

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**COLECISTITIS CRÓNICA LITIASICA**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA:**

**LUCIANA BENÍTEZ MARÍN**



**DIRECTOR ACADÉMICO:**  
**LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ**  
*F. R.*  
**Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social**

**MÉXICO, D.F.**

**JUNIO 2002**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
METODOLOGÍA.....	6
UNIVERSO DE TRABAJO.....	8
I. MARCO TEÓRICO.....	12
I.1 ANATOMIA Y FISIOLÓGIA DE LA VESÍCULA BILIAR.....	12-16
I.2 COLECISTITIS CRÓNICA LITIASICA.....	17-27
I.3 ACCIONES DE ENFERMERIA.....	28-40
II. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.....	41-44
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.....	45
III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA.....	46
OBJETIVO GENERAL.....	46
PROBLEMAS O NECESIDAD REAL Y POTENCIAL.....	46-58
MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA.....	46-58
FUNDAMENTACION TEORICA.....	46-58
ACCIONES DE ENFERMERIA.....	46-58
FUNDAMENTACION TEORICA.....	46-58
EVALUACION.....	46-58
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	59-60
BIBLIOGRAFIA.....	61-64

## **AGRADECIMIENTO:**

A Dios por haber logrado mi objetivo.

A todos los maestros que con sus conocimientos y participación, apoyaron para que terminara la Licenciatura

Y muy especial a mi asesor por el apoyo que me brindó para el desarrollo y terminación del presente documento

## **DEDICATORIA:**

**A mis hijos Nuri y Manuel que me han alentado e inspirado en mi profesión.**

**A mi esposo por su apoyo y paciencia.**

**A mi nieto por la alegría de vivir nuevamente.**

**A mi padre que lo tengo presente en mi mente todos los días y que me inspira en llegar a una meta más.**

## INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería, es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería individualizados, basados en el método científico, realizando los cuidados con razonamiento lógico y analítico, para mantener el bienestar del paciente y por ende otorgar una atención de calidad.

Este trabajo está dirigido al desempeño y participación de enfermería, para valorar la gran importancia que tiene en su desarrollo profesional en la atención y cuidado de un paciente con Colecistitis Crónica Litiasica, utilizando el proceso de atención de enfermería en el que interactúan las cuatro fases.

Valoración  
Planeación  
Ejecución  
Evaluación

El proceso tiene una finalidad es:

Sistemático. Porque mejora la calidad de la enfermera.

Dinámico. Responde a un cambio continuo.

Interactivo. Se basa en las relaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera, paciente, familia y profesionales de la salud.

Flexible. Se adapta al ejercicio de enfermería en cualquier área especializada.

Posee una base teórica ya que se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

El proceso ha favorecido el desarrollo profesional de la enfermera incrementando la calidad en la atención del enfermo, familia y comunidad.

El proceso está enfocado a una paciente de 55 años de edad, del sexo femenino con colecistitis crónica litiasica, presenta dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho del abdomen, náuseas, vómito y distensión abdominal.

La colecistitis crónica litiasica. Es una inflamación causada por cálculos biliares, este padecimiento es de alta frecuencia, constituye un verdadero problema de salud pública, con alta morbimortalidad.

En Estados Unidos de Norteamérica, cada año se efectúan más de 500,000 Colectomías por problemas de litiasis, se calcula que 20 millones de norteamericanos sufren cálculos biliares.

En México, los pacientes con litiasis biliar constituyen el 30% de los ingresos a un servicio de cirugía general.

La bibliografía, refiere que la incidencia es de 20% en mujeres y el 8 % en varones, el sexo femenino es el más afectado, se presenta en personas de más de 40 años de edad.

La mayor frecuencia a nivel mundial, la presentan las mujeres de la tribu Pima (73%), al sureste de los Estados Unidos y noroeste de México. Los países africanos presentan la menor de 5% en los países occidentales, los litos se componen en su gran mayoría de colesterol, en los países orientales la composición primordial es a base de pigmentos biliares.

Su prevalencia aumenta con la edad en el género femenino, el empleo de estrógenos, exógenos o esteroides, anticonceptivos, embarazos, obesidad y pérdida de peso rápida en sujetos obesos.

Los cálculos biliares tienen una alta prevalencia en los continentes europeo y americano que en el resto del mundo; aproximadamente el 98% de los pacientes con enfermedad sintomática tienen cálculos.

La solución del problema se basa en la sintomatología y tratamiento médico quirúrgico, en el plan de cuidado que se le va a proporcionar al paciente, valorando resultados obtenidos para su recuperación y mejoría.



## **OBJETIVOS**

Contar con un documento sistematizado que guíe la acciones de enfermería, con fundamento científico detectando necesidades reales y potenciales, solucionando problemas con razonamiento lógico, para proporcionar cuidado individual e integral al paciente con un enfoque holístico.

Adquirir conocimientos sobre la colecistitis crónica litiásica, para brindar atención oportuna y eficaz en forma integral al paciente.

Desarrollar el trabajo para sustentar el examen profesional.

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo tiene la finalidad de que la enfermera participe activamente en la solución de los problemas que presenta la paciente, ya que la repercusión de esta patología y la tasa de morbimortalidad aumenta por la deficiencia con que se atiende a este tipo de pacientes cuando existe una complicación relevante.

Reviste la importancia del papel que juega la enfermera en la atención oportuna que va a proporcionar mediante la reflexión y análisis, lo cual permitirá que el cuidado y la evaluación sean satisfactorios para la paciente.

Se realizará una revisión bibliográfica relevante para que a través de ésta se pueda realizar un estudio minucioso de la fisiopatología de esta enfermedad y con base a ello formular un plan de atención de enfermería de acuerdo a las necesidades y problemas detectados en la paciente.

Por lo antes mencionado considero que el desarrollo y conclusión de este trabajo sea un instrumento de mucho valor para realizar el examen profesional.

## **METODOLOGÍA DEL TRABAJO**

Para la elaboración del presente trabajo se aplicó el modelo Proceso de Atención de Enfermería.

### **Proceso de Atención de Enfermería**

Consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante, esencial, que ha caracterizado a la enfermera desde los orígenes de la profesión. Con los años dicho proceso, ha evolucionado y por ende, ha adquirido mayor claridad y comprensión.

Dicho proceso es un método para realizar algo que abarca cierto número de pasos, que intenta lograr un resultado particular. También es la aplicación de la resolución científica de problemas en los cuidados de enfermería.

Este proceso implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera en donde el objetivo del cuidado es el paciente.

Para sobrevivir a los desafíos competitivos, la enfermería debe proporcionar un servicio de calidad que sea valorado por los pacientes. Constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore.

Por lo antes mencionado se desarrolla el proceso de atención de enfermería, el cual consta de las siguientes etapas.

## **Valoración**

En esta fase se lleva a cabo la recopilación y selección de datos en forma directa e indirecta. Directa, por medio de la paciente, familia, equipo de trabajo, enfermera y la comunidad. Indirecta, por medio del archivo clínico, expedientes, libros y revistas, esto a través de dos métodos básicos como son: la observación y la entrevista con el paciente y sus familiares, elaborando la historia clínica la cual nos proporciona las bases para identificar las necesidades y problemas actuales de la paciente, existen otras fuentes de información como son: los registros médicos, registros del desarrollo, notas kardex y visitas de la enfermera.

Todo lo expuesto nos lleva a elaborar el diagnóstico de enfermería, analizando los datos obtenidos con el propósito de identificar los problemas de salud reales y potenciales.

## **Planeación**

Esta segunda fase comienza con el diagnóstico de enfermería clasificando los problemas reales y potenciales, dando prioridad a las necesidades, posteriormente se establecen los resultados y objetivos esperados de la asistencia de enfermería, el cual se manifiesta como un cambio, la resolución, la mejoría del problema. Posteriormente se plantean estrategias de las intervenciones de enfermería, realizándolas con la participación de la paciente y familia, por medio de un plan de autoinstrucción obteniendo resultados reales, dándonos un informe de las notas de enfermería, a través de los criterios de atención, condición del pacientes y valoración por turno.

## **Ejecución**

Es la aplicación real de la atención de enfermería utilizando el enfoque individual e integral, con base a las necesidades físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, sociales, culturales, económicas y rehabilitativas del paciente, donde participan

enfermera, paciente, familia, equipo de salud y comunidad, facilitando la continuidad del cuidado, educación del paciente y familia, para el autocuidado, quienes harán los ajustes necesarios de ayudar al paciente a lograr el nivel más alto de bienestar.

### **Evaluación**

Es un mecanismo de retroalimentación que juzga la calidad de la atención de enfermería, mediante la apreciación de los resultados obtenidos, en relación a los esperados, indicando qué problemas fueron resueltos y cuales requieren revaloración y replaneación, dirigiéndonos a la fase final del proceso, señalando los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y revalorados, es un ciclo continuo el cual se debe evaluar constantemente.

### **Universo de Trabajo**

Se selecciona un paciente del sexo femenino con padecimiento de colecistitis crónica litiásica, al cual se le realizará un proceso de atención de enfermería en el Hospital General Regional "Vicente Guerrero" en Acapulco, Guerrero.

### **Revisión Bibliográfica**

Se realizó minuciosamente la revisión de libros de anatomía fisiología, metodología de la investigación, revistas, folletos, con respecto a la patología de la paciente, en el cual me proporcionará conocimientos, experiencias para fundamentar y sustentar la actuación de enfermería y con ello estructurar y desarrollar un marco teórico, tomando la información más relevante para respaldar el proceso de atención de enfermería.

## **Fichas de Trabajo**

Es uno de los instrumentos de la investigación documental bibliográfica que nos permite registrar, ordenar y clasificar la información de los datos consultados de las lecturas realizadas, para la elaboración del marco teórico, como para el plan de atención de enfermería.

De la elaboración de las fichas y de la explicación e interpretación que se vayan realizando, dependerá el avance del proceso.

## **Marco Teórico**

Presenta las teorías que enmarca el problema que presenta la paciente, además nos ayuda a precisar y organizar todo y cada uno de los elementos que se analizaron, para que puedan ser manejados y convertidos en acciones concretas.

## **Revisión del Expediente Clínico**

Es una fuente de información indirecta que nos sirve de guía para complementar el interrogatorio directo, donde expone los problemas que refiere el paciente. Este es primordial para realizar el diagnóstico de enfermería.

