

16
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

COLECISTITIS CRONICA LITIASICA

ESCUELA NACIONAL DE
 ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 COORLINACION DE INVESTIGACION
 U. N. A. M.

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
 LICENCIADA EN
 ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
 P R E S E N T A:
 MARIA AMPARO MORENO SUAREZ

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA
 CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO



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.

CONTENIDO

	PAGS.
INTRODUCCIÓN	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO EN ESTUDIO</u>	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	4
1.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES	6
1.3 UBICACIÓN DEL CASO CLINICO EN AREAS DE ES- PECIALIDAD	7
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL CASO CLÍNICO EN ESTUDIO	8
1.5 OBJETIVOS	8
1.5.1 General	8
1.5.2 Específicos	9
2. <u>MARCO TEÓRICO DE LOS PROBLEMAS BIOPSIOSOCIALES</u> <u>DEL PACIENTE</u>	10
2.1 PROBLEMAS BIOLÓGICOS	11
2.1.1 Colecistitis Crónica Litiásica	11
- Aspectos Anatomopatológicos del sistema biliar	11
- La vesícula biliar	12
- Histología de la vesícula biliar	13

- Irrigación de la vesícula biliar y vías biliares	15
- Funciones de la vesícula biliar	16
- Almacenamiento de bilis en la vesí- cula biliar	16
- Vaciamiento de la vesícula biliar ...	17
- Componentes de la bilis	18
- Secreción de la bilis	19
- Regulación de la secreción biliar ...	19
- Sales biliares y su función	21
- Conceptos de Colecistitis	21
a) Crónica	21
- Formación de cálculos biliares	23
- Clasificación de los cálculos biliares	25
- Aspectos de los cálculos biliares ...	26
- Etiología de la Colecistitis Crónica Litiásica	27
- Patología	28
- Diagnóstico	30
- Manifestaciones	33
- Diagnóstico Diferencial	35
- Tratamiento	36
- Fases tardías y complicaciones	39
- Síndrome Postcolecistectomía	43
- Atención en Enfermería	43

2.1.2	Dolor	53
	- Conceptos de dolor	53
	- Introducción	54
	- Etiología del dolor	57
	- Mecanismos del dolor	58
	- Naturaleza y tipos de dolor	59
	- Fisiología del dolor	62
	- Aspectos psicológicos del dolor	63
	- Manifestaciones del dolor	64
	- Diagnóstico del dolor	66
	- Tratamiento	66
	- Atención de enfermería	67
2.2	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	67
2.2.1	Angustia	67
	- Conceptos	67
	- Filogénesis y Ontogénesis de la angustia	70
	- Mecanismos de defensa	71
	a) represión	
	b) racionalización	
	c) sobrecompensación	
	d) conversión	
	e) proyección	
	f) regresión	

g) desplazamiento	
h) sublimación	
i) identificación e introspección ...	
j) enquistamiento o aislamiento	
- Atención en enfermería	74
2.2.2. Miedo	75
- Conceptos	75
- Introducción	76
- La enfermedad como amenaza	77
- Indicadores de "stress"	78
- Diferencia entre el miedo y la an- gustia	79
- Atención de enfermería	80
2.3 PROBLEMAS SOCIOCULTURALES	81
- Concepto	84
- Clasificación de la desnutrición	84
- Hábitos Nutricionales	86
- Crisis alimentaria	87
- Los alimentos como negocio	89
- Efecto de los alimentos chatarra en la salud	90
- Etiología y factores	91
- Manifestaciones	92

- Principales problemas nutricionales.....	92
- Medidas de prevención	93
- Atención de enfermería	95
- La educación en los programas de nutrición..	97
2.3.2 Higiene Personal	98
- Introducción a la Higiene Personal...	98
a) El adulto normal	98
- Conceptos de higiene personal	99
- Relación entre conocimientos y salud.	102
- Factores etiológicos	102
- Manifestaciones	102
- Orientación de la higiene personal y ambiental	103
3. <u>METODOLOGÍA DE TRABAJO</u>	104
3.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	105
3.1.1 Diagnóstico Integral	105
3.1.2 Diagnóstico Biológico	106
3.1.3 Diagnóstico Psicológico	107
3.1.4 Diagnóstico Sociocultural	107
3.2 TIPO Y DISEÑO DEL PLAN DE ATENCIÓN	108
3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS	108

3.3.1	Observación. Se utiliza en la entrevista directa con la paciente	108
3.3.2	La entrevista. Es abierta y cerrada, utilizando la historia clínica de enfermería	108
3.3.3	Historia Clínica de Enfermería. Nos permite reunir los datos necesarios	109
3.4	PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	109
4.	<u>VALORACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO</u>	164
5.	<u>EXTENSIÓN AL HOGAR</u>	169
6.	<u>CONCLUSIONES GENERALES</u>	172
7.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	177
8.	<u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	182
9.	<u>APÉNDICES</u>	192

LISTA DE CUADROS

PAG.

- CUADRO # 1 Composición de la Bilis 21
Guyton C. Arthur. Fisiología y Fisiopatología. 2a. ed. México, Ed. Interamericana. -
1979. p. 506
- CUADRO # 2 Zonas Hiperálgicas de Head 61
Farreras P. Valenti. Medicina Interna. Tomo
II. 8a. ed. México. Ed. Marín. 1974. p. 121
- CUADRO # 3 Dieta para pacientes con Colectomía... 158
Mario V. Krause. Nutrición y Dietética en
Clínica. 5a. ed. México. Ed. Interamericana
1983. p. 398.

