establecerse para controlar la fuga de bilis y prevenir la peritonitis biliar, con la finalidad de estabilizar al paciente hasta ser reintervenido. Por otro lado, los pacientes en los que no se reconoce esta complicación durante la cirugía se puede llegar a manifestar tardíamente con fiebre postoperatoria, dolor abdominal, peritonitis o ictericia obstructiva (Limaylla & Vega, 2017).

Fuga Biliar

La fuga biliar se origina por una lesión en el colédoco o conductos hepáticos, sin embargo, la mayoría de estas proviene del muñón del conducto cístico ocasionando una colección subhepática o subfrénica. Sin embargo, pueden presentarse fugas durante el procedimiento intraoperatorio. Independientemente de su origen, se deben buscar, reparar y dejar dren, para favorecer una fístula biliar externa que se cerrará en una a dos semanas a menos de que exista una obstrucción en el colédoco distal.

En el acto postoperatorio se debe sospechar de algún problema cuando no existe producción en el drenaje, dolor y resistencia en hipocondrio derecho, con o sin fiebre. Cuando el cuadro se hace más severo y evidente, se puede concluir que es de origen cístico, ya sea porque la grapa se movilizó o por obstrucción distal de la vía biliar. Este tipo de complicación posterior a una colecistectomía laparoscópica es un hallazgo inesperado que ocurre en 0.2% a 2.1% en los pacientes (Elvirez et al., 2019).



Colecciones Intraabdominales

La prevalencia de esta complicación es poco frecuente con una incidencia de 0.1% y 2.9%. Sin embargo, se considera a un absceso como la colección bien definida de secreción purulenta aislada del resto de la cavidad peritoneal por adherencias inflamatorias. Se puede desarrollar por un acumulo de bilis, sangre o por cálculos olvidados en la cavidad peritoneal; se suele presentar en dos modalidades: después de una perforación de una víscera o por una peritonitis difusa. Los mismos suelen localizarse en la zona subhepática y su presentación clínica es fiebre postoperatoria y dolor persistente. Para confirmar su diagnóstico se pueden incluir los siguientes exámenes: hemograma, radiografía de abdomen simple, ultrasonido abdominal o una tomografía altamente computarizada. El tratamiento es intervenir urgentemente, aspirando bien la cavidad abdominal y es esencial dejar un drenaje después de esta intervención (Henríquez et al., 2020).



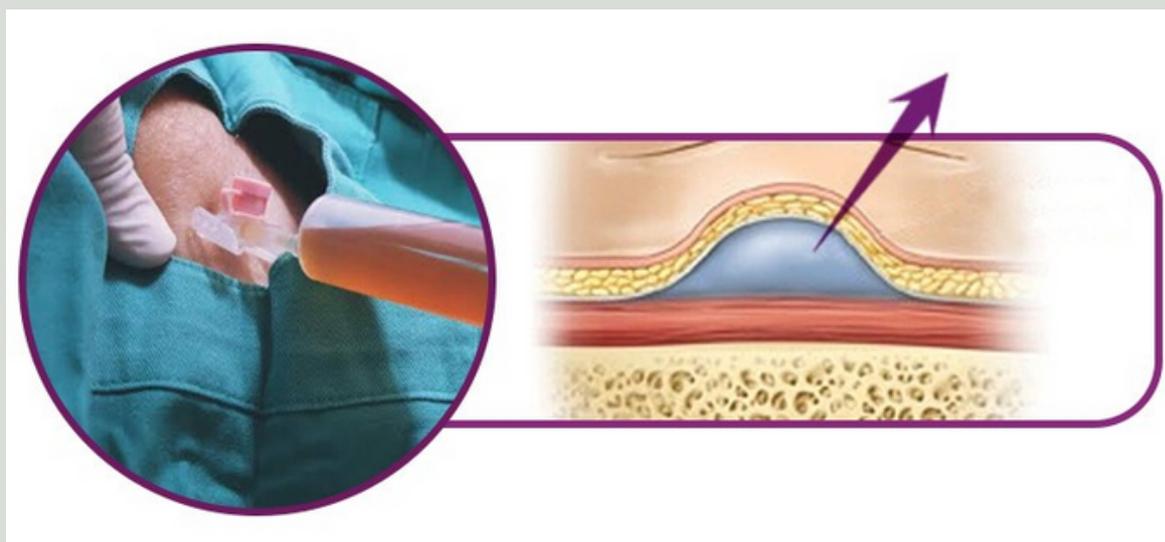
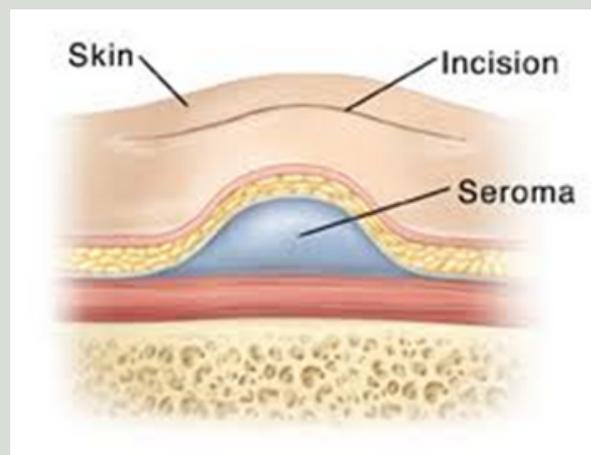
Ictericia Postquirúrgica