## **Elaboración de la Historia Clínica**

Nos permite interactuar con el paciente y su familia con el objeto de obtener datos importantes de su padecimiento de sus capacidades físicas, psicológicas y sociales para determinar y jerarquizar los problemas y a la vez realizar el diagnóstico de enfermería e implementar el plan de atención. La historia clínica se realizará a través de la observación, interrogatorio y examen físico.

## **Plan de Atención de Enfermería**

En este apartado se plasma anticipadamente, una vez detectado el problema o necesidad de nuestro paciente, cada uno de los cuidados que se le otorgarán, como se van a dar y que resultados se esperan de dichos cuidados.

Proporcionando la oportunidad de que, de no haberse logrado el objetivo planteado inicialmente se replantee nuevamente hasta lograr cubrirlo con eficiencia y eficacia y por ende otorgar una atención de calidad. La calidad estará dada si la satisfacción del paciente es completa, una vez que otorgamos nuestros cuidados pero de una manera planeada, organizada y sistematizada con fundamentación científica en cada uno de nuestros actos.

Todo lo antes mencionado se desarrollará coordinadamente con los demás integrantes ya que esto debe estar dado por la actividad completa del equipo multidisciplinario que integran los servicios de salud.

Como ya se mencionó antes, las habilidades de enfermería para la realización de sus cuidados se llevan a cabo desarrollando un razonamiento lógico y con capacidad metodológica que son garantía de una atención profesional. Para ello se requiere de impulsar el pensamiento reflexivo, ordenado y analítico que otorguen las mejores condiciones de actuar en la solución de problemas, partiendo de los principios básicos y fundamentales del proceso de investigación.

El empleo del proceso de atención de enfermería, ayuda a evitar duplicidad y omisiones que dan como resultado el uso innecesario de recursos. Este proceso es el crecimiento, la habilidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el inicio de la profesión.

**Necesidad.-** Elemento imprescindible para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica.

**Problema.-** Insatisfacción de necesidades. Aquel que obstaculice.

**Manifestación del Problema.-** Es la manera en que el organismo va manifestando una serie de signos y síntomas que delatan un proceso patológico y que a su vez nos guiarán para determinar nuestro proceder, jerarquizando aquellos que puedan agudizar o agravar el cuadro que presenta el paciente.

**Razón Científica del Problema.-** Se señalará con fundamento toda la bibliografía consultada, la razón de toda la fisiopatología dada en el paciente.

**Razón Científica de la Acción.-** Es todo conocimiento fundamentado en toda actividad de enfermería describiendo y explicando cada una de ellas.

**Evaluación.-** Es la última etapa del proceso de atención de enfermería y es donde se reflejará el alcance que se tenga en cada acción de enfermería en el paciente, buscando revertir la problemática del mismo.



## I MARCO TEÓRICO

### 1.1 Anatomía y Fisiología de la Vesícula Biliar

La vesícula biliar.- Es un órgano periforme alojado en un lecho ubicado en la superficie dorsal del lóbulo derecho del hígado en la vecindad del lóbulo cuadrado ; es de color azul verdoso y paredes finas, la superficie libre de la vesícula biliar está cubierta por peritoneo, la cara superior está firmemente adherida al lecho hepático debido a la unión del tejido conectivo perimuscular con el interlobular del hígado, la pared esta constituida por músculo liso y tejido fibroso y la luz está revestida por un epitelio columnar alto que contiene colesterol y lóbulos de grasa. El moco secretado hacia la vesícula biliar se origina en las glándulas tubulares alveolares que contienen las células globulares de la mucosa, las cuales revisten el infundíbulo y el cuello, su capacidad es de 30 a 60 ml. En distensión media fisiológica, en el adulto normal mide un promedio de 8 a 10 cm. De longitud por 3 a 4 cm. De ancho y la pared de 1 a 2 mm de grosor, se divide en tres porciones anatómicas, el fondo, el cuerpo y cuello. (1,2,3,4,5)

El Fondo.- Corresponde a la escotadura cística que presenta el hígado en su borde anterior, se pone en contacto con la pared abdominal, en un punto que corresponde al ángulo que forman el recto anterior del abdomen y el reborde condreal derecho. Es la parte del órgano que contiene mayor cantidad de músculo liso a diferencia del cuerpo.

El cuerpo.- Es la zona principal de almacenamiento y contiene en su mayor parte tejido elástico; posee una cara superior en relación directa con la cara inferior del hígado, al que se une por una capa de tejido conjuntivo; y una cara inferior convexa cubierta por el peritoneo que la fija a la cara inferior del hígado. (6,7)

- 
- 1.- Villalobos Pérez J. De Jesús. Gastroenterología, p-1556
  - 2.- Quiroz Gutierrez Fernando. Anatomía Humana III, p-198
  - 3.- Keith L. Moore. Anatomía con Orientación Clínica, p-212
  - 4.- Latarjet Ruiz Liard. Anatomía Humana, p-1525
  - 5.- Schwartz. Shires. Spencer. Principios de Cirugía, p-1234
  - 6.- Quiroz Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana III, p-199
  - 7.- Keitch L. Moore. Anatomía con Orientación Clínica, p-212

**Cuello.**- Está acodada sobre el cuerpo, forma un ángulo abierto hacia adelante en donde se encuentra una ganglio linfático, tiene una longitud de 2 cm y es de forma ampular estrecho en sus extremidades y dilatado en su parte media. Se continúa en su extremidad inferior con el conducto cístico, la dilatación que presenta a su lado derecho se llama pelvecilla de la vesícula y corresponde al ángulo que se marca en su lado izquierdo, ahí se encuentra alojado el ganglio cístico; el cuello de la vesícula corresponde a la rama derecha de la vena porta, por arriba y por abajo está en relación con el ángulo que forma la 1ª y 2ª porción del duodeno. (8)

El cuello se torciona de tal manera que la mucosa se dispone formando un pliegue espiral (Válvula de Heister). (9)

Con frecuencia existe un pequeño divertículo en la región del cuello conocido como bolsa de Hartman, el cual se forma como consecuencia de alteraciones inflamatorias. (10)

**El Conducto Cístico.**- Comienza en la porción terminal de la vesícula, se ubica por debajo de la arteria cística y a la derecha de la arteria hepática, es un conducto estrecho de 3 a 5 mm con una longitud en el adulto de 2 a 4 cm, se dirige en sentido craneal y a la izquierda, luego gira hacia el plano posterior y por último desciende para unirse con el conducto hepático común y forma el colédoco.

La mucosa del conducto cístico se dispone en forma de pliegue espiral con un núcleo de músculo liso, este pliegue se continúa con el pliegue espiral del cuello de la vesícula biliar, como el pliegue se enrolla a lo largo del conducto cístico, tiene el aspecto de una válvula espiral (Heister). El pliegue espiral mantiene el conducto cístico abierto para que (1) la bilis pase sin problemas a la vesícula biliar, cuando el colédoco se halle cerrado por el esfínter del colédoco, el esfínter hepátopancreático o ambas y (2), la bilis puede pasar en dirección contraria hacia el duodeno, cuando se contraiga la vesícula biliar: la contracción de la vesícula biliar está controlada por mecanismos hormonales, cuando se digiere un alimento graso, se produce una hormona conocida como colecistocinina. (11,12,13)

- 
- 8.- Quiroz Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana III, p-199  
 9.- Keith L. Moore, Anatomía con Orientación Clínica, p-212  
 10.- Villalobos Pérez J. De Jesús, Gastroenterología, p-1557  
 11.- Paul F. Nora, Cirugía Gral, Principios y Técnicas p-598  
 12.- Villalobos Pérez J. De Jesús, Gastroenterología, p-1558  
 13.- Keith L. Moore, Anatomía con Orientación Clínica, p-212

## **Irrigación Arterial de la Vesícula Biliar y del Conducto Cístico**

Está irrigada por la arteria cística que suele originarse en la arteria hepática derecha en el ángulo entre el conducto hepático común y el conducto cístico. (14,15,16,17)

## **Drenaje Venoso**

Las venas que drenan los conductos biliares y el cuello de la vesícula biliar se unen con otras que comunican las venas gástricas, duodenal y pancreática en forma directa con el hígado o indirecta a través de la vena porta, las venas císticas se unen a la rama derecha de la vena porta, las venas del fondo y del cuerpo de la vesícula biliar entran directamente en el hígado. (18)

## **Drenaje Linfático**

La mayoría de los vasos linfáticos drenan a los ganglios linfáticos hepáticos a través del ganglio linfático cístico, situado cerca del cuello de la vesícula. Los colectores eferentes de estos ganglios desembocan en los ganglios linfáticos celiacos. (19,20,21)

- 
- 14.- Schwartz, Shires, Spencer. Principios de Cirugía. p123-4
  - 15.- Villalobos Pérez J. De Jesús. Gastroenterología. p-1557
  - 16.- Quiroz Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana III. p-199
  - 17.- Keith L. Moore. Anatomía con Orientación Clínica. p-212
  - 18.- Ibedem, p-212
  - 19.- Villalobos Pérez J. De Jesús. Gastroenterología. p-1558
  - 20.- Schwartz, Shires, Spencer. Principios de Cirugía. p1234
  - 21.- Keith L. Moore. Anatomía con Orientación Clínica. p-212

## Inervación

Los nervios se originan en el plexo celiaco, localizados a lo largo de la arteria hepática. (22)

Reciben inervación de las fibras simpáticas y parasimpáticas.

Fibras simpáticas.- Están representadas por fibras postganglionares provenientes del ganglio celiaco.

Fibras parasimpáticas.- Se derivan del nervio vago izquierdo. (23)

---

22. - Schwartz, Shires, Spencer, Principios de Cirugía, p1234

23. - Villalobos Pérez J. De Jesús, Gastroenterología, p-1558

## **Fisiología de la Vesícula Biliar**

Las funciones de la vesícula biliar son 2:

- Concentración y almacenamiento de la bilis.
- Liberación de la misma al duodeno.

### **Concentración y Almacenamiento de la Bilis**

Es secretada continuamente por las células hepáticas y normalmente se almacena en la vesícula biliar. la secreción total de bilis por el hígado es diariamente de unos 800 a 1000 ml, y el volumen máximo de bilis vesicular es de 40 a 70 mililitros. Puede almacenarse en la vesícula por lo menos la secretada en 12 horas pues el agua, el sodio, el cloruro y los electrolitos de molécula pequeña son absorbidos continuamente por la mucosa vesicular y se concentran los demás constituyentes de la bilis incluyendo el colesterol, bilirrubina y sales biliares. La bilis normalmente se concentra unas cinco veces, pero puede hacerlo hasta un máximo de 10 a 12 veces.

