



1  
2 y

# Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE INVESTIGACION

U. N. A. M.

## Colecistitis Aguda

**Estudio Clínico en Proceso de Atención de Enfermería**

Que para obtener el Título de  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P r e s e n t a

**ROSA MARIA AGUILAR NAVARRETE**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## C O N T E N I D O

	Pag.
<u>INTRODUCCION</u>	1
I. <u>MARCO TEORICO</u>	5
1. Generalidades de la vesfcula biliar y vfas biliares extrahepáticas	5
1.1. Embriologfa	5
1.2. Anatomfa	7
1.3. Fisiologfa	21
2. Colecistitis aguda	27
2.1. Epidemiologfa	27
2.2. Etiologfa	28
2.3. Patogenia	29
2.4. Diagnóstico	31
2.5. Diagnóstico diferencial	34
2.6. Estudios de laboratorio y gabinete	34
2.7. Tratamiento médico	40
2.8. Tratamiento quirúrgico	44
2.9. Complicaciones	51

3. Historia natural de la colecistitis aguda	53
3.1. Atención de enfermería en el primer nivel de prevención y atención primaria	54
3.2. Atención de enfermería en el segundo nivel de prevención	58
3.2.1. Atención preoperatoria	61
3.2.2. Atención transoperatoria	67
3.2.3. Atención postoperatoria	69
3.3. Atención de enfermería en el tercer nivel de prevención	81
<u>II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	83
1. Problemas detectados	91
2. Diagnóstico de enfermería	92
<u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	93
<u>RESUMEN Y CONCLUSIONES</u>	120
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	123
<u>ANEXOS</u>	130
<u>GLOSARIO</u>	135

## INTRODUCCION

El presente trabajo Proceso Atención de Enfermería es sobre un caso clínico de colecistitis aguda. Con base a la morbilidad registrada en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud durante el año de 1984, en que se cita un número de 755 casos de colecistitis aguda y colelitiasis, dando como resultado un porcentaje de 12% en el sexo masculino y un 88% en el sexo femenino, asimismo el tratamiento quirúrgico instituido de urgencia y programado, fué un total de 926 pacientes : coledocostomía en el sexo masculino un 18% y en el sexo femenino un 82%, colecistectomía en el sexo masculino un 17% y en el sexo femenino el 83%, es evidente que la mayor incidencia y prevalencia de colecistitis aguda lo reporta el sexo femenino, razón por la cual es necesario afinar el modelo de atención clínica. (\*)

Asimismo es relevante considerar que determinados procesos sociales desencadenan patologías específicas de un grupo o clase social, es conveniente analizar que el problema, que

(\*) Departamento de Estadística " Morbilidad registrada en 1984 " Anuario Estadístico. Hospital General de México S. Sa.

representa la salud y la enfermedad es inminente y que no es simple hecho biológico o resultado del mayor o menor grado de pobreza sino que, nos orienta a conocer las causas de las enfermedades en el momento actual, debiéndose a la corriente sociomédica, viendo a la salud y enfermedad como fenómeno colectivo que se interrelaciona con los procesos sociales, es decir, la enfermedad no es el resultado de un proceso en el organismo individual y aislado; sino la respuesta biológica a impulsos externos que actúan sobre el individuo.

Por lo cual el desequilibrio del Proceso Salud-Enfermedad está originado por las condiciones socio-económicas y ecológicas en combinación con procesos biológicos del ser humano determinando que cada formación social crea su propia patología y que es necesario detectar cuales son los procesos sobresalientes que en ella intervienen, para la aparición de la enfermedad y posibles formas de combatirla.

Así también el propósito de este estudio es aplicar un modelo de atención de enfermería para desarrollar un pensamiento crítico, reflexivo al proporcionar los cuidados específicos al individuo, familia y comunidad aplicando el método científico, proceso administrativo y resolución de problemas que sea accesible en términos de eficiencia y eficacia.

cia de su funcionamiento y con base a niveles de atención e integración con el grupo interdisciplinario.

Todo paciente que padece colecistitis aguda requiere de una atención eficaz sin pérdida de tiempo, evitándose al máximo los errores de diagnóstico y tratamiento.

Con lo anteriormente expuesto se aspira rebasar el papel de apoyo de la clínica al aplicar la corriente sociomédica en el conocimiento integral del Proceso Salud-Enfermedad vinculando los factores biológicos, psicológicos y sociales que lo constituyen.

Por ello es necesario vislumbrar en el campo de enfermería un modelo de atención integral, científico : Proceso Atención de Enfermería en toda la extensión de su conceptualización para proporcionar atención de calidad al individuo, familia y colectividad a través de un control epidemiológico para detectar factores socio-económico culturales predisponentes y determinantes que alteran el equilibrio del Proceso Salud-Enfermedad y planear acciones dirigidas a coadyuvar en la satisfacción de necesidades de salud del individuo, familia y comunidad en sus diferentes etapas y circunstancias de la vida.

En términos generales el Proceso de Atención de Enfermería, contiene las siguientes etapas :

Recolección y selección de datos

Diagnóstico de enfermería

Planeamiento de cuidados

Realización de acciones de enfermería

Evaluación

Así vemos que esta serie de etapas siguen un orden lógico para conseguir una meta o fin al proporcionar Atención de Enfermería de calidad al paciente, considerandolo como unidad bio-psico-social que contribuya a la sistematización y operacionalización de las acciones de enfermería con juicio crítico.

El presente estudio del caso clínico en Proceso Atención de Enfermería de colecistitis aguda se llevo a cabo con una paciente seleccionada en el servicio de urgencias del Hospital General de México de la Secretaria de Salud.



## I. MARCO TEORICO

### 1. Generalidades de la vesfcula biliar y vfas biliares extrahepáticas.

#### 1.1.Embriología

Hacia la mitad de la tercera semana, el hfgado y la región biliar comienzan como un divertfculo en la pared ventral del primitivo intestino anterior. Esta evaginación o diver<sup>u</sup>tfclo hepático es endodérmico en principio y se halla rodeado de mesénquima.

" El divertfculo hepático consiste en cordones célulares de proliferación rápida que se introducen en el septum transversum; esto es : la placa mesodérmica entre la cavidad pericardica y el pedfculo del saco vitelino ". (1)

El divertfculo hepático es endodérmico en principio y se halla rodeado de mesénquima. Este divertfculo se divide en una porción proximal y otra distal, la primera llega a con<sup>u</sup>vertirse en el hfgado y los conductos hepáticos y la última dará lugar a la vesfcula y al conducto cfstico. El área entre estas dos porciones da origen al conducto biliar co-

---

(1) LANGMAN, J. Embriología Médica Edit. Interamericana.

3a. Ed. México. 1976, p 258

mún. El contenido de estos órganos es endodérmico mientras que el material que lo envuelve es mesodérmico. Estos divertículos son, en principio tubos huecos pero llegan a obliterarse a causa de la rápida proliferación celular.

Posteriormente se convierten en canales huecos a medida que se forman las vacuolas. Cuando el proceso de vacuolización no se desarrolla el resultado es un diagnóstico clínico de atresia. Clínicamente, las atresias requieren atención inmediata. La vacuolización incompleta es también motivo de formación septal en la vesícula y los conductos.

En la décima semana de desarrollo, el hígado pesa, aproximadamente 10% del peso corporal total. Aunque ello pueda atribuirse, en parte, a los abundantes sinusoides de las venas onfalomesentéricas y umbilicales, otro factor que contribuye a aumentar el peso del hígado en esta etapa es la función hemopoyética. Entre las células hepáticas y las paredes de los vasos se advierten nidos voluminosos de células de proliferación, que originan eritrocitos y leucocitos.

Mientras ocurre lo anterior, la vesícula biliar y el conducto cístico se han desarrollado por completo y este último se ha unido al conducto hepático para formar el conducto colédoco. La desembocadura del conducto colédoco en el duodeno en etapa inicial es anterior, pero al modificarse la posición del duodeno se torna posterior y en conse --

cuencia, el colédoco pasa por detrás del duodeno [fig.1]

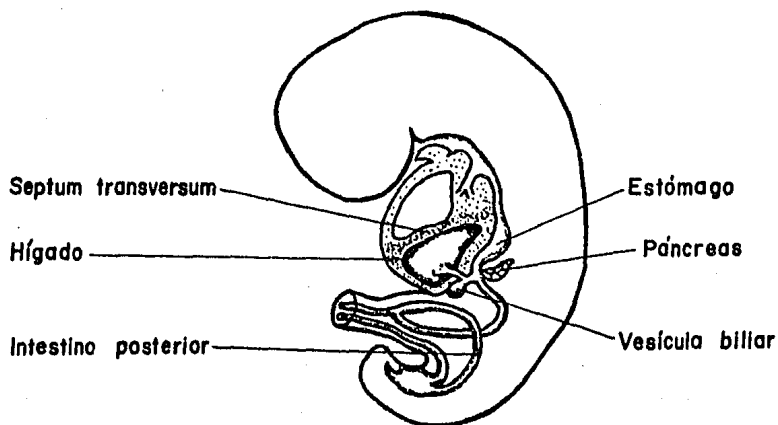
Las primeras señales del esfínter de Oddi ocurren cuando el embrión alcanza una longitud de aproximadamente 26 mm. Capas concéntricas de células mesenquimales hacen su primera aparición al final del conducto biliar común y el conducto pancreático. El siguiente paso es la diferenciación de las células en musculares concéntricas independientes de la musculatura duodenal, poco a poco se introducen dentro de la mucosa en la región de la ampolla, y producen la eminencia que representa la abertura del conducto común al duodeno, llamada papila de Vater.

## 1.2. Anatomía

### Vesícula biliar

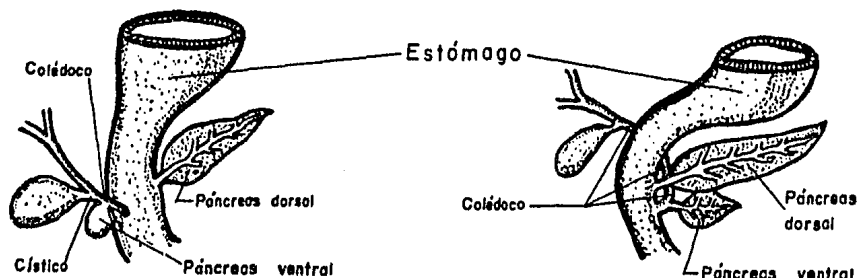
" La vesícula biliar es un órgano piriforme de paredes delgadas cubierta por peritoneo y unida a la cara inferior en una fosa poco profunda de los lóbulos derecho y cuadrado del hígado, con su eje mayor dirigido hacia abajo, adelante y a la derecha. Normalmente tiene 7 a 10 cm. de largo, 3 a 5 cm. de diámetro, de color azul verdoso que sirve como reservorio de la bilis con una capacidad de 30 a 60 ml. en el

Fig 1.- EMBRIOLOGIA DE VESICULA BILIAR Y VIAS BILIARES  
EXTRAHEPATICAS



En etapa inicial la desembocadura del colédoco en el duodeno es anterior .

En etapa posterior el colédoco pasa por detrás del duodeno .



Fuente : LANGMAN, J. Embriología Médica. Edit: Interamericana. 3a. Ed. 1976 p 259

individuo adulto ". (2)

#### Conformación exterior y relaciones

El fondo, que corresponde a la escotadura cística del hígado, la cual rebasa para ir a ponerse en contacto con la pared anterior del abdomen, está cubierto casi por completo por el peritoneo, el fondo puede plegarse sobre sí mismo dando origen a la imagen conocida por los radiólogos con el término de gorro frigio. Topográficamente, el fondo de la vesícula biliar corresponde al ángulo que forma el noveno cartilago costal con el borde externo del músculo recto mayor del abdomen del lado derecho. Las otras partes de la vesícula son el cuerpo, cuya cara superior está unida por una capa conjuntiva a la cara inferior del hígado y cuya cara inferior está en relación según los casos, con el duodeno, el colon ascendente o el riñón derecho. [fig.2]

" Del cuerpo se desprende a veces un repliegue peritoneal que lo une al colon [ ligamento cistocólico ] ". (3)

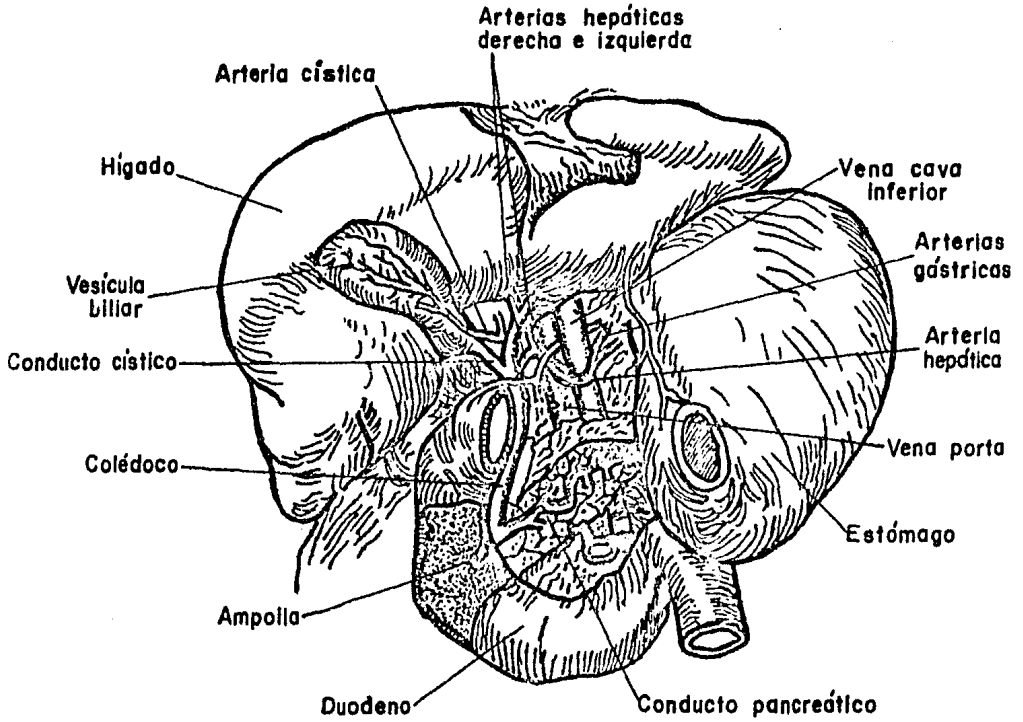
---

(2) LOCKART, R.D. HAMILTON, Anatomía Humana Edit. Interamericana. México 1965, p 532

---

(3) TESTUT, L. LATARJET, A. Compendio de Anatomía Descriptiva Edit. Salvat. 22a. Ed. España, 1980. p 648

Fig. 2.- ANATOMIA DE VESICULA BILIAR Y VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS



Fuente : NORA, F. Cirugía General. Edit. Salvat, 1a. Ed.  
España, 1975 p 516

El cuerpo se continua con el cuello, puntiagudo, flexuoso y que recuerda con bastante exactitud la S itálica. Está limitado por dos surcos [superior e inferior], que lo separan del resto de la vesícula, por una parte, y del conducto cístico por la otra. Visto por su lado derecho, presenta una dilatación, llamada bolsa de Hartmann, a la cual se opone, por su lado izquierdo, una escotadura donde se aloja el ganglio cístico. El cuello está en relación con la rama derecha de la vena porta, por abajo, descansa sobre la terminación de la primera porción del duodeno. Está contenido en el epiplón menor, en relación a este nivel con la división de la arteria cística en sus dos ramas superficial y profunda.

#### Constitución anatómica

La vesícula biliar está formada de fuera adentro : 1. por la túnica serosa, que cubre la vesícula en toda su extensión, a excepción de la cara superior del cuerpo, que esta directamente en contacto con el hígado, el fondo, rodeado por el peritoneo en todo su contorno, está separado del hígado por un espacio angular, el ángulo hepatocístico; 2. por una túnica fibrosa, reforzada en su cara interna por una red de fibras musculares de manojos entrelazados; 3. por una túnica mucosa, que forma pliegues [ de los cuales unos son permanentes y otros temporales, desaparecen por la distensión ] que limitan una serie de aréolas.

## Riego Sanguíneo

La vesícula biliar recibe su aporte sanguíneo de la arteria cística, generalmente rama de la arteria hepática derecha. A medida que se acerca al cuello se divide en una rama superficial y otra profunda.

" La arteria cística suele alojarse en el triángulo cisto - hepático [ Triángulo de Calot ] limitado por los conductos cístico, hepático común y hacia arriba por el hígado ". (4)

El drenaje venoso de la vesícula biliar tiene lugar por los vasos múltiples de la cara libre, que desaguan en la vena porta; los de la cara adherente se ramifican por la sustancia hepática, [ venas portas accesorias ].

## Drenaje linfático

Tiene lugar principalmente por dos ganglios siempre constantes, el del ángulo cístico [ Ganglio de Ramírez Flores ], y el del hiato de Winslow.

## Inervación

Los nervios emanados del plexo solar, acompañan a la arteria cística y constituyen en el espesor de la vesícula ver-

---

(4) HEALEY, E.J. Anatomía Clínica Edit. Interamericana.



daderos plexos, las fibrillas terminales son : 1. motoras [ para la tónica muscular ]; 2. sensitivas [ para la mucosa ]; 3. vasomotoras [ para los vasos ].

La estimulación vagal produce contracción de la vesícula, en tanto que la simpática invierte las acciones.

#### Conducto cístico

El conducto cístico comienza en la porción terminal de la vesícula y su longitud varía de 0.5 a 6 cm. su diámetro mide de 3 a 4 mm. su calibre es irregular.

Dentro del lumen del conducto cístico hay válvulas espirales que pueden ejercer una función en el mantenimiento de la estabilidad del conducto cístico durante los cambios de presión en la vesícula. Estas válvulas, conocidas con el nombre de válvulas de Heister son de forma semilunar más o menos pronunciada y que jamás se continúan unas con otras. Son más numerosas en la mitad superior del conducto, dificultan considerablemente el cateterismo del conducto. Estos pliegues podrían ser muy bien responsables de estasis y de la formación de cálculos en el interior de la vesícula.

El conducto cístico avanza, por el epiplón gastrohepático, por delante y afuera de la vena porta; separado al principio del conducto hepático, se junta luego con él en el ángulo agudo, y hasta se le ve adosarse al mismo en un trecho más

o menos largo. Su forma es irregular, flexuosa, alternativamente estrechada y dilatada.

La estructura, la vascularización y la inervación recuerdan con bastante exactitud las de la vesícula.

#### Sistema biliar extrahepático

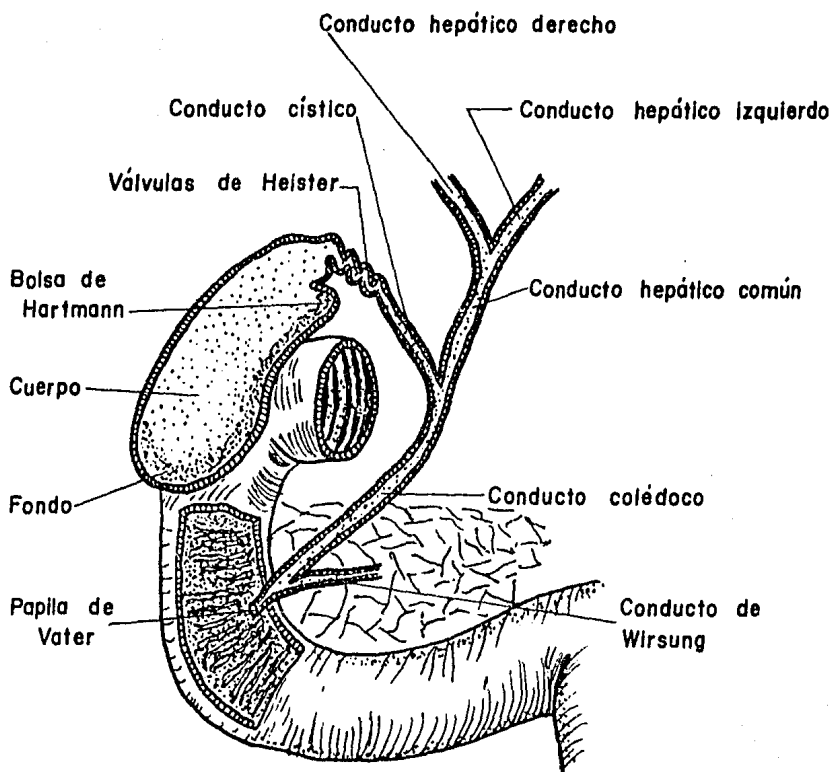
El sistema biliar extrahepático se origina en el hígado, como conductos hepáticos derecho e izquierdo, cada uno drena el lóbulo hepático respectivo y mide 1 a 2 cm. de longitud. Los dos conductos se unen para formar el conducto hepático común, una estructura tubular de 2 a 4 cm. de largo, a nivel de la vena porta.

La unión del conducto hepático común con el conducto cístico origina el conducto colédoco, que tiene de 8 a 15 cm. de longitud y 5 a 10 mm. de diámetro externo. [fig.3]

El conducto colédoco desciende por el ligamento hepatoduodenal a la derecha de la arteria hepática y por delante de la vena porta, pasa por atrás de la primera parte del duodeno y a través del páncreas y entra en la segunda porción del duodeno en su cara posteromedial, aproximadamente a 10 cm. del píloro, a nivel de la ampolla de Vater.