La ictericia post-colecistectomía es un cuadro muy temido por los cirujanos sobre todo si esta cirugía se realiza de manera emergente, donde la causa más común es la obstrucción del drenaje biliar por cualquiera de las siguientes razones, tales como el espasmo papilar, litiasis coledociana impactada y lesión de la vía biliar principal. Sin embargo, durante la intervención, el hígado se llega a comprometer, asociándolo a una serie de factores que en grado variable pueden afectar la función hepática; esta disfunción puede manifestarse clínicamente desde una hiperbilirrubinemia transitoria, hasta una insuficiencia hepática en grado superlativo, tal es el daño que en la inmensa mayoría de los casos puede ser fatal. Por otro lado, es posible dividir las ictericias postquirúrgicas en tres grupos: prehepáticas, hepatocelulares y posthepáticas; pero en la gran mayoría de los casos no es posible precisar una explicación fisiopatológica. La lesión iatrogénica de las vías biliares en el curso de una operación puede pasar desapercibida y esto sucede generalmente en las colecistectomías laparoscópicas con exploración de estas (Murria, 2018).



Seroma

El seroma es la acumulación de líquidos corporales claros en un lugar del cuerpo donde se ha extirpado un tejido mediante cirugía, es una complicación frecuente relacionada con la reconstrucción importante de la pared abdominal. Se producen porque se crean colgajos grandes de piel y grasa subcutánea; esto crea un espacio potencial que puede llenarse con exudado de los tejidos cuando supera la capacidad de reabsorción. Para reducir la formación de seromas deben colocarse drenajes de vacío cerrados en el tejido subcutáneo hasta que se oblitere el espacio. Estos drenajes deben limpiarse regularmente al principio del período postoperatorio, y normalmente se retiran cuando se han registrado menos de 30 ml en un período de 24 h. Además, hay que tener cuidado para no dejar los drenajes mucho tiempo, porque pueden proporcionar un punto de entrada para los microorganismos de la piel y contribuir a la infección (Townsend et al., 2017).



MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON



Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisa ayuda para conseguir independencia, integridad o integración total de mente y cuerpo. Su filosofía se basa en el trabajo de: Thorndike (psicólogo estadounidense), sus experiencias de estudiante, su experiencia en enfermería de rehabilitación y la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando. Además, considera que la función esencial de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud, recuperación o una muerte tranquila; que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios; lo anterior se realiza con la finalidad de ayudar al paciente a ganar la independencia lo más rápidamente posible (Raile & Marriner, 2010).



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

El proceso de atención de enfermería (PAE), es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, consiste en la aplicación de un método científico a la práctica asistencial; permitiendo a los profesionales sanitarios prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Se centra en evaluar de manera simultánea los avances y cambios en el estado de salud de la persona, familia y/o comunidad a partir de los cuidados otorgados por enfermería.

