

Colecistitis y Colecistectomía: Cuidados de Enfermería

Unidad 6 — El paciente quirúrgico

El Caso Clínico

Marta, 52 años.

Contexto

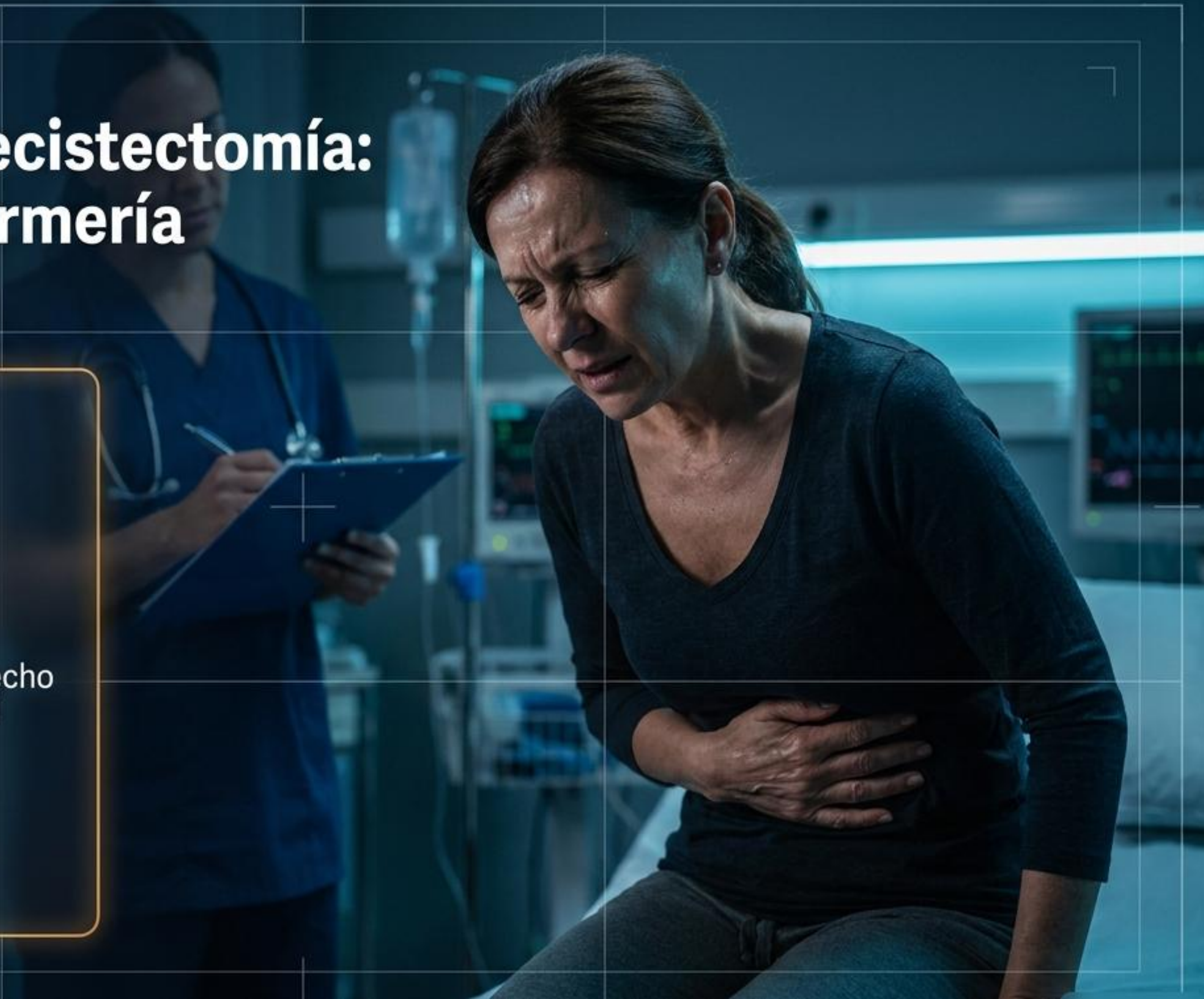
Cena abundante y rica en grasas.