La desembocadura del conducto colédoco en el duodeno es oblicua; en ese sitio se aproxima el conducto de Wirsung; los dos conductos se unen y forman la ampolla de Vater, pequeña

Fig.3 .- SISTEMA BILIAR



Fuente : HEALEY, E. Anatomía Clínica. Edit. Interamericana. 1a. Ed. México, 1972. p 165

dilatación llena casi por completo de pliegues valvulares que ocupa la carúncula duodenal, prominencia cónica en cuya parte más alta desembocan los dos conductos en el duodeno; estos conductos pueden unirse para entrar en la pared duodenal o pueden desembocar por separado. El músculo de la unión coledocoduodenal, llamado esfínter de Oddi, regula el flujo de la bilis e incluye varios componentes. Los dos componentes principales son las fibras musculares del extremo inferior del colédoco, que rodean a dicho conducto de la pared duodenal en sentido proximal a su unión con el conducto pancreático de Wirsung. Y los pliegues valvulares de la ampolla de Vater. Continuación de los bordes longitudinales nacidos en las fibras musculares señaladas, que rodean dicha ampolla.

" El conducto colédoco está comunmente dividido en 5 segmentos : 1. Supraduodenal, 2. Retroduodenal, 3. Pancreaticoduodenal, 4. Intramuroduodenal, y 5. Ampollar duodenal ". (5)

El segmento supraduodenal tiene de 2 a 4 cm. de longitud y termina por debajo del margen más alto de la porción del duodeno, en este borde una pequeña rama de la arteria pancreá -

---

(5) NORA, F.P. Cirugía General Edit. Salvat, España, 1975.

ticoduodenal cruza enfrente del conducto. Este segmento está en relación al borde libre del epiplón menor, aplicado delante del lado derecho de la vena porta, de la cual se separa más o menos en su parte inferior.

La porción retroduodenal que se halla detrás del duodeno se prolonga con el páncreas. La arteria gastroduodenal y en particular una de sus ramas, la arteria pancreaticoduodenal superior derecha, pasa por delante de esta porción del conducto; y la arteria gastroepiplóica derecha, a la izquierda del mismo.

La porción pancreaticoduodenal se halla dentro del páncreas, esta porción del colédoco está a menudo enredada por completo.

El segmento intramuroduodenal que tiene una aproximada longitud de 1 cm. corresponde a la pared postero-interna de la segunda porción del duodeno; perfora oblicuamente las túnicas del intestino y desemboca en un receptáculo excavado en plena mucosa, la ampolla de Vater.

El segmento ampollar duodenal es la parte que se vacía dentro del duodeno. El grueso músculo circular en la región de la ampolla, cerca de la terminación del conducto forma el esfínter de Oddi donde desemboca también el conducto pancreático, hecho éste que explica, en parte, la frecuente coexistencia de la enfermedad biliar y pancreática.

### Constitución anatómica

El conducto colédoco se compone : 1. de una túnica externa fibromuscular, mas pronunciada hacia la ampolla; 2. de una túnica interna, mucosa [ capa única de células cilíndricas de meseta estriada, mezcladas con algunas células caliciformes ], provistas de criptas pseudoglandulares y de algunas raras glándulas tubulosas.

### Riego sanguíneo

El riego sanguíneo del conducto colédoco presenta una gran analogía con el conducto hepático, proviene de una rama de la arteria gastroduodenal, las venas desaguan en la vena porta.

### Drenaje linfático

Los linfáticos terminan en los ganglios del hilio, del epiplón menor y del páncreas, se unen a los del hígado para desembocar en la cisterna de Pecquet y el conducto torácico.

" Los ganglios linfáticos en el cuello de la vesícula, en la unión de los conductos cístico, hepático y en el extremo del conducto colédoco, tienen gran importancia en el drenaje linfático y suelen aumentar de tamaño en la colecisti-

tis aguda ". (6)

### Inervación

Es semejante a la del hígado, los nervios emanan del plexo hepático.

### Anomalías

En ningún otro sistema abdominal importante son las anomalías tan comunes como en el aparato biliar, en especial en los conductos y arterias.

La arteria cística se ramifica a partir de la arteria hepática derecha en el 90% de los casos y en el 10% restante dicha arteria puede originarse en la gastroduodenal, la mesentérica superior, la hepática izquierda o la pancreatoduodenal. [fig.4]

En la vesícula biliar no es raro encontrar anomalías como vesícula intrahepática, puede estar en la parte posterior del lóbulo derecho o por debajo del lóbulo izquierdo. Otro hallazgo común consiste en las vesículas flotantes, tabicadas, bilobuladas, divertículos del infundíbulo o del fondo. [fig.5]

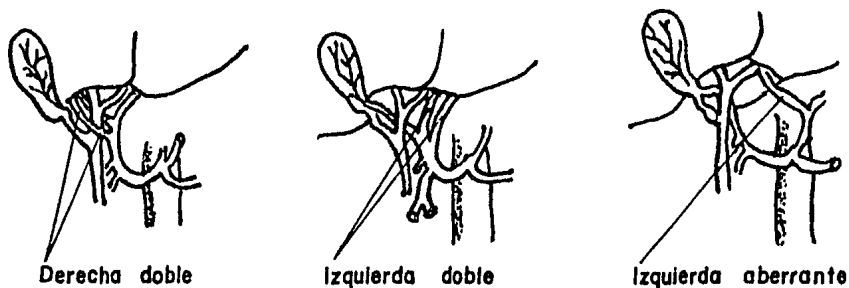


Fig. 4.- ANOMALIAS DE LA ARTERIA HEPATICA

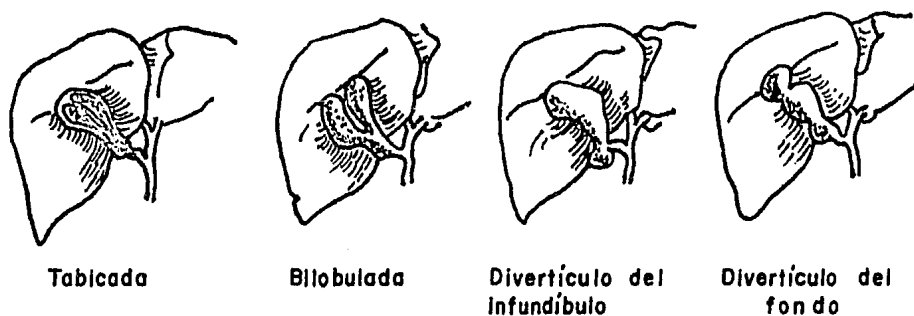


Fig. 5.- ANOMALIAS DE LA VESICULA BILIAR

Fuente : NORA, F. Cirugía General. Edit. Salvat. 1a. Ed. España, 1975 pp 519-521



Conductos biliares, es en extremo importante reconocer las anomalías de los conductos biliares tales como : conducto cístico y hepático común que se junta en la región pancreática o retroduodenal; conducto cístico en el punto en que se cruza con el conducto hepático común antes de juntarse a él; conducto cístico que pasa por debajo del conducto hepático común y forma un lazo para juntarse a él; y adherencias que unen la bolsa de Hartmann al conducto colédoco. [fig.6]

Dentro de las anomalías del conducto hepático común encontramos : ausencia del conducto hepático común con ambos conductos hepáticos vaciándose en la vesícula; conducto cístico largo simulando duplicación del conducto común; y duplicación parcial del conducto hepático común. [fig.7]

### 1.3. Fisiología

La bilis es secretada por el hígado hacia los conductillos biliares, es una solución acuosa de sales conjugadas de ácidos biliares, pigmentos biliares, colesterol, lecitina, pequeñas cantidades de ácidos grasos y proteínas, electrólitos inorgánicos, agua y productos del metabolismo hepático.

Las sales biliares son productos conjugados de glicina y taurina de los ácidos cólico y quenodesoxicólico, que se sintetizan en el hígado a partir de colesterol y se conjugan en

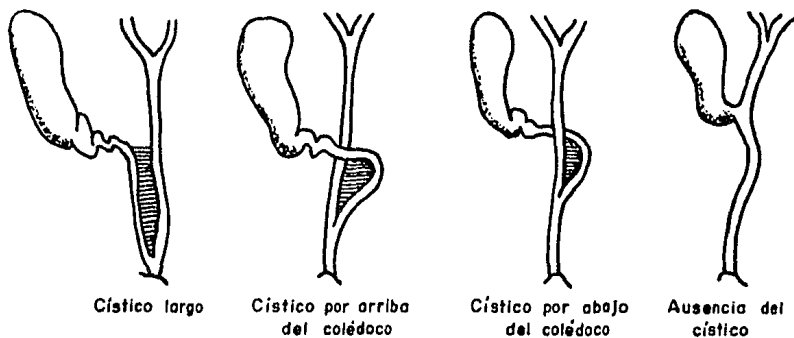


Fig. 6.- ANOMALIAS DEL CONDUCTO CISTICO

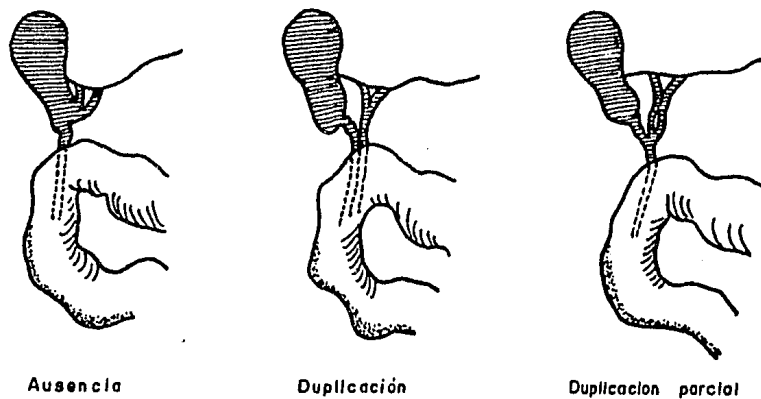


Fig 7.- ANOMALIAS DEL CONDUCTO HEPATICO COMUN

Fuente : NORA, F. Cirugía General. Edit. Salvat la.  
Ed. España, 1975 p 521

el hepatocito.

Además de estos dos ácidos biliares primarios, hay dos derivados, el ácido desoxicólico y el litocólico, que se forman en el intestino por acción de enzimas bacterianas.

Todos los ácidos biliares excepto el litocólico se absorben con rapidez, principalmente en el íleon terminal y vuelven a secretarse continuamente durante el día en la circulación enterohepática.

En las enfermedades hepatobiliares, se trastorna la secreción de ácidos biliares y su circulación enterohepática de modo que se acumulan en sangre y tejidos.

Los ácidos biliares funcionan como aniones y son equilibrados por los cationes sodio y potasio para formar sales. El transporte activo de sales biliares por el hígado es el factor principal que regula el volumen secretado de bilis.

La síntesis hepática de ácidos biliares es regulada por el ritmo con que éstos regresan al hígado a través de la circulación enterohepática. Sales biliares, lecitina, colesterol y bilirrubina forman el 90% de los sólidos totales en la bilis; los pigmentos biliares principales son diglucurónido conjugado de bilirrubina y una pequeña cantidad de urobilínógeno. Hay electrolitos en concentraciones similares a las que existen en el plasma; los principales son los cationes de sodio, potasio, calcio y magnesio, y los aniones cloro y

bicarbonato.

El Ph de la bilis fluctúa normalmente de 6.0 a 8.8 y la osmolaridad es de alrededor de 300 mOsm. x Kg.

La bilis tiene diversas funciones importantes. Desempeña un papel en hidrólisis y absorción de los lípidos a través de un mecanismo de emulsificación. Interviene en la absorción de minerales como calcio, hierro y cobre, colesterol y vitaminas liposolubles A, D, K y E. Activa y estimula la secreción de ciertas enzimas digestivas, como lipasa pancreática. Aporta álcalis para la neutralización del jugo gástrico en el duodeno. Por último, sirve como vehículo para la excreción de compuestos metabolizados por el hígado.

Las funciones del sistema biliar extrahepático incluyen transporte de bilis excretada por el hígado a los intestinos, regulación del flujo de bilis y almacenamiento.

El hígado secreta de 600 a 1000 ml. de bilis al día. Tiene densidad de 1.011 y el 97% de su contenido es agua. La vesícula concentra la bilis cuando menos de 5 a 10 veces al día. Por lo regular la vesícula biliar no absorbe pigmentos biliares, sales biliares, proteínas o lípidos, en grado importante. Además de su función de absorción la mucosa secreta moco espeso.

Los conductos biliares no son estructuras tubulares simples,

e influyen en grado notable en el flujo y composición de la bilis.

Las paredes del conducto biliar son muy permeables al sodio y al potasio, de modo que los conductos participan en la absorción de bilis. Además, los conductos biliares secretan activamente agua y electrólitos y la acción colerética de muchos estimulantes como la secretina, se ejerce principalmente en los conductos biliares y no en los conductillos.

Si no hay alimento en el intestino, la bilis que secreta continuamente el hígado es retenida en los conductos biliares como resultado de la contracción sostenida del esfínter de Oddi. Al aumentar la presión biliar, la bilis fluye a la vesícula, en donde es concentrada y almacenada. " La presencia de alimento en el duodeno hace que se libere la hormona intestinal llamada Colecistocinina, la que aunada a los estímulos nerviosos, produce contracción de la vesícula, relajación del esfínter de Oddi, y duodeno, y circulación libre de bilis al intestino ". (7)

La colecistocinina es una hormona péptida constituida por 33 residuos aminoácidos, se ha encontrado que es idéntica a la pancreocimina, substancia que estimula el páncreas para que

---

(7) SABISTON, D. CRISTOPHER, D. Op. cit., p 1216

secrete un líquido rico en enzimas.

Se piensa que los estímulos nerviosos, mediados por los va - gos, participan en el proceso de vaciamiento vesicular, aun que en la función motora es normal después de la vagotomía y la estimulación hormonal parece ser el mecanismo más impor - tante que regula la circulación de bilis hacia el duodeno.

Las grasas y las proteínas son estímulos fuertes para la - contracción de la vesícula, en tanto que los carbohidratos tienen poco efecto en la regulación motora.

Aparte de su efecto en las funciones motoras del sistema bi - liar la Colecistocinina es un colerético que aumenta el flu - jo de la bilis al estimular la excreción de agua y electró - litos. Además otras hormonas intervienen en las actividades motora y secretoria del sistema biliar. La secretina produce efectos similares a la colecistocinina, además hace que au - mente la corriente de bilis porque estimula la secreción de agua y electrólitos. La gastrina y el glucagon relajan la ve - sícula biliar y el esfínter de Oddi, pero sólo a niveles far - macológicos.

#### Circulación enterohepática

" Aproximadamente 94% de las sales biliares son resorbidas por la mucosa intestinal junto con las grasas; después de atravesar la mucosa, las sales biliares se separan de las grasas y pasan a la sangre portal mientras las grasas siguen

por los linfáticos. Cuando alcanzan el hígado, las sales biliares son absorbidas de los sinusoides venosos hacia los conductillos biliares. En ésta forma las sales biliares circulan nuevamente por la bilis, de manera que, en promedio, éstas sales recorren todo el circuito unas 18 veces antes de ser eliminadas por las heces ". (8)

## 2. Colecistitis aguda

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar con trastorno funcional del mecanismo del flujo biliar. A menudo la reacción aguda se subdivide de acuerdo a la gravedad de la reacción inflamatoria en : colecistitis aguda supurada y gangrenosa.

### 2.1. Epidemiología

Se dice que la colecistitis aguda ocurre en el 60% en los adultos, aunque puede presentarse en todas las edades, la colecistitis no ataca un número importante de sujetos antes de la mitad del cuarto decenio, y alcanza el máximo en el quinto y el sexto.

---

(8) GUYTON, C.A. Tratado de Fisiología Médica Edit. Intera -  
mericana. 4a. Ed. México, 1971. p 913

Las mujeres son atacadas con frecuencia de 3 a 1 en relación con los varones, suele acompañarse de obesidad, el cuadro clínico clásico es definido por el adagio " Female, fat, family and forty ".

## 2.2. Etiología

" Probablemente sean importantes tres factores : Irritación química por la bilis concentrada, infección bacteriana, y reflujo pancreático ". (9)

La teoría de la inflamación química primaria se apoya en que los cambios morfológicos en etapa temprana de la colecistitis no son los de infección clásica; además, el cultivo de material obtenido de la vesícula enferma en estadio inicial no revela bacterias en la bilis ni en la pared vesicular. Se acepta que la obstrucción al flujo de la bilis, crea circunstancias apropiadas para su concentración progresiva, con irritación química de la pared, asociada a estasis venosa o linfática.

La teoría de la infección bacteriana como agente etiológico inicial, menciona que suele haber infección grave o septicemia concomitante. Las bacterias pueden llegar a la vesícula

---

(9) ROBBINS, L.S. Tratado de Patología Edit. Interamericana - na. 3a. Ed. México, 1968, p 865



la por vía sanguínea, linfática [ particularmente desde el hígado ], por los conductos biliares, o por extensión directa de órganos vecinos.

Los microorganismos que más frecuentemente participan son colibacilos, estafilococos, estreptococos no hemolíticos y, mucho menos frecuente bacilos gram negativos.

La teoría del reflujo pancreático esta comprobada como posible mecanismo causal, pero se desconoce la frecuencia con que tenga importancia en el problema clínico. La inyección de enzimas pancreáticas en animales de experimentación suscita reacción inflamatoria neta. Además en algunos casos de colecistitis aguda humana se han identificado en la bilis lipasas, amilasas y proteasas activas.

Histológicamente, la reacción inflamatoria presenta edema, infiltración de leucocitos, congestión vascular, formación de abscesos o necrosis gangrenosa.

### 2.3. Patogenia

La colecistitis aguda coexiste con cálculos biliares en el 90 - 95% de los pacientes. Estos cálculos están formados de colesterol puro o una mezcla de colesterol y pigmentos. El colesterol es insoluble en agua y necesita concentraciones importantes de sales biliares y fosfolípidos [ lecitina ] para ser soluble, de modo que la litogenia de la bilis es

determinada por las porciones relativas de estas tres sustancias en ella.

Una cantidad fija de sales biliares vuelve a circular por el sistema enterohepático unas 10 veces al día. Si el vaciamiento de la vesícula fuera completo en cada ciclo, probablemente no se formarían cálculos, sin embargo el vaciamiento vesicular es sólo del 75%. La eficacia del vaciamiento de la vesícula y la composición de la bilis residual por estasis, son factores importantes que influyen en la formación de cálculos.

Cuando hay infección y bacterias, los ácidos biliares conjugados pueden absorberse con rapidez, ya que cualquier inflamación intensifica la absorción de sales biliares. La disminución de la concentración de sales biliares facilita la precipitación del colesterol.

Los cálculos que se forman en la vesícula biliar causan inflamación de la mucosa y las zonas localizadas de inflamación son vulnerables a invasión bacteriana.

En la colecistitis aguda la vesícula biliar es anormalmente grande, hasta el doble de su tamaño normal, su color varía de rojo brillante a violeta, se forman adherencias fibrinosas a estructuras adyacentes, como el ángulo hepático del colon y, frecuentemente el colédoco.

#### 2.4. Diagnóstico

Aproximadamente la mitad de los pacientes con cálculos biliares presenta síntomas relacionados con el árbol biliar. Las manifestaciones como eructos, flatos, pirosis y molestia epigástrica imprecisa, ocurren con igual frecuencia en pacientes con o sin cálculos biliares.

El paciente típico con enfermedad de vesícula biliar es una mujer de 40 años de edad, multipara y obesa. Hay dolor en cuadrante superior derecho del abdomen en 85% de los pacientes. La obstrucción del conducto cístico suele producir dolor intermitente, tipo cólico, cuando hay inflamación importante es más posible que el dolor sea constante. Al progresar el proceso inflamatorio, se irrita el peritoneo visceral, luego el parietal, lo que redonda en localización tanto del dolor, y la aparición de datos físicos en el hipocondrio derecho.

El cólico hepático es un dolor de iniciación brusca, intenso, paroxístico, localizado en el hipocondrio derecho, en una zona bien determinada, a veces hasta en un punto fijo, capaz de ser localizado con la punta de un dedo y en la región ocupada por la vesícula biliar. Aparece en cualquier momento, durante el día o por la noche cuando el paciente se encuentra en reposo. No guarda relación horaria con las comidas, pero sí a veces una relación de dependencia en cuan

to a la calidad de los alimentos ingeridos o a su modo de preparación. Las grasas pueden desencadenar un cólico hepático.

El dolor suele ser intenso desde el principio y obliga al paciente a cambiar de posición continuamente, a pesar de que los movimientos bruscos pueden provocar la crisis dolorosa. La irradiación del dolor es hacia el dorso refiriéndose a las últimas vértebras dorsales, región interescapular, subescapular y hombro derecho.

Los pacientes durante las crisis paroxífticas, se presentan excitados, angustiados, quejándose permanentemente, no contestan con precisión al interrogatorio, solo piden calmante para su dolor y adoptan posición en gatillo.

El cólico hepático es en la mayor parte de los casos, la exteriorización de la litiasis biliar, ya se trate de litiasis vesicular o litiasis de los conductos principales, pero puede presentarse en las colecistitis alitiásicas.

En los períodos de decremento de la intensidad dolorosa, pueden discriminarse distintos puntos de dolor, como son :

Signo de Mayo Robson.- Presión en tercio externo de la línea que va del noveno cartílago costal derecho a la cicatriz umbilical, provoca dolor.

Signo de Jordan Lloyd.- Presión con el puño cerrado en hi -

pocondrio derecho que origina dolor.

Signo de Yanover.- Se ejerce presión a dos centímetros aproximadamente a la izquierda de la cicatriz umbilical ocasionando dolor.