Es el camino que asegura una atención de calidad para una persona que necesita cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de esta. Está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Gallego et al., 2015)



DESAROLLO DE LA GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS COLECISTECTOMIZADOS POR VÍA LAPAROSCÓPICA

VALORACIÓN INTEGRAL BASADA EN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON			
NECESIDADES	ALTERADO	NO ALTERADO	MANIFESTACIONES
Oxigenación		X	
Alimentación-Hidratación	X		Hemorragia postquirúrgica
Eliminación		X	
Movilidad y Postura adecuada		X	
Reposo y sueño		X	
Vestirse y desvestirse		X	
Temperatura corporal		X	
Higiene corporal e integridad de la piel	X		Ictericia
Evitar los peligros del entorno	X		Dolor Infección de la herida quirúrgica Seroma Colección Intraabdominal
Comunicación		X	
Creencias y valores Religión		X	
Autorrealización - Trabajo		X	
Ocio-Actividades recreativas		X	
Aprendizaje de conocimientos		X	

Elaborado por: Mayra López

Proceso de Atención de Enfermería 1

NANDA

Dolor Agudo

Dominio 12

Confort

Clase 1

Confort Físico

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño; de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses.

Características definitorias

- Expresión facial de dolor
- Cambio de parámetros fisiológicos
- Conducta expresiva
- Informe de una persona autorizada sobre actitudes de dolor/cambios de actividad.

NOC

Nivel del Dolor

Dominio 5

Salud Percibida

Clase

Sintomatología

Indicadores

- Dolor referido
- Gemidos y gritos
- Expresiones faciales de dolor
- Inquietud
- Muecas de dolor

Escala de Medición

1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno

Puntuación Diana

Mantener en: 2
Aumentar a: 5



NIC

Manejo del dolor agudo

Dominio 1

Fisiológico Básico

Clase

Fomento de la comodidad Física

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.
- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.
- Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior.

- Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.
- Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24-48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario.
- seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.
- Usar analgésicos combinados si el nivel de dolor es intenso.
- Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente
- Administrar analgésicos por la vía menos invasiva posible, evitando la vía intramuscular.
- Modificar las medidas de control en función de la respuesta del paciente al tratamiento.
- Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.



Proceso de Atención de Enfermería 2

NANDA

Riesgo de Infección
Herida Quirúrgica

Dominio 11

Seguridad Y Protección

Clase 1

Infección

susceptible a la invasión de organismos patógenos en el sitio quirúrgico, lo que puede comprometer la salud.

Población en Riesgo

- Aumento de la exposición ambiental a patógenos
- Clasificación de ≥ 2 en la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)
- Contaminación de herida quirúrgica

Condición Asociada

- Comorbilidad
- Procedimiento invasivo
- Profilaxis antibiótica ineficaz
- Tipo de procedimiento quirúrgico

NOC

Curación de la herida

Dominio 2

Salud Fisiológica

Clase

Integridad Tisular

Indicadores

- Formación de cicatriz
- Supuración purulenta
- Secreción serosa de la herida
- Secreción sanguinolenta de la herida
- Eritema cutáneo circundante

Escala de Medición

1. Extenso
2. Sustancial
3. Moderado
4. Escaso
5. Ninguno

Puntuación Diana

Mantener en: 2
Aumentar a: 5

NIC

Protección Contra las Infecciones

Dominio 4

Seguridad

Clase

Control de Riesgos

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada
- Mantener la asepsia para el paciente de riesgo
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y mucosas.
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- Obtener muestras para cultivo, si es necesario.
- Utilizar los antibióticos con sensatez.
- Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.



Proceso de Atención de Enfermería 3

NANDA

Riesgo de déficit del volumen de líquidos

Dominio 2

Nutrición

Clase 5

Hidratación

Susceptible a sufrir una disminución del volumen del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede poner en peligro la salud.

Condición Asociada

- Pérdida activa del volumen de líquidos
- Pérdida de líquidos a través de vías anormales
- Compromiso de los mecanismos reguladores



NOC

Severidad de la Pérdida de Sangre

Dominio 2

Salud Fisiológica

Clase

Cardiopulmonar

Indicadores

- Pérdida sanguínea visible
- Hemorragia postoperatoria
- Disminución de la presión arterial sistólica
- Disminución de la presión arterial diastólica
- Aumento de la frecuencia cardíaca apical
- Ansiedad
- Disminución de la hemoglobina
- Disminución del hematocrito

Escala de Medición

1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno

Puntuación Diana

Mantener en: 2
Aumentar a: 5

NIC

Disminución de la Hemorragia: Heridas

Dominio 2

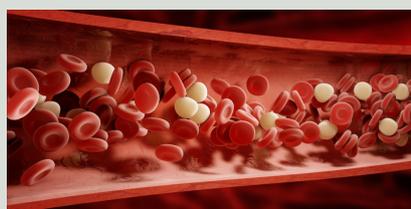
Fisiológico Complejo

Clase

Control de la Perfusión Tisular

- Aplicar presión manual sobre la zona hemorrágica o potencialmente hemorrágica.
- Aplicar hielo en la zona afectada.
- Aplicar vendajes compresivos en el sitio de la hemorragia
- Cambiar o reforzar el vendaje compresivo, según corresponda.
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.