Síntoma Principal

Dolor intenso en hipocondrio derecho (6 horas de evolución) irradiado al hombro derecho.

La Pregunta Central

¿Por qué me duele el hombro si el problema es la vesícula?



Colelitiasis y colecistitis no son lo mismo

Colelitiasis - El Cuadro Silencioso

- Presencia de cálculos en la vesícula biliar.
- Frecuentemente asintomática (>15 millones de personas conviven con ellos sin dolor).
- No toda colelitiasis produce colecistitis

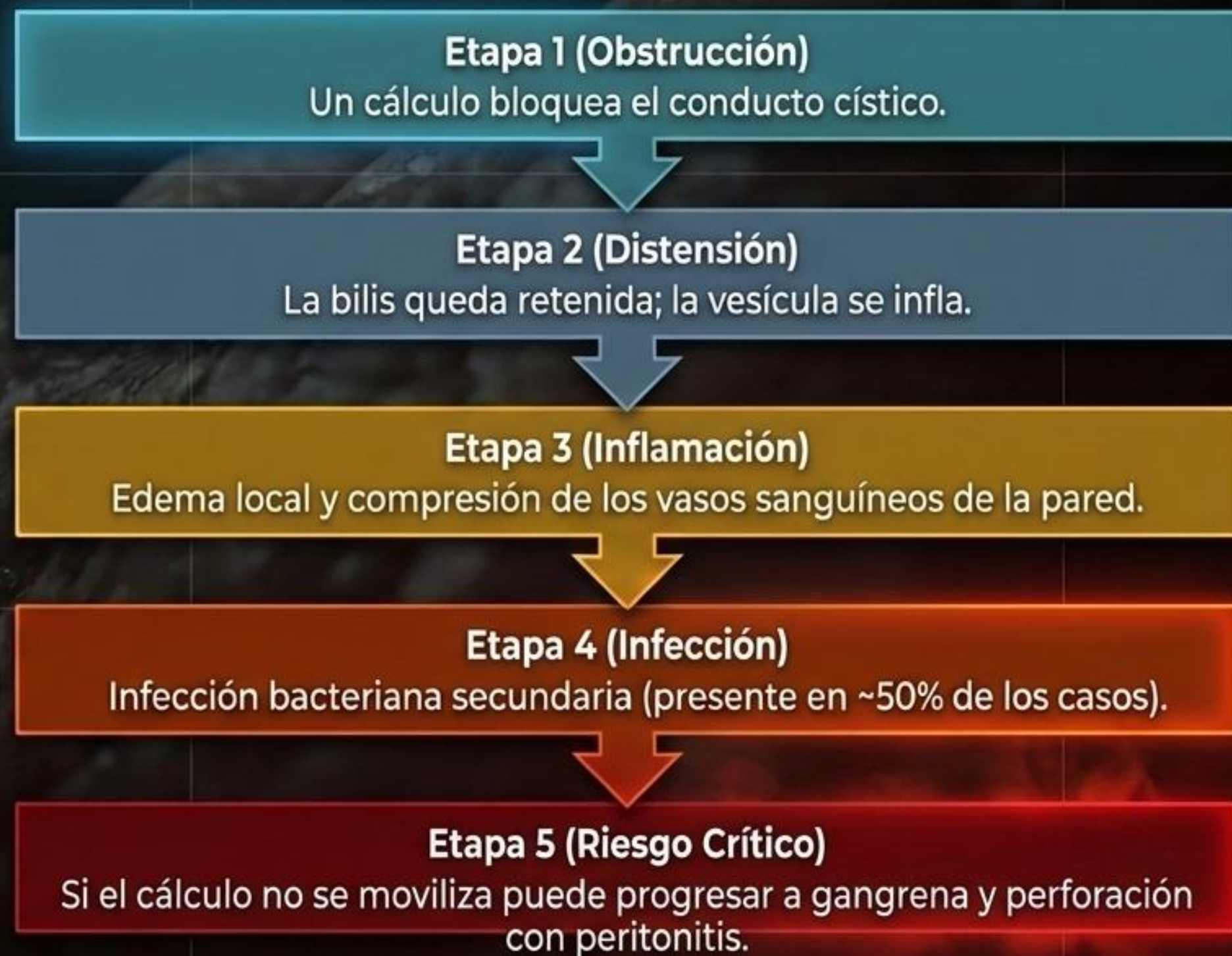


Colecistitis - La Crisis Aguda

- Inflamación aguda o crónica de la pared vesicular.
- >90% litiásica (un cálculo obstruye el conducto cístico).
- Requiere intervención médica inmediata.



La Cascada Fisiopatológica: ¿Cómo evoluciona el cuadro?



Como se presenta y como se identifica el cuadro

Reacción Sistémica

Náuseas, vómitos, y fiebre en ascenso.

Alerta Visual

Ictericia (piel/escleróticas amarillas) u orina oscura. Indica que la obstrucción llegó al colédoco.

Hombro Derecho

Dolor referido.
Dolor referido. La irritación diafragmática se transmite por vías nerviosas compartidas.

Hipocondrio Derecho

Dolor agudo posprandial.
Signo de Murphy positivo (corte respiratorio a la palpación profunda).

Diagnóstico de Elección: Ecografía abdominal (90% de exactitud diagnóstica, no irradia).
Laboratorio: fosfata alcalina, bilirrubina, hepatograma

Manejo inicial y tratamiento definitivo

Fase 1: Estabilización

Ayuno estricto + Analgesia (para el dolor intenso) + Antibióticos (si hay signos de infección).

Fase 2: Curación Definitiva

Colecistectomía (Extirpación quirúrgica de la vesícula).