Signo de Murphy.- El enfermo se ve en la imposibilidad de hacer una inspiración completa cuando los dedos se hunden por debajo del reborde del hígado. El diafragma hace descender el hígado hasta que la vesícula resulta alcanzada por los dedos del explorador y entonces la inspiración cesa súbitamente.

La colecistitis aguda se caracteriza por dolor constante en cuadrante superior derecho del abdomen, acompañada de náuseas y vómito. La iniciación no necesariamente se debe al alimento. Hay mayor ataque al estado general en estos enfermos que en los que presentan cólico. El dolor es más generalizado debido a que se estimula el peritoneo parietal. Al contrario que los enfermos con cólico biliar que con frecuencia están inquietos, los que padecen colecistitis aguda suelen no moverse, porque la irritación peritoneal concomitante hace que el movimiento brusco, la tos o la inspiración profunda exacerben el dolor. La temperatura suele ser apenas alta, de 37.2° a 38.3°C en la boca.

En el examen físico, frecuentemente se observa, actitud de

defensa voluntaria e involuntaria. Suele haber hiperestesia e hiperbaralgesia en el cuadrante superior derecho del abdomen.

Si la vesícula biliar está distendida puede palparse, lo cual se facilita usando la porción plana de la mano que explora y no las puntas de los dedos. El signo de Murphy es positivo, con frecuencia hay hipersensibilidad de rebote, [ signo de Van Blumberg ].

La ictericia que acompaña a la obstrucción biliar extrahepática es del tipo de regurgitación, con coluria y acolia, bilirrubinemia mixta con predominio de la fracción conjugada de reacción directa, bilirrubina en orina. La ictericia por cálculo en el colédoco es intermitente.

#### 2.5. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la colecistitis aguda en 95% de los casos se limita a padecimientos tales como; ulcera péptica, enfermedad de arterias coronarias, pancreatitis, apendicitis aguda, cólico renal y salpingitis con posible síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. [ cuadro sintomático de la pancreatitis aguda ].

#### 2.6. Estudios de laboratorio y gabinete

Los datos de laboratorio pertinentes que deben obtenerse sin demora incluyen biometría hemática completa donde se observa

que el recuento de leucocitos se eleva un poco [10,000 a 13,000 ] con predominancia de polimorfonucleares, amilasa, análisis de orina, radiografías de torax, abdomen y electrocardiograma. Estos estudios de laboratorio y gabinete junto con la historia clínica y el examen físico, permitirán hacer un diagnóstico de colecistitis aguda correcto en la mayoría de los pacientes. Si el diagnóstico queda sólo como sospecha, deben hacerse otros estudios más complicados. " Entre ellos pruebas de fosfatasa alcalina, concentración de las transaminasas glutámica pirúvica y oxalacética en suero y concentración sérica de la bilirrubina directa, indirecta y total los cuales se encuentran elevados en el cuadro de colecistitis aguda ". (10)

Las radiografías simples de abdomen pueden ser útiles, ya que de 10 a 15% de los cálculos contienen suficiente calcio para permitir su observación, la presencia de gas en los conductos biliares es signo diagnóstico de comunicación anormal en el sistema vesicular y en el aparato gastrointestinal. La obstrucción intestinal por un cálculo vesicular que ha pasado al intestino al erosionar el árbol biliar es complica-

---

(10) SABISTON, D. CRISTOPHER, D. Ibidem p 1216

ción bastante conocida de la colecistitis y produce signos característicos de dilatación intestinal. Así como también la presencia de una asa dilatada de fleon vecina a la vesícula inflamada, llamada asa centinela, representa fleo localizado y puede tener importancia diagnóstica.

#### Colecistografía por vía bucal

En 1924, Graham y Cole produjeron opacificación radiográfica de la vesícula por administración bucal de un colorante que contenía yodo orgánico. " Actualmente contamos con gran variedad de agentes orgánicos yodados que son absorbidos por el intestino, excretados por el hígado en la bilis y concentrados en la vesícula, que permiten la observación del sistema biliar ". (11)

El estudio de la colecistografía se realiza con la técnica de Busson, en la cual se toman radiografías simples para la investigación de imágenes radio-opacas, enseguida se requieren placas en decúbito prono-oblicuo, en decúbito dorsal oblicuo, en posición vertical sin compresión y en posición vertical con compresión para realizar el estudio de la morfología vesicular, posteriormente el estudio funcional diná-

---

(11) SANTIN, G. Atlas de Anatomía Radiológica Edit. Méndez Oteo. 5a. Ed. México, 1984. p 222



mico se llevará a cabo administrando un vaso de suero salino frío, 5 minutos después : ingestión de comida grasa de Boyden [ compuesta por 3 yemas de huevo y 3 cucharadas soperas de crema fresca ] después se toman placas cada 10 minutos durante los primeros 30 minutos, eventualmente se tomarán otras placas más tarde a los 45 minutos; a la hora e incluso a los 90 minutos.

La falta de imagen radiográfica de la vesícula indica obstrucción de los conductos biliares por incapacidad vesicular para concentrar el colorante. No obstante se excluirán otras causas de falta de imagen vesicular, como son dosis insuficientes de colorante, insuficiencia de la absorción intestinal, excreción hepática insuficiente por hepatopatía y en ocasiones vesícula muy llena o técnica radiográfica inadecuada.

Los datos diagnósticos de más importancia son sombras radiolúcidas en el colorante opaco, y la ausencia completa de los contornos vesiculares.

#### Colangiografía intravenosa

Cuando los pacientes tienen náuseas y vómitos o los niveles de bilirrubina total sobrepasan a 3 está indicada la colangiografía intravenosa, la cual se realiza con un colorante radio opaco como la yodopamida sódica.

Con este estudio se puede demostrar la dilatación o estenosis de los conductos biliares, la coledocolitiasis o los quistes del colédoco. El procedimiento tiene valor particular en los pacientes en los que se sospecha colecistitis aguda que suele acompañarse de obstrucción del cístico.

#### Colangiografía percutánea transhepática

La introducción de medio radio opaco en el sistema biliar por punción percutánea con una aguja en un conducto biliar, se ha empleado principalmente en ictericos para determinar si la obstrucción biliar es extrahepática o intrahepática. Los riesgos importantes de esta técnica son escurrimiento de bilis, hemorragia y perforación accidental de otras vísceras. Para este método se emplea una aguja de Shiba, que es delgada, de acero con un diámetro de 2.7 milímetros.

Existen otros estudios de gabinete con medio de contraste como la colangiografía transyugular, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la colangiografía directa y postoperatoria y radiografías de la zona alta gastrointestinal por contraste de bario que son de vital importancia para el diagnóstico de colecistitis aguda.

#### Ultrasonografía

El rastreo ultrasónico se ha convertido en un medio útil para el diagnóstico de enfermedad biliar, sus ventajas princi-

pales son rapidez, bajo costo, no necesita de penetración corporal y carencia de riesgos, además que se puede aplicar a pacientes ictericos o no. El rastreador de escala gris y el convertidor de televisión han mejorado en forma notable la calidad de colecistografía por ultrasonido. El principio incluye el registro de ondas o ecos reflejados que se producen al pasar ondas ultrasónicas por el cuerpo.

" Kurol y Forsberg emprendieron un estudio de 82 pacientes con dolor en cuadrante superior derecho del abdomen examinándolos ultrasonográficamente, inmediatamente después de su ingreso al hospital encontrando en un 65% signos de colecistitis o cálculos biliares, el 10% tenfa cambios patológicos relacionados con el tracto biliar confirmado por cirugía, necropsia o endoscopia retrógrada. Sólo un paciente con un examen de ultrasonido normal fue descrito, al cual en el momento de la cirugía se encontro un pequeño cálculo en un con ducto común biliar de calibre normal ". (12)

La ultrasonografía no ha reemplazado a la colecistografía por vía bucal, pero es un valioso auxiliar del diagnóstico, en particular en pacientes ictericos y en los que, los cole-

---

(12) KUROL, M. FORSBERG, L. "Ultrasonography in the diagnosis of acute cholecystitis" Acta Radiol (Diagn, Stockh) 1984;25(5) 379-83

cistogramas bucales no permiten la adecuada observación.

Colangiografía intravenosa con tomografía computarizada

Actualmente este estudio es de gran valor en la colecistitis aguda como lo demuestra " Nyman, Rimer y cols. en su estudio a 49 pacientes con signos clínicos de colecistitis aguda en los que se demostro con estudios radiológicos convencionales datos de colecistopatía y se confirmo el diagnóstico en todos ellos con colangiografía intravenosa y tomografía computarizada ". (13)

## 2.7. Tratamiento

El tratamiento inicial de la colecistitis aguda es no quirúrgico.

El régimen incluye ayuno, colocación de sonda de levín para aspiración nasogástrica con el fin de evitar estimulación de vesícula biliar o del páncreas, líquidos parenterales y antibióticos de ciclo enterohepático como ampicilina, cloranfenicol y tetraciclina. La elección de antibióticos se basa en los microorganismos patógenos más comunes de vesícula bi

---

(13) NYMAN, U. RIMER, U. y cols."Intravenous computed tomographic cholangiography in acute cholecystitis"Acta Radiol (diagn, Stockh) 1984;25 (4) : 289-98

liar [ *Escherichia coli*, *Streptococcus* ]. En ocasiones no se alcanzan niveles terapéuticos de antibióticos en el sistema biliar si hay obstrucción del conducto colédoco o del conducto cístico. En consecuencia no pueden predecirse que los antibióticos sean eficaces para esterilizar un árbol biliar infectado o para detener el proceso inflamatorio local en la colecistitis aguda o la colangitis. Con la terapéutica antibiótica se busca lograr concentraciones adecuadas del medicamento en sangre, para disminuir el riesgo de toxicidad generalizada. También se utilizan analgésicos narcóticos en dosis suficientes para mitigar el dolor, pero no tan altas que enmascaren los síntomas.

Se lleva el recuento leucocitario cada 6 horas. El aspecto más importante del tratamiento no quirúrgico es el examen frecuente y repetido.

El factor crítico es el curso cambiante de la enfermedad. Si el dolor, la hipersensibilidad, la fiebre y la leucocitosis progresan debe suspenderse el tratamiento no operatorio y recurrir a la cirugía. Si en el curso de la enfermedad hay mejoría no hay inconveniente en seguir la observación. Hay que recordar que el 25% de los pacientes que ingresan con diagnóstico de colecistitis aguda evolucionan a gangrena o colasco. La observación repetida y cuidadosa advertirá a cerca de estas circunstancias.

Sí el paciente evoluciona favorablemente a la terapéutica no quirúrgica y el dolor y la hipersensibilidad desaparecen, es obligatoria la valoración radiológica completa en cualquier paciente mayor de 40 años, ésta debe incluir serie gas troduodenal, enema de bario y colecistograma bucal.

El colecistograma bucal es exacto en un 95% de los casos y se utiliza el ácido yopanoico para realizar el estudio cuando se sospecha colecistitis o colelitiasis aguda.

Si se desea estudiar los conductos biliares se solicitará una colangiografía intravenosa, el medio de contraste utilizado para este estudio es la yodipamida. El colangiograma intravenoso es un procedimiento útil para excluir las causas extrabiliares cuando no hay observación directa.

Las complicaciones de la colecistitis aguda incluyen colangitis, sepsis intraabdominal, perforación y posiblemente pan creatitis. La perforación puede ocurrir hacia una víscera hueca [ duodeno, colon, intestino delgado ], con formación subsecuente de fístula o hacia la cavidad peritoneal ocasionando un biliperitoneo.

El momento en que se haga la operación influye significativamente en la morbilidad y la mortalidad.

" Van Rensburg menciona que el advenimiento de los estudios hepatobiliares ha fortalecido la estrategia quirúrgica en el

manejo de colecistitis aguda en el anciano y permite cirugía electiva con una muy aceptable morbilidad y por lo tanto no mortalidad ". (14)

La operación de elección tiene una morbilidad de 6% y una mortalidad del 0.5%, mientras que la operación de urgencia tiene una morbilidad del 20% y una mortalidad del 5%.

Cuando la colecistografía confirma la presencia de cálculos biliares o cuando la vesícula biliar no se observa, la operación debe realizarse, si no hay contraindicaciones médicas de importancia, lo más pronto posible. Ya que los pacientes presentarán en un 35% alguna de las complicaciones de la colecistitis.

La importancia de la rapidez con que debe realizarse la intervención quirúrgica lo antes posible se basa en cual es el momento más oportuno para la operación como se describe en el estudio de Sianesi y Ghirarduzzi en el cual " Se observaron 471 pacientes colecistectomizados desde 1970 a 1982 los que se dividieron en dos grupos; el primer grupo fue intervenido quirúrgicamente durante el periodo de hospitalización inmediatamente después de la resolución del cuadro agu-

---

(14) VAN RENSBURG, L. "The Management of acute cholecystitis in the elderly" British J. Surgery 1984 Sep;71(9) : 692-3

do, realizando la colecistectomía entre las primeras 72 horas, y el segundo grupo 2 o 3 meses después, los resultados de este estudio demostraron que la colecistectomía temprana es preferida por una variedad de razones, la más importante de estas es la baja incidencia de resultados positivos de cultivo de bacterias en bilis en esta fase, un porcentaje mínimo de complicaciones postoperatorias, de mortalidad y un período corto de hospitalización en el primer grupo, no así en el segundo ". (15)

## 2.8. Tratamiento quirúrgico

### Cuidados preoperatorios

La preparación para una operación de vesícula biliar comienza con una exploración física junto a un completo historial acompañados de los procedimientos de diagnóstico de laboratorio y gabinete. En particular los pacientes con ictericia requieren una preparación adecuada para asegurar el pronóstico más favorable, para verificar la función del hígado se requieren pruebas adicionales como floculación de cefalina, tiempo de protrombina y análisis de bromosulfaleína.

---

(15) SIANESI, M. GHIRARDUZZI, A. "Cholecystectomy for acute cholecystitis: Timing of operation, bacteriologic aspects, and postoperative course" Am J. Surgery 1984 Nov;148(5)609-12



En pacientes sin ictericia se determinará la fórmula química de la sangre y el índice de coagulación.

En el paciente con ictericia a menudo es necesaria una preparación más extensa, la administración de vitamina K constituye una medida habitual, también requiere fluidos suplementarios, electrolíticos, sangre y substitutos sanguíneos.

La medicación previa a la anestesia varía de acuerdo a las condiciones del paciente. La cantidad de medicación se reduce en los ancianos o en los pacientes con ictericia intensa. Una combinación de meperidina 100 mg. y sulfato de atropina es la medicación preanestésica en la colecistectomía aunado a un barbitúrico de acción lenta administrado en calidad de sedante la noche anterior.

#### Anestesia

La selección de un agente anestésico es esencial para el éxito de la intervención. Es probable que la anestesia general sea el método más ampliamente usado, con el concepto de anestesia equilibrada se mantiene al paciente en un estado de inconciencia con una mínima cantidad de fármaco. Este es suplementado por un relajante muscular con el cual se asegura el grado necesario de relajación de la pared abdominal.

Se induce la anestesia con una dosis de tiopental sódico, seguido por un agente inhalante como el ciclopropano, como técnica alternante cabe administrar óxido nitroso y oxígeno,

como agentes primarios y suplementarios con otros fármacos.

El halotano es un compuesto halógeno que ha sido considerado hepatotóxico por lo que se debe evitar en pacientes con ictericia.

Los agentes bloqueadores neuromusculares tales como la succinilcolina son usados como complemento para facilitar el trabajo del cirujano.

#### Vías de abordaje

Las incisiones más utilizadas son la incisión paramedia vertical derecha, que se extiende desde el borde costal hasta la parte inferior a la altura del ombligo y la incisión subcostal que se recomienda para pacientes con un amplio arco costal, es llevada transversalmente desde la punta de la XII costilla derecha hasta un punto dos o tres cm. a la izquierda de la línea media y aproximadamente dos cm. arriba del ombligo.

#### Colecistectomía

" Las indicaciones de la colecistectomía son las siguientes :  
Colecistitis crónica con o sin cálculos, colecistitis aguda con o sin cálculos, lesión de vesícula biliar y tumores de la vesícula ". (16)

---

(16) NORA, F.P. Op. cit. p 528

### Técnica quirúrgica

Cuando el peritoneo está abierto se colocan compresas y se paradores de Deaver para aislar el campo operatorio, se visualiza el ligamento hepatoduodenal y se disecciona, ya que por debajo de éste pasa el conducto colédoco, en ocasiones cuando existe el ligamento cistocólico se debe cortar para tener mejor visualización de las vías biliares. Se coloca una pinza de Foerster en la bolsa de Hartmann para traccionar y visualizar el conducto cístico, al mismo tiempo que se exponen por tanto las estructuras del triángulo de Calot.

Una compresa colocada debajo de un estrecho retractor de Deaver puede usarse para retraer una porción de hígado inmediatamente a la izquierda y adyacente a la vesícula. Es preciso tener mucho cuidado en esta maniobra para no lesionar el hígado.

Con la vesícula adecuadamente expuesta la decisión operatoria inicial es si conviene descomprimir la vesícula con un trocar para ayudar a la disección. Las ventajas de la descompresión inmediata son : 1. la vesícula es entonces más pequeña y ocupa menos campo y 2. hay menos peligro de que salga bilis durante la disección operatoria. La desventaja primaria es que el plano de disección es menos perceptible cuando la vesícula esta retraida.

" Para extirpar la vesícula biliar el cirujano : 1. identifica el conducto cístico y la arteria cística con la disección inicial y trabaja hacia el fondo, técnica retrógrada, o bien 2. comienza la disección en el fondo de la vesícula biliar y se mueve hacia el conducto cístico, técnica anterograda ". (17)

Con el primer método se mantiene la tracción hacia arriba de la vesícula colocando una pinza de foerster en el fondo de la misma, y una segunda pinza colocada en la bolsa de Hartmann, se usa para despegar las estructuras del cuello de la vesícula. Después de cuidadosa exposición mediante disección roma se identifica la arteria cística, se pinza, corta y liga con seda de dos o tres ceros, posteriormente con pinza de Mixter se disecciona el conducto cístico el cual se pinza en la proximidad con el conducto colédoco, se corta y liga con un punto en ocho con seda de dos ceros. Se desenvaina la vesícula del lecho y se extrae, quedando el lecho vesicular sangrante por lo que se afronta con puntos en U con catgut crómico de dos ceros. Por lo general, se coloca un drenaje pen rose en esta área antes del cierre.

" La colangiografía transoperatoria es un método relevante

de detección de cálculos en el conducto común y debería ser usado rutinariamente en el tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda ". (18)

Tradicionalmente, las indicaciones para exploración del colédoco combinadas con colecistectomía han sido una o más de las siguientes : cálculo palpable en el colédoco, presencia o antecedente de ictericia, conducto biliar dilatado [ 12 mm. o más ], pancreatitis o colangitis coexistentes, cálculos pequeños o sedimento en la vesícula biliar, vesícula biliar pequeña o contraída o falta de cálculos con antecedente de cólico biliar y elevación de la fosfatasa alcalina sérica.

Si es necesaria la exploración del conducto colédoco, una vez extraídos los cálculos se pasan sucesivamente varios dilatadores de Bakes y a continuación se coloca en el conducto colédoco un tubo de cattel o tubo en T.

#### Colecistostomía

Tiene un índice de mortalidad 5 a 10 veces mayor que la colecistectomía, probablemente porque se emplea en pacientes muy graves y con gran riesgo quirúrgico, pero se ha re

---

(18) STYKER, S. BEAL, J." Acute cholecystitis and common duct calculi" Arch Surgery 1983, Sep; 118 (9) : 1063-4

comendado para quienes se consideran muy enfermos para someterse a una colecistectomía o como alternativa en casos en que pueden presentarse dificultades técnicas o deterioro del estado clínico durante la operación.

La colecistostomía drena la vesícula biliar, pero no el colédoco, cuando hay obstrucción del cístico. Carece de utilidad cuando se usa en el tratamiento de colangitis. En la colecistitis aguda, si se observa bilis transparente, se puede confiar en la colecistostomía sin drenaje del colédoco pero, en general, esta técnica no es satisfactoria.

#### Cuidados postoperatorios

Los cuidados postoperatorios comienzan antes de que el paciente sea retirado de la sala de operaciones, momento en que es preciso asegurarse de la permeabilidad de las vías aéreas y además de que los tubos y drenajes estén fijados de modo apropiado y que no se doblen o desconecten. La necesidad de succión con tubo gastrointestinal se determina, en parte por la magnitud del procedimiento. Es conveniente aplicar una medicación apropiada para el dolor. Los requerimientos de fluido se satisfacen normalmente por una combinación equilibrada de solución salina y dextrosa al 5%, las cantidades varían de acuerdo al peso del paciente, la cantidad de sangre perdida y la cantidad de drenaje gástrico; la diuresis se cuantifica durante las primeras 48 hrs.

Es aconsejable una observación especial de los signos vitales con el fin de detectar problemas tales como hemorragia. La movilización es dentro de las primeras 12 a 24 hrs. posteriores a la cirugía. Se indican antibióticos y al tercer día se inicia la vía oral, los tubos en T se retiran al alrededor del catorceavo día de postoperatorio y los drenajes al tercer día. Cualquier prueba de cantidades anormales de drenaje requiere que éste sea retenido por un periodo de tiempo mayor, hasta que la cantidad sea mínima o nula. Las suturas de la piel se acostumbran retirar al séptimo día del postoperatorio.

### 2.9. Complicaciones quirúrgicas

La seguridad de la operación y la facilidad con la cual puede realizarse, desde el punto de vista del paciente, ha avanzado mucho. Las complicaciones, sin embargo, continúan ocurriendo.

