

PROTOCOLO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE COLELITIASIS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE COLELITIASIS

INTRODUCCIÓN

Es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo, sobre todo, en las sociedades occidentales, donde se diagnóstica entre un 10% y un 30% de sus habitantes y cada año hay un millón de casos nuevos. Se presenta en el 20 % de las mujeres y el 10 % de los hombres. Esta mayor incidencia en nuestros días se correlaciona con una mejoría en las técnicas diagnósticas que son hoy más rápidas, cómodas y eficaces .

Es uno de los problemas de salud más importantes y antiguos que afecta al hombre; con serias implicaciones médicas, sociales y económicas, por su elevada frecuencia y complicaciones. Se encuentra entre las 5 primeras causas de intervención quirúrgica a nivel mundial y el más costoso entre los practicados para las enfermedades digestivas en los países occidentales por la carga económica derivada del mismo.²

En América Latina se informa que entre el 5 y el 15 % de los habitantes presentan litiasis vesicular, y existen poblaciones y etnias con mayor prevalencia, como la caucásica, la hispánica o los nativos americanos. La frecuencia de litiasis vesicular aumenta con la edad, fenómeno que se observa en ambos sexos, y que es más frecuente a partir de los 40 años. La frecuencia es de cerca del 20% de los adultos a partir de esta edad y del 30% en los mayores de 70 años.

1. OBJETIVO

Estandarizar la atención quirúrgica por parte de los profesionales de la salud vinculados al manejo de pacientes con colelitiasis, para favorecer el tratamiento oportuno y disminuir la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

2. DEFINICIÓN

La colelitiasis es la formación de cálculos biliares, los cuales son depósitos duros, similares a cristales de roca, que se forman dentro de la vesícula biliar y pueden ser de diferente tamaño, forma y composición.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en cirugía, medicina interna y medicina familiar, enfermeros y enfermeras.

4. POBLACION DIANA

Este protocolo va dirigido a todos los pacientes diagnosticado con colelitiasis que requieran tratamiento quirúrgico.

5. DIAGNÓSTICO

5.1. Signos y síntomas de la patología:

Los cálculos biliares se presentan con frecuencia sin síntomas y generalmente son descubiertos por medio de una sonografía de rutina.

Sus manifestaciones clínicas más comunes son: cólico biliar, fiebre, anorexia, dolor en el epigastrio o cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos y signo de Murphy.

5.2. Pruebas de laboratorio:

Hemograma, tipificación sanguínea, glicemia, urea, creatinina, AST, ALT, bilirrubina, fosfatasa alcalina, TP/TPT/INR, examen de orina, HIV, HbsAg y HVC.

5.3. Pruebas complementarias e imágenes:

- a) Radiografía de tórax PA
- b) Electrocardiograma (EKG)
- c) Sonografía abdominal (prueba estándar de referencia para el diagnóstico de colelitiasis)
- d) En caso de duda diagnóstica, puede ser realizada una tomografía y/o una resonancia magnética.

6. CRITERIOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN O LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- a) Dolor abdominal, cólico biliar.
- b) Evidencia sonográfica de cálculo en la vesícula biliar.

7. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

7.1. Descripción del proceso quirúrgico.

- Paso 1. Recepción del paciente y verificación de programación de cirugía
- Paso 2. Chequeo de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía
- Paso 3. Verificar que el consentimiento informado está

- Paso 4. Comprobar la existencia del informe pre anestésico.
- Paso 5. Procedimiento de revisión por parte de Anestesiología del cumplimiento de los requisitos pre quirúrgicos.
- Paso 6. Traslado del paciente al quirófano quirúrgico.
- Paso 7. Colocación correcta del paciente en la cama quirúrgica.
- Paso 8. Procedimiento de asepsia y antisepsia.
- Paso 9. Procedimiento de control de la anestesia y las medidas oportunas para mantener las constantes vitales del paciente.
- Paso 10. Realización del proceso quirúrgico.
- Paso 11. Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano de la intervención deberá completar la descripción quirúrgica.

7.2. Descripción del procedimiento

a) Colectomía abierta

- Colocar en posición decúbito supino.
- Realizar asepsia y antisepsia de la pared abdominal
- La incisión de la piel es de manera general una sub-costal derecha pero podrá ser adaptada según las circunstancias (cirugías previas, procedimientos combinados)
- Se realiza la laparotomía avanzando por planos anatómicos realizando una hemostasia rigurosa; una vez en la cavidad abdominal se identifica la vesícula biliar.
- Se colocan compresas para separar el campo quirúrgico con la ayuda de separadores manuales