Si la cirugía se retrasa, el riesgo escala: Empiema vesicular, gangrena, peritonitis generalizada o pancreatitis biliar.

Colecistectomía: Abordajes Quirúrgicos

Laparoscópica - El Estándar

- Pequeñas incisiones (generalmente umbilical).
- Menor riesgo quirúrgico y dolor posoperatorio.
- Estadía hospitalaria corta y recuperación rápida.



Abierta/Tradicional - La Excepción

- Incisión subcostal alta derecha.
- Reservada para casos complejos o conversiones intraoperatorias.
- Mayor riesgo respiratorio debido a la limitación por dolor al respirar.



Indicaciones principales: Colecistitis aguda, colelitiasis sintomática, coledocolitiasis.

Cuidado de Enfermería: Antes de Quirófano

1. Optimización Clínica

- Estudios: Rx de Tórax, ECG, Hepatograma.
- Corrección de coagulación (Vitamina K si está alterada por obstrucción biliar).
- Suspensión de tabaco y fármacos anticoagulantes.

2. Capacitación del Paciente

- Enseñar a moverse, toser y respirar profundo pos-cirugía.
- Anticipar escenarios: Explicar la posible presencia de drenajes o sonda nasogástrica al despertar.



Posoperatorio Inmediato: Prioridades de Enfermería



Dolor y Posición

Posición de Fowler baja.

Analgesia vital: el paciente debe estar sin dolor para poder toser y respirar profundamente.



Control respiratorio

Valorar frecuencia, profundidad y patrón respiratorio.

Estimular respiraciones profundas y tos efectiva según tolerancia.

Vigilar signos de dificultad respiratoria, hipoxemia o disminución de la expansión torácica.



Movilización

Deambulación temprana tan pronto como se tolere (previene el tromboembolismo venoso).