- Monitorizar las entradas y salidas con precisión
- Vigilar el tamaño y características del hematoma, si lo hubiera
- Instruir al paciente para que aplique presión sobre el sitio de incisión cuando estornude, tosa, etc.
- Instruir al paciente sobre las restricciones de actividad, si correspondiera.
- Instruir al paciente y/o familia sobre los signos de hemorragia y las acciones adecuadas que se deben tomar (p. ej., avisar al profesional de enfermería) si se produjeran mas hemorragias



Proceso de Atención de Enfermería 4

NANDA

Deterioro de la Integridad Cutánea

Dominio 11

Seguridad/Protección

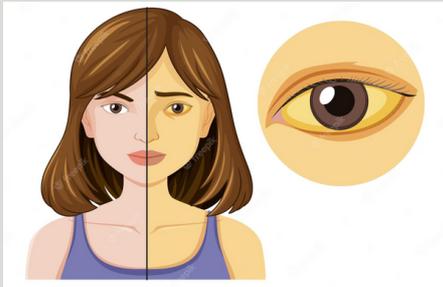
Clase 2

Lesión Física

Alteración de la epidermis y/o de la dermis

Condición Asociada

- Alteración en la pigmentación



NOC

Función Hepática

Dominio 2

Salud Fisiológica

Clase

Regulación Metabólica

Indicadores

- Aumento de la bilirrubina total sérica
- Aumento de la bilirrubina directa sérica
- Ictericia
- Hipersensibilidad hepática

Escala de Medición

1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno

Puntuación Diana

Mantener en: 2
Aumentar a: 5



NIC

Vigilancia de la Piel

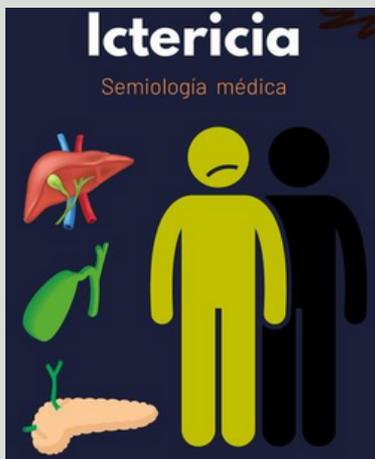
Dominio 2

Fisiológico Complejo

Clase

Control de la Piel/Heridas

- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Vigilar el color y temperatura de la piel.
- Documentar los cambios en la piel y mucosas.
- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda



Proceso de Atención de Enfermería 5

NANDA

Deterioro de la Integridad Cutánea

Dominio 3

Seguridad y Protección

Clase 2

Lesión Física

Alteración de la epidermis y/o de la dermis

Características Definitorias

- Alteración de la integridad cutánea
- Área localizada caliente al tacto
- Dolor agudo
- Hematomas
- Rubicundez

Condición Asociada

- Secreciones

NOC

Integridad de la piel:
Piel y Membranas mucosas

Dominio 2

Salud Fisiológica

Clase

Integridad Tisular

Indicadores

- Temperatura de la piel
- Integridad de la piel
- Lesiones cutáneas
- Eritema

Escala de Medición

1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido

Puntuación Diana

Mantener en: 2
Aumentar a: 5

NIC

Cuidados del drenaje

Dominio 1

Fisiológico Básico

Clase

Facilitación del Autocuidado

- Mantener la higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del drenaje.
- Mantener la permeabilidad del drenaje, según el tipo de drenaje y las indicaciones del fabricante
- Mantener el recipiente de drenaje a nivel adecuado
- Fijar el tubo para evitar la presión y la extracción accidental.
- Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo

- Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento y rotura de la piel, según corresponda.
- Administrar cuidados de la piel y cambios del apósito en el sitio de inserción del tubo, según corresponda
- Ayudar al paciente a fijar el tubo y/o dispositivos de drenaje al caminar, sentarse y estar de pie, según corresponda.
- Enseñar al paciente y a la familia el propósito del drenaje y los cuidados que deben prestársele, según corresponda.
- Proporcionar apoyo emocional para enfrentar el uso a largo plazo de los tubos y/o dispositivos de drenaje externos.