" La revisión retrospectiva de los casos en los servicios quirúrgicos que llevan un registro cuidadoso de las complicaciones pone de manifiesto que muchas de ellas pudieron ser evitadas. Estas complicaciones evitables pueden clasificarse en dos grupos, el primero abarca las que podrían prevenirse. Estas estarían relacionadas con preparación preoperatoria, técnica quirúrgica o estado general, la segunda in-

cluye las que sería difícil de prever, pero que son sin embargo, reconocidas como posibles, pues se sabe, que aparecen en cualquier serie de operaciones ". (19)

Muchas complicaciones que pueden preverse pueden ser evitadas. Dentro de las principales complicaciones tenemos : Acumulación subhepática de materiales como sangre, bilis, linfa y líquido peritoneal. Hemorragia dado que es uno de los riesgos importantes de la cirugía. Peritonitis biliar por el derrame de bilis en cavidad desde el colédoco, resto del conducto cístico o pequeñas raicillas que se extienden directamente desde el hígado. Fístulas biliares ya sean internas o externas. Dislocación, obstrucción, retención y desintegración de las sondas de drenaje. Ictericia que puede ser por obstrucción del sistema de conductos extrahepáticos, colangitis, insuficiencia hepática, hepatitis, discrasias sanguíneas o reacciones a la transfusión. Pancreatitis que se acompaña a menudo de enfermedad calculosa de las vías biliares. Lesiones del conducto colédoco y síndrome hepatorenal.

---

(19) ARTZ, C. HARDY, J. Complicaciones en Cirugía y su Tratamiento Edit. Interamericana. 3a. Ed. México, 1978. p 503



### 3. Historia natural de la colecistitis aguda

La compleja interacción de los múltiples factores causales, de cada uno de los elementos de la triada ecológica y la respuesta del hombre al estímulo patógeno derivado de dicha interacción multicausal; constituye la historia natural de la colecistitis aguda.

La colecistitis aguda; es la inflamación de la vesícula biliar y trastorno funcional del mecanismo del flujo biliar.

Período prepatogénico

Agente

Trastornos del metabolismo de las sales biliares : glicina y taurina que se sintetizan en el hígado a partir del colesterol.

Desequilibrio electrolítico en la hidrólisis y absorción de los lípidos.

Alteración en la secreción de ácidos biliares, acumulándose en sangre y tejidos.

Dificultad en la absorción de minerales como : calcio, hierro y cobre; colesterol y vitaminas liposolubles.

Infección bacteriana [ estreptococcus, escherichia coli y estafilococcus ].

Disquinesia de las vías biliares : distonfa neurovegetativa de algún esfínter, reflujo pancreático, ...

#### Huesped

El ser humano; con predominio del sexo femenino 3 a 1, con factores predisponentes de : multiparidad, obesidad, sedentarismo y después de la cuarta década de la vida.

Personas nerviosas hiperreactoras a estímulos dolorosos.

Historia alimentaria con deficientes hábitos nutricionales.

#### Ambiente

Estrato cultural y socioeconómico bajo que repercute en su nivel de vida : empleo, educación, alimentación, vivienda, y servicios básicos.

Familia numerosa

Hábitos y costumbres alimentarias insuficientes.

Condiciones sanitarias del ambiente y vivienda en mala situación.

### 3.1. Atención de enfermería en el primer nivel de prevención y atención primaria.

La atención a la salud como acción organizada por el estado constituye en la actualidad una responsabilidad determinada por la demanda social de servicios, así como las necesidades

del desarrollo de un país, ésto es de coparticipación de esfuerzos que conduzcan al bienestar social del individuo con el fin de promover, sostener y restaurar su salud en forma integral [ aspectos biológicos, psicológicos y sociales ] en la atención preventiva, curativa y de rehabilitación física y mental.

" Se acepta hoy que la salud es para cada ser humano un fin y para la sociedad a la que pertenece, un medio.

Es un fin, un objeto permanente de preocupación individual, porque le permite a cada cual realizarse. Bien se ha dicho que somos como lo determina nuestra herencia genética y como el ambiente lo permite, En éste sentido la salud revela capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona. Es un proceso sutil, ininterrumpido, salvo por la aparición de enfermedades de etiología diversa que reflejan la desadaptación al ambiente interno y al que nos rodea.

Es un medio porque constituye un componente del desarrollo del individuo ". (20)

Esto es de la conjunción de esfuerzos de los profesionales

---

(20) PLAN DECENAL PARA LAS AMERICAS "Informe final de la III reunión especial de Ministros de Salud de las Americas"

O.P.S. Documento oficial No. 118

de la salud para establecer diseños de modelos de prestación de servicios al individuo, familia y comunidad.

A ésta tarea se unen los factores sociales, económicos y políticos que originan el desequilibrio del proceso salud enfermedad y que obligan a la enfermera a revisar sus valores y plantear la posibilidad de que se le confíen nuevas funciones como agente de atención primaria.

" Atención primaria; es el conjunto de acciones que se ponen al alcance del individuo, familia y comunidad para satisfacer sus necesidades básicas de salud, tanto en aspectos de promoción y conservación de la misma, como de reparación y prevención de la enfermedad ". (21)

La enfermedad evoluciona hacia su estadio final de recuperación o incapacidad del individuo parcial o totalmente. Es cierto que ante un cuadro tan desalentador en que se lesiona el paciente aún pueden aplicarse medidas preventivas con el fin de rehabilitarlo e integrarlo con el máximo de sus capacidades residuales, para que en colaboración con su familia busquen la satisfacción de sus necesidades básicas de salud

---

(21) SOBERON, G. "El proceso de integración de los servicios de salud" Salud Publica de México. Epoca VII. Vol. XXV No. 1 Enero/Febrero 1983.

y autoatención que eleven las condiciones de su nivel de vida.

#### Promoción a la salud y protección específica

Educación para la salud sobre hábitos alimentarios dietético-higiénicos, es fundamental para que todo individuo además de sobrevivir, crezca y se desarrolle con los nutrientes y alimentos necesarios que el organismo requiere en relación a edad, sexo, actividad y estado fisiológico, considerando el nivel socio-económico al cual pertenece y de este modo se satisfagan sus necesidades nutricionales y no exclusivamente " Satisfacer el hambre "

Educación para la selección de alimentos que contengan los nutrientes esenciales que contribuyan al desarrollo y crecimiento normal del individuo, en sus diferentes etapas de vida evitándole estados de mal nutrición.

Orientación sobre hábitos alimentarios con base a requerimientos y horario, pues el organismo cuando no recibe alimento lo compensa aprovechando sus propias reservas de tejido adiposo o hígado.

Dar dieta balanceada, evitando alimentos colecistoquinéticos y energéticos pues ocasionan predisposición a enfermedades de vías biliares y obesidad.

Dar a conocer la importancia que tiene el ejercicio físico

programado y evitar el sedentarismo.

Educación para la salud que favorezca un ambiente psicológico tranquilo y que ayude al desarrollo de la personalidad del paciente y buenas relaciones familiares.

Fomentar el hábito de recreación al aire libre para realizar ejercicio físico en cuanto a : edad, peso y sexo.

Orientación y participación en los programas de planificación familiar para evitar embarazos múltiples que predispongan a la colecistitis aguda.

Educación para la salud para dar a conocer los factores predisponentes y determinantes que conllevan a enfermar de colecistitis aguda y acciones específicas que tienden a evitarla.

Educación sanitaria de las condiciones del ambiente y vivienda que desarrollen hábitos higiénicos personales e higiene mental : individual, familiar y colectiva [ en el hogar y lugar de trabajo ].

### 3.2. Atención de enfermería en el segundo nivel de prevención.

Diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y limitación del daño

El tratamiento inicial del cuadro agudo de la colecistitis aguda es médico, valorando la evolución clínica de la en -

fermedad en relación a signos y síntomas que trasciendan en una complicación o recuperación y convalecencia del padecimiento.

Aliviar el dolor y la angustia del paciente a través del reposo en cama dando una posición de decúbito lateral de recho con las rodillas en flexión. El reposo constituye el factor más importante para lograr que ceda la inflamación aguda.

Iniciar ayuno absoluto que a pesar de este regimen se produce cierto grado de actividad intestinal, a consecuencia de secreciones que se acumulan en la parte alta del tubo digestivo.

Instalación de sonda de Levín para aspiración gástrica continua e intermitente, esta medida se considera importante para que ceda el cuadro agudo con el fin de ayudar al vaciamiento rápido de secreciones gástricas que se acumulan e interrumpen la digestión de las grasas en el estómago, al eliminarse las grasas y contenido gástrico se disminuye el requerimiento de bilis y con esto la concentración y estimulación de la vesícula biliar o del páncreas y por consecuencia disminuye el dolor.

aliviar el dolor sin causar el espasmo del esfínter de Oddi.

Administración de antibioticoterapia para evitar la extensión directa del proceso inflamatorio más allá de la vesícula biliar y vía hematógena, en caso de desarrollarse una bacteremia.

Administración de soluciones por vía endovenosa para reposición de líquidos llevando el control y balance de 24 horas para evitar una descompensación, ya que será la única fuente de ingresos de líquidos al organismo.

Control y registro de la curva térmica por medios físicos para que la temperatura oscile dentro de las cifras normales y en caso de fiebre avisar al médico oportunamente.

Tomar muestra de sangre y enviarla al laboratorio para realizar recuento leucocitario.

Observación y valoración de la evolución de las manifestaciones clínicas que presenta el paciente como : presencia o disminución del dolor, características de las secreciones del contenido gástrico, estado de angustia,... Si cede el cuadro agudo del paciente se proporciona dieta bajo prescripción médica, rica en proteínas, hidratos de carbono y vitaminas, y pobre en grasas para limitar la demanda que los alimentos grasos imponen al organismo en



fermo. Se permiten las hortalizas hasta el límite de tolerancia.

La valoración del estado crítico del curso cambiante de la enfermedad como : dolor, hipersensibilidad , fiebre, y leucocitosis determinan el tratamiento a seguir que será quirúrgico si se acentúan estos síntomas.

### 3.2.1. Atención preoperatoria

La atención preoperatoria comienza desde el primer contacto con el paciente, al efectuarse los métodos y medios para concluir con el diagnóstico que clasifique su padecimiento dentro de la patología quirúrgica aplicando los tres postulados de la cirugía " Evitar el dolor, prevenir la infección y cohibir la hemorragia ". La enseñanza de estos principios nos conducen a llevar al paciente al acto operatorio en las mejores condiciones posibles de su estado general, modificando todo desequilibrio físico o mental que pudiera ser causa de contraindicación del tratamiento quirúrgico.

Es difícil establecer normas específicas para la atención del paciente en el aspecto psicológico ya que cada persona reacciona diferente a la enfermedad y al ambiente hospitalario, por lo que se debe tomar en cuenta las siguientes consideraciones :

Respetar la individualidad del enfermo.

Toda persona que se hospitaliza y se aleja de su ambiente familiar presenta temores e inquietudes, por lo tanto se debe orientar al paciente y familia respecto a los cuidados que va a recibir para que participen en su tratamiento y rehabilitación, evitando complicaciones y procurando una recuperación inmediata tomando en cuenta los diferentes grados de cultura de los pacientes, respetando sus opiniones y creencias.

Mantener sus funciones fisiológicas

Se refiere no sólo a la introducción de sustancias [ líquidos o elementos nutritivos al organismo y a la eliminación : heces y orina ] sino también a evitar todo tipo de incapacidades del sistema musculoesquelético.

Protegerlo de causas externas de enfermedad

Se refiere a las prácticas que previenen todo tipo de complicaciones, mejoramiento de la salud, tratamiento específico y rehabilitación, para reincorporar al individuo a su vida productiva y familiar lo más pronto posible.

Ahora bien, el paciente que sufre colecistitis aguda o colecistitis crónica es candidato casi siempre a tratamiento quirúrgico tan pronto como es confirmado su diagnóstico : con su historia clínica completa, exploración física y exámenes específicos, en los que se determina que no existen problemas asociados. Durante su examen inicial y los estudios ha-

bituales se planea la intervención quirúrgica.

#### Consideraciones generales

La vesícula biliar en estado de inflamación aguda debe ser extirpada : nunca llegará a funcionar debidamente de nuevo; representa una fuente de infección recurrente y encierra también el peligro de ruptura. En la vasta mayoría de los casos la colecistectomía es llevada a cabo y únicamente, si la edad del paciente y el estado general del mismo contraindican una intervención prolongada o si las regiones anatómicas han creado graves peligros técnicos se hará solamente colecistostomía.

#### Cuidados preoperatorios

Se clasifican en mediatos e inmediatos, los mediatos son : los que se proporcionan al paciente desde su ingreso a hospitalización hasta 1 o 2 horas antes de la intervención quirúrgica.

#### Cuidados mediatos

Preparación psicológica, son pocos los pacientes que se enfrentan a intervenciones quirúrgicas, sin algún grado de ansiedad manifestando respuestas emocionales diferentes ante la amenaza de algo desconocido o de un peligro real o imaginario y así observamos que sus temores y preocupaciones varían en relación a su estado emocional y padecimiento físico que ponen en peligro su vida por lo cual es de

vital importancia brindarle seguridad y confianza. La enfermera proporcionará orientación psicológica a él y a su familia sobre la atención que va a recibir y su participación en el tratamiento y rehabilitación.

Consentimiento para la operación, es necesario obtener la firma del paciente en la que da autorización para la intervención, aplicación del anestésico y procedimientos diagnósticos necesarios, cuando firme el paciente debe encontrarse en pleno uso de sus facultades mentales.

Preparación física, consiste en observar y valorar datos comunes y de interés de todos los pacientes con tratamiento quirúrgico como : función cardiaca, pulmonar y renal, volumen y composición de la sangre, estado nutricional y equilibrio de líquidos y electrolitos. Pruebas de laboratorio básicas para todos los pacientes preoperatorios como son : hematocrito, hemoglobina, cuenta leucocitaria, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, grupo sanguíneo, factor Rh y análisis de orina. Se hacen otras pruebas de procedimientos específicos que contribuyen a establecer el diagnóstico quirúrgico : fosfatasa alcalina, bilirrubinas, colecistografía y/o colangiografía, ultrasonografía y colangiografía con tomografía computarizada. La enfermera dará orientación y preparación al paciente para que se lleven a cabo los exámenes selectivos.

Revisión de la historia clínica y exploración física buscando información significativa que pudiera influir tanto en los cuidados preoperatorios como en los postoperatorios por ejemplo, reacción alérgica a determinado medicamento, valoración de signos y síntomas que indiquen una afección o cambio en el paciente que pudiera interferir o exponerlo a complicaciones postoperatorias.

El registro de los signos vitales se hará con base de comparación, en todas las etapas del cuidado del paciente e inmediatamente hacer del conocimiento del médico cualquier alteración de alguno de ellos.

Higiene personal, si en paciente se encuentra en condiciones de hacerlo se dará un baño general, despintar y recortar uñas.

Dieta, cuando la operación es por la mañana, la noche anterior puede administrarse una dieta ligera pero ésta condicionada al tipo de intervención, estado del paciente, e indicaciones médicas, generalmente el paciente debe encontrarse en ayuno de 10 horas antes de la intervención.

Preparación de la piel, se hará por la tarde o noche anterior a la operación, haciendo tricotomía y lavado con agua de toda la región abdominal [ desde los bordes costales hasta la región púbica, en algunas ocasiones abarcando parte de los muslos ].

Medicación preoperatoria, la noche anterior a la intervención se administrará un tranquilizante según valoración preanestésica por el médico anesthesiólogo.

Enema, se aplica uno de agua jabonosa la noche anterior al acto quirúrgico a menos que esté contraindicado debido al estado del paciente.

Educación, al paciente para que respire profundamente y tosa como si ya estuviera operado, para evitarle complicaciones de vías respiratorias, como atelectasia o neumonía postural.

#### Cuidados inmediatos

Son los que se proporcionan una o dos horas antes de ser intervenido el paciente y hasta el momento de ser trasladado a la sala de operaciones.

Ayuno, verificar que el paciente continúe sin haber ingerido ningún líquido o alimento sólido.

Toma y registro de signos vitales, que nos indicará las condiciones generales en que se encuentra el paciente.

Eliminación, de intestino y vejiga, sondearlo en caso necesario bajo prescripción médica, anotando en la hoja de la enfermera las observaciones correspondientes.

Preparación física, aseo personal, revisar área operatoria, retirar alhajas, prótesis [ dentales, oculares... ]-

quitar cosméticos, vestir al paciente con bata quirúrgica, [ de algodón ] colocando capelina y vendaje de miembros inferiores.

Instalación de sonda nasogástrica, para ayudar a la salida de secreciones gástricas y gases, previa indicación del cirujano, algunos no emplean la sonda de manera habitual en la colecistectomía.

Canalización de vena para administrar soluciones, sangre o medicamentos durante el transoperatorio.

Medicación preanestésica, los fármacos generalmente deben administrarse 45 minutos antes de aplicar la anestesia, en consecuencia es muy importante que se den exactamente a la hora indicada por el anesthesiólogo.

Registro en la hoja de enfermería, se anotaran los signos vitales, estado general del paciente, medicamentos aplicados y observaciones pertinentes, alguna alteración.

Traslado del paciente al quirófano, se debe hacer con 15 minutos de anticipación acompañando al paciente con su expediente clínico y exámenes de laboratorio y gabinete, se entregará el paciente a la enfermera circulante y anesthesiólogo.

### 3.2.2. Atención transoperatoria

Son los cuidados que se dan al paciente en la sala de ope -

raciones.

La eficiencia con que se realiza el procedimiento quirúrgico en la sala de operaciones depende de la organización, responsabilidad y relaciones del equipo médico y de enfermería; de la disposición de los suministros del equipo necesario y de la coordinación e información sobre la intervención quirúrgica, para cumplir con el procedimiento seguro y eficiente en beneficio del paciente.

Al llevar al paciente al quirófano, la enfermera circulante lo identificará y vigilará que se le hayan proporcionado los cuidados preoperatorios mediatos e inmediatos : se orientará al paciente ubicándolo en la sala de operaciones y evitar hacer comentarios a algún problema o situación en relación con el paciente para evitar la ansiedad que altere el estado fisiológico y psicológico de la cirugía a realizar.

Para llevar a cabo la intervención quirúrgica, es necesaria la administración de anestésicos; algunos factores de importancia en relación a la anestesia, son :

Los anestésicos son medicamentos tóxicos que tienen potencialmente efectos secundarios peligrosos, producen cambios fisiológicos, en especial aquellos que se emplean para producir anestesia general y raquídea. Se presentan complicaciones con más frecuencia en el funcionamiento



del aparato respiratorio, cardiovascular y el sistema nervioso central, consecuentemente debe valorarse el estado fisiológico/ psicológico del paciente antes que reciba un anestésico, la enfermera debe informar al médico sobre cualquier deficiencia, sensibilidad o deterioro que advierta en el paciente para que sea corregida de ser posible antes de la anestesia, previniendo complicaciones graves.

La anestesia indicada en la colecistectomía, es la general existiendo la probabilidad de que se presente choque, alteraciones cardíacas y complicaciones postoperatorias, afortunadamente la introducción de relajantes musculares a la cirugía ha reducido grandemente la profundidad requerida en la anestesia, y ha hecho ésta mucho más segura.

El paciente a quien se va administrar anestesia general casi siempre está más aprensivo y preocupado sobre esta fase del acto quirúrgico inminentemente que sobre la operación en sí, debe dársele una explicación sobre lo que debe esperar y lo que va a ocurrir proporcionándole seguridad a él y a su familia, a través de funciones y actividades que competen asumir con responsabilidad a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico.

### 3.2.3. Atención postoperatoria

Toda cirugía produce ciertos efectos comunes que varían en

extensión e intensidad según el individuo y la operación. produce traumatismo en los tejidos, dolor, reacciones psicológicas y pérdida de sangre, posibilidad creciente de invasión de tejidos corporales por microorganismos patógenos por solución de continuidad de la piel o por la introducción de objetos extraños al cuerpo. Además se producen trastornos en las funciones corporales debido directamente al procedimiento quirúrgico o indirectamente a las respuestas del sistema nervioso autónomo y las glándulas suprarrenales, a las tensiones psíquicas y físicas asociadas, por lo que el paciente requiere vigilancia constante del progreso clínico de su estado, para ayudarlo a volver a la normalidad con un mínimo de incomodidad y dolor.

#### Atención inmediata postoperatoria

Son los cuidados que se dan al paciente desde que sale de la sala de operaciones [ sala de recuperación ] hasta trasladarlo a su unidad, de la especialidad correspondiente.

Al concluir la operación se seca la piel del paciente que ha transpirado y se le pone una bata limpia cubriéndole con suficientes mantas para asegurarle calor y protección contra corrientes de aire, el paciente es colocado en posición lateral o semiprona, se extiende de la cabeza [ si no se usa una vía aérea, el maxilar inferior debe ser mantenido elevado y sobresaliendo para evitar que la lengua

obstruya la respiración. El anestesiólogo y la enfermera circulante acompañan al paciente a la sala de recuperación junto con las órdenes de tratamiento inmediato.

Colocar al paciente en el carro camilla dando posición semiprona o lateral con la cabeza en hiperextensión y del lado izquierdo o derecho.

Mantener permeabilidad de las vías respiratorias mediante la aspiración de secreciones, colocación de la cabeza en forma adecuada para introducir cánula de güedel para evitar que la lengua se desplace hacia atrás. Todo esto es de vital importancia para el paciente semi-inconciente, evitándole así broncoaspiraciones.