### **Liberación de la misma al Duodeno**

- El esfínter de Oddi debe relajarse para permitir que la bilis fluya desde el colédoco hacia el duodeno.
- La vesícula debe contraerse para proporcionar la fuerza necesaria que desplace la bilis a lo largo del colédoco. La vesícula vacía su contenido de bilis concentrada al duodeno principalmente en respuesta al estímulo de la colecistocinina. Cuando la alimentación no contiene grasa, la vesícula se vacía mal; cuando la contiene en cantidades, en estado normal la vesícula se vacía por completo en plazo de una hora aproximadamente. (24,25,26)

---

24.- Schwartz, Shires, Spencer. Principios de Cirugía, p-1236

25. - Villalobos Perez J. De Jesus. Gastroenterología, p-1565

26 - C Guyton Arthur. Tratado de Fisiología Médica, p-932

## 1.2 Colecistitis Crónica Litiasica

Se caracteriza por infiltración de células redondas y fibrosis de la pared, pueden observarse criptas de mucosas enterradas (Senos de Rokitansky-Aschoff) inmersos en la mucosa, la obstrucción del cuello o del cístico por cálculos produce un mucocele de la vesícula biliar (Hidrocolecisto). La bilis en un principio es estéril pero puede infectarse en forma secundaria con basilos conformes, estrptococos y a veces clostridios o salmonella typhi. Los efectos secundarios de la colecistitis son obstrucción del colédoco, colangitis, perforación de la vesícula con formación de un absceso pericolecístico o una fistula colecistoentérica, peritonitis biliar y pancreatitis, puede haber carcinoma vesicular. (27)

### Concepto:

#### Colecistitis Crónica Litiasica

Este trastorno consiste en la formación de cálculos en la vesícula biliar a partir de constituyentes sólidos de la bilis, los cuales tienen tamaño forma y composición muy diverso, existen dos tipos principales de cálculos; los pigmentados que contienen exceso de pigmentos biliares no conjugados y los cálculos de colesterol que son los mas comunes. (28)

### Etiología

Los factores que predisponene a la formación de cálculos biliares son: Herencia, raza, sexo, edad, dieta, obesidad, gestación, multiparidad, factores hormonales, infección, padecimientos concomitantes. (29)

---

27.- Schwartz, Shires, Spencer, Principios de Cirugia, p-1248

28.- Bruner, Suddath, Manual de Enfermería Medico Quirurgica, p-201

29 - Vargas Dominguez Armando, Gastroenterologia, p-407

## **Fisiopatología**

Hay dos tipos de cálculos biliares:

Los pigmentados, que contienen un exceso de pigmentos biliares no conjugados y los cálculos de colesterol, ambos están compuestos por sustancias insolubles al agua.

-Los cálculos de pigmento, se forman cuando los pigmentos no conjugados de la bilis se precipitan para formar piedras, que se deben extraer por medios quirúrgicos.

-Los cálculos de colesterol se forman en presencia de bilis saturada de colesterol en las que se sintetizan pocos ácidos biliares.

La bilis saturada de colesterol actúa como irritante y produce cambios inflamatorios en la vesícula biliar. (30)

Las sales biliares y la lecitina de la bilis se combinan físicamente con el colesterol para formar micelas ultramicroscópicas que son solubles. Cuando la bilis se concentra en la vesícula, las sales biliares y la lecitina se concentra junto con el colesterol y lo mantiene en solución, en condiciones normales el colesterol puede precipitarse originando cálculos biliares. (31)

---

30.- Brunner y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, p-1067

31.- C. Guyton Arthur, Tratado de Fisiología Médica, p-935

**El hígado produce bilis sobresaturada de colesterol por dos mecanismos básicos:**

**-Disminución de la secreción biliar de sales biliares, esto se debe a un defecto congénito o adquirido que se manifiesta en la disminución de la enzima colesterol 7-alfa hidroxilasa, la cual controla la síntesis de sales biliares.**

**-Aumento de la secreción biliar de colesterol. Está dado por la ingesta de dieta rica en grasa y colesterol, en pacientes obesos, en personas con tratamiento estrogénico.  
(32)**



## Cuadro Clínico

- El trastorno es silencioso, no produce dolor, solo síntomas gastrointestinales leves.
- El trastorno es agudo o crónico, con distensión epigástrica (plenitud, distensión abdominal y dolor vago en el cuadrante superior derecho); después de ingerir alimentos grasosos.
- Si el conducto cístico se obstruye, la vesícula biliar empieza a distenderse y finalmente se infecta; hay fiebre y es posible palpar una masa abdominal.
- Hay cólico biliar con dolor muy intenso en el cuadrante superior derecho del abdomen, luego irradia hacia la espalda o al hombro derecho.
- Nauseas y vómito varias horas después de ingerir comidas pesadas.
- La obstrucción del conducto biliar provoca ictericia.
- Orina muy oscura, heces color arcilla.
- Deficiencias de vitaminas A,D,E y K (vitaminas liposolubles).

Si el cálculo continúa obstruyendo el conducto, se produce absceso necrosis y perforación con peritonitis. (33)

-Hay flatulencia, eructos, pirosis, dispepsia, anorexia, indigestión. (34,35)

### **En la Exploración Física**

-Signo de Murphy positivo. (36)

-Dolor a la palpación del cuadrante superior derecho o del epigastrio, es más intenso en la inspiración.

-Defensa muscular voluntaria. (37)

---

34 - C. Sabiston David, M D , Tratado de Patología Quirúrgica, p-1184

35.- Villalobos Perez J. De Jesus. Gastroenterología, cap. 128 p-1601

36.- Ibedem, cap 128 p-1602

37.- C. Sabiston David, Tratado de Patología Quirúrgica, p-1184

## Métodos de diagnóstico

Se basa en los datos proporcionados a través de la historia clínica completa, así como de los signos y síntomas, y exploración física del paciente, se comprueba con los siguientes estudios: Clínicos de gabinete (radiológico y ultrasonidos) y laboratorio. (38)

Radiografía simple de abdomen.- Se toman cuando se supone una vesiculopatía y para excluir otras causas de los síntomas, solo el 15 al 20% de los cálculos están tan calcificados para identificarse en las radiografías. (39)

Colecistografía general.- Es útil para evaluar la función vesicular y para conocer las características físicas de los cálculos. (40)

Colangiografía por vía bucal o endovenosa.- Puede hacerse para detectar cálculos y valorar la capacidad de llenado, concentración de su contenido, contracción y vaciamiento de la vesícula. Su valor diagnóstico es definitivo.

-Este procedimiento es el mejor método para observar el árbol biliar después de una colecistectomía.

-Se observan todos los componentes del árbol biliar: conductos intrahepáticos, colédoco y cístico. La vesícula biliar no suele observarse bien.

-Es útil para diferenciar la ictericia hepatocelular de la ictericia por obstrucción biliar.

-Descubrir y diagnosticar cáncer del sistema biliar.

-En la investigación de síntomas gastrointestinales.

-Para detectar cálculos en el colédoco en pacientes no ictericos. (41)

---

38.- Gutierrez S Cesar, M Arrubanera. Fisiopatología del Aparato Digestivo, p-424

39.- Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica, p-1068

40.- Villalobos Pérez J De Jesus. Gastroenterología, p-1602

41.- Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica, p-1068

Colangiografía operatoria.- Puede hacerse en el trans operatorio de la vesícula biliar. (42)

Ultrasonografía.- Es un método diagnóstico sin penetración corporal, sus resultados son rápidos y precisos, demuestra la presencia de cálculos y su sensibilidad y especificidad para excluir diagnóstico de enfermedad aguda, se usa con mayor frecuencia y proporciona una certeza diagnóstica del 95% en los casos de ictericia, es el método que debe emplearse de primera intención. (43,44,45)

Colangiopancreatografía retrograda endoscópica. (ERCP).- Está indicada en enfermedades biliares, pancreática para el diagnóstico de:

-Cáncer de la ampolla.

-Ictericia obstructiva.

-Enfermedades por cálculos, antes de la colecistectomía y después de ella. (46)

El diagnóstico diferencial de la colecistitis crónica litiasica no complicada.- Debe establecerse en relación con úlcera péptica, esofagitis por reflujo, angina de pecho, pancreatitis crónica, colom irritable, pielonefritis y urolitiasis derecho. (47)

---

42.- Brunner y Suddarth, Manual de la Enfermera, p-548

43.- Vargas D. Armando, Gastroenterología, p-410

44.- Brunner y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, p-1068

45.- Villalobos P. J. De Jesús, Gastroenterología, p-1602

46.- Brunner y Suddarth, Manual de la Enfermera, p-548

47.- Vargas D. Armando, Gastroenterología, p-410

## **Exámenes de Laboratorio**

-Biometría hemática.- La presencia de leucocitos indica la posibilidad de colangitis.

-Química Sanguínea.- Es importante en pacientes diabéticos, se pueden descompensar en un evento agudo y en pacientes nefróticas o en otra enfermedad agregada.

-Examen general de orina.- Bilirrubina directa como indirecta, amilasa sérica, transaminasa tanto pirúvica como oxalacética, fosfatasa alcalina, determinación de tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina, son útiles para tener una idea exacta del estado funcional de hígado y páncreas. (48)

### **Tratamiento Médico**

- Reducir la frecuencia de los ataques agudos de dolor por cálculos o colecistitis, mediante tratamiento dietético de sostén y si es posible, eliminar la causa por farmacoterapia, procedimiento endoscópico o intervención quirúrgica.
- Disolución de cálculos mediante inyección de un solvente en la vesícula biliar.
- Extracción de cálculos mediante (ERCP) colangiopancreatografía endoscópica retrograda.

### **Tratamiento Dietético y de Sostén**

- Reposo en cama durante el ataque agudo de colecistitis o colelitiasis.
- Administración de líquidos por vía intravenosa, cuando exista náuseas y vómito, mantener el equilibrio hídrico y electrolítico.
- Intubación nasogástrica para descompresión.
- Dieta después del ataque, pobre en grasa con alto contenido proteico y de carbohidratos, si se tolera.