BIBLIOGRAFÍA

- Bellido, J. (2016). Factores clínico-epidemiológicos asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en adultos mayores atendidos en el Hospital Jose Agurto Tello de Chosica 2013-2015 [Universidada Ricardo Palma]. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/487>
- Blanquel, D., Guitiérrez, A., Mendoza, L., Soto, A., & Godínez, M. (2015). Utilidad de los modelos teóricos en la elaboración del PAE. *Revista Electrónica de Investigación En Enfermería* , 4(7), 1–8. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69105>
- Buri, I., Ulloa, F., Vega, H., & Encalada, L. (2019). Colecistectomía Laparoscópica: experiencia de dos décadas en el hospital militar de Cuenca, Ecuador. *Archivos de Medicina* (Manizales), 19(2), 256–266. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3331.2019>
- Doenges, M., & Moorhouse, M. (2012). Proceso y diagnósticos de enfermería. Aplicaciones (M. Martínez & T. Uriza, Eds.; Primera, Vol. 6). Manual Moderno.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. (2014). Proceso y diagnósticos de enfermería. (M. Martínez, Ed.; Primera, Vol. 1). Manual Moderno .
- Estepa, J., Santana, T., & Estepa, J. (2015). Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. *Scielo*, 13(1), 16–24. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n1/ms04113.pdf>
- García, R., Díaz, J., Aguirre, I., Castillo, A., & Romero, N. (2018). Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica electiva. *Salud Jalisco*, 250(2), 177–186. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181afde41>
- Gonzáles, R., Pérez, M., León, T., Sánchez, R., & Olivé, J. (2019). Cirugía abdominal laparoscópica en el adulto mayor. *Revista Cubana de Cirugía* , 58(1), 36–45. <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/757/368>
- Mena, D., Gonzáles, V., Cervera, Á., Salas, P., & Orts, M. (2016). Cuidados básicos de enfermería. In *Cuidados básicos de enfermería* (Primera, Vol. 1). Universitat Jaume . <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6035/Sapientia108>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Salud Pública de Paraguay* , 3(1), 41–48. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
- Rozman, C., & Farreras, P. (2012). Enfermedades de las vías biliares. In P. Farreras & C. Rozman (Eds.), *Medicina Interna* (17th ed., Vol. 1, pp. 258–261). Elsevier.
- Sanabria, F., & Lizano, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 208–215. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>

AUTOBIOGRAFÍA



Mayra López es una joven que se apasiona por el mundo de la Enfermería; estudia en la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. Además considera esta profesión como un verdadero estado de arte y ciencia que nos enseña a brindar cuidados basados en la compasión, afecto y respeto por la dignidad e individualidad de cada persona. Por tal razón se elabora esta guía con la finalidad de integrar la ciencia y el arte en la práctica para que la calidad de los cuidados este a un nivel superior que beneficie al paciente, familia y comunidad.

Mayra López

Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él.

Florece Nightingale

Anexo 2. Pertinencia



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Loja, 27 de octubre de 2021

Dr. Amable Bermeo Flores. Mg. Sc.

DECANO DE LA FACULTA DE LA SALUD HUMANA FSH-UNL

Ciudad.

Con un cordial y atento saludo me permito por medio del presente, informar que, luego de haber revisado el proyecto titulado **COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA** de autoría de la Srta. **MAYRA ALEJANDRA LÓPEZ PIZARRO**, al respecto debo señalar que el mismo corresponde a una temática que se enmarca en la líneas de investigación de la Carrera, y cumple con la estructura señalada en el Reglamento de Régimen Académico Institucional citado en el Art. 226 cuyo texto señala "Estructura del proyecto de investigación". - En su estructura, el proyecto o plan de investigación en la Universidad Nacional de Loja, contendrá al menos los siguientes elementos: 1. Título; 2. El problema de investigación; 3. Objetivos de la investigación; 4. Marco teórico; 5. Metodología; 6. Cronograma; 7. Presupuesto y financiamiento; 8. Bibliografía; 9. Anexos. Por lo tanto, considero salvo su mejor criterio que es pertinente, y puede continuar con el desarrollo y trámite administrativo. Particular que pongo en su conocimiento para los fines consiguientes.

Particular que pongo a su conocimiento, para los fines pertinentes

Atentamente,

Denny Ayora Apolo

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA FSH-UNL

Anexo 3. Designación de directora del Trabajo de Integración Curricular



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Of N° 0670- DCE -FSH -UNL
Loja, 09 de noviembre de 2021

Lic. Denny Ayora Apolo. Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL
Ciudad.