- Se toma el fondo y cuello de la vesícula, ese último se tracciona en sentido caudal y a la derecha, e identificamos el conducto cístico, arteria cística, y el triángulo de Calot.
- Una vez identificados los elementos del pedículo procedemos a la ligadura o clipaje de estos para luego seccionarlos.
- La disección de la vesícula biliar se realizara con la ayuda de bisturí eléctrico
- Terminada la remoción de la vesícula, verificamos la hemostasia y cerramos la pared abdominal por planos anatómicos por medio de sutura absorbible y no absorbible. La piel puede ser cerrada con una sutura intradérmica si no hay evidencia de infección.

b) Colectomía laparoscópica

- Se coloca en posición decúbito supino
- Se realiza asepsia y antisepsia de la pared abdominal
- Se coloca campos estériles.
- La vía de acceso se hará realizando neumoperitoneo abierto o con la aguja de Veress se introduce puerto de 10mm periumbilical, por este trocar se introduce cámara, y se introducirán dos a tres puertos de 10-5mm según amerite. Una vez identificados el conducto cístico y arteria cística, se procede al clipaje de los mismos.
- La disección de la vesícula se hace con la ayuda del bisturí eléctrico.
- Se extrae la vesícula biliar de la cavidad abdominal, se retira el instrumental quirúrgico, cierre de la fascia a nivel peri umbilical y de la piel en todos los puertos colocados.

7.3. Cuidados en la Unidad de Recuperación Posanestésica

El anestesiólogo decidirá:

- El momento oportuno para su traslado a la unidad de recuperación post-anestésica (U.R.PA.), comprobando, antes del traslado, el estado hemodinámico y de alerta del paciente, así como cualquier signo de efectos secundarios.
- Con la ayuda del cirujano de la intervención, ayudantes y enfermera circulante procederá a pasar al paciente a la cama quirúrgica. Luego el anestesiólogo estará a cargo del traslado del paciente con el auxiliar de enfermería y/o el camillero utilizando para ello la cama de hospitalización o de UCI o la camilla destinada al efecto.

7.4. Cuidados y manejos posquirúrgicos:

Los médicos del área y personal del Departamento de Enfermería se encargarán de:

- Vigilar los signos vitales cada hora durante las primeras cuatro horas. Si los signos vitales del paciente se mantienen estables, dicha revisión será efectuada cada cuatro horas.
- Administrar los medicamentos prescritos en cada caso.

Esquema de hidratación.

Primeras 24 horas	Lactato de Ringer o solución salina al 0.9%	3000 ml., dosis de infusión ajustada de acuerdo a función renal
Mantenimiento	Lactato de Ringer, o solución salina al 0.9%, o solución mixta al 0.9%, o Dextrosa al 5%	Infusión ajustada a equilibrio entre ingesta oral y parenteral.

Esquema para uso de antibióticos.

Esquema profiláctico	Cefazolina	1 g EV 30 minutos antes de la intervención. Repetir dosis a las 12 horas.
Esquema para cirugía contaminada o complicación infecciosa	Ceftriaxona, 1 gr cada 12 horas. Gentamicina, 80 mg cada 12 horas, o 160 mg cada 24 horas. Amikacina, 500 mg cada 12 hora, o 1 gr cada 24 horas. Clindamicina, 600 mg cada 8 horas	Manejar esquema empírico y resultado de cultivo.

Analgésicos

- | |
|---|
| a) Dexketoprofeno: 50 mg cada ocho horas. 25 mg por vía oral. |
| b) Ketorolaco: una ampolla de 30 mg cada ocho horas. |
| c) Nalbufina: 10 mg por vía subcutánea o endovenosa e intramuscular, cada seis u ocho h, SOS. |
| d) Tramadol: 100 mg por vía subcutánea cada ocho horas (no exceder los 400 mg en adultos). |

Protectores gástricos

- | | |
|---|---|
| a) Omeprazole
b) Esomeprazole
c) Pantoprazole | 40 mg cada 24 horas. Si hay riesgo de úlcera, el medicamento debe ser administrado en la misma cantidad cada 12 horas |
|---|---|

7.5. Registro del procedimiento:

- Llenar la hoja de descripción de procedimientos y anexar al expediente.
- Anotar el procedimiento en el libro de patología (biopsias).
- Actualizar historia clínica.

8. INGRESO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN

Además de las tareas asistenciales, el personal de Enfermería se encargará de:

- Custodiar y complementar el expediente del paciente durante su estancia en el servicio.
- Enviar el expediente junto al paciente cuando éste sea trasladado de Unidad.

8.1. Pautas para el manejo del paciente en sala:

- a) Suministrar el tratamiento (de primera elección y alternativo).
- b) Actualización y revisión continua del expediente clínico.
- c) Si el caso lo amerita, solicitar atención al paciente por parte del Servicio de Gastroenterología.
- d) Coordinar seguimiento entre los Servicios de Gastroenterología y Cirugía.