### **Farmacoterapia**

- Administrar analgésicos para aliviar el dolor severo, como la meperidina; evitar el uso de morfina porque empeora el espasmo del esfínter de oddi.
- Sedantes, antieméticos, antibióticos y vitamina K.
- El ácido quenodesexicolico (quenodiol o CDCA), es eficaz para disolver cálculos de colesterol.
- Mantener revisión y vigilancia de encimas hepáticas a largo plazo.

## Litotripsia

-Litotripsia Extracorporal con Ondas de Choque.- Se dirigen repetidas ondas de choque contra los cálculos que se encuentran en la vesícula o el conducto biliar para fragmentarlas.

-Litotripsia Intracorporal con Ondas de Choque.- Es posible fragmentar los cálculos mediante ultrasonido, pulsos de laser o Litotripsia Hidráulica, que se aplica directamente a las concreciones por medio de un endoscopio.

## Tratamiento Quirúrgico

Colecistectomía.- Extracción de la vesícula biliar después de ligar el conducto y la arteria cística. (49,50,51,52,53,,54)

- 
- 49.- Brunner y Suddarth. Manual de la Enfermera Médico Quirúrgica, p-202,203  
 50.- Smith Germain. Enfermería Médico Quirúrgica, p-700  
 51.- C. Sabistan David M D Jr Tratado de Patología Quirúrgica, P-1185  
 52.- Schwartz, Shires, Spencer. Principios de Cirugía, p-1248  
 53.- Merck Sharp, Dohme, International, El Manual de Merck, p-956  
 54.- Dubnphy Way Diagnostico y Tratamiento Quirúrgico, p-474

**Complicaciones:**

-Colecistitis aguda.- Es causada por un cálculo biliar que ocluye la salida de la vesícula biliar o el conducto cístico.

-Colangitis.- Inflamación de los conductos biliares, intrahepáticos, extrahepáticos, tienen origen bacteriano.

-Fístula biliar interna.- Se produce después de una colecistitis aguda, con adherencia de la vesícula biliar a las viseras huecas y erosión de un cálculo que penetra en la estructura.

-Coledocolitiasis.- Cálculos en el colédoco.(55)

-Pancreatitis.- se asocia con trastornos en el árbol biliar, alcoholismo, traumatismo durante la intervención quirúrgica de órganos vecinos, determinadas infecciones, la ingesta de determinados fármacos; el hiperparatiroidismo y la hiperlipidemia. (56)

-Cancer de la vesícula biliar.- Es un cancer raro aparece en pacientes seniles, se asocia a cálculos biliares en 80% de los casos. (57).

---

55.- Merck Sharp, Dohme Internacional. El Manual Merck p.956-957-959

56.- Baily Raffenseger Ellen, Lloyd Z. Mary Consultor de Enfermería Clínica, p-237

57.- Dumphy, Way. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico, p-483



### 1.3 Acciones de Enfermería

La enfermera es uno de los elementos del equipo multidisciplinario que mayor contacto tiene con el paciente desde su ingreso al hospital hasta su egreso, comunicándose con él y su familia a cada momento para detectar sus necesidades de manera inmediata y cooperar para la resolución de las mismas.

Las acciones que efectúa la enfermera y el paciente para prevenir o atenuar sus complicaciones y poder mantener o restablecer la salud. (58)

#### Ingreso del paciente al servicio de urgencias

Cada una de las personas admitidas en una institución de salud debe ser considerada individualmente a sus necesidades personales y lo que se relaciona con la magnitud de su enfermedad.

Al ingresar el paciente por la sala de urgencias se debe de satisfacer sus necesidades más importantes, ya que ha sido tratado y asistido se procede a realizar el siguiente procedimiento. (59)

#### a) Admisión del paciente:

Es importante identificar al paciente desde el momento de su ingreso, lo que le permitirá facilitar la interacción enfermera-paciente, iniciándose a su vez el plan de cuidados que es de gran importancia. El brazalete de identificación es el medio fundamental para verificar la identidad del paciente, debe ser cotejado antes de cualquier tratamiento, prueba diagnóstica o administración de medicamentos.

Se debe proporcionar cambio de ropa personal por la Institución hospitalaria, ya que es parte de su identificación propia como paciente. (Se debe de tener mucho cuidado con la custodia de sus pertenencias con las que ingresa). (61)

---

58.- Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería, p-96

59.- Fuerst y Wolf, Principios Fundamentales de Enfermería, p-102

60.- Ibedem, p-104

61.- Klusek Hamilton, Helem Bowen R. Minnie, Procedimientos de Enfermería, p-8

Identificar completamente al paciente, disminuye un poco la ansiedad cuando llega y se ingresa al hospital con algún problema que presente y principalmente cuando desconoce la magnitud del problema que se tiene, se deberá tratar con rapidez y respetar de una manera individualizada, proporcionándole tranquilidad que requiere ante su temor y angustia, así como la de su familia.(62)

#### **b) Preparación Psicológica**

Consiste en proporcionar una relación de ayuda en la que una persona facilita el desarrollo personal de la otra, le ayuda a adaptarse e integrarse y abrirse a sus propias experiencias; la de iniciación u orientación.

Se le brinda confianza al paciente mediante recepción a su ingreso, orientación sobre su padecimiento e información sobre procedimientos a efectuársele. (63)

Se le comunica la participación que debe de tener en cada una de las acciones que se le realicen y se le da la oportunidad de comunicar sus inquietudes y liberarse de algunos de sus temores, convenciéndose así de que él también participa en el plan de su curación. (64)

c) Se le llama por su nombre, se le ayuda a colocarla en su cama para que guarde el reposo que requiere y se coloque en una posición cómoda, ya que esto ayudará a que disminuya su ansiedad y mejoren las molestias que acompañan a su padecimiento.

d) Se recibe el expediente clínico, se verifica identificación del paciente, se revisan órdenes médicas las cuales constituyen el núcleo del plan de atención al paciente. (65)

---

62.- Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p-83

63.- Rosales B. Susana, Reyes G Eva, Fundamentos de Enfermería, p-221

64.- Fuerst y Wolf, Principios Fundamentales de Enfermería, p-37

65.- Ibedem, p-37

### e) Toma de Signos Vitales

Ya colocado al paciente en su unidad, se procede a la toma de los signos vitales, porque éstos son muy importantes desde el momento de su ingreso y nos llevarán a evaluar el estado físico, que nos indicará cualquier alteración que presente el paciente debido al mecanismo del cuerpo que los gobierna, es extremadamente sensible a cualquier cambio de lo normal, estos son; temperatura, pulso, respiración y tensión arterial. (66)

### f) Administrar Soluciones Intravenosas

Es el procedimiento ideal para la administración de grandes cantidades de líquidos al organismo, de una forma lenta gota a gota, permite aportar 2000 a 4000 c.c. o más en 24 horas, para la hidratación de los pacientes. (67)

### g) Ayuno

A su ingreso asegurarse de que el paciente no tome alimentos o bebida alguna, es importante en el tratamiento de este paciente para disminuir el funcionamiento gástrico-biliar.

### h) Sonda Nasogastrica

Impide que la secreción gástrica pase al duodeno y a través de la secretina estimule el páncreas, la distensión abdominal secundaria al íleo paralítico disminuye al descomprimir el estómago y las asas intestinales dilatadas, es necesario mantenerla hasta que mejore el cuadro clínico, restablezca el tránsito intestinal y/o disminuya las cifras de amilasa sérica. Se emplea para mantener en reposo el tracto digestivo y para evitar la distensión gástrica. (68)

---

66.- Fuerst y Wolf, Principios Fundamentales de Enfermería, p-119

67.- Sitges Creus A, Manual de la Enfermera, tomo II p-578

68.- Gutierrez Samperio C Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, p-309

### **i) Valoración del Dolor**

Síntoma predominante, se presenta prácticamente en el 100% de los enfermos, intenso de aparición brusca, localizado en epigastrio y ambos hipocondrios, transfixivo o irradiado a ambas regiones lumbares, aumenta con la ingestión de alimentos y calma con los vómitos. (69)

### **j) Administración del Tratamiento por Vía Intravenosa**

Permite la administración intravenosa rápida de un medicamento, puede utilizarse para alcanzar concentraciones máximas del fármaco en el torrente sanguíneo, introducir medicamentos que no se pueden diluir o que no se puedan dar por vía intramuscular, pues resultan tóxicos para el tejido muscular o está alterada la capacidad del paciente para absorberlos. ( 70,71)

### **k) Asistencia Respiratoria**

Normalmente son 16 a 18 respiraciones por minuto reguladas de forma automática por el centro respiratorio del bulbo raquídeo, aunque puede modificarse por propia voluntad, son múltiples las causas, tanto físicas como químicas. (72)

### **l) Solicitud de Exámenes de Radiodiagnóstico**

Toda exploración radiológica digestiva debe ir acompañada de múltiples radiografías que confirmen el diagnóstico pero actualmente, gracias al intensificador de imágenes con su circuito cerrado de televisión, es posible comprobar las imágenes patológicas por simple radioscopia televisada.

Se realizan con el objeto de obtener la imagen estática del abdomen que permite el estudio de los detalles más significativos en ocasiones, el único elemento efectivo para establecer el diagnóstico. (73)

---

69.- Gutierrez Samperio C Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, p-309

70.- Klusek Hamilton H., Procedimientos de Enfermería, p-382

71.- Fuerst y Wolf, Principios Fundamentales de Enfermería, p-370

72.- Sitges Creus A, Manual de la Enfermera, tomo II p-411..591

73.- Ibedem tomo I, p-403

## **II) Solicitud de Exámenes de Laboratorio.**

Aparte de los datos que proporciona con respecto a la biometría hemática, es importante la química sanguínea principalmente en pacientes diabéticos y nefropatas.

El examen general de orina y bilirrubinas tanto directa como indirecta amilasa serica, transaminasa pirúvica como oxalacética y la fosfatasa alcalina, así como la determinación de tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina, son muy útiles para ver el estado funcional del hígado y páncreas. (74)

### **m) Baño y aseo del paciente.**

Es muy importante para la mayoría de los pacientes cuando sufren calor, cansancio o incomodidad. Pueden sentirse estimulados o descansados después de tomarlo, al grado de dormirse posteriormente.

Una fricción en la piel, estimula las terminaciones nerviosas y la circulación periférica. Cuando se contraen los músculos, se facilita el retorno de la sangre que está en las venas al corazón. La actividad de los músculos les ayuda a mantener su tono, que ese ligero grado de contracción siempre presente en los músculos del esqueleto. (75).