Observación y registro de signos vitales, para la comprobación inmediata de un estado de hipotensión y choque, color y estado de la piel [ caliente o fría, seca o húmeda ] y nivel de conciencia.

Observar la región de la herida para descubrir sangrado y drenaje. Si existe algún cateter u otro tipo de sonda de drenaje; debe revisarse su permeabilidad y depósito. Estas observaciones iniciales y los signos preoperatorios del paciente sirven de base comparativa que ayuda a reconocer cambios favorables y desfavorables y a tomar decisiones sobre las acciones a realizar.

Informar de inmediato la presencia de arritmias cardiacas, pulso débil, disminución o fluctuación de la presión arterial sistólica, frecuencia o volumen respiratorio a normales y sangrado en la región de la herida.

Registro y valoración de signos vitales cada 15 minutos durante las dos primeras horas, si son satisfactorios se extienden los intervalos progresivamente cada 30 minutos, cada hora y luego cada 2 horas, durante las 12 a 24 horas siguientes; luego se registran cada 6 hrs.

Mantener un estado de ventilación normal, pues una hipoventilación en el paciente postoperado es un problema común causado por depresión del sistema nervioso; por la administración de anestésicos y depresión de la actividad de los músculos respiratorios [ por la aplicación de relajantes musculares ] y por obstrucción de la vía aérea causada por bloqueo de la región faríngea, lengua o mandíbula, exceso de secreciones mucosas o edema laríngeo [ intubación endotraqueal ], conduciendo todo esto a complicaciones respiratorias tales como : hipoxemia, hiper-capnea y atelectasia. También puede desarrollarse un bronquitis o neumonía por las secreciones retenidas que son un medio de cultivo excelente de microorganismos patógenos.

La valoración de una hipoventilación se identifica por :

1. Respiraciones lentas y superficiales; 2. Respiraciones audibles, húmedas indicadoras de secreciones excesivas; 3. Respiración silbante [ estridor ]; 4. Estertores o ausencia de entrada de aire a una zona pulmonar, descubierta por auscultación; 5. Inquietud, cianosis y aumento de la frecuencia del pulso que son características de hipoxemia.

Las medidas tendientes a favorecer una correcta ventilación son :

Posición lateral o semiprona, colocando un cojín firme de lante y otro detrás, la cabeza en hiper-extensión, lo cual facilita la libre entrada y salida de aire. Se flexionan las rodillas para disminuir la tensión, flexionando un poco más la extremidad que queda situada por arriba, el brazo que queda en la parte alta, se apoya sobre un cojín para que su peso no limite la expansión torácica. esta posición disminuye el peligro de aspiración de mucosidades y vómito y que la lengua laxa y mandíbula caigan hacia atrás y bloqueen la faringe.

Las secreciones bucofaringeas se extraen mediante aspiración.

Administración de oxígeno como medida de sostén y para prevenir hipoxemia, mediante cateter nasal o mascarilla.

Una vez que el paciente recupera totalmente la conciencia se le orientará a realizar respiraciones profundas y toser

en forma voluntaria con fuerza para que expanda sus pulmones y expulse secreciones traqueobronquiales, en número de 8 a 10 veces cada 2 horas.

Movilización del paciente de un lado a otro para permitir la expansión total de ambos pulmones.

Si persiste la hipoventilación se determina la concentración de gases sanguíneos a través de un ventilador mecánico.

Observación continua del estado de la piel y lugar de la operación del paciente en busca de signos indeseables, a notando sus respuestas, es de vital importancia.

Drenaje biliar, el tubo de drenaje que se introduce en una colecistectomía o colecistostomía es generalmente pinzado durante el traslado del paciente a la sala de recuperación después debe ser despinzado y conectado a un receptáculo de drenaje, colocado al nivel especificado por el cirujano, el tubo es sujetado a la curación y ropa de cama y debe tener suficiente holgura para prevenir la tracción y desalojamiento, se orientará al paciente como dar vuelta para evitar tirar del tubo y de la necesidad de que no haya sido acodado o comprimido. Durante las primeras 24 horas se observará el drenaje por la presencia de sangrado, porque puede existir un bajo nivel de protrombina. Se registrará el carácter y la cantidad diaria del drenaje biliar.

Observación de la curación, frecuentemente por el posible sangrado o derrame de bilis en el lugar de la canalización

Valoración de signos de peritonitis, informando al médico si hay elevación de la temperatura, dolor abdominal, distensión o rigidez.

Observación y valoración del drenaje gastrointestinal, se conectará inmediatamente al sifón para evitar distensión abdominal y derrame de secreción.

La sonda de levín debe estar conectada a un aparato de aspiración intermitente. Cada 2 o 4 horas debe instilarse solución salina por la sonda de levin y ser aspirado para verificar su permeabilidad. La imposibilidad de recuperar el líquido inyectado casi siempre indica que está mal colocada. La situación debe ser corregida, de otro modo el drenaje no funcionará correctamente o también se puede manipular el tubo empujándolo o sacándolo 2 o 3 cm. hasta que empiece a funcionar anotando volumen y características del material drenado a través de un control estricto de líquidos, cuantificando el balance de ingresos y egresos.

La presencia de signos y síntomas postoperatorios que alteran la homeostásis del organismo, comunes a muchos pacientes son; dolor, náuseas, vómito y aprensión.

Administración de analgésicos; que son sustancias que modifican el fenómeno sensorial al dolor. Por definición qui

tan el dolor sin producir estupefacción. Actúan elevando el umbral del dolor o reduciendo la actividad en los centros relacionados con la percepción dolorosa.

Administración de antibióticos de ciclo enterohepático por prescripción médica.

Cambio de posición al paciente con apoyo de una almohada o vendaje para prevenir la tensión en el sitio de la cirugía, contribuye a prevenir y aliviar el dolor. También el paciente puede quejarse de dolor en otra parte del cuerpo por inmovilización prolongada durante la cirugía, entonces se proporcionará masaje suave con el fin de obtener relajación, alivio y ejercicios pasivos en miembros superiores e inferiores.

Administración de líquidos parenterales y terapéuticos de sustitución.

La administración de líquidos y alimentos por vía oral se restringe durante el período de náusea y vómito y después de una operación abdominal, se administran fusiones de soluciones, electrolitos y glucosa para satisfacer las necesidades diarias del paciente y mantener un equilibrio normal de líquidos y electrolitos.

Aseo bucal y compresas húmedas y frías sobre labios ayudarán a reducir la incomodidad del paciente a causa de la sed.



La mayoría de los pacientes quirúrgicos experimentan náuseas y vómito inmediatamente después de la operación como resultado de los efectos tóxicos del anestésico y la manipulación de vísceras en la cirugía abdominal. Se proporcionará atención mediante la aspiración de secreciones bucofaringeas para conservar permeables las vías respiratorias girando la cabeza del paciente a un lado cuando éste se encuentra todavía bajo la influencia del anestésico o de drogas. Si se presenta vómito en el paciente, se observa y registra la cantidad y características de éste.

Detectar signos y síntomas de distensión abdominal, los pacientes postoperados pueden experimentar dolor y distensión abdominal causados por acumulación de gas en tubo digestivo, parte del gas es aire que ha sido deglutido durante las náuseas o cuando el paciente está tenso y temeroso.

Los efectos depresores de anestésicos y drogas; manipulación del intestino durante la operación y la falta de ingestión de alimentos en el conducto, contribuyen a reducir la peristalsis, provocando distensión en las asas intestinales, más a menudo el gas se junta en el colon, en consecuencia podrá evitarse con cambios frecuentes de posición del paciente y sonda de aspiración gástrica.

Cuantificar diuresis horaria, el paciente postoperado pue

de tener incapacidad temporal para orinar debido a la de presión de la sensibilidad de la vejiga o a la distensión, los impulsos que producen el deseo de orinar y el reflujo de vaciamiento no se han iniciado. La inhibición puede deberse al anestésico, drogas o traumatismos en la región de la vejiga. La tensión nerviosa y temor al dolor pueden también dar lugar a retención de orina. El paciente puede sentir deseo de orinar pero no puede hacerlo debido al espasmo del esfínter externo. Cuando la vejiga está distendida puede orinarse una pequeña cantidad pero la vejiga no se vacía, hay rebosamiento, inquietud, dolor o sensación de presión en la región pélvica y una plenitud palpable por encima de la sínfisis del pubis que se asocian con la retención, distensión y estancamiento de la orina, predisponente de inflamación e infección en la vejiga. La cantidad de orina normalmente es de 1 ml. X Kg. de peso X hora, por lo que se hará un control de diuresis estricto, en caso que haya oliguria y el paciente no ha orinado en 6 horas se realizara sondeo vesical, puede dejarse sonda a permanencia para determinar la cantidad de excreción de orina por hora.

Valorar la eliminación intestinal, el intestino generalmente se vacía antes de la operación y se restringe la ingestión de alimentos durante 2 o 3 días. La eliminación intestinal no es una preocupación postoperatoria inmediata. Si

se establece rápidamente una dieta líquida y posteriormente normal, puede que no sea necesaria la administración de un laxante o enema. La deambulación temprana ayuda a restablecer la eliminación intestinal normal.

#### Atención mediata postoperatoria

Son los cuidados que se dan al paciente después de instalarlo en su unidad de la especialidad hasta que es dado de alta.

El reposo en cama y la inactividad predisponen al paciente a problemas de flatulencia y distensión abdominal, retención urinaria, pérdida de fuerza, rigidez articular, complicaciones respiratorias y vasculares. La peristalsis está disminuida, hay estasis venosa y la respiración es superficial. Para aminorar éstas dificultades se recomienda :

Observar y valorar el funcionamiento de los drenes registrando volumen y características del material excretado.

control estricto de líquidos, cuantificando los ingresos y egresos, realizando balances parciales cada 6 hrs. y totales de 24 hrs.

La sonda de Levín se retira generalmente de 1 a 2 días después de la operación dependiendo de la cantidad de drenaje biliar que se observe.

iniciar dieta con líquidos claros y sólidos en un período

de 2 a 3 días posteriores a la intervención.

Posición semifowler aunada con ejercicios pasivos-activos en miembros superiores e inferiores, suelen comenzarse de 8 a 10 hrs. después de la operación y se realizan cada 4 hrs. hasta que el paciente deambula.

Registro y valoración de signos vitales para evitar complicaciones postoperatorias como : hemorragia, shock, obstrucción respiratoria, peritonitis, ...

Valorar y observar diuresis espontanea en las primeras 6 horas.

Evitar complicaciones pulmonares como atelectasia y neumonía indicando al paciente que respire profundamente y que tosa con frecuencia, también se puede orientar al paciente para que sople y haga burbújas en un botellón con agua a través de un tubo.

Hacer cambios frecuentes de curación. La primera deberá hacerla el cirujano.

Después de unos días se pinza el tubo de drenaje a intervalos especificados y se extrae cuando el cirujano considera que el conducto biliar común está permeable, después de retirar el tubo se realizan curaciones frecuentes para prevenir escoriaciones y ulceración de la piel por el proceso irritativo de la bilis, fuertemente alcalina, aplicando gasas petroladas.

Planear alta del paciente, generalmente si no existen complicaciones después de la operación el paciente es dado de alta para concluir su convalecencia en su domicilio, el plan de alta incluye :

Aclaración de todas las dudas que el paciente pueda tener acerca de su atención posterior para recuperar su salud integral.

Orientación sobre prescripciones médicas como : administración de medicamentos, dieta, ejercicios, descanso, prácticas higiénicas y eliminación; consultas subsecuentes o transferencia a otros servicios para que continúe bajo control médico periódico.

Medidas terapéuticas de enfermería que se juzguen necesarias para la salud y bienestar del paciente, quizá complementarias de la terapéutica médica. La extensión de los cuidados al hogar son de suma importancia para lograr la rehabilitación total del paciente, considerando las necesidades de cada caso particular, reacciones orgánicas y la manera como revela sus tensiones fisiológicas, psicológicas y sociales.

### 3.3. Atención de enfermería en el tercer nivel de prevención

En este momento del curso natural de la enfermedad, la prevención persigue más que frenar el proceso, impedir la incapacidad completa una vez que se han presentado lesiones ana-

tómicas y funcionales; la enfermedad ha evolucionado hasta su etapa final. Es verdad que contra algunas enfermedades no existen medidas para actuar, pero es conveniente continuar con acciones preventivas que conduzcan a rehabilitar al individuo : física, mental y socialmente.

La rehabilitación, es restituir al paciente sus funciones físicas, mentales y sociales, tomando en cuenta : edad, sexo, ocupación y situación económica.

Asimismo: la enfermera debe orientar al paciente y familia sobre la evolución del padecimiento y convalecencia para que participen en la reincorporación del paciente a su vida familiar y social.

Los cuidados de extensión al hogar para la rehabilitación total del paciente, estaran encomendados a la satisfacción de necesidades básicas que incluyan actividades de prevención, promoción y conservación de la salud.

Así tenemos que se inicia nuevamente con la atención de primer nivel de prevención y atención primaria que incluye : promoción y protección específica; autoatención en cooperación del paciente, familia y recursos disponibles como cuenta la comunidad para la atención de su salud que evite el desequilibrio del proceso salud-enfermedad.

## II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

### 1. Datos de identificación

Nombre : M.P.S.  
Sexo : Femenino  
Edad : 44 años  
Estado civil : Casada  
Ocupación : Hogar  
Escolaridad : Primaria  
Religión : Católica  
Nacionalidad : Mexicana  
Lugar de procedencia : Estado de México  
Servicio : Urgencias  
Cama : 6  
Fecha de ingreso : 15-IV-85

### 2. Nivel y condiciones de vida

#### Ambiente físico

Habitación, características físicas : dos cuartos, cocina y baño con buena ventilación y regular iluminación. Casa rentada.

Tipo de construcción : Tabique y lamina de asbesto, piso de cemento.

Animales domésticos : pajaritos y un perro.

Servicios sanitarios : abastecimiento de agua por medio de pipas repartidoras.

Control de basura : camión recolector tres veces por semana.

Eliminación de desechos : fosa séptica

Iluminación : deficiente, una lampara en cada cuarto, existe alumbrado público

Pavimentación : si existe.

Vías de comunicación : Teléfono público.

Medios de transporte : autobus ruta 100 y taxis colectivos.

Recursos para la salud : Centro de salud comunitario.

Hábitos higiénicos : aseo; baño cada 4 días, se lavan las manos y cara diariamente, el aseo bucal no lo realizan.

Cambio de ropa personal : parcial cada tercer día y total cada ocho días.

Alimentación : desayuno deficiente en calidad y cantidad; café, pan, tortillas y leguminosas, a veces guisado del día anterior. Comida es variable; sopa de pastas, carne dos veces a la semana, frijoles, chile, tortillas y verduras y fruta ocasionalmente al igual que el pescado. Cena café, pan y huevo o frijoles.



Alimentos que originan preferencia: sopas, frijoles, torti - llas, pan y chile.

Alimentos que originan desagrado : carne de cerdo, longani - za y chicharrón.

Alimentos que causan intolerancia : leche, huevo, queso, aguacate y mantequilla.

Eliminación : vesical; tres veces al día en abundante canti - dad de color vogel III con sedimento. Intestinal; una vez al día; en abundante cantidad, de color café claro y en ocasio - nes es anormal presentando acolia.

Descanso : vespertino en ocasiones los fines de semana, por que le ayudan sus hijos en los quehaceres del hogar.

Sueño : de 22:00 a 5:30 horas, presentando algunas veces in - somnio.

Diversión y/o deportes : Esporádicamente asiste al cine y paseos al aire libre los fines de semana, no practica ningún deporte o ejercicio, predominando vida sedentaria.

Estudio y/o trabajo : no estudia, se dedica a los quehaceres del hogar.

### 3. Composición familiar

Se trata de una familia integrada y organizada compuesta por :

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Esposo	50 a.	obrero	80%
Hijo	24 a.	empleado	20%
Hija	20 a.	hogar	ninguna
Hija	16 a.	estudiante	ninguna
Hijo	13 a.	estudiante	ninguna
Hija	11 a.	estudiante	ninguna

Dinámica familiar : de lunes a viernes realiza preparativos para que los niños asistan a la escuela, por la mañana atiende a su hijo y esposo para que acudan a trabajar, en el horario intermedio del día. Mantiene buenas relaciones con su familia, los fines de semana acuden a lugares públicos.

Dinámica social : trata con sus vecinas y con dos cuñadas que viven cerca de su domicilio, llevándose a cabo reuniones familiares frecuentemente.

Comportamiento : irritable con frecuencia con los problemas del hogar.

Durante su estancia en el hospital se encuentra angustiada e inquieta.

Rutina cotidiana : se levanta a las 5:30 hr. e inicia los preparativos del desayuno y arreglo de sus hijos para que asistan a la escuela, a su esposo e hijo mayor también les

sirve su desayuno, posteriormente se dedica a la limpieza de la casa y lavado de ropa, aunque previo a esto debe acarrear el agua que es abastecida por la pipa, también asiste al mercado para proveerse de los alimentos para preparar la comida, después de comer realiza el aseo de la cocina y por la tarde ve la televisión, sino tiene ropa que planchar, su hija coopera con ella en algunos quehaceres, finalmente termina con las labores del hogar a las 22:00 hrs. y se acuesta a dormir.

#### 4. Problema actual o padecimiento

Inicia su padecimiento con dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de moderada intensidad desde hace 4 horas, acompañado de náuseas y vómito de contenido biliar, posterior a la ingesta de alimentos colecistoquinéticos [ huevo ].

#### Antecedentes personales patológicos

Antecedentes ginecoobstétricos : Gesta VI, Para V, Abortos I Cesarea 0.

Antecedentes traumáticos y quirúrgicos : apendicectomía a los 17 años.

Ictericia hace 3 años, cuadros gripales e infecciones gastrointestinales frecuentes.

Antecedentes familiares patológicos : padre fallecido por probable tuberculosis pulmonar, madre viva obesa e hiper

tensa.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento : estado emotivo alterado, la paciente refiere estar angustiada y le preocupa su enfermedad por el tiempo que tendrá que estar hospitalizada y recuperación total.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación : la paciente se muestra negativa y sus familiares cooperan para el restablecimiento de la misma.

#### Exploración física

##### Inspección

Aspecto físico : habitus exterior; paciente femenina de edad aparente semejante a la cronológica, de constitución robusta, mal conformada a expensas de panículo adiposo, aparentemente integra, con facies de dolor y actitud en gatillo, signos vitales TA 130/90, F.C. 84 x', F.R. 24 x', T. 38°C.

Cabeza : pelo bien implantado de acuerdo a sexo y edad, cráneo normocéfalo sin exostosis ni hundimientos, conjuntivas pálidas, nariz con sonda nasogástrica drenando material biliar, mucosas orales en regular estado de hidratación.

Cuello : cilíndrico con traquea central, desplazable, pulso carotideo homócroto y sincrónico con el radial.

Torax : de forma y volumen normal, mamas péndulas, área car-

diaca dentro de límites normales, con F.C. de 84 x', sin fenómenos agregados, campos pulmonares limpios y bien ventilados con movimientos de amplexión y amplexación normales.

Abdomen : globoso a expensas de panículo adiposo, se observa herida quirúrgica en fosa iliaca derecha tipo Mc. Burney, queloide y vívices, hay resistencia muscular voluntaria y dolor a la palpación media y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, el cual se irradia a la región interescapular, signo de Murphy positivo, ruidos peristálticos aumentados.

Genitales : con sonda de foley drenando orina de caracteres macroscópicos normales.

Extremidades : las inferiores con datos de insuficiencia vascular periférica, las superiores con venoclisis permeable

Aspecto emocional [ estado de animo, temperamento ]

Facies característica de angustia y excitación, no contesta con precisión al interrogatorio.

Medición : peso y talla; 72 kg. 1.56 cm.

##### 5. Datos complementarios

Exámenes de laboratorio

fecha : 15-IV-85

TIPO	NORMALES	DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
TGO	45-75%	96%	Los exámenes de laboratorio revelan aumento de las cifras normales.
TGP	44%	62%	
Bilirrubina directa	0.2 mg%	1.6 mg%	
Bilirrubina indirecta	0.8 mg%	2.8 mg%	
Bilirrubina total	1 mg%	4.4 mg%	
Timol	0-5U	6U	
Fosfatasa Alcalina	41%	76%	
Amilasa	15-30%	48%	
Leucocitos	9000xC	12500xC	
E.G.O.	vogel II	Vogel III	

## Exámenes de gabinete :

- Teleradiografía de torax Sin datos de importancia que con-  
signar.
- Placa simple de abdomen Se observa presencia de gas en los  
conductos biliares y cálculos radio-  
opacos en vesícula, asa centinela  
de fleón vecina a la vesícula.
- Colangiografía directa Se observa el contorno vesicular a-  
umentado de tamaño y cálculos.

## 1. Problemas detectados

Cólico hepático

Trastornos digestivos

Infección

Obesidad

Angustia

Ansiedad

Nivel socioeconómico bajo

Su situación económica insuficiente repercute considerablemente en la satisfacción de necesidades básicas del paciente y familia.

## 2. Diagnóstico de enfermería

Paciente adulta, casada, ama de casa; forma parte de una familia integrada con su esposo y 5 hijos. El esposo trabaja como obrero, 3 de sus hijos estudian, uno trabaja y una hija se dedica al hogar. Procede de un nivel socioeconómico bajo. Debido a la falta de agua potable sus hábitos dietético-higiénicos son deficientes.