9. CRITERIOS DE EGRESO

- a) Paciente 24 horas asintomático, sin fiebre y tránsito intestinal restablecido.
- b) Hemodinamicamente estable.
- c) Autorización del Servicio de Cirugía.

10. INFORMACION A PACIENTES Y/O FAMILIARES

En intervenciones prolongadas o cuando el tiempo estimado para el acto quirúrgico exceda el previsto inicialmente, un miembro del personal quirúrgico contactará a los familiares del paciente, a fin de informarles sobre la marcha del procedimiento.

Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano de la intervención debe informar al paciente y a sus familiares acerca del resultado del mismo.

Al momento del egreso, el médico tratante informará al paciente y a sus familiares sobre:

1) Medidas preventivas:

- a) Cuidado de la herida (cura)
- b) Deambulaci3n asistida.

2) Informe sobre el procedimiento realizado

- a) Colecitectomia abierta o laparosc3pica, seg3n aplique.

3) Recomendaciones nutricionales y utilizaci3n de medicamentos:

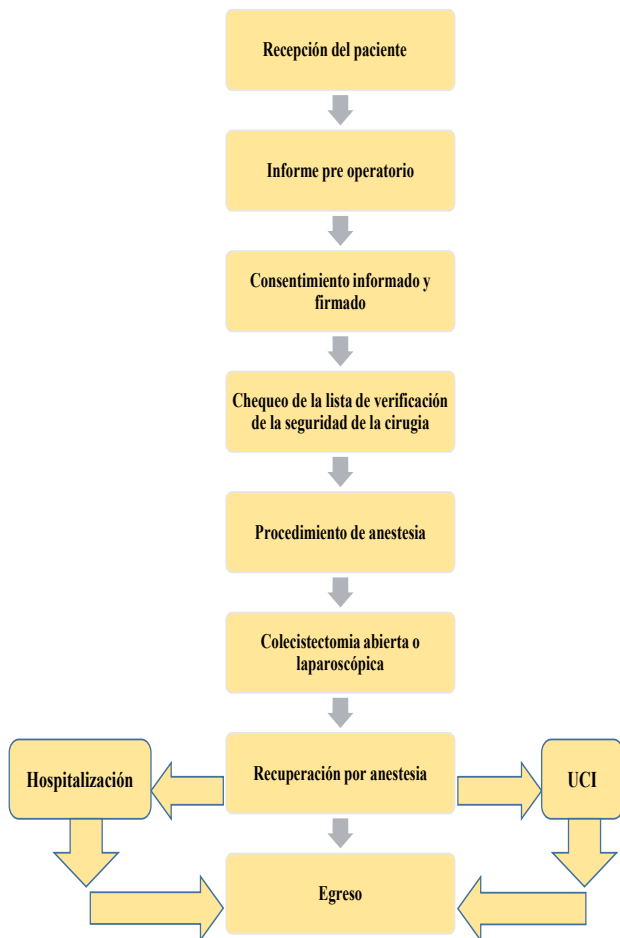
- a) Dieta hiperproteica.

Informar sobre posibles signos y s3ntomas de alarma en el postoperatorio que requieren de atenci3n m3dica:

- Fiebre
- Secreciones a trav3s de la herida
- Malestar general
- Dificultad respiratoria
- Diarrea
- Dolor abdominal

4) Pr3xima Cita: siete d3as luego de egreso

11. ALGORITMO DEL PROCESO COLECISTECTOMIA



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Bat, O. The analysis of 146 patients with difficult laparoscopic cholecystectomy, *Int J Clin Exp Med*. 2015 Sep 15;8(9):16127-31
2. Belena, JM. Role of laryngeal mask airway in laparoscopic cholecystectomy. *World J Gastrointest Surg*. 2015
3. Pocket Guide to the Operating Room (3rd e.). Philadelphia: F. A. Davis Company. Goldman, M.A. (2008).
4. Gurusamy K, Early laparoscopic cholecystectomy appears better than delayed laparoscopic cholecystectomy for patients with acute cholecystitis. *Evid Based Med*. 2015 Dec 8. pii: ebmed-2015-110332.
5. Liang B. Safety and efficacy of antibiotic prophylaxis in patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy: A systematic review and meta-analysis, *J Gastroenterology Hepatology*. 2015.
6. Rothman J, Less Surgical Experience Has no Impact on Mortality and Morbidity After Laparoscopic Cholecystectomy: A Prospective Cohort Analysis, *Surgery Laparoscopic Endoscopy Percutaneous Tech*. 2015 Dec; 25(6):492-5.

7. Smigielski, J, Comparison of treatment costs of laparoscopic and open surgery, Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2015 Sep; 10(3):437-41.
8. Med Educ Online 2015, 20: 30024 - <http://dx.doi.org/10.3402/meo.v20.30024>