### **n) Anotaciones en la Hoja de Enfermería.**

Anotar con cuidado la evolución del paciente y hacer las anotaciones pertinentes de todo lo acontecido al paciente, así como de alguna acción específica o procedimiento especial que se le realice. (76).

---

74.- Gutierrez s. Cesar. Fisiología Quirúrgica del aparato digestivo, p. 424.

75.- Fuerst Wolf. Principios Fundamentales de Enfermería, p. 180.

76.- Ibedem, p.111

### **ñ) Verificar Integración del Expediente Clínico.**

El expediente es un documento legal que contiene la historia clínica del paciente. Aquí se concentran los datos más importantes acerca del paciente, su evolución el tratamiento y el padecimiento, para la realización del plan de cuidados.

Asegurarse que el expediente se encuentre integrado, en orden y completo: con la orden de internamiento debidamente requisitada, con exámenes de laboratorio y gabinete. (77).

## **Cuidados Pre operatorios**

### **a) Preparación Psicológica.**

Al momento de la admisión de la paciente, se iniciará el plan de cuidados siendo de gran importancia la comunicación, enfermera paciente.

Cualquier intervención quirúrgica va precedida de algún tipo de reacción emocional, como es el miedo a lo desconocido, a la anestesia, al dolor, a la muerte.

Deberá ser comprendida y conocida a la luz de dichos factores tratada y valorada individualmente.

Por lo tanto se hará énfasis en las enseñanzas de las medidas preoperatorias, contribuyendo al menor número de complicaciones y muy posiblemente, a una estancia hospitalaria más corta para la paciente.

### **b) Toma de signos vitales.**

Los signos se toman desde su ingreso y antes de ir al quirófano, estos ayudaran a evaluar el estado físico de la paciente y como indicación de cualquier complicación. (78)

### **c) Preparación de la piel.**

Se hará la tricotomía de la región abdominal, evitando rasguños y abrasiones.

### **d) Ayuno.**

Asegurarse que la paciente no ingirió alimentos ni bebió líquidos en el periodo preoperatorio, especificado por el médico, ya que el estómago vacío disminuye el peligro de distensión, facilitando al cirujano las maniobras en la cirugía y evitando iatrogenias, complicaciones y broncoaspiración durante y después de la anestesia.

### **e) Administrar soluciones intravenosas.**

Se introducirá una solución o derivados sanguíneos en una vena para contar con un vehículo para administrar medicamentos, transfundir sangre y conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos. (79).

Al trasladar a la paciente a quirófano, se debe verificar.

- Expediente clínico completo, con autorización quirúrgica firmada por la paciente, con resultados de laboratorio y gabinete completos.
- Que no lleve ganchos en el pelo y alhajas.
- Cubrir el pelo con un turbante o vendaje.
- Quitar esmalte de uñas.
- Colocar vendajes en miembros inferiores.
- Realizar reporte de enfermera.



### **Cuidados Postoperatorios**

Son las maniobras que se efectúan para ayudar a la paciente a normalizar sus funciones.

- a) Se ayuda al camillero al traslado de la paciente de la camilla a la cama.
- b) Se valoran las condiciones y estado general en que llega la paciente.
- c) Se conservan permeables las vías respiratorias altas.
- d) Se realizan las conexiones necesarias en el caso de administración de oxígeno, aparatos de succión, venoclisis, sondas, drenes de heridas quirúrgica, verificando si existe alguna complicación como hemorragia, hematoma o salidas de secreciones.
- e) Se realiza revisión de las condiciones del apósito y vendaje.
- f) Se coloca a la paciente en la posición indicada.
- g) Se obtienen los signos vitales de inmediato cada quince minutos durante las dos primeras horas, y si son estables cada treinta minutos las siguientes horas hasta la recuperación de la conciencia o según indicación médica.
- h) Se protege a la paciente con los barandales y los cojines necesarios.
- i) Se vigila estado de conciencia de la paciente y conforme recupera la conciencia, se le enseña a respirar profundamente y a toser suavemente para expulsar secreciones bronquiales y a efectuar respiraciones profundas para la ventilación completa de los pulmones.
- j) Se vigila y se asiste a la paciente en presencia de náuseas y vómitos.
- k) Se vigila la presencia de dolor en herida quirúrgica.
- l) Se efectúan los procedimientos requeridos para la administración de medicamentos prescritos y poner especial cuidado en los de aplicación inmediata.

- m) Se notifica al médico y a los servicios interesados la llegada de la paciente y se proporcionan los datos necesarios.
- n) Se auxilia a la paciente a orinar antes de que la vejiga esté dolorosamente distendida.
- o) Se registra en la hoja de notas de enfermería, todas las actividades realizadas.
- p) Una vez que la paciente se ha recuperado de la anestesia y su evolución ha sido satisfactoria, se traslada a su unidad en hospitalización para continuar con las acciones de enfermería.

### **Estancia del Paciente en el Servicio de Especialidades Quirúrgicas**

- a) Ya instalado en su cama, se prepara todo el equipo y material necesario para su atención como son; equipo de termometría, de canalización intravenosa, tripiés, etc.
- b) Se coloca al paciente en posición de fowler baja para facilitar la expansión pulmonar. (81)
- c) Se vigilará constantemente la permeabilidad de la vena, sonda nasogástrica, el cambio de posición asistida ya que continuara en reposo.
- d) Continuar con el tratamiento establecido en las dosis y horarios indicados, así como la valoración constante del dolor y la mejoría o disminución de este.
- e) Vigilar sangrado de herida quirúrgica y cambio de apósitos si se deja uno o dos drenes de caucho blando para extraer la sangre y la bilis que pueda acumularse después de la operación.
- f) Anotar la evolución del paciente y hacer las anotaciones pertinentes de todo lo que acontece al paciente, así como de alguna acción específica o procedimiento especial que se le realice. (82)
- g) Dependiendo de la evolución del paciente se valorará el retiro de la sonda nasogastrica y se iniciará la vía oral primero con líquidos claros, que consiste en la supresión de todo tipo de alimento sólido administrando agua y the, durante los primeros días, posteriormente se inicia la ingestión de dieta blanda, luego que reaparecen los ruidos intestinales. (83)

---

81.- Brunner y Suddarth, Manual de la Enfermera, p-553

82.- Fuerst Wolf. Principios Fundamentales de Enfermería, p-111

83.-Sitges Creus A. Manual de Enfermería, p-542,554

h) Posteriormente se inicia la ingestión de dieta blanda, como frutas y verduras, restricción de grasas; rica en carbohidratos y proteínas, suprimir toda clase de especias picantes y condimentos o cualquier sustancia que pueda irritar la mucosa digestiva, estimulación biliar y pancreática. (84)

i) Iniciaré previa indicación médica, deambulaci3n asistida así como el baño de regadera, el cual mejorará el estado anímico de la paciente; la deambulaci3n mejorará la peristalsis intestinal, aquí es donde la interacci3n del paciente con su tratamiento se hace más notable, más dinámica, pues su cooperaci3n es fundamental y su rápida evolucion hacia la mejoría. (85)

j) Se valorará el dolor en la paciente, en intensidad, duraci3n, frecuencia y que mejoría tiene con los analgésicos que se administran.

k) Al ser dada de alta la paciente es de suma importancia recomendarle baño de regadera diario, lavado de herida quirúrgica con agua y jab3n, secado de la misma con mucho cuidado, cambio de ropa diario, lavado de manos antes y después de los alimentos, insistir que no permanezca mucho tiempo acostada durante el día, que deambule para que mejore la peristalsis intestinal, se le explica que no se vaya a espantar si observa que defeca varias veces al día, ya que esta defecaci3n va a disminuir en el curso de semanas o meses.

l) Se le recomienda que mantenga una dieta nutritiva a base de frutas, verduras, carbohidratos y proteínas, evitar el exceso de grasa, picantes, condimentos, ya que estos pueden irritar la mucosa digestiva.

m) Se orientó a la paciente y familia a distinguir signos y síntomas de posibles complicaciones como son ictericia, orina oscura, heces de color pálido, prurito o signos de inflamaci3n e infecci3n como dolor o fiebre, en caso de presentarlos, informar al médico. (86)

n) Se le explica a la paciente y familia, cuales son los medicamentos que se requieren y cual es su acci3n, se le recomienda que tiene que continuar y no suspender el tratamiento para evitar próximos cuadros agudos y de mayor gravedad.

---

84.-Sitges Creus A. Manual e Enfermería. p-554

85.- Wieck, L. King E.M. , Técnicas de Enfermería p.-157,179.

86.- Brunner y Suddarth, Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, p-205,206

Recomendarle que continúe asistiendo con su médico esporádicamente según se lo indique para continuar con su tratamiento y control hasta lograr su restablecimiento total, ya que tiene que esperar la indicación médica para reanudar sus actividades en general. (87)

## II HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

### 2.1 Ficha de Identificación

Nombre: A.A.L.M.

Cédula: 72-73-41-0030 2F 1945 ORD

Edad: 55 años

Sexo: Femenino

Lugar de Nacimiento: San Lucas, Michoacán.

Lugar de Residencia: Acapulco, Gro.

Grado Escolar: Secundaria

Estado Civil: Viuda

Servicio: Cirugía General

Ocupación: Hogar

Persona Responsable: Hijos

No. De Cama: 7

Religión: Católica

Dinámica Familiar: Familia integrada con buena convivencia

### 2.2 Antecedentes Heredofamiliares

Abuelos paternos y maternos finados desconoce la causa.

Padre finado desconoce la causa, madre finada de CaCu.  
5 hermanos, 2 de ellos con antecedentes de diabetes mellitus.  
Hijos, 5 vivos aparentemente en buen estado de salud.  
Esposo finado, causa cirrosis hepática.

### **2.3 Antecedentes Personales Patológicos**

Fímicos, luéticos, oncológicos, diabéticos, hipertensivos, traumáticos, alérgicos, transfuncionales negados.  
Quirúrgicos: OTB hace 20 años.

### **2.4 Antecedentes Personales No Patológicos**

Alimentación Balanceada en regular cantidad y calidad de 2 a 3 comidas al día, dieta excesiva en grasa.

Eliminación: Peristalsis presente, evacua una vez al día, micciones con características normales.

Descanso: Refiere no tener problemas para dormir, en esta ocasión comenta dormir poco por dolor abdominal.

Higiene: Buena, baño diario dos veces al día con cambio de ropa diario, lavado de manos antes de ir a comer y después de ir al baño, aseo bucal y cepillado dental dos veces al día.