Alimentación y Herida

Líquidos tempranos (laparoscópica). Dieta blanda, baja en grasas.

Vigilar filtración biliar en heridas (Atención: la bilis es corrosiva para la piel).

Atención Continua: Signos de Alarma

⚠ Fiebre o cambios bruscos en los signos vitales.

⚠ Dolor abdominal en aumento (especialmente hipocondrio derecho, sugiere filtración).

⚠ Ictericia progresiva (obstrucción persistente).



⚠ Heces color arcilla o grisáceas (la bilis no llega al intestino).

⚠ Náuseas y vómitos persistentes.

⚠ Sangrado o filtración de líquido biliar por la herida o el drenaje.



El Destino Seguro: Educación para el Alta

Cuidado de la Incisión

Higiene básica y reconocimiento visual de signos de infección.

Nutrición Práctica

Dieta baja en grasas los primeros días.
Nota: No requiere restricciones estrictas permanentes; buscar alimentación saludable.

Actividad Física

Retomar rutinas progresivamente. Evitar levantar objetos pesados en el posoperatorio inmediato.

Red de Seguridad

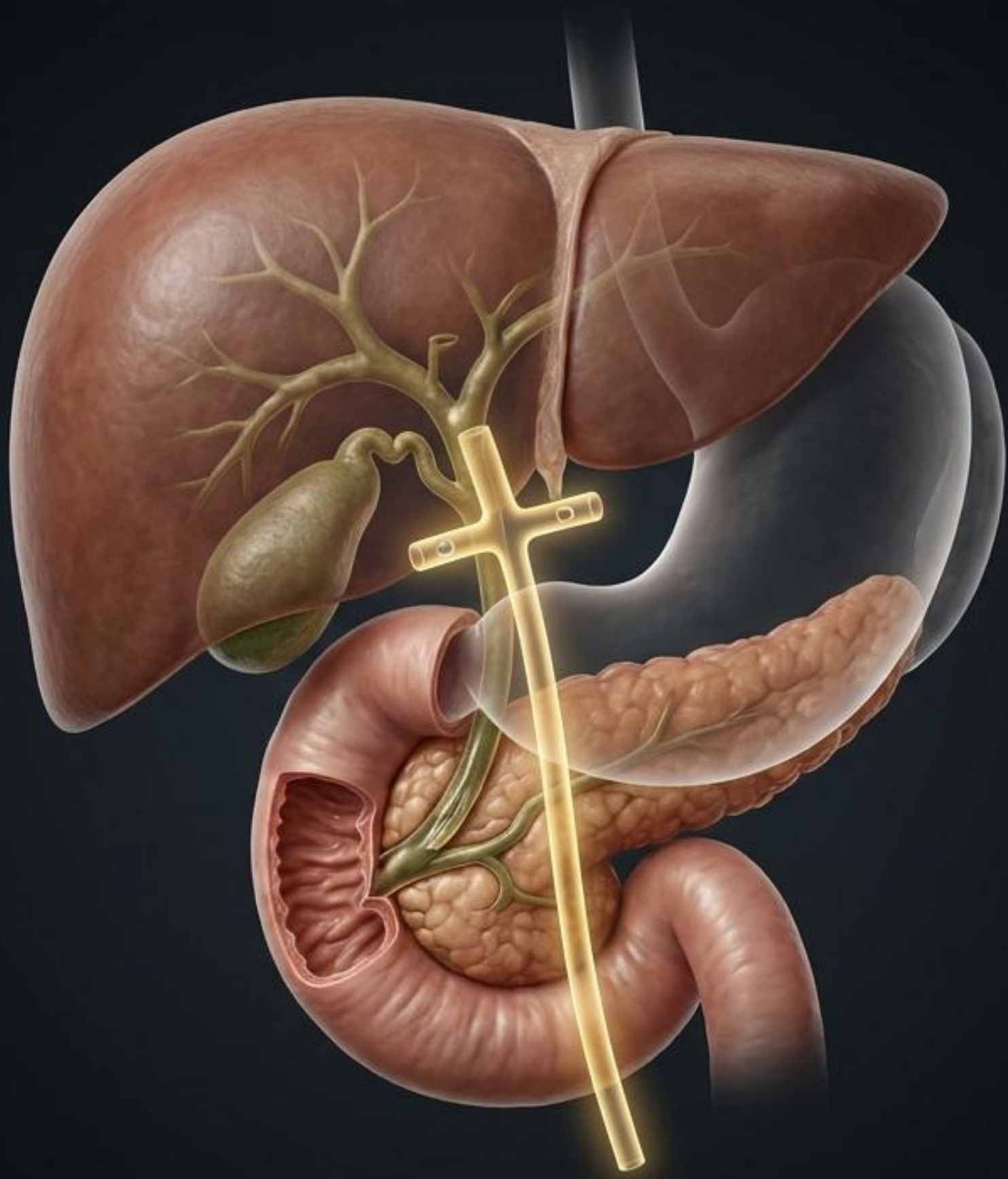
Confirmar el turno de control quirúrgico y asegurar que el paciente sepa exactamente a quién contactar si aparecen signos de alarma.