Se presenta en el servicio de urgencias por un dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de moderada intensidad, además de náuseas y vómito posterior a la ingesta de huevo el que siempre le ha producido intolerancia, los exámenes de laboratorio revelan aumento de las pruebas de funcionamiento hepático y fosfatasa alcalina; así también como amilasa y leucocitosis.

En los exámenes por rayos X, en la placa simple de abdomen se observa gas en conductos biliares, cálculos radiopacos, y el asa centinela del fleon indica irritación peritoneal. En la colangiografía directa se observa el contorno vesicular aumentado de tamaño y cálculos radiopacos.

Se encuentra febril, con signos evidentes de infección, su estado emotivo es de angustia, ansiedad y temor por su estado agudo actual e ignorar su pronóstico y posibles complicaciones que repercutan en su estado de salud y vida familiar, pues sus hijos se encuentran solos.



PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

1. Nombre del paciente : M.P.S.  
 Sexo : Femenino  
 Edad : 44 años  
 Estado civil : Casada  
 Ocupación : Hogar  
 Escolaridad : Primaria  
 Religión : Católica  
 Nacionalidad : Mexicana  
 Lugar de procedencia : Estado de México  
 Servicio : Urgencias  
 Cama : 6  
 Fecha de ingreso : 15 de Abril de 1985

2. Diagnóstico médico : Colecistitis aguda

3. Diagnóstico de enfermería :

Paciente adulta, casada, ama de casa. Forma parte de una familia integrada con su esposo y 5 hijos. El esposo trabaja como obrero, 3 de sus hijos estudian, otro trabaja y una hija se dedica al hogar. Procede de un nivel socio económico bajo.

Debido a la falta de agua potable sus hábitos dietético higiénicos son deficientes.

Se presenta en el servicio de urgencias por un dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de moderada intensidad, además de náuseas y vómito posterior a la ingesta de huevo el que siempre le ha producido intolerancia.

Los exámenes de laboratorio revelan aumento de las pruebas de funcionamiento hepático y fosfatasa alcalina; así como también amilasa y leucocitosis.

En los exámenes por rayos X en la placa simple de abdomen se observa gas en conductos biliares, cálculos radiopacos, y el asa centinela de fleon indica irritación peritoneal.

En la colangiografía directa se observa el contorno vesicular aumentado de tamaño y cálculos radiopacos.

Actualmente se encuentra febril, con dolor intenso paroxístico en hipocondrio derecho, con signos de evidente infección, su estado emotivo es de angustia, ansiedad y temor por su estado agudo y pensar en las posibles complicaciones que repercutirán en su estado de salud y vida familiar, pues sus hijos se encuentran solos.

#### 4. Objetivos

4,1, Valorar la intensidad del dolor para administrar los analgésicos y atención específica oportunamente, evitándole a la paciente que sufra y así se disminuya su angustia y temor.

4.2. Dar orientación psicológica para aminorar el estado aprensivo de la paciente proporcionándole confianza y seguridad en las acciones de enfermería tendientes a mejorar su estado físico y mental.

4.3. Disminuir el riesgo de complicaciones mediante la identificación de necesidades y problemas tendientes a planear cuidados específicos que coadyuven en el tratamiento médico y/o quirúrgico y una atención dinámica y oportuna para que la paciente recobre su salud.

## 5. Desarrollo del plan

### 5.1. Problema : cólico hepático

Las manifestaciones clínicas del problema son dolor intenso paroxístico que se localiza en hipondrio derecho con aparición brusca, sin relación horaria y en reposo. Irradiación del dolor hacia el dorso y hombro derecho que obliga a la paciente a cambiar de posición continuamente. Signo de Murphy positivo.

Estado de excitación, angustia, quejumbrosa y ausencia de cooperación.

#### 5.1.1. Razón científica de las manifestaciones

Los procesos agudos localizados en las vías biliares se manifiestan por la aparición del dolor, que se localiza en el cuadrante superior derecho del abdomen. El exponente más

típico de estos procesos lo constituye el cólico hepático.

El cólico hepático es un dolor de iniciación brusca, intenso, paroxístico, localizado en hipocondrio derecho en una zona bien determinada, a veces hasta en un punto fijo, capaz de ser localizado con la punta de un dedo y en la región ocupada por la vesícula biliar. Aparece en cualquier momento durante el día o por la noche cuando el paciente se encuentra en reposo, no guarda relación con las comidas, pero sí a veces una relación de dependencia en cuanto a la calidad de los alimentos ingeridos o a su forma de preparación. El exceso de grasas en el organismo puede desencadenar un cólico hepático.

El dolor suele ser intenso desde el principio y obliga al paciente a cambiar de posición continuamente, a pesar de que los movimientos bruscos pueden provocar la crisis dolorosa. La irradiación del dolor es hacia el dorso refiriéndose a las últimas vertebrae dorsales, región interescapular, subescapular y hombro derecho.

El paciente durante la crisis paroxística se presenta excitado, angustiado, quejándose permanentemente; no contesta con precisión al interrogatorio, solo pide calmante para su dolor y adopta posición en gatillo.

El cólico hepático es en la mayor parte de los casos la exteriorización de la litiasis biliar, ya se trate de litiasis

vesicular, más frecuente o litiasis de los conductos principales, aunque también pueden presentarse en las colecistitis alitiásicas.

Principios relacionados con la analgesia, que disminuyen los impulsos dolorosos que llegan a la corteza cerebral :

La cirugía, puede evitar que los impulsos dolorosos lleguen al cerebro al disminuir o eliminar los estímulos nocivos o al interrumpir la transmisión de los estímulos al cerebro.

Estimulación cutánea, algunas fibras cutáneas son aferentes y tienen gran diámetro, por esta razón la estimulación cutánea intensifica el ingreso de impulsos por las grandes fibras y puede inhibir la transmisión de impulsos dolorosos. Este tipo de estimulación puede consistir en masaje, baño, aplicación de frío o calor, vibración o presión.

Eliminación de estímulos a través de fármacos, tratamiento quimioterapéutico que domina o cura la causa del dolor al bloquear la producción de impulsos en los quimiorreceptores del dolor.

La relajación de los músculos estriados [ esqueléticos ] pueden disminuir los estímulos dolorosos al aliviar la presión o el espasmo doloroso.

#### 5.1.2. Acciones de enfermería

El dolor es un problema común en todos los enfermos, ello requiere que la enfermera comprenda el punto de vista del enfermo que sufre dolor.

Interpretar y valorar el dolor del paciente en cuanto a su significado y manifestaciones clínicas.

Detectar y analizar el dolor que manifiesta el paciente, pues no solo puede expresarlo con palabras o afirmaciones sino que a través de otros tipos de reacciones o conductas lo manifiesta, por lo que debe ser identificado oportunamente.

Administrar analgésicos cuando las ordenes médicas lo permitan, la ministración por diferentes vías la enfermera lo valorará de acuerdo a la intensidad del dolor.

Orientar al paciente que presenta dolor para que aplique los principios de condicionamiento clásico y condicionamiento operacional de acuerdo a su situación especial por ejemplo; usar la respiración rítmica cuando cambie de posición con el fin de mantener una buena ventilación y adecuada oxigenación para los tejidos

o promover el descanso y relajación de músculos estriados.

Disminuir los estímulos nocivos a través de técnicas que eviten la transmisión de los estímulos dolorosos a la corteza cerebral; ambiente psicoterapéutico.

Identificar la necesidad del enfermo de incorporación intelectual y emocional de la experiencia dolorosa y ayudarlo en su situación particular.

Orientar al paciente sobre la importancia que tiene el dominio de la ansiedad, la eficacia de éste principio corresponde a la participación de la familia, atención médica y de enfermería que determine la conducta a seguir en el paciente, en cuanto a proporcionarle apoyo psicológico.

### 5.1.3. Razón científica de las acciones de enfermería

La detección oportuna del dolor en cuanto su significado y manifestaciones clínicas la enfermera debe creer lo que expresa el enfermo, no hará la suposición errónea de que el sujeto no tiene dolor, porque no tiene causa alguna o porque el dolor no es de origen físico, pues la existencia de algunas sensaciones dolorosas son iniciadas por un estado psicológico y realmente el paciente siente dolor.

También otro aspecto a considerar es que el paciente que experimenta dolor reacciona como un ser humano íntegro en el que intervienen factores fisiológicos, psicológicos y socio-

culturales y que necesita atención urgente y eficiente.

#### 5.1.4. Evaluación

La respuesta conductual del enfermo se analiza, para - identificar la fase del dolor [ percepción ], la intensidad del dolor preguntando al paciente el grado en que su molestia lo afecta, cuantificándolo como mínimo, moderado, intenso o muy intenso.

Las características de la sensación dolorosa corresponden al sitio donde se localiza, irradiación, duración, y ritmo [ períodos de desaparición y reaparición de la intensidad ].

La respuesta del individuo y cualquier reacción debe ser comunicada al personal médico que ayudará a identificar la existencia y características de la experiencia dolorosa y plan de atención a desarrollar.

#### 5.2. Problema : Trastornos digestivos

Manifestaciones clínicas del problema :

Ataque al estado general, eructos, flatos, pirosis y molestia epigástrica imprecisa.

A medida que avanza el problema digestivo, el proceso -



inflamatorio persistencia del dolor intenso en hipocondrio derecho con trastornos neurovegetativos : náuseas y vómito.

### 5.2.1. Razón científica del problema

Entendemos por vómito la expulsión del contenido gástrico por la boca, siempre que vaya acompañado de esfuerzo.

Arqueo es el conjunto de síntomas que preceden al vómito propiamente dicho y que están relacionados con la contracción energética del diafragma y de los músculos de la pared abdominal, con el objeto de vaciar el contenido gástrico del esófago.

Se llama náusea a la sensación desagradable con diaforesis fría, mareo y sialorrea que precede al vómito.

La asociación de náusea, arqueo y la expulsión del contenido del estómago por la boca, constituyen las diversas fases del vómito y sirven para distinguirlo de las regurgitaciones.

El centro nervioso que envía los mensajes que llegan a los músculos que vacían el contenido gástrico, está situado en el bulbo raquídeo y este centro del vómito puede ser estimulado de varias maneras : estimulación periférica; 1. a consecuencia de una irritación estomacal, ya sea debida a un estado anormal del órgano o a que su contenido es irritante; 2. a consecuencia de un dolor agudo, particularmente el del cólico hepático; 3. a consecuencia de un estado anormal del abdomen, ejemplo obstrucción intestinal,...

Estimulación central; 1. presión intracraneal; 2. diversas sustancias que circulen por la sangre por ejemplo toxinas, medicamentos, productos de un metabolismo anormal o exceso de productos de desecho retenidos por la sangre.

El vómito que sobreviene accidentalmente y es de corta duración, está generalmente relacionado con padecimientos agudos del tubo digestivo o con infecciones generales, siendo de se ñalar especialmente las que afectan al sistema nervioso; es así que puede ser causado por gastritis agudas o infecciones diversas del tubo digestivo; tifoidea, paratifoidea,...

#### 5.2.2. Acciones de enfermería

Registrar las características del material vomitado, si va precedido por náuseas o arqueo, si el vómito ocurre a una ho ra determinada del día o si guarda relación con la ingesta de alimento.

Observar si el vómito va precedido o acompañado de dolor, dando a conocerlo al médico.

Registrar la cantidad del material vomitado : número de veces en 24 horas y caracteres : olor, color, consistencia, presencia de restos alimentarios, moco, bilis, sangre, pus, en caso necesario debe ser conservado para su examen en el laboratorio.

Participar en la colocación de sonda nasogástrica, para

efectuar vaciamiento de contenido gástrico y lavado con solución salina cada 2 horas.

Aseo bucal, cambio de ropa del paciente y cama para proporcionarle comodidad y confort.

En caso de succión gástrica intermitente o continua registrar las características y cantidad de secreciones.

Mantener permeable la sonda nasogástrica mediante lavado para impedir su oclusión.

Valorar y registrar signos y síntomas de distensión abdominal.

### 5.2.3. Razón científica de las acciones de enfermería

Nos permite valorar la relación que tiene el vómito con el proceso inflamatorio de la vesícula, pues la colecistitis aguda cursa con vómito más o menos pertinaz y se acompaña de dolor.

La colocación de la sonda de Levín para vaciamiento de contenido gástrico y/o succión intermitente o continua evita que haya distensión abdominal y aumente la irritación peritoneal. Con la expulsión de secreción biliar consecuentemente disminuye el dolor.

### 5.2.4. Evaluación

Posterior al tratamiento médico y de enfermería la paciente evolucionó favorablemente disminuyéndole el dolor en hipo -

condrio derecho; que aun era doloroso a la palpación. También se apreció que el color del contenido gástrico era amarillo verdoso.

### 5.3. Problema : Infección

#### Manifestaciones clínicas del problema

Hipertermia de 38°C, diaforesis y mucosas orales secas.

#### 5.3.1. Razón científica del problema

En el proceso inflamatorio de las vías biliares el órgano más expuesto es la vesícula biliar. La obstrucción del conducto cístico es probablemente, el factor individual más importante en la producción de la colecistitis aguda. La luz del conducto es pequeña y su pared gruesa y profundamente surcada por senos, de manera que un ligero grado de inflamación causa estrechez u oclusión.

La teoría de la infección bacteriana como agente etiológico inicial menciona que suele haber infección grave o septicemia concomitante, las bacterias llegan a la vesícula por vía sanguínea, linfática [ particularmente desde el hígado ], por los conductos biliares o por extensión directa de órganos vecinos.

Así también los cálculos que se forman en la vesícula biliar causan inflamación de la mucosa y las zonas localizadas de inflamación son vulnerables a invasión bacteriana.

La ictericia con retención de sales biliares, es frecuente que curse con fiebre y escalofríos [ fiebre intermitente de Charcot ].

#### Temperatura.

La temperatura corporal se define como el grado de calor mantenido por el cuerpo; es el equilibrio entre el calor producido como resultado de la oxidación de alimentos, y el calor perdido por transpiración, respiración, conducción, convección, radiación y excreción. Los seres humanos conservan una temperatura casi constante, siendo la variación diaria media de  $0.6^{\circ}$  C. y así tenemos que la temperatura normal del cuerpo humano es de 36 a  $37^{\circ}$ C.

Así el equilibrio entre la producción y pérdida del calor es mantenida por el centro regulador del calor en el tálamo, el cual es sensible a los pequeños cambios de temperatura en la sangre circulante, un aumento en la temperatura de la sangre se traduce en un mayor flujo sanguíneo a la superficie del cuerpo y una mayor actividad de las glándulas sudoríparas con aumento de la pérdida de calor por evaporación.

En las infecciones bacterianas la temperatura asciende como resultado del aumento en el metabolismo y consecuentemente se eleva por encima de lo normal, no siempre indica gravedad del padecimiento o trastorno que puede estar elevando la temperatura. Hay infecciones agudas que pueden ser mortales y

sólo producen pequeños aumentos en la temperatura.

#### Variaciones de temperatura postoperatoria

Un ligero ascenso de temperatura en las primeras 24 hrs. es generalmente debido a la reacción y carece de importancia si la frecuencia del pulso y la frecuencia sanguínea son normales. Una temperatura baja, con pulso rápido indica hemorragia o shock grave.

Una elevación de temperatura transcurridas 24 hrs. con ligero ascenso en la frecuencia del pulso y un aumento desproporcionado del ritmo respiratorio sugiere complicación torácica. Una temperatura alta por la tarde, acompañada de aumento del pulso desde el tercer día sugiere sépsis. Un leve ascenso de temperatura al cabo de 7 días puede ser signo de una trombosis femoral.

#### Disminución de la temperatura del cuerpo

Temperaturas inferiores de 35°C son nocivas para las células del cuerpo.

Un descenso de la temperatura puede ser debido a : pérdida de líquidos por hemorragia, sudoración excesiva, vómitos o diarrea.

El estado de depresión circulatoria conocido como shock subsecuente a operaciones o lesiones graves conduce también a un descenso en la temperatura.

### 5.3.2. Acciones de enfermería

Control de temperatura por medios físicos y/o químicos.

Registro y valoración de la temperatura, pulso y respiraciones, especialmente en casos abdominales, puede ser una indicación valiosa acerca del paciente y permite al médico reconocer una posible complicación en el momento preciso. Valorar la temperatura de la habitación que no sea superior a 23°C. El aire circulante que está muy caliente hará que la temperatura del paciente se eleve.

Revisar el tipo y cantidad de ropa de cama que cubre al paciente, esta debe darle calor suficiente, pero no en exceso, ya que aumentaría la temperatura corporal.

Favorecer ambiente psicoterapéutico para evitar todo ruido o excitación innecesario y restringir la actividad del paciente, ejercicio o esfuerzo de actividades sencillas elevan la temperatura corporal.

Procurar que el paciente esté libre de temores o inquietud mental.

Aseo bucal, pues los labios constantemente se resecan y agrietan, la lengua se inflama y presenta saburra por lo que es necesario realizar constantes prácticas higiénicas.

También es conveniente hacer notar que cuando la temperatura está por debajo de lo normal, se proporcionaran cuida -

dos que eleven la producción de calor corporal y eviten pérdidas de éste. Pueden aplicarse medidas por medios físicos como : bolsas de agua caliente, calor externo por medio de lamparas y radiadores, cobertores calientes... Puede administrarse también bebidas calientes excepto en los casos que esté contraindicada la vía oral.

### 5.3.3. Razón científica de las acciones de enfermería

Un estado de hipertermia severo y prolongado puede producir daño cerebral permanente, ya que la célula nerviosa no se regenera, existiendo degeneración y hemorragia por lo que la atención del paciente febril depende fundamentalmente del proceso inflamatorio y de las ordenes específicas del médico, aunque existen algunas acciones de enfermería que son de su competencia el proporcionarlos para evitar otros problemas.

La aplicación de frío en la cabeza o superficie del cuerpo favorece la pérdida de calor por irradiación y conducción, según la superficie cutánea expuesta y volumen sanguíneo que fluye por los capilares periféricos.

La presencia de escalofríos es una perturbación súbita del mecanismo regulador del calor y generalmente es anuncio de una infección aguda. La producción de calor supera a la pérdida y la temperatura asciende rápidamente. La extrema vasoconstricción origina una sensación friolenta en



la superficie del cuerpo y el paciente tira violentamente. Esta etapa va seguida por otra de vasodilatación súbita, en la que el paciente siente calor y suda profusamente lo que se traduce en un descenso de temperatura, de ahí la conveniencia de llevar un registro y control de la temperatura por medios físicos mientras no ceda el proceso inflamatorio.

#### 5.3.4. Evaluación

La valoración integral de la temperatura corporal es especialmente importante cuando el paciente : 1. Tiene una temperatura anormalmente alta o baja; 2. Daño tisular que puede ser producido por lesión traumática, química, o por agentes físicos; 3. Procesos infecciosos con liberación de pirógenos

Los cuidados de enfermería siempre deben orientarse a ayudar al paciente a obtener, conservar o recuperar una temperatura corporal óptima.

#### 5.4. Problema : Obesidad

Manifestaciones clínicas del problema

Aumento del tejido adiposo, del peso corporal normal y sobrepeso corporal que excede al peso teórico estandar de acuerdo a su edad, sexo y talla.

##### 5.4.1. Razón científica del problema

Existe obesidad cuando la grasa excede la fracción normal

del peso total del organismo.

La obesidad se clasifica como reguladora si indica una alteración en la regulación de la ingestión de alimento, o metabólica, si sugiere un defecto metabólico subyacente como causa de la acumulación de grasa.

La obesidad se presenta cuando la ingestión calórica en particular de grasas e hidratos de carbono, excede a las necesidades diarias del gasto de energía. Las calorías no utilizadas se convierten en ácidos grasos y se acumulan en las células del tejido adiposo.

Existen factores psicológicos y culturales que determinan cuanto comemos y nuestra actividad física, así como forma sedentaria de vida y patrones de alimentación del recién nacido pueden jugar un papel importante en la predisposición a la obesidad. El aumento por adaptación del número de células de tejido adiposo puede persistir toda la vida del individuo y afectar el equilibrio energético en la vida adulta.

La obesidad se acompaña de mayor susceptibilidad para adquirir otras enfermedades : cardiovasculares, diabetes, respiratorias y de vías biliares.

La obesidad es un estado de mal nutrición que necesariamente indica carencia de nutrientes esenciales para el funcionamiento del organismo.

#### 5.4.2. Acciones de enfermería

Dieta balanceada y hábitos alimentarios satisfactorios.

Evitar sedentarismo.

Orientación educativa sobre el estado de mal nutrición-obesidad.

Educación nutricional dietético-higiénica con base a los requerimientos del organismo : edad, sexo, actividad y estado fisiológico; considerando su nivel socio-económico.

Examen médico periódico [ vigilancia y control de peso ].

Valoración oportuna de factores predisponentes a la obesidad.

Evitar alimentos grasos e hidrocarburos.

#### 5.4.3. Razón científica de las acciones de enfermería

La obesidad es un estado de mal nutrición por un aumento en la ingestión de carbohidratos y grasas.

El control y vigilancia de un régimen dietético evita la aparición de otras enfermedades.

#### 5.4.4. Evaluación

La orientación nutricional de un paciente es de suma importancia para que ingiera una dieta balanceada que favorezca su evolución clínica y convalecencia evitándole complicaciones posteriores.

### 5.5. Problema : Angustia

#### Manifestaciones clínicas del problema :

La presión arterial puede elevarse hasta 10 mm. de Hg. o más arriba de lo normal y se puede encontrar el pulso más acelerado, boca seca, náuseas, vómito, palidez y frialdad de la piel, transpiración, tensión muscular, reacciones en la conducta [ irritabilidad, inquietud, insomnio, preocupación, ... ].