Esparcimiento. Actividades, caminar y realiza ejercicios aeróbicos.

Ambiente Físico:

Tipo de Habitación.- Habita en casa propia construida de material, con todos los servicios intradomiciliarios, cuenta con cocina, sala, baño, 2 recamaras, convive con animales domésticos: un perro y un gato.

Grado de conocimiento y aceptación de su padecimiento actual:

Si tiene conocimiento de su enfermedad, aunque no de la magnitud real; inicialmente no tenía conocimiento que el exceso de grasas podría ocasionarle esta enfermedad.

Posibilidades y Limitaciones que el individuo tiene para participar y lograr su recuperación; tiene todas las posibilidades y ninguna limitación.

Meta de la hospitalización actual.- Lograr su recuperación integral.

### **2.5 Padecimiento Actual**

Refiere la paciente que meses anteriores presentó dolor no muy intensos, el cual fue tratado por el servicio de urgencias y posteriormente en la consulta externa. Inicia el 2 de febrero del 2001 con dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho del abdomen, el cual se le irradia hacia la espalda y al hombro derecho, se presentó después de haber ingerido alimentos grasos (tacos de barbacoa y caldo), acompañándose de náuseas y vómito de contenido alimenticio y posteriormente de contenido gástrico, presenta distensión abdominal, motivo por el cual queda en el servicio de urgencias en observación encamados.

### **2.6 Exploración Física**

Al ingreso, paciente quejumbrosa, inquieta con ansiedad, ligera palidez de tegumentos, con temperatura de 37.3°C, taquicárdica, con campos pulmonares bien ventilados, sin presencia de estertores, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, abdomen globoso a expensa de páncreas adiposo, distendido, doloroso a la palpación media y profunda, se palpa a nivel de hipocondrio derecho plastrón doloroso que parece corresponder al fondo vesicular con signo de Murphy positivo, no se escucha peristalsis.

### **2.7 Hábitus Exterior**

Paciente femenina con edad aparente a la cronológica, constitución media, obesa, orientada en sus tres esferas neurológicas (tiempo, persona y espacio), conformación íntegra, con facies de dolor y actitud forzada.



## 2.8 Exámenes de Laboratorio y Gabinete

B.H. Q.S. T.P. TPT Grupo y RH, EGO, Rx. Simple de abdomen, de tórax, electrocardiograma, ultrasonografía de abdomen superior.

### Estudio Ultrasonográfico del Abdomen Superior

El hígado de tamaño y contextura normal, se observa vesícula grande de pared gruesa en su interior con dos litos de 18 mm, en la desembocadura de la vesícula se aprecia un cálculo fijo, el páncreas y ambos riñones sin lesión.

Dx. Colecistitis Crónica Litiasica Agudizada

Biometría Hemática.- Hemoglobina 14.9 g./ml., leucocitos 6900 mm<sup>3</sup>, linfocitos 1.8%, monocitos 0.5%, eosinófilos 0.3%, basófilos 0.1%.

Química Sanguinea.- Glucosa 105 mg, urea 31mg, creatinina 0.8 mg,

TP.- 13 = 90%, TPT.- 41%

Grupo y RH.- O Positivo

Amilasa.- 19 U.I.

Examen General de Orina.- Orina ligeramente turbia, P.H. 5.0 (ácido), densidad 1025, proteína negativa, glucosa Esc. Ac. Vaco, acetona negativa, hemoglobina negativa, leucocitos 4 por campo.

Rx. Simple de Abdomen.- Revela opacidad de la vesícula biliar.

Rx. Tórax.- Normal

Electrocardiograma, normal.

Valoración Cardiológica.- No hay contraindicación Quirúrgica. RTE elevado, ASA II, REU II.

## **2.9 Terapeutica Empleada**

Butilhioscina 1 amp. I.V: c/6 hrs.

Metamizol 1 amp. I:V: c/6 hrs.

Metoclopramida 1 amp. I.V. c/8 hrs

Ranitidina 1 amp. I:V: c/8 hrs

Sol. Glucosada al 5% 1000 p/12 hrs.

Ayuno

Sonda nasogástrica

## **2.10 Diagnóstico de Enfermería**

- Dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho del abdomen por la inflamación y obstrucción en la desembocadura de la vesícula biliar.
- Alteración del estado hidroelectrolítico ocasionado por las náuseas y vómitos.
- Distensión abdominal como resultado de la acumulación de aire y líquidos en el intestino.
- Ansiedad, inquietud, palidez y taquicardia por miedo a la enfermedad o a la muerte.
- Dolor y molestias debido al procedimiento quirúrgico.
- Posible perturbación de la función respiratoria por la incisión en la porción alta del vientre.

### III PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

#### Objetivo General

La enfermera identificará los problemas y necesidades de la paciente en forma prioritaria y dará solución a cada uno de ellos mediante los cuidados específicos de enfermería, con relación a su padecimiento, para lograr su pronta recuperación a través de la participación activa oportuna y eficaz.

#### Problema y/o necesidad

Dolor

#### Manifestación del Problema

Quejumbrosa  
 Taquicardica  
 Inquieta  
 Ansiedad  
 Diaforesis

#### Razón Científica del Problema

El dolor es transmitido por fibras aferentes simpáticas que penetran en el noveno segmento torácico de la médula. (88)

El cólico biliar.- Se debe a la contracción de la vesícula estimulada por las grasas, la cual no libera bilis porque el cálculo lo obstruye. (89)

#### Acción de Enfermería

- a) Administración de analgésico y anticolinérgico, dipirona y butilioscina.
- b) Mantener al paciente en reposo absoluto.
- c) Posición Fowler baja.
- d) Evitar estímulos que el paciente esté recibiendo.

---

88 - C. Arthur Guyton, Tratado de Fisiología Médica, p-671

89 - Brunner y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, p-1068

## Razón Científica de la Acción

a)Dipirona.- Es un analgésico antipirético que inhibe la acción de la ciclooxigenasa, bloquea la síntesis de la prostaglandinas, su efecto depende de una acción central y del efecto periférico, relaja y reduce la actividad del músculo liso gastrointestinal y uterino. Se metaboliza rápidamente en el hígado, los metabolitos se eliminan por los riñones. (90)

Butilhioscina.- Actúa sobre los receptores colinérgicos viscerales, es un potente relajante del músculo liso, con efecto inhibitor sobre el peristaltismo intestinal, su metabolismo parece biotransformarse parcialmente en el hígado y se excreta por el riñón y las heces. (91)

b)El reposo es importante para disminuir el metabolismo del organismo y ahorrar energía que es necesaria para el restablecimiento de la paciente, el reposo ayuda a disminuir el dolor porque existe relajación muscular disminuyendo así la tensión.

c)Esta posición favorece exhalación respiratoria y disminuye la tensión muscular abdominal, ocasionada por la acumulación de líquido gástrico en el abdomen. (92)

d) Mediante la reducción de los estímulos ambientales perturbadores, como las luces brillantes, ruidos visitantes o pacientes cercanos, se deben apagar las luces y dejar solo una luz encendida, evitar las visitas hasta que el paciente mejore; esto es de gran utilidad para disminuir el dolor.

## Evaluación

Al administrar el analgésico conforme al tratamiento establecido, disminuye la intensidad del dolor, se normaliza la taquicardia, disminuye la diaforesis y la ansiedad, manifiesta comodidad, el ritmo y modelo respiratorio es normal; continúa poco quejumbrosa. (93)

---

90.- Rodríguez Carranza, Vademécum Académico de Medicamentos, p-137

91.- Ibedem, p-294

92.- Rosales Barrera Susana, Reyes G. Eva, Fundamentos de Enfermería, p-95

93.- Scholtis Brunner L. Smitg Suddarth, Manual de la Enfermera, p-552

## **Problema o Necesidad**

Vómito

## **Manifestación del Problema**

Náuseas

Hipersalivación

Expulsión brusca de contenido alimenticio y gastrobiliar

Palidez

Diaforesis

## **Razón Científica del Problema**

El centro del vómito, que se localiza en el bulbo raquídeo, es estimulado por los impulsos aferentes provenientes del estómago debido a la sobredistensión y al dolor, puede ir precedido por náuseas y manifestarse por la expulsión brusca de contenido gástrico a través del esófago y la boca. (94)

El vómito puede acompañarse de actividades vasomotoras, como salivación sudoración, cambios de la frecuencia del pulso y palidez. La taquicardia anterior al vómito se vuelve bradicardia durante el proceso. (95)

## **Acción de Enfermería**

- a) Administración de antiemético y antagonista H2, metoclopramida y ranitidina
- b) Instalación de sonda nasogastrica a derivación
- c) Auxiliarlo ante la presencia de vómito
- d) Mantener la higiene y ofrecerle enjuagues bucales
- e) Proporcionarle la oportunidad de que exprese sus sentimientos

---

94.- T. Nordmark Madelyn, Bases Científicas de la Enfermería, p-153,154

95.- C. Smeltzer, G. Bare Brenda, Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth tomo I, p-462

### **Razón Científica de la Acción**

a) El clorhidrato de metoclopramida.- Es el antagonista que acelera el vaciado gástrico y el tránsito gastrointestinal, porque impide la relajación de la parte superior del duodeno y aumenta la peristalsis del intestino delgado. (96)

Es el fármaco de elección en estos procesos, por su acción reguladora sobre la motilidad gástrica y las restantes porciones del tubo digestivo. (97)

Ranitidina.- Es un fármaco de elección, antagoniza de forma selectiva la histamina a nivel de los receptores H<sub>2</sub> en las células parietales de la mucosa gástrica, inhibe la secreción ácida gástrica basal, su metabolismo ocurre a nivel hepático, se elimina por vía renal. (98)

b) La sonda nasogástrica impide que la secreción gástrica pase al duodeno y a través de la secretina estimule el páncreas, la distensión abdominal secundaria al íleo paralítico disminuye al comprimir el estómago y las asas intestinales dilatadas, es necesario mantenerlas hasta que mejore el cuadro clínico, se emplea fundamentalmente para mantener en reposo el tracto digestivo y para evitar la distensión gástrica. (99)

Al colocar la sonda nasogástrica es importante calmar los temores y ansiedades de las personas, enseñar al enfermo y familiar el objetivo del tratamiento, observar los signos y síntomas que puedan indicar desplazamiento de la sonda, observar y registrar con exactitud los efectos y resultados del procedimiento, conservar la comodidad y seguridad óptimas del paciente durante el procedimiento.