(Nota: Si el paciente es dado de alta con Drenaje de Kehr, requerirá capacitación técnica específica adicional)

Drenaje de Kehr

Entendiendo la válvula de seguridad de la vía biliar
Cuidados de Enfermería y Razonamiento Clínico





La "Cañería" Humana: Anatomía de la Inserción

¿Qué es?: Un tubo de goma o silicona blanda en forma de "T".

- **Ubicación precisa:** Insertado directamente a través de una incisión en el colédoco (coledocotomía).
- **Contexto quirúrgico:** Típicamente colocado tras abrir la vía biliar para extraer cálculos (coledocolitiasis) durante una colecistectomía.
- **Exteriorización:** La rama larga atraviesa la pared abdominal y se conecta a una bolsa colectora externa.

El Propósito: Las 4 Funciones Clave del Tubo en "T"



Aliviar la Presión

Descomprime temporalmente la vía biliar y facilita el drenaje de bilis durante el período posoperatorio.



Prevenir Peritonitis

Favorecer el drenaje controlado de la bilis y reduce la presión sobre la zona intervenida, disminuyendo el riesgo de fuga biliar y sus complicaciones.



Vía Terapéutica

Puede proporcionar un acceso al árbol biliar para el manejo de cálculos residuales u otras intervenciones, cuando esté indicado.



Acceso Radiológico

Permite realizar colangiografías a través del tubo para evaluar la permeabilidad de la vía biliar y detectar posibles cálculos residuales antes de su retiro.

La Clave Fisiológica: El Concepto de “Válvula de Seguridad”

Fase inicial: El tubo no reemplaza el camino natural; es una salida de emergencia alternativa mientras existe edema posquirúrgico.



Resolución: Al ceder el edema, la bilis retoma su vía principal hacia el duodeno.



El **drenaje de Kehr** se coloca en el colédoco. Su función es permitir el drenaje temporal de bilis y la descompresión de la vía biliar después de determinadas intervenciones quirúrgicas.

Posición del sistema y flujo biliar

El Kehr utiliza un sistema de drenaje por gravedad, por lo que la altura de la bolsa modifica el gradiente de presión y el flujo de bilis hacia el exterior.



La posición del sistema debe ajustarse según la indicación médica y el objetivo del drenaje.

El objetivo es favorecer el tránsito fisiológico de la bilis hacia el duodeno y utilizar el Kehr como vía de descompresión cuando sea necesario.