#### 5.5.1. Razón científica del problema :

El mecanismo fisiológico que opera en la angustia es la reacción de alarma tan pronto como el organismo intenta protegerse del peligro, manifestando una diversidad de signos y síntomas físicos y psicológicos; considerando que éstos son un resultado del estímulo del sistema nervioso autónomo

La angustia es considerada como una forma modificada del miedo, tanto la angustia como el miedo son respuestas emocionales de un individuo a la amenaza de su supervivencia o de su seguridad.

La angustia relacionada con la inquietud puede no tener una base definida en que el individuo está temeroso, pero no sabe de que. Cuando una persona está enferma hay elementos, tanto de angustia como de miedo; ejemplo, el paciente puede tener miedo al dolor que le sigue a la cirugía, pero tam -

bién puede estar aprensivo acerca de otras muchas cosas que desconoce y que le ponen en un peligro real o imaginario.

Como la angustia y el miedo provocan la misma reacción fisiológica en el organismo y como ambas están presentes durante la enfermedad, se dice que el paciente se encuentra ansioso, originándole cambios en su comportamiento y una variedad de formas de como ha aprendido hacer frente a la ansiedad con base a sus vivencias pasadas.

La ansiedad, es una respuesta fisiológica, y la tensión, una respuesta de acción, lucha o huida. En períodos de ansiedad una persona puede experimentar sentimientos de aprensión, inquietud, incomodidad, presagios o un sentimiento de muerte o desastre inminente.

#### 5.5.2. Acciones de enfermería

Las situaciones extrañas pueden provocar miedo al paciente, por lo que existe la necesidad de que el paciente se familiarise con las normas y prácticas del hospital y generalmente la información la obtiene de los propios pacientes y del personal de la unidad de enfermería.

Aliviar la ansiedad del paciente considerando que su plan de cuidados debe ser individualizado y en relación a la situación del paciente, no existen 2 personas iguales en lo que se refiere a la naturaleza de sus ansiedades, sus reacciones a ellas o a la clase de ayuda que necesite pa-

ra superarlas.

Proporcionar información necesaria, es muy importante tanto para evitar, como para aliviar la ansiedad. Si un paciente sabe de antemano lo que le van a hacer, manifestará menos aprensión.

Orientar al paciente a conservar cierto control de su situación, la ansiedad disminuye, si se toma en cuenta la cooperación del paciente y se le deja participar en sus cuidados siempre que le sea posible, se le ayudará a tener esa sensación.

Las personas tienen necesidad de comunicarse para poder compartir sus sentimientos por lo que se debe aprender a escuchar a los pacientes, la soledad agrava la ansiedad.

El sentimiento de despersonalización contribuye a la angustia. Es importante ayudar al paciente a conservar el sentimiento de que se le considere una persona, con sus propios derechos. Tomando interés por él, como individuo. Es papel de la enfermera hacer conciencia en él para que se sienta una persona importante.

### 5.5.3. Razón científica de las acciones de enfermería

El estado psicológico de un individuo, incluyendo su función cognocitiva, sus ideas y sus actitudes, influyen sobre su función fisiológica y así vemos que los procesos cognociti -

vos concientes e inconcientes, junto con otros aspectos de la función psicológica, pueden producir experiencias subjetivas de los síntomas psicológicos [ por ejemplo, dolor, anestesia, parestesia, ... ] o también tener influencia considerable sobre el funcionamiento fisiológico [ por ejemplo parálisis, náuseas, vómito, aumento de la frecuencia del pulso, ... ].

Si la enfermera conoce con certeza la causa de la angustia/ansiedad del paciente estará más capacitada para actuar. Así es muy importante reunir toda la información acerca del paciente, determinando todas las fuentes posibles de la ansiedad para poder ayudarlo. Toda persona siente menor ansiedad cuando conoce lo que le va a suceder.

#### 5.5.4. Evaluación

Es responsabilidad del personal de enfermería atender a las personas que se encuentran en situación crítica y que manifiestan ansiedad. La enfermera para ayudar al paciente a lograr un equilibrio psicosocial cuando éste se desorganice real o potencialmente como resultado de su situación angustiante.

Es precisamente el área de cuidados más relacionada con las ciencias sociales, donde es menos probable que la enfermera sea guiada por las órdenes médicas y las normas del hospital. Probablemente, la aplicación inteligente y creativa de

los principios de las ciencias sociales sea el aspecto de los cuidados de enfermería más trascendental como profesional.

#### 5.6. Problema : socioeconómico

Manifestaciones del problema :

Situación económica deficiente, hábitos higiénico-dietéticos insuficientes, estado de mal nutrición, obesidad, hacinamiento y bajo nivel educativo.

##### 5.6.1. Razón científica del problema

Algunos de los factores que influyen en el proceso salud enfermedad es el socioeconómico que afecta importantemente a la salud del individuo y familia.

La enfermedad es un reflejo del desequilibrio que existe entre el hombre : modo de producción, formación económico social, naturaleza, técnica y sociedad, un ejemplo claro es la aparición de determinadas enfermedades por grupos sociales.

Las condiciones del hacinamiento, la carencia de agua, la educación para la salud deficiente de la población, la alimentación y hábitos alimentarios insuficientes forman parte del factor económico que repercute notablemente en un mal estado de nutrición del individuo y familia.

En el nivel social de la familia, la salud del individuo está estrechamente ligada a las condiciones materiales y nivel



de vida, de ahí que la satisfacción de necesidades básicas del individuo dejen mucho que desear, incidiendo todo ésto en un mayor número de causas de enfermedad. También a la ausencia de satisfactores económicos lo acompañan problemas como estado de mal nutrición y deficientes hábitos alimentarios que estan en estrecha relación con el desarrollo educativo y sociocultural.

El proceso salud-enfermedad debe ser contemplado desde el fenómeno de estudio como un proceso dinámico y complejo en contraposición a la concepción biologisista y que es ahistórico, de ahí que la colecistitis aguda se ubique en el modelo socio-médico resultado de múltiples factores interactuantes que determinan el nivel de salud del individuo y familia

#### 5.6.2. Acciones de enfermería

Para planear e implementar las intervenciones de enfermería en la terapéutica de una manera eficaz, ella debe incrementar su conocimiento y comprensión de las necesidades humanas y de sus relaciones con el equilibrio psicológico y fisiológico del individuo y familia dentro de su contexto social que eleven su nivel de vida.

Orientar a la familia para que detecte oportunamente problemas reales o potenciales que interfieran en el equilibrio del proceso salud-enfermedad y participen activamente en desarrollar medidas de autoatención tendientes a mantener un

estado de salud óptimo, utilizando los recursos de salud disponibles.

### 5.6.3. Razón científica de las acciones de enfermería

Las funciones de salud pública forman parte de los sistemas de salud organizados por la administración pública para prevenir y atender los daños que resultan de las relaciones propias entre los individuos y su medio ambiente en función de las condiciones demográficas, ecológicas y geográficas, las características del saneamiento ambiental y de los asentamientos humanos, forma y estilo de vida de los particulares y el grado de desarrollo socio-económico del país en general.

Es objeto de legislación para efectos de la salud referirlos siguientes aspectos :

Educación para la salud, nutrición, salud mental, saneamiento del ambiente, control de la contaminación en la atmósfera, suelo y agua, rehabilitación de inválidos, ... siendo importante y trascendental la participación de enfermería en concientizar al individuo y familia a detectar y participar en la resolución de problemas y/o necesidades que alteran su integridad.

#### 5.6.4. Evaluación

Las instituciones sociales y culturales existen como resultado de las necesidades del hombre [ individuales y colectivas ] y se mantienen para la preservación de su equilibrio psicosocial y psicobiológico, por lo que se debe orientar a que se busque la satisfacción de sus necesidades que eleven su nivel de vida en relación a la sociedad o cultura en la cual vive.

La paciente evolucionó favorablemente a la terapéutica no quirúrgica y el dolor y la hipersensibilidad abdominal desapareció continuando en observación de su evolución clínica, planeando programarla para valoración radiológica completa y descartar cualquier complicación que pudiera presentar por el estado agudo de colecistitis por el cual se presentó al Hospital.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se describen los principales hechos embriológicos, anatómicos y funcionales de la vesícula biliar y conductos biliares extrahepáticos, haciendo mención especialmente a la relación que tienen con la semiología de la colecistitis aguda.

Se menciona la relación de aspectos fisiopatológicos con el tratamiento médico y/o quirúrgico de la vesícula y tracto biliar extrahepático con base al tema esencial del trabajo.

Se describe la historia natural de la colecistitis aguda en interacción con los múltiples factores causales de cada uno de los elementos de la triada ecológica y la respuesta del hombre al estímulo patógeno, así como la atención de enfermería con base a los niveles de prevención y atención primaria.

Se estudia la historia clínica de un caso de colecistitis aguda para aplicar un modelo de atención integral científico relacionando factores socio-económico culturales, que desarrollen el pensamiento crítico y reflexivo de la enfermera al proporcionar atención al paciente y familia : Proceso Atención de Enfermería.

Los padecimientos de vesícula y vías biliares extrahepáticas son más frecuentes en nuestro medio, con predominio en el sexo femenino, en relación de 3 a 1 entre la cuarta y quinta década de la vida se encuentra la mayor incidencia.

Guarda una relación importante, algunos padecimientos con la alimentación mal balanceada; con exceso de grasas e hidratos de carbono y deficiencia en proteínas; infecciones focales, intolerancia a las grasas, frecuentes trastornos emocionales y parasitosis intestinal. Otros factores predisponentes son la multiparidad, obesidad y hábitos de vida sedentaria.

Los datos estadísticos registrados en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud sobre la morbilidad y tratamiento quirúrgico de la colecistitis y colelitiásis [ colecistectomía y coledocostomía respectivamente ] reportan que es de un 88% en el sexo femenino y un 12% en el sexo masculino y el tratamiento quirúrgico instituido es de un 82% en el sexo femenino y un 18% en el sexo masculino, por lo que se infiere que existe una alta incidencia y prevalencia de estos padecimientos en el sexo femenino.

También se considera que es un síndrome de vías biliares: dolor en epigastrio e hipocondrio derecho con irradiación principal a hombro del mismo lado, acompañado frecuentemente de náuseas y vómito, además de la aparición de determinadas circunstancias de fiebre, ictericia y ataque al estado general.

El tratamiento de los padecimientos de vesícula y vías biliares extrahepáticas esencialmente quirúrgico, trátase de colelitiásis [ proceso obstructivo del árbol biliar debido a cálculos ], procesos inflamatorios, neoplásicos y traumáticos.

Existen otros padecimientos en los que sólo en potencia la

cirugía resolverá el problema, siendo necesario actuar con criterio justo como en la colecistitis aguda y crónica litiasicas, no litiasicas y las disquinesias de las vías biliares.

El modelo del Proceso Atención de Enfermería propuesto como instrumento para proporcionar atención integral científica al paciente y familia ayuda a que la enfermera actúe con pensamiento reflexivo ordenado y analista y que a su vez sea un agente dinámico de cambio, adoptando su identidad profesional y reflexionando sobre su práctica de enfermería.

El Proceso Atención de Enfermería obedece a un enfoque sistémico donde la práctica de enfermería no se reduce exclusivamente a actividades asistenciales del paciente, sino a la aplicación de técnicas y procedimientos de investigación que le proporcionen un contexto totalitario sobre la situación biopsico-social del paciente, para llevar a cabo un plan de atención integral dirigido al paciente y familia para mantener el equilibrio del proceso salud enfermedad.

El nivel de vida y condiciones socioeconómicas se relacionan íntimamente en el estado de mal nutrición del individuo y familia con predisposición para adquirir enfermedades.

La planeación de atención integral del paciente y familia con trastornos de vesícula y vías biliares extrahepáticas esta dirigida a la promoción, tratamiento, restauración y rehabilitación el paciente aplicado acciones de enfermería en los tres Niveles de Prevención y Atención primaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABRUCH, L.M. Metodología de las Ciencias Sociales 3a. Ed. México, Edit U.N.A.M. E.N.E.P. Acatlán, 1984. 396 pp
- ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA Proceso de Atención de Enfermería (documento básico), México, 1976. 68 pp
- ARTZ, C. HARDY J. Complicaciones en Cirugía y su Tratamiento 3a. Ed. México, Edit. Interamericana 1978, 799 pp
- BROWN, A. Enfermería Médica 3a. Ed. México, Edit. Interamericana. 888 pp
- BRUNNER, L. Enfermería Práctica 1a. Ed. México, Edit Interamericana. 961 pp
- BRUNNER, SUDDARTH, D. Enfermería Médico Quirúrgica 3a.- Ed. México, Edit. Interamericana. 1978. 1186 pp

- DEVINE, R. FARNELL, M. "Acute Cholecystitis as a complication in surgical patients" Arch Surg. 1984 Dec. 119(12):1389-93
- ELDAR, S. ABRAHAMSON, J. "Postoperative acute cholecystitis complicating urologic operations" Urology 1984 Dec. 24(6) : 610-3
- GOTH, A. Farmacología médica 6a. Ed. México, Edit. Interamericana, 1973. - 675 pp
- GOMEZJARA, F. et al Salud Comunitaria 1a. Ed. México, Edit. Nueva sociología, 1983. - 688 pp
- GUYTON, A. Fisiología Médica 4a. Ed. México, Edit. Interamericana, 1971, 1057 pp
- HEALEY, J. Anatomía Clínica 1a. Ed. México - Edit. Interamericana, 1972, 295 pp
- IRVING, S. Enfermería Psiquiátrica 2a. Ed. - México, Edit. Interamericana, - 288 pp



- KUROL, M. FORSBERG, L. "Ultrasonography in the diagnosis-  
of acute cholecystitis"Acta Ra -  
diol 1984, 25 (5) : 379-83
- LAURELL, C. "Medicina y Capitalismo en México"  
Cuadernos Políticos 5, México, -  
Edit. Méx. Era. 1975, 80 pp
- LOCKHART, R. HAMILTON, Anatomía Humana 5a. Ed. México, -  
Edit Interamericana, 1980, 674 pp
- MABRINER, A. El proceso de Atención de Enferme -  
ría (un enfoque científico) 2a. -  
Ed. México, Edit. El manual moder -  
no S.A. 325 pp
- NORA, F.P. Cirugía General 1a. Ed. España, -  
Edit. Salvat, 1975, 1044 pp
- NORDMARK, M. ROHWEDER, W. Bases Científicas de la Enferme -  
ría 3a. Ed. México, Edit. La -  
Prensa Médica Mexicana, 1983, -  
712 pp

- NYMAN, U. RIMER, U. " Intravenous computed tomographic-cholangiography in acute cholecystitis"Acta Radiol 1984; 25 (4) :- 289-98
- PALACIO, G. Técnica de Quirofano 1a. Ed. México, Edit. Interamericana. 1967, 100 pp
- PLAN DECENAL PARA LAS AMERICAS. "Informe final de la III reunión - especial de ministros de salud de las Americas"O.P.S. Documento oficial No. 118
- PRISE, A. Tratado de Enfermería 3a. Ed. México, Edit. Interamericana. 1977, 587 pp
- ROBBINS, L. STANLEY, Tratado de Patología 3a. Ed. México, Edit. Interamericana. 1968, 1308 pp
- SABISTON, D. CHRISTOPHER, Tratado de Patología Quirúrgica - 11a Ed. México, Edit. Interamericana. 1980, Tomo I, 1334 pp

- SANTIN, G. Atlas de Anatomía Radiológica -  
5a. Ed. México, Edit. U.N.A.M. Co  
pilco. 1984, Tomo I, 285 pp
- SANTIN, G. Clínica Radiológica 1a. Ed. Méxi-  
co, Edit. Méndez Cervantes, 1979,  
53 pp
- SIANESI, M. GHIRARDUZZI, "Cholecystectomy for acute chole -  
cystitis: timing of operation, -  
bacteriologic aspects, and post -  
operative course"American Journal  
Surg. 1984 Nov; 148 (5) 609-12
- SLEISENGER, M. FORDTRAN, Tratado de Gastroenterología 2a.-  
Ed. México, Edit. Interamericana.  
1982, 1439 pp
- SMITH, D. GERMAIN, N. Enfermería Médico Quirúrgica 4a.  
Ed. México, Edit. Interamericana  
1978, 1058 pp

- SOBERON, G. El proceso de integración de los servicios de salud Salud Pública de México. Epoca VII, Vol. XXV - No. 1 Enero/Febrero 1983, 115 pp
- STRYKER, S. BEAL, J. "Acute cholecystitis and common duct calculi"Arch Surg 1983, Sep; 118 (9) : 1063-4
- TESTUT, L. LATARGET, A. Compendio de Anatomía Descriptiva 15a. Ed. México, Edit. Salvat. - 1980, 766 pp
- TECLA, J. Enfermedad y clase obrera 1a. Ed. México, I.P.N. E.E.O. 1982, 11 pp
- TOPALIS, M. Enfermería Psiquiátrica 3a. Ed. - México, Edit. Interamericana. - 1968, 263 pp
- TRUEDSON, H. ELMROS, T. "The incidence of bacteria in gall bladder bile at acute and elective cholecystectomy"Acta Chir Scand 1983; 149(3):307-13

VAN RENSBERG, L.

"The management of acute cholecystitis in the elderly"British Journal Surg. 1984 Sep; 71 (9) : 692-3

VILLASON, A. GUEVARA,

Cuidados Intensivos en el enfermo grave la. Ed. México, Edit. - Continental S.A. 1973, 663 pp

A N E X O S

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO				
<b>AGENTE</b> - Trastornos del metabolismo de las sales biliares : glicina y taurina que se sintetizan en el hígado a partir del colesterol. - Alteración en la secreción de ácidos biliares, acumulándose en la sangre y tejidos. - Desequilibrio electrolítico en la hidrólisis y absorción de los lípidos. - Dificultad en la absorción de minerales como : calcio, hierro y cobre; colesterol y vitaminas liposolubles.	<b>AMBIENTE</b> - El ser humano; con predominio del sexo femenino 3 a 1 con factores predisponentes de : multiparidad, cesárea, sedentarismo y después de la cuarta década de la vida. - Personas nerviosas hipersensibles a los estímulos dolorosos. - Historia alimentaria con deficientes hábitos nutricionales.	<b>CAMBIOS FISIOLÓGICOS</b> - Reacción inflamatoria - Edema - Infiltración de leucocitos.		<b>CAMBIOS ANATOMOFUNCIONALES</b> - Alteración metabólica de los ácidos biliares - Alteración de la síntesis de sales biliares - Dificultad en la absorción de ácido litocólico - Presencia de ácidos biliares en la sangre y tejidos. - Desequilibrio electrolítico de ácidos biliares - Inflamación - Leucocitosis - Infecciones - Obstrucción		<b>INVALIDEZ O ESTADO CRÓNICO</b> - Colecistitis crónica asintomática - Colecistitis crónica calculosa - Colangitis - Sepsis intraabdominal - Perforación - Pancreatitis - Fístulas - Complicaciones postquirúrgicas - Acumulación subhepática de sangre, bilis o linfa. - Hemorragia - Peritonitis - Fístulas biliares internas o externas - Ictericia - Colangitis - Insuficiencia hepática - Hepatitis - Discrepancia sanguínea - Pancreatitis - Lesiones del colédoco - Síndrome hepatorenal
		<b>SIGNOS Y SINTOMAS INESPECÍFICOS</b> - Dolor - Náuseas - Vómito - Irritación peritoneal localizada - Fiebre - Ictericia - Signo de Murphy	<b>SIGNOS Y SINTOMAS ESPECÍFICOS</b> - Inflamación de vesícula biliar - Inflamación química por bilis concentrada - Infección bacteriana - Disquinesia vesicular - Reflujo pancreático - Estasis biliar - Formación de cálculos	<b>DEFECTO Y LIMITACIÓN DEL DATO</b> - Inflamación de vesícula biliar - Inflamación química por bilis concentrada - Infección bacteriana - Disquinesia vesicular - Reflujo pancreático - Estasis biliar - Formación de cálculos	<b>HORIZONTE CLINICO</b>	
<b>ESTÍMULO DESENCADENANTE</b> →						
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA				
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNOSTICO TEMPRANO	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DE LA INCAPACIDAD	PREVENCIÓN TERCIARIA	
- Orientación educativa sobre la enfermedad. - Educación nutricional dietético-higiénica en base a los requerimientos del organismo como : edad, sexo, actividad y estado fisiológico. - Orientación educativa sobre planificación familiar - Educación sanitaria de las condiciones de la vivienda y medio ambiente.	- Examen médico periódico (vigilancia y control de peso) - Valoración oportuna de factores predisponentes a la enfermedad como: Obesidad y embarazos múltiples. - Evitar alimentos que obstaculicen la motilidad gástrica y mejoramiento de dieta balanceada y hábitos nutricionales. - Evitar obesidad y sedentarismo. - Control y vigilancia médica, de las infecciones gastrointestinales. - Aplicación de métodos anti conceptivos. - Fomentar el hábito de recreación al aire libre, para realizar ejercicio físico, en cuanto a : edad, sexo y peso.	- Se realiza en base a los antecedentes y factores predisponentes, así como también exploración física junto con la historia clínica. - EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE - Biometría hemática - Examen general de orina - Determinación de amilasa - Determinación de fosfatasa alcalina - Concentración de transaminasas glutámico pirúvica y oxalacética en suero - Concentración sérica de la bilirrubina directa, indirecta y total. - Teleradiografía de tórax - Estudio simple de abdomen - Electrocardiograma - Colangiografía por vía bucal - Colangiografía intravenosa - Colangiografía percutánea transhepática. - Ultrasonografía - Colangiografía intravenosa con tomografía computadorizada	El tratamiento inicial es no quirúrgico e incluye : - Ayuno - Colocación de sonda de Levin para aspiración nasogástrica. - Líquidos parenterales - Antibióticos de ciclo enterohepático - Analgésicos El tratamiento quirúrgico es : - Colectostomía - Colectostomía - Exploración del colédoco con coledocostomía.	Atención postoperatoria - Vigilancia de vías aéreas permeables y trastornos respiratorios - Aplicación de medicamentos analgésicos y antibióticos. - Suministro de soluciones parenterales - Observación y valoración de signos vitales. - Movilización activa y pasiva - Vigilancia de sondas y drenajes - Cuidado de la herida quirúrgica - Eliminación - Ejercicio y descanso - Equilibrio psicológico, incluyendo función cognoscitiva, ideas creencias y actividades.	- Vigilancia médica y periódica - Educación al paciente y familiares sobre el padecimiento y su evolución. - Colaborar en la reincorporación del enfermo a su vida familiar y social.	