Antes de iniciar la inserción, verificar si el paciente está listo para este tipo de intervención, mostrarle la sonda y ofrecer una explicación.

---

96.- Rodríguez Carranza, VAM p-555

97.- A. Sitges Creus, Manual de la Enfermera, tomo I, p-443

98.- Rodríguez Carranza, VAM p-722

99.- Gutierrez Samperio C. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, p-309

Colocar la sonda en hielo durante 15 minutos antes de la inserción o en el refrigerador durante varias horas antes de usarla. El hielo hace que la sonda esté más rígida, por lo que se orienta con mayor facilidad durante la inserción. (100)

c) Cuando el paciente presente el vómito es importante auxiliarlo con rapidez, proporcionarle un riñón para vaciar el contenido que expulse, ayudarlo a que se coloque en una posición cómoda para que las molestias del vómito disminuyan y comunicarle que realice respiraciones profundas para mejorar las molestias, asimismo la angustia y la ansiedad que refiere.

d) La higiene bucal se debe hacer con frecuencia para evitar la resequedad de la boca, ya que aumenta si el paciente recibe anticolinérgicos. (Butilioscina).

e) Se le debe proporcionar apoyo psicológico al paciente para que exprese sus sentimientos y dar respuestas a sus preguntas, debe haber comunicación mutua para favorecer la relación enfermera-paciente para proporcionarle mayor seguridad y bienestar. (101)

#### Evaluación

Al administrar el antiemético e instalar sonda nasogástrica, la paciente deja de vomitar, ya que el contenido gastrointestinal drena por la sonda, se observa más cooperador, hay mejoría ante la acción del medicamento, la sensación de limpieza y frescura de la boca estimula la ingestión y disminuye las náuseas; al expresar sus sentimientos se le da una atención resolutive al problema que presenta.

## **Problema y/o Necesidad**

Distensión abdominal

### **Manifestación del Problema**

- a) Disminución de la peristalsis
- b) Cólicos Intestinales

### **Razón Científica del Problema**

Es el resultado de la acumulación de gases en intestinos aún cuando se interrumpe la ingestión, el aire deglutido y las secreciones gastrointestinales, llega al estómago e intestino, se desplazan como resultado del peristaltismo, tiene lugar su acumulación en las asas intestinales, lo que causa distensión y sensación de plenitud o dolor en el abdomen. (102)

### **Acción de Enfermería**

- a) Vigilancia del ayuno
- b) Movilización asistida en cama

### **Razón Científica de la Acción**

- a) Se debe vigilar que se interrumpa toda la ingestión para disminuir la formación y secreción de secretina.
- b) Es para evitar complicaciones y propiciar la mayor comodidad a la paciente, garantizando su seguridad y de la enfermera facilitando su transporte, cuando sabe lo que se le espera y se le explica la forma en que puede ayudar a realizar el procedimiento, es factible obtener cooperación, explicar el objetivo de la actividad y la importancia que tiene para la paciente. (103)

---

102.- C. Smeltzer, G.B Brenda, Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth, p-473

103.- Wiecek L. King. E.M. Técnicas de Enfermería, p-558,559



## **Evaluación**

Después de haber colocado la sonda nasogastrica la paciente refiere disminución del dolor y la distensión abdominal mejora poco a poco, ya que el contenido gastrointestinal drena por la sonda, también favoreciéndole la movilización la cual inicialmente es asistida y posteriormente sin ayuda cuando el dolor desaparece.

## **Problema o necesidad**

Ansiedad

## **Manifestación del Problema**

Temor a la enfermedad  
Temor a ser internada

## **Razón Científica del Problema**

Ansiedad.- Sensación de malestar en respuesta a peligro o amenaza desconocidos. (104)

La ansiedad aumenta la percepción propia del dolor.

El miedo a la enfermedad o a la muerte es una sensación que se debe de enfrentar al entrar al hospital. Los pacientes hospitalizados suelen tener reacciones emocionales inesperadas a sus padecimientos.

El temor al desfiguramiento a las lesiones corporales es un problema constante si el paciente va a ser sometido a cirugía. (105)

## **Acciones de Enfermería**

- a) Valorar la causa del temor que presenta el paciente al ingresar al hospital.
- b) Calmar el temor de la paciente sobre el miedo a lo desconocido.
- c) Infundirle confianza y seguridad a la paciente y familia.

---

104.- Mildred A. Mason. Enfermería Médico Quirúrgica, p-470

105.- Wieck L. King. E.M. Técnicas de Enfermería, p-7,8

### **Razón Científica de la Acción**

a)El ambiente desconocido para el enfermo y una sensación de aislamiento, puede provocar estrés al recién llegado. Para las personas hospitalizadas es de gran importancia la capacidad para obtener asistencia rápida. (106)

Al proporcionarle la información y las explicaciones apropiadas a la paciente y familia puede atenuar la ansiedad y facilitar la adaptación al hospital. (107)

b)La enfermera debe permitir a la paciente que exprese sus sentimientos acerca de estos temas y dar respuestas honestas a sus preguntas. Una necesidad importante para cada enfermo es sentirse aceptado como un miembro valioso de la sociedad sin que se tome en cuenta su condición física.

La enfermera puede expresar su interés por el paciente de muchas formas como tocándolo con delicadeza o escuchándolo con atención, antes que un enfermo se acepte a si mismo, debe sentir la aceptación de los demás. (108)

c)Proporcionar al paciente y familia una explicación adecuada en relación a su padecimiento, para establecer confianza y seguridad mediante el cual le produzca bienestar y tranquilidad y se enriquezca la relación personal, explicando los procedimientos para el suministro de cuidados físicos, mejorando la relación paciente-enfermera, estableciendo confianza y comunicación mutua. (109)

### **Evaluación**

El temor y la ansiedad que presentaba la paciente disminuyó, se observaba confiada y coopera satisfactoriamente. Si no se le explica con anticipación lo que se le va a realizar se muestra distante con rechazo de primera intención pero se logra avanzar cuando hay explicación a lo antes mencionado.

---

106.- Wieck L. King. E.M. Técnicas de Enfermería, p-153

107.- Ibedem, p-152

108.- Ibedem, p-8,9

109.- Ibedem, p-7,8

**Problema o Necesidad**

Taquicardia

**Manifestación del Problema**

- a) Aumento de la frecuencia cardíaca y pulso
- b) Ansiedad

**Razón Científica del Problema**

Latidos cardiacos anormalmente rápidos.

Es un cuadro que puede derivarse de fiebre, hemorragia aguda, anemia, choque, ejercicio, insuficiencia congestiva cardíaca, dolor, enfermedades hipermetabólicas, angustia o administración de fármacos, simpaticomiméticos o parasimpaticolíticos.

**Acción de Enfermería**

- a) Explicarle a la paciente su padecimiento y la importancia de que se tranquilice.
- b) Explicarle a la paciente antes de cada acción de enfermería en que consiste ésta.

**Razón Científica de la Acción**

a) Es responsabilidad de la enfermera auxiliar a la paciente a adaptarse a la situación en curso, y al mismo tiempo tratar de que conserve un sentido de su propia realidad.

b) Los procedimientos de enfermería nunca deben ser vistos como "rutinas" sino más bien considerados como un proceso individual relacionado con la atención de todas las necesidades de la paciente.

La paciente debe sentirse segura, a gusto y aceptada en cualquier situación posible.  
(110)

**Evaluación**

Mejora notablemente la taquicardia que presenta a su ingreso ya que al ofrecerle confianza y explicarle anticipadamente los procedimientos que le van a realizar, le produce bienestar y tranquilidad.

**Problema o necesidad**

Dolor de herida quirúrgica.

**Manifestación del problema**

Quejumbrosa  
Inquieta  
Ansiosa  
Taquicardica

**Razón científica del problema**

El dolor depende de la constitución fisiológica y psicológica de la persona, su nivel de tolerancia subsecuente, sitio de incisión, tipo de operación, magnitud del traumatismo quirúrgico, tipo de anestésico empleado y vía de administración, (111)

**Acción de enfermería**

- a) Toma y vigilancia de signos vitales.
- b) Alivio del dolor y molestias postoperatorias mediante la administración de analgésico (nalbufina).
- c) Posición fowler baja para facilitar la expansión pulmonar.
- d) Auxiliarla al toser.

### **Razón científica de la acción**

a) Los parámetros de los signos vitales, indican cambio en la hemostasia fisiológica. La enfermera debe de observar, comprobar y registrar en forma precisa las variaciones de estos signos, para valorar su estado de salud y dar el cuidado de enfermería adecuado. (112)

b) Es un analgésico opiode sintético con propiedades agonista y antagonista, su potencia en miligramos es igual a la morfina, su efecto por vía intravenosa inicia dos a tres minutos es máximo en treinta minutos y persiste por tres a cuatro horas, por vía intramuscular se inicia quince minutos es máximo en sesenta minutos, dura de tres a seis horas. Su acción agonista, se lleva a cabo sobre los receptores kappa y sigma, su acción antagonista depende de su afinidad por los receptores MV, la nalbufina se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina. (113)

c) Esta posición favorece la exhalación respiratoria y disminuye la tensión muscular abdominal. (114)

d) Enseñar a la paciente a sujetar la incisión con las manos para reducir el dolor cuando tosa y respire profundamente. (115)

### **Evaluación**

Al administrar el analgésico indicado y protegiéndose con las manos la incisión abdominal, el dolor desaparece y aprovecha para realizar cambios de posición, toser y respirar profundamente.