Matriz Diagnóstica: "Leyendo" la Bilis

Parámetro	Valor Esperado	Signo de Alarma
Producción hepática total	~1000 mL/día (Referencia basal)	—
Débito por el tubo de Kehr	300-500ml/día inicialmente. Valor orientativo: puede variar según el momento postoperatorio y las condiciones del paciente.	Debito persistente elevado, aumento brusco, disminución brusca o ausencia inesperada, valorar permeabilidad y estado clínico.
Características visuales	Amarillo-dorado a verde oscuro, líquido limpio	Turbia, purulenta, o francamente hemática



Cuidados de Enfermería: De la Acción al Fundamento

Acción

Observar y proteger celosamente la piel periinserción.



No pinzar el tubo por iniciativa propia.



Medir volumen cada 24h e incluir en el balance hídrico general.



Fundamento Fisiológico

La bilis es altamente corrosiva. Toda filtración externa evolucionará rápidamente a lesión cutánea si no se aísla.

El pinzamiento requiere confirmación radiológica previa (colangiografía) de que la vía está permeable. Pinzar "a ciegas" genera presión severa y riesgo de filtración al peritoneo.

La tendencia (descenso vs. aumento) es el indicador principal de la resolución del edema vs. obstrucción persistente.

Alerta Roja: Cuándo Intervenir de Inmediato



Peritonitis Biliar: Dolor abdominal intenso, defensa abdominal, signos de irritación peritoneal y fiebre. (La complicación más grave).



Obstrucción Total: Ictericia progresiva (color amarillento en piel/esclerótica), orina muy oscura (coluria) y heces color arcilla (acolia).



Falla del Sistema: Salida de líquido biliar alrededor del tubo o directamente por la herida quirúrgica.



Emergencia Mecánica: Retiro accidental del tubo de Kehr.

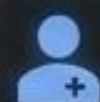


Educación al Alta: Empoderando al Paciente



- ✓ **Simplificar el concepto:** Explicar que el tubo es una “válvula de seguridad” temporal que protege su cirugía.
- ✓ **La regla de oro en casa:** Enseñar a mantener la bolsa siempre más abajo del abdomen al caminar, sentarse o dormir, evitando tirones o acodamientos.
- ✓ **Cuándo acudir a urgencias:** Capacitar en el reconocimiento visual de los signos de alarma (cambios en el color de la bilis, fiebre, dolor agudo, ictericia).
- ✓ **Expectativas de retiro:** Aclarar que el retiro del tubo (generalmente entre 7 y 14 días) es un procedimiento médico programado tras confirmar la permeabilidad, nunca una maniobra espontánea.

El Desafío Clínico: El Caso de Silvia



Paciente: Silvia, 47 años.



Día: 3° día posoperatorio de colecistectomía + colocación de tubo de Kehr.



El Hallazgo (Shift Handover): Al iniciar el turno, encuentras que la bolsa colectora fue colgada del soporte de venoclisis (por encima del nivel del abdomen).



Clínica actual: Débito de apenas 20 mL en las últimas 8 horas. Silvia refiere “una pesadez” constante en el hipocondrio derecho. Sin fiebre.



¿Qué está pasando **fisiológicamente** y qué acción inmediata corresponde?

La Resolución Fundamentada



BOLSA ALTA = ERROR → BOLSA BAJA = SOLUCIÓN

LA POSICIÓN ELEVADA DEL SISTEMA MODIFICA EL GRADIENTE HIDROSTÁTICO Y PUEDE REDUCIR EL DRENAJE EXTERNO. EL BAJO DÉBITO DEBE INTERPRETARSE JUNTO CON LA SITUACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE, LA PERMEABILIDAD DEL SISTEMA Y LA INDICACIÓN ESTABLECIDA PARA EL MANEJO DEL DRENAJE.

Acción de Enfermería: verificar la posición, permeabilidad y acodamientos del sistema; valorar dolor, distensión, fiebre, ictericia y signos de irritación peritoneal; y comunicar los hallazgos al equipo tratante.

si el protocolo/indicación médica establece una determinada posición: Restablecer la posición indicada para el drenaje.