P L A N                    D E                    A T E N C I O N                    D E                    E N F E R M E R I A

Nombre del paciente : M.P.S.                    Edad : 44 años  
 Estado civil : Casada                    Sexo : Femenino  
 Escolaridad : Primaria                    Cama : 6  
 Lugar de procedencia: Edo. Méx.                    Servicio : Urgencias  
 Fecha de ingreso : 15-IV-85                    Ocupación : Hogar

Diagnóstico médico : Colecititis aguda

**OBJETIVOS**

1. Valorar la intensidad del dolor para administrar los analgésicos oportunamente, evitándole al paciente que sufra y así disminuya su ansiedad y temor.
2. Dar orientación psicológica para disminuir el estado aprensivo de la paciente, proporcionándole confianza y seguridad en la atención médica y de enfermería tendiente a mejorar su estado físico y mental.
3. Disminuir el riesgo de complicaciones mediante la identificación de necesidades y problemas para planear cuidados específicos que favorezcan el tratamiento médico y/o quirúrgico en la atención eficiente y oportuna para que recobre su salud integrándola a su vida familiar.

**Diagnóstico de enfermería**

Paciente adulta, casada, ama de casa, forma parte de una familia integrada con su esposo y 5 hijos. El esposo trabaja como obrero, 3 de sus hijos estudian, uno trabaja y una hija se dedica al hogar. Procede de un nivel socioeconómico bajo. Debido a la falta de agua potable sus hábitos dietético-higiénicos son deficientes.

Se presenta en el servicio de urgencias por un dolor tipo cólico en hipocóndrio derecho de moderada intensidad, además de náuseas y vómito posterior a la ingesta de huevo el que siempre le ha producido intolerancia, los exámenes de laboratorio revelan aumento de las pruebas de funcionamiento hepático y fosfatasa alcalina; así también como amilasa y leucocitosis.

En los exámenes por rayos X, en la placa simple de abdomen se observa gas en conductos biliares, cálculos radiopacos, y el asa centinela del fleon indica irritación peritoneal. En la colangiografía directa se observa el contorno vesicular aumentado de tamaño y cálculos radiopacos.

Se encuentra febril, con signos evidentes de infección, su estado emotivo es de angustia, ansiedad y temor por su estado agudo actual e ignorar su pronóstico y posibles complicaciones que repercuten en su estado de salud y vida familiar, pues sus hijos do encuentran solos.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZÓN CIENTÍFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERÍA	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	EVALUACIÓN
Cólico Hepático	Dolor intenso paroxístico localizado en hipocóndrio derecho con irradiación al hombro del mismo lado.	El dolor es causado por los estímulos que llegan a la corteza cerebral, a través de una sensación transmitida de las sensaciones nerviosas hasta el encéfalo por un impulso eléctrico. En el caso de las vísceras abdominales se dice que los nervios mielinizados transmiten la sensación del dolor, desde el estómago, duodeno, conductos biliares y páncreas. Estos nervios forman parte del sistema nervioso autónomo. La obstrucción del conducto cístico suele producir dolor intermitente descrito a menudo como cólico. Cuando hay inflamación de importancia es posible que el dolor sea constante. Al progresar el proceso inflamatorio se irrita el peritoneo visceral y luego el parietal lo que redundará en la localización del dolor y la aparición de datos físicos en el hipocóndrio derecho de irradiación al ombligo derecho a través del 7° nervio intercostal alrededor de la parte lateral de la pared torácica y que se percibe en el hombro. El cólico hepático es en la mayor parte de los casos la exteriorización de la litiasis biliar, ya se trate de litiasis vesicular más frecuente o litiasis de los conductos extrahepáticos. También pueden presentarse en la colelitiasis alitiásica.	Interpretación y valoración de la intensidad del dolor en cuanto a su significado y manifestaciones clínicas. Establecer relación paciente enfermera para incorporar al paciente en su esfera intelectual y emotiva, sobre el control emocional de su experiencia dolorosa y proporcionarle apoyo y confianza. Orientar al paciente sobre la importancia que tiene el dominio de la ansiedad dándole apoyo psicológico. Favorecer ambiente psicoterapéutico para disminuir los estímulos nocivos a través de técnicas que eviten la transmisión de estímulos dolorosos a la corteza cerebral. Aplicar los principios de condicionamiento operacional en base a la situación del paciente, promoviendo el descanso y relajación de músculos estríctos, respiración rítmica cuando cambio de posición. Administración de analgésicos narcóticos en dosis suficientes para que mitiguen el dolor previa prescripción médica y valoración de la intensidad del dolor.	Durante la percepción del dolor es de suma importancia disminuir la ansiedad, pues el paciente tiene miedo al dolor pero también puede estar aprensivo acerca de otras cosas que desconoce y que ponen en peligro su vida. Siendo la ansiedad una respuesta fisiológica y una respuesta de acción, lucha o huida, es necesario se evite la angustia mediante el apoyo moral y psicológico explicando al paciente lo que le va a suceder y cual es su participación. A través del descanso y relajación de músculos estríctos disminuye el estímulo doloroso al evitar la presión o espasmo. La administración de analgésicos inhiben la transmisión del estímulo doloroso a la corteza cerebral, por eso es que deben ser administrados con dosis y horario estricto.	Equipo interdisciplinario de la salud (personal de enfermería, técnicos de laboratorio y de estudios de gabinete).	Se hizo a través de la observación de la paciente de respuestas conductuales e identificación de la intensidad del dolor manifestando la paciente que había disminuido su dolor y ansiedad.



Trastornos  
Digestivos

Náuseas  
Vómito  
Taquipnea  
Taquicardia  
Diaforesis  
Palidez

Eructo  
Flatulencia

Irritación peritoneal  
que se manifiesta por  
dolor constante en  
cuadrante superior de  
recho,  
Hiperestesia  
Hiperbaralgia  
Postración  
Astenia  
Adinamia

El bulbo raquídeo, centro del vómito que envía mensajes a los músculos que vacían el contenido gástrico, como : consecuencia de una irritación estomacal debida a una anomalía del órgano o a que su contenido es irritante; a consecuencia de un dolor agudo anormal del abdomen, ejem. obstrucción intestinal o de vfas extrahepáticas; o a diversas sustancias que circulan por la sangre como : toxinas, bacterias, producto de un metabolismo anormal... el vómito agudo sobreviene. El gas gastrointestinal es de origen exógeno y endógeno, el eructo y flatulencia es el resultado de la excreción de gas de los alimentos y son síntomas que acompañan a la estasis gastrointestinal, obstrucción mecánica del vaciamiento gástrico y trastornos de la motricidad intestinal.

El epitelio que tapiza la pared de la cavidad peritoneal está inervado por los nervios somáticos espinales [simpáticos] semejantes a los que inervan a la piel y músculos estriados en todo el cuerpo. asimismo en procesos inflamatorios originados dentro de las vísceras abdominales, hay una fase en la cual el dolor mediado por los nervios viscerales (autónomos) es sordo, mal localizado y de difícil descripción para el paciente. A medida que el proceso avanza y afecta el peritoneo parietal el dolor es intenso y se localiza en un lugar fijo. En esta etapa la perforación de una víscera hueca puede ocurrir con graves resultados.

Valorar y registrar las características del material vómitado.  
Restricción de líquidos por vfa oral  
Participación en el vaciamiento gástrico a través del lavado o succión nasogastrica.  
Observación y registro de las características del contenido de drenaje.  
Cuidados específicos a la sonda para mantenerla permeable.  
Aseo de cavidades.  
Administración de soluciones por vfa endovenosa.  
Control y balance de ingresos y egresos.  
Control de diuresis.  
Valorar y registrar signos y síntomas de distensión abdominal.

Favorecer el descanso y reposo para aliviar su estado de tensión y angustia evitándole estímulos dolorosos.  
Valorar la intensidad del dolor y su relación concomitante con otros síntomas.

La revisión del estado nauseoso y vómito en la paciente nos permite predecir que su cuadro agudo ha disminuido.

La vigilancia y control de la excreción del contenido gástrico se hará para evitar la estimulación de la vesícula biliar y el páncreas.  
La administración de soluciones parenterales por vfa endovenosa mantiene un control y balance hidroelectrolítico en el organismo con reposición de líquido y calorías.

En los procesos inflamatorios de padecimientos digestivos, mientras sea mayor la irritación peritoneal el estado nauseoso y vómito será más pertinaz por lo que es de suma importancia observar la persistencia o remisión de las manifestaciones gástricas.

Personal de enfermería.

Posterior al tratamiento médico y de enfermería, la paciente evoluciona favorablemente, se le disminuye el dolor de hipocóndrio derecho, que aún era doloroso a la palpación. El líquido que drenaba la sonda era de color amarillo verdoso.

<p>Infección</p>	<p>Hipertermia de 38°C. Escalofríos Mucosas orales secas Diaforesia</p>	<p>La teoría de la infección bacteriana como agente etiológico inicial en la colecistitis aguda refiere que suele haber infección grave o septicemia concomitante. Las bacterias pueden llegar a la vesícula por vía sanguínea, linfática (particularmente desde el hígado) por los conductos biliares o por extensión directa de órganos vecinos. En presencia de una infección los ácidos biliares conjugados se absorben con rapidez por la inflamación que ocurre.</p> <p>Los cálculos que se forman en la vesícula biliar causan inflamación de la mucosa, siendo vulnerables a invasión bacteriana.</p> <p>La presencia de escalofríos es una perturbación adbita del mecanismo regulador de calor y generalmente es anuncio de una infección aguda.</p> <p>La antibióticoterapia se basa en medicamentos de ciclo enterohepático: ampicilina, cloranfenicol y tetraciclina, respectivamente hacia los microorganismos patógenos mas comunes de vesícula.</p> <p>Histológicamente la vesícula presenta reacción inflamatoria aguda bacteriana, con presencia de edema, infiltración de leucocitos, congestión vascular, formación de abscesos o necrosis gangrenosa.</p>	<p>Control de temperatura por medios físicos y/o químicos. Registro y valoración de pulso y respiración para detectar cualquier complicación. Aseo bucal y humedecer labios</p> <p>Administración de antibióticos de ciclo enterohepático.</p> <p>Toma de muestra sanguínea cada 6 hrs. para ser enviada al laboratorio.</p>	<p>Un estado de hipertermia severo y prolongado puede producir daño cerebral permanente, provocando degeneración celular y hemorragias locales, por lo que es de suma importancia evitar que ascienda la fiebre.</p> <p>La aplicación de frío en la cabeza o superficie del cuerpo favorece la pérdida de calor por irradiación y conducción según la superficie cutánea expuesta y volumen sanguíneo que fluye por los capilares periféricos.</p>	<p>Personal de enfermería</p>	<p>La temperatura de la paciente se mantuvo bajo control - on cifras que oscilaban de 37° a 38°C actuando favorablemente la antibióticoterapia e impidiendo que se llevara a cabo un tratamiento quirúrgico de urgencia a expensas de realizar posteriormente los exámenes de gabinete - específicos para instituir el tratamiento adecuado.</p>
<p>Obesidad</p>	<p>Sobrepeso corporal que excede al peso teórico ideal según su edad, sexo y talla. Exceso de tejido adiposo del peso corporal normal.</p>	<p>La obesidad se presenta cuando la ingestión calórica en particular de grasas e hidratos de carbono, excede a las necesidades diarias del gasto de energía. Las calorías no utilizadas se convierten en ácidos grasos y se almacenan en las células del tejido adiposo.</p> <p>Factores sociales económicos y culturales alteran el equilibrio energético y producen sobrenutrición que se manifiesta por obesidad.</p> <p>Para que se utilicen las calorías de los alimentos en el equilibrio energético, los nutrientes de la dieta deben digerirse y absorberse en forma adecuada por el intestino por consecuencia la nutrición se relaciona estrechamente con la función intestinal.</p> <p>La ingestión de alimento inicia estímulos nerviosos y hormonales que terminan en el sistema biliar liberándose colecistocinina por la presencia de grasas y productos lipofílicos en el intestino delgado. La colecistocinina contrae la vesícula biliar y relaja en forma simultánea el esfínter de Oddi. Una persona obesa no necesariamente es una persona bien nutrida.</p> <p>La nutrición es un conjunto de funciones armónicas y equilibradas que tienen lugar en todas las células del organismo y su objetivo principal es la supervivencia y bienestar del ser humano.</p>	<p>Se explicará a la paciente los problemas y complicaciones que trae consigo la obesidad, se hará énfasis en que es un estado de mal nutrición con repercusiones sistémicas importantes que ocasionan otras enfermedades como la adquirida y que no únicamente son los trastornos de la imagen del cuerpo.</p> <p>Orientación sobre la importancia de un régimen dietético que consista en la restricción de alimentos calóricos por abajo del gasto normal para producir pérdida progresiva de peso.</p> <p>Proporcionar dieta sin grasa hipocalórica y que contenga los nutrientes esenciales; una vez que acepte la vía oral.</p>	<p>El gasto de energía puede exceder de la ingestión de alimentos disminuyendo el aporte calórico, sumando la actividad física y actuando la oxidación del sustrato. Una dieta escasa en grasa en enfermedades de la vesícula biliar y en la pancreatitis es útil para disminuir la función vesicular.</p>	<p>Personal de enfermería.</p>	<p>Se proporcionó la orientación a la paciente para despertar su interés, para el control de su peso y la importancia que tiene.</p>

<p>Angustia Ansiiedad</p>	<p>Boca seca Máscas Vértigo Palidez de piel Friedad Diaforesia Tensión muscular Irritabilidad Inquietud Insomnio Preocupación</p>	<p>El mecanismo fisiológico que opera en la angustia es la reacción de alarma: tan pronto el organismo intenta protegerse del peligro, manifestando una diversidad de stimos y stítonas fisiológicas, psicofísicas como resultado del estímulo al sistema nervioso autónomo la angustia es considerada como una forma modificada del miedo, tanto la angustia como el miedo son respuestas emocionales de un individuo a la amenaza de su supervivencia o de su seguridad. La angustia relacionada con la inquietud no tiene una base definida en que el paciente está temeroso, pero no sabe de que, ejen. la paciente puede tener temor y ansiedad por las complicaciones que pudiera tener; pero también puede estar aprensiva acerca de otras muchas cosas que desconoce y que la ponen en peligro real o imaginario. La angustia y el miedo provocan la misma reacción fisiológica en el organismo y ambas están presentes durante la enfermedad, se dice que el paciente se encuentra ansioso, originándole cambios en su comportamiento y una variedad de formas de como ha aprendido a hacer frente a la ansiedad con base a sus vivencias pasadas.</p>	<p>Orientar y explicar al paciente sobre las normas y prácticas del hospital ubicándolo en su unidad y área en la que va a permanecer. Detectar oportunamente los estímulos que le causan ansiedad tanto para evitarlos como para aliviarlos. Proporcionar información necesaria sobre lo que le van a hacer, manifestará menos aprensión. Ayudar a la paciente a conservar el sentimiento de que se lo considere una persona, con sus propios derechos, tomando interés por él como individuo para que se sienta una persona importante. Proporcionar apoyo moral y psicológico al paciente y familia durante su enfermedad y convalecencia y hacerlos que participen en su recuperación e integración a su vida productiva. Socializarlo con el equipo de salud y con sus compañeros de unidad para que adquiera confianza, seguridad y se adapte al medio hospitalario. Mantener informada a la paciente y familia acerca de la enfermedad, tratamiento y evolución de ésta.</p>	<p>El conocer con certeza la causa de la angustia-ansiedad que experimenta el paciente permite actuar con seguridad para evitar y aliviar la situación crítica por la que pasa él y su familia logran de un equilibrio psico-biológico social cuando éste se desorganice real o potencialmente como resultado de una situación angustiante.</p>	<p>Personal de enfermería</p>	<p>La adaptación a nuevas situaciones y circunstancias - tanto de la paciente como de su familia - le ayudan que su angustia y temores por su estado, agudo o crónico, se vayan reduciendo, después de la internación de la paciente al medio hospitalario y las explicaciones del personal médico y de enfermería disminuyendo así su angustia para beneficio de la paciente y familia.</p>
<p>Socioeconómico</p>	<p>Situación económica deficiente. Hábitos alimentarios higiénico-dietéticos en malas condiciones para su salud. Estado de mal nutrición-Obesidad. Hacinamiento. Nivel educativo bajo.</p>	<p>Algunos de los factores que influyen en el proceso salud enfermedad es el socio-económico que afecta en constante cambio a la salud del individuo y familia. La enfermedad es un reflejo del desequilibrio que existe entre el hombre modo de producción, formación económica social, naturaleza, técnica y sociedad, un ejemplo claro es la aparición de determinadas enfermedades por grupo social. Las condiciones del hacinamiento, la carencia de agua, la educación para la salud deficiente de la población, la alimentación y hábitos alimentarios insuficientes forman parte del factor económico que repercute notablemente en un mal estado de nutrición del individuo y familia.</p>	<p>Dar educación para la salud para promover una nutrición adecuada de acuerdo a las condiciones socio-económico-culturales y requerimientos de la paciente y familia. Proporcionar a la paciente definiciones claras del comportamiento que se espera de ella en lo que respecta al problema de su dieta, tomando en cuenta su situación económica y la aparición de enfermedades. Orientar a la familia para que detecte oportunamente problemas reales o potenciales que interfieren en el equilibrio del proceso salud enfermedad y elevan su nivel de vida en ausencia de enfermedad.</p>	<p>La participación de enfermería se centrará al individuo y familia a que detecten y propongan alternativas de solución de necesidades y/o problemas que alteran el equilibrio del proceso salud enfermedad y que participen activamente en desarrollar medidas de autoatención tendientes a mantener un estado de salud óptimo utilizando los recursos de salud disponibles.</p>	<p>Personal de enfermería</p>	<p>Se lego orientar a la paciente respecto al problema de mal nutrición que tiene y la forma de como adquirir un régimen dietético para ella y su familia de acuerdo a situación económica reemplazando alimentos permitidos y consumiendo aquellos que contengan los nutrientes esenciales y que sean de bajo costo.</p>

GLOSARIO

Acolia	Suspensión total de la secreción biliar
Atelectasia	Falta de extensión o dilatación
Bilirrubinemia	Presencia de bilirrubina en la sangre
Colasco	Colección o efusión de bilis en el interior de la cavidad peritoneal
Colecisto	Vesícula biliar
Colecistograffa	Radiograffa de la vesícula biliar previa inyección intravenosa de sustancias radiopacas que se eliminan por la bilis
Colecistostomfa	Formación de una abertura permanente en la vesícula biliar a través de la pared abdominal
Colecistotomfa	Insición quirúrgica de la vesícula biliar para extraer cálculos seguida de sutura completa

Colédoco	Conducto biliar común, formado por la - unión de los conductos hepático común y cístico, que vierte la bilis al duodeno
Coledocostomfa	Formación quirúrgica de una abertura en un conducto biliar, abocamiento del co- lédoco a la piel
Colelitiasis	Formación o presencia de cálculos bilia <u>res</u>
Colerético	Secreción y excreción de bilis por el - hígado, en distensión de su expulsión - por la vesícula biliar
Coluria	Presencia de bilis en la orina; colora- ción de la orina por la bilis
Disquinesia	Discinesia, trastorno de los movimien - tos voluntarios; trastorno funcional de las vías biliares
Distonfa	Alteración de la tonicidad o tensión de un tejido u órgano

Ectomfa	Insición por corte
Eructar	Expeler con ruido por la boca gases del estómago
Espasmo	Contracción involuntaria persistente de un músculo o grupo de músculos
Estasis	Estancamiento de sangre o de otro líquido en una parte del cuerpo
Hemopoyesis	Formación o producción de sangre, especialmente de sus elementos celulares
Hemopoyético	Agente que provoca la hemopoyesis
Hipercapnia	Cantidad excesiva de bióxido de carbono en la sangre
Hiperestesia	Aumento o exageración de la sensibilidad general o especial
Hipoxemia	Oxigenación deficiente de la sangre

Homeostasia	Tendencia al equilibrio o estabilidad - orgánica en la conservación de las cons- tantes fisiológicas
Leucocitosis	Aumento transitorio en el número de leu- cocitos de la sangre [por encima de - 10 000 $\text{mm}^3$ ] Ocurre normalmente durante - la digestión y el embarazo y se presenta como síntoma en diversos estados morbo - sos : infecciones, hemorragias, colecis- titis, apendicitis, tumores, gota, ...
Ostomfa	Boca u orificio
Reflujo	Retrocesión de un líquido
Taquipnea	Respiración acelerada, superficial