---

112.- Ledezma Pérez, Introducción a la enfermería, p-87

113.- Rodríguez Carranza, Vam, p-581

114.- Rosales Barrera S., Reyes Gómez E., Fundamento de Enfermería, p-95

115.- Smith Germain, Enfermería Médico Quirúrgico, p-701

**Problema o necesidad**

Perturbación de la función respiratoria

**Manifestación del problema**

Disnea

Tos

**Razón científica del problema**

La respiración es el intercambio de gases, oxígeno y bióxido de carbono, entre un organismo y su medio ambiente. (116)

**Acción de enfermería**

- a) Posición de fowler baja
- b) Oxigenoterapia
- c) Enseñarla a toser
- d) Aspiración de secreciones
- e) Cambios de posición

**Razón científica de la acción**

a) Esta posición le facilita la expansión pulmonar (117)

b) La administración de oxígeno por catéter nasal entre uno y seis minutos de flujo de oxígeno, se incrementa de 3% a 4% por cada minuto, mejorando la oxigenación del paciente, procurando no administrar más del 50% durante periodos prolongados por riesgo de toxicidad por oxígeno. (118)

---

116.- Chalote Bell Cindy, W. Hughes. Manual de Anestesia. p-5

117.- Sholts Brunner, Smith Suddarth. Manual de la Enfermería. p-553

118.- Inst Nal De Nutrición, Salvador Subirán, Manual de Terapeuta Médica y Procedimientos de Urgencias. p-136

c) Enseñarle a que apriete la incisión en abdomen con las manos o con una almohada cuando tosa. (119)

d) La aspiración de secreciones nos permite mantener una vía aérea permeable, una adecuada ventilación e intercambio gaseoso.

e) Es para evitar complicaciones y propiciar la mayor comodidad a la paciente, garantizando su seguridad y de la enfermera, facilitando su transporte cuando sabe lo que se le espera y se le explica la forma en que puede ayudar a realizar algún procedimiento, es factible obtener cooperación, explicando el objetivo de la actividad y la importancia que tiene para la paciente; también se le activa para que camine cuando se le permita. (120)

### **Evaluación**

Paciente sin complicaciones respiratorias, movimientos y ruidos respiratorios normales, tose eficazmente y utiliza almohada para inmovilizar la incisión en el vientre, se le aplican analgésicos en el postoperatorio según ordenes medicas, cambios de posición y camina.

---

119.- Sholts Brunner, Smith Suddarth, Manual de la Enfermería, p-553

120.- Wiecek L. King, E.M Técnicas de Enfermería, p-558, 559

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- 1.- El diagnóstico temprano y el tratamiento médico quirúrgico fue oportuno en la colecistitis crónica litiasica, por lo tanto determinante en esta paciente, evitando complicaciones, lo que hace un buen pronóstico de sobrevida.
- 2.- Es importante la coordinación por parte del equipo multidisciplinario, en relación a la atención del paciente, para que no haya variaciones en el tratamiento ya que éste perjudica a la paciente.
- 3.- El apoyo psicológico que se le proporcionó a la paciente y a la familia, fue de gran utilidad para la adaptación al ingreso al hospital y a la intervención quirúrgica.
- 4.- La aplicación oportuna de la terapéutica y los cuidados integrales a la paciente por parte de enfermería, contribuyó a su restablecimiento y a la ausencia de complicaciones.
- 5.- La participación activa de la paciente en su tratamiento, favoreció a la pronta recuperación de su padecimiento, se le proporcionó información a los familiares para que participen en el autocuidado de la paciente, logrando el objetivo deseado.
- 6.- Del objetivo del Plan de Atención de Enfermería, se alcanzó a través de lo propuesto, mediante la vigilancia constante, lo cual favoreció su evolución y recuperación durante su estancia hospitalaria y hasta su egreso.
- 7.- Es importante que en cada uno de los cuidados de enfermería que se le proporcione a la paciente, se deben de realizar con fundamento científico para estar segura de que se está otorgando un servicio de calidad, ya que la enfermera evaluará la calidad y el cuidado que otorga y la mejore.
- 8.- Fue muy importante la revisión bibliográfica para la realización de este proceso de atención de enfermería, el cual me dio a conocer cada uno de los pasos que lo componen, y así facilitar la elaboración del mismo.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



9.- Este proceso de atención de enfermería, me dejó una enseñanza sobre la importancia del cuidado individual e integral que se le otorga a cada paciente sobre sus necesidades y temores de la enfermedad que presenta. Asimismo como su participación es tan importante para su propio autocuidado,.

10.- La propuesta es concientizar al personal de enfermería sobre la relevancia que tiene la utilización del proceso de atención de enfermería, para que desarrollen con razonamiento lógico y con capacidad metodológica, todas las acciones en su desarrollo y quehacer profesional implementando planes de atención individualizados utilizando el método científico de una manera planeada, organizada y sistematizada, para otorgar atención integral, oportuna y de calidad, con el objetivo de recuperar y mantener la salud con el menor daño posible, disminuyendo secuelas y rehabilitando e integrando al individuo, familia y comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería, Barcelona España, Ed. Doyna año 1989, p.7,8,96
2. Baily Raff Ellen, Lloyd Zusi Mary. Consultor de Enfermería Clínica vol. II, Ed. Oceano, 1990, p.237
3. C. Smeltzer, G. Bare Brenda. Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth vol.I y II 1ª ed. Ed. Iternamericana, Mc. Graw Hill, año 1994, p.172,462,466,471,473,479,1067,1068,1073,1074.
4. C. Guyten Arthur, Tratado de Fisiología Médica, 5ª. ed, Ed- Nueva Editorial Interamericana, año 1977, p.671,932,935.
5. C. Sabiston David, M.D. Jr.Tratado de Patología Quirúrgica, vol. I, Decima cuarta ed, Ed. Interamericana, Mc Graw Hill, año 1995, p.1181,1184,1185.
6. Charlotte Bell, Cindy W. Hughes, Manual de Anestesia Pediátrica, 1a. ed.. Ed. Masby Year Book de España, S.A. año 1993 p-5
7. Englebert Cunphy J.W. Way Lawrence, Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos 3ª. ed, Ed. El Manual Moderno, S.A. de C. V. Año 1982, p.474,483
8. Eliason Ferguson, Enfermería Quirúrgica, 10ª. ed, Ed. Interamericana, año 1980, p.536
9. Fuerst y Wolf, Principios Fundamentales de Enfermería, 12ª. ed, Ed. La Prensa Médica Mexicana. año 1980, p.37,83,102,111,119,180,370
10. Gauntlett Patricia, Myers Judith, Enfermería Médico Quirúrgica, vol. I 2a. ed, Adaptación Susana Salas y ma. Teresa Alzada, Ed. Mosby, Doyma, Madrid, España, año 1995, p.21,22.

11. Gutierrez Samperio Cesar, Arrubanera P.V. Manual Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo 2ª. ed, Ed. Manual Moderno año 1996,p.309,419,424
12. Halabe J. Lifshitz, A. López Barcenás J. Ramírez M. El internista, 1ª. ed, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, año 1997, p.522
13. Ins. Nal. De Nutrición, "Salvador Subirán", Manual de Terapeútica Médica y Procedimiento de Urgencia, 3ª. ed. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana año 1996 p-136
14. Keith L. Moore, Anatomía con Orientación Clínica, 3ª ed. Ed. Médica Panamericana, año 1993,p.212
15. Klusek Hamilton Helem, Bowen R. Minnie, Procedimientos de Enfermería, 1ª ed, Ed. Nueva Editorial Interamericana año 1986,p.8,382
16. Latarjet Ruiz Liard, Anatomía Humana, vol. II, 2ª ed, Ed. Médica Panamericana año 1989,p.1525
17. Ledesma Pérez Ma. Del Carmen, Introducción a la Enfermería, 8ª ed, Ed. Limusa S.A. año 1983,p.77, 87
18. Mildred A. Mason, Enfermería Médico Quirúrgica. 3ª. ed. Ed. Interamericana, año 1976,p.470
19. Marriner, Ann, El Proceso de Atención de Enfermería un enfoque Científico Traducción 2ª ed, Dr. Alonso Téllez Vallejo. Ed. Manual Moderno México, 1990 p.12,19
20. Merck Sharp, Dohne International, El Manual Merck, 6ª ed. Editado por Merck Sharp, Dohne, Research, Laboratiruis ali 1978, p.827,956,957,959.
21. Murria, Atkinson. Proceso Atención de Enfermería, 5ª, ed, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, año 1996,p.1,4.
22. Nordmark, rohweder, Bases Científicas de la Enfermería, 2ª ed. Ed. El Manual Moderno, S. A. De C.V. año 1988,p.153,154,163

23. Paul F. Nora, Cirugía General. Principios y Técnicas 2ª, ed. Ed. Salvat Editores, S.A., p.598
24. Quiroz Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana. tomo III, vigésima cuarta ed, Ed. Porrua, S.A. México, año 1983, p.198,199
25. R. Me, Nally Peter, Do, Fracg. Secretos de la Gastroenterología, Ed. Mc. Graw Hill, Interamericana, año 1988, p.271
26. Rosales Barrera Susana, Reyes G. Eva. Fundamentos de Enfermería, 1ª ed, Ed. Manual Moderno, S.A. de C.V. México, año 1991, p.95,221.
27. Rodríguez Carranza Rodolfo, Vademécum Académico de Medicamentos, 2ª ed, Ed. Nueva Editorial Interamericana Mc. Graw Hill, año 1995, p.137,294,555,581,722
28. Siges Creus A. Manual de Enfermería, 3ª ed. Ed. Toray, año 1978, p.403,443,542,554,578.
29. Schwartz, Shires, Spencer. Principios de Cirugía, vol. III, 5ª, ed, Ed. Interamericana Mc Graw Hill, año 1991, p.1234,1236,1248
30. Sholts Brunner Lilian, Smith Suddarth Doris, Manual de la Enfermería Médico Quirúrgico, Ed. Interamericana Mc, Graw Hill, año 1988, p.201,202,203,205,206.
31. Sholts Brunner Lilian, Smith Suddarth Doris, Manual de la Enfermería, Ed. Interamericana Mc, Graw Hill, año 1991, p.548,552,553
32. Smith Germain, Enfermería Médico Quirúrgica, 4ª ed, Ed. Interamericana año 1978, p.700.701
33. Villalobos Pérez J. De Jesús, Gastroenterología vol. II 4ª ed, Ed. Mendez Editores, S.A- de C.V. año 1993. cap. 124 p.1556,1557,1558,1565, cap. 125, p.1573, cap 127, p.1586, cap. 128 p.1599,1601,1602

34. Vargas Domínguez Armando, Gastroenterología, tomo unico, 1ª ed, Ed. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. año 1989, p407,409,410
35. Wieck L. Kinge E:M- Técnicas de Enfermería, 3ª ed. Ed. Interamericana Mc. Graw Hill, año 1988, p.7,8,9,152,153,157,179,385,558,559,578.
36. W. Iyer Patricia J. Taptih Barbara, Proceso y Diagnóstico de Enfermería 1ª., ed. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, año 1988, p-11,13
37. W. Iyer Patricia J. Taptih Barbara, Proceso y Diagnóstico de Enfermería 2ª., ed. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, año 1992, p-46