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el **Art. 228** del Reglamento de Régimen Académico 2021 de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe favorable de **pertinencia** del Proyecto de Tesis titulado: **"COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"** de autoría de la Srta. **MAYRA ALEJANDRA LÓPEZ PIZARRO**. Me permito designarle **DIRECTORA DE TESIS** y autorizo su ejecución

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes. Con mis sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

Dr. Amable Bermeo Flores. Mg. Sc.
DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA UNL.

C.C. Archivo

DAA/kiv

*Recibido
Ayora*

Anexo 4. Autorización-Hospital General Isidro Ayora



Ministerio de Salud Pública
Hospital General Isidro Ayora
Proceso de Docencia e Investigación

Oficio Nro. MSP-CZ7-HIAL-PDI-2022-02-M

Loja, 5 de Enero del 2022

Srta. Mayra Alejandra López Pizarro.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito informar a usted que luego de revisar su Proyecto de Investigación titulado "COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA", lo encuentro PERTINENTE Y FACTIBLE de realizar, por lo que autorizo el desarrollo de la misma en esta Casa de Salud, para lo cual se comunicará al Responsable de Estadística para que se le preste las facilidades del caso para su realización.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HIAL .



Anexo 5. Certificación- Recolección de datos



República
del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

Hospital General Isidro Ayora

Proceso de Docencia e Investigación

Oficio Nro. MSP-CZ7-HIAL-PDI-2022-10-M

Loja, 12 de Enero del 2022

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA.
CERTIFICA:

Que la Srta. Mayra Alejandra López Pizarro, con C.C. 1150033429, estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, de acuerdo a la certificación concedida por el Proceso de Admisiones, el citado estudiante cumplió con la recolección de la información para su trabajo de investigación desde el 5 al 11 de enero del presente año con un total de 69 historias clínicas.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente:

Dr. Marco Medina Sarmiento.
RESPONSABLE DE DOCENCIA DEL HIAL



Anexo 6. Certificado Traducción

Lic. Mercedes Yolanda Masache Jungal Mg.sc

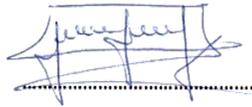
LICENCIADA EN IDIOMA INGLES

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español a ingles del resumen derivado del trabajo de Integración Curricular denominado: **Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del hospital General Isidro Ayora**, de autoría de **Mayra Alejandra López Pizarro**, portadora del número de cédula **1150033429**, estudiante de la carrera de enfermería de la facultad de la salud humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la Lic. Denny Caridad Ayora Apolo Mg. Sc, previo a la obtención del título de licenciado en enfermería.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.

Loja, 07 de junio de 2023



Lic. Mercedes Masache Mg.sc

CI: 1718135997

Senescyt: 1008-11-1064894

Licenciada en el Área de ingles

Anexo 7. Ficha de recolección de datos



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

Ficha de recolección de datos

Complicaciones postquirúrgicas en pacientes de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital General Isidro Ayora.

Formulario No	
Características Sociodemográficas	
1. Edad	18 – 29 años <input type="checkbox"/>
	30 -59 años <input type="checkbox"/>
	≥ 60 años <input type="checkbox"/>
2. Sexo	Mujer <input type="checkbox"/>
	Hombre <input type="checkbox"/>
3. Lugar de residencia	Urbana <input type="checkbox"/>
	Rural <input type="checkbox"/>
4. Nivel de instrucción	Primaria <input type="checkbox"/>
	Secundaria <input type="checkbox"/>
	Superior <input type="checkbox"/>
	Ninguna <input type="checkbox"/>
5. Clasificación ASA	ASA I <input type="checkbox"/>
	ASA II <input type="checkbox"/>
	ASA III <input type="checkbox"/>
	ASA IV <input type="checkbox"/>
	ASA V <input type="checkbox"/>
	ASA VI <input type="checkbox"/>
6. Modalidad de la cirugía	Emergente <input type="checkbox"/>
	Programada <input type="checkbox"/>

Complicaciones Posquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica	
1. Dolor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Hemorragia Postoperatoria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Lesión iatrogénica de la vía biliar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Ictericia Postoperatoria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Infección de herida quirúrgica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Seroma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Colecciones intraabdominales	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. Fuga Biliar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otros:	

Elaborado por: Mayra López