INTRODUCCIÓN

La integración de los conocimientos teórico-prácticos del pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, son elementales para elaborar cualquier Proceso de Atención de Enfermería a problemas relacionados con el estado de salud-enfermedad de los seres humanos.

Por ello, se han utilizado estos conocimientos en el presente caso clínico de Colecistitis Crónica Litiásica, de la Sra. V. V.O., originaria y radicada en el Distrito Federal, y que actualmente se encuentra internada en el Hospital Regional -- "Lic. Adolfo López Mateos", del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Este caso se ha seleccionado por la importancia que tiene, al ocupar el sexto lugar en la clasificación de operaciones quirúrgicas¹ del mencionado nosocomio. También porque la mortalidad por colecistitis ocurre en 7% de los adultos, con mayor incidencia en las mujeres obesas, de cuarenta años en adelante, aunque esto no quiera decir que los hombres queden exentos de dicha enfermedad, ya que de 254 mujeres que mueren, dejan de existir 106 hombres por esta causa.²

¹ ISSSTE. Hosp. Gral. "Lic. Adolfo López Mateos". Informe Estadístico 1971-1980. México. Ed. ISSSTE. p. 99.

² SSA. Compendio. Depto. de Bioestadística. México, 1981. p. 37.

Por lo anteriormente expuesto, se puede considerar la colecistitis como una patología universal derivada de grupos poblacionales con: a) Bajo ingreso económico, b) Deficientes y malos hábitos nutricionales (mayor consumo en grasas, hidratos de carbono y glúcidos), que han adquirido de generaciones anteriores y que dan como resultado una alta vulnerabilidad a infecciones o enfermedades.

Por consiguiente, al reflexionar sobre algunas de las múltiples condiciones que favorecen la existencia de esta enfermedad, se pensó en realizar un Proceso de Atención de Enfermería a fin de estudiar con mayor profundidad esta enfermedad y proporcionar ayuda a los pacientes con este padecimiento.

En el capítulo 1o. se describe la fundamentación del caso clínico, la situación problema, y la jerarquización de problemas biopsicosociales. También se ubica el caso clínico en estudio en áreas de especialidad, justificando por qué se eligió el caso estudiado, y se dan a conocer los objetivos que se esperan alcanzar.

En el capítulo 2o. se desarrolla el marco teórico conceptual de cada uno de los problemas biopsicosociales detectados en la paciente, haciendo referencia al concepto, anatomía y fisiopatología, etiología, tratamiento y atención de enfermería de la Colecistitis Crónica Litiásica.

En el capítulo 3o. se da a conocer la metodología de trabajo,

incluyendo el diagnóstico de enfermería, tomando al individuo como una unidad biopsicosocial. Asimismo, se da a conocer el tipo y diseño del plan de atención de enfermería en el que se enuncian con su fundamentación científica las necesidades del paciente, así como las acciones de enfermería y quién las realizará.

En el capítulo 4o. se valora la metodología de trabajo, aquí se incluye el diagnóstico de enfermería, el tipo y diseño, las técnicas de investigación utilizadas, y el plan de atención.

En el capítulo 5o. se muestran los aspectos de extensión al hogar, que incluyen los puntos de promoción, protección específica y de rehabilitación.

En el capítulo 6o. se conocerán las conclusiones y recomendaciones necesarias. En el capítulo séptimo se muestran algunas de las técnicas utilizadas en la investigación del caso. Y finalmente aparecen el Glosario de Términos, para facilitar la comprensión de los términos a quienes hagan uso de este caso clínico, los Anexos y las referencias Bibliográficas de las obras consultadas.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

Se describen a continuación los datos generales de la persona cuyo caso es objeto de análisis de este trabajo.

La Sra. V.V.O.: de 36 años de edad, estado civil: unión libre, escolaridad: 6o. año de Primaria: ocupación: auxiliar de Intendencia: con domicilio en la Colonia Miravalles.

La paciente refiere haber iniciado desde hace 2 años con dolor en hipocondrio derecho y en epigastrio con la ingesta de alimentos grasos, cuadro clínico repetitivo. El 22 de agosto de 1985, última fecha de ingreso al hospital, como a las -- 16:00 hrs., posterior a la ingesta de alimentos grasos, inicia con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiándose este dolor en hemicinturón a región dorsal derecha, acompañado en una ocasión de vómito gastrobiliar, como a las 8:00 hrs. de inicio del dolor abdominal, este dolor cede moderadamente.

La paciente se encuentra consciente, bien orientada, con tegumentos de color normal, tez morena, edad aparente a la cronológica, actitud libremente escogida, facies dolorosas, con extremidades superiores simétricas, cráneo, cara y cuello sin alteraciones patológicas, cavidad bucal con tres piezas mla res cariadas, tórax con tipo respiratorio costoabdominal, -

frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, tensión arterial 140/70 mm Hg., temperatura 36.3 °C, murmullo vesicular normal, abdomen blando depresible doloroso en hipocondrio derecho, Murphy positivo, se logra palpar el fondo vesicular entensión, (no hay crecimiento vesicular) (ni tumores patológicos), ruidos peristálticos presentes, genitales sin alteraciones, simetría de extremidades inferiores, buen tono muscular, deambulación normal, pulsos periféricos perceptibles sin alteraciones.

La paciente aparenta tranquilidad hacia quienes le atienden, pero en momentos se muestra silenciosa y preocupada, manifestando angustia y miedo porque nunca se le ha realizado ninguna operación, y porque al estar hospitalizada no lleva a cabo sus responsabilidades hogareñas, pues ella es la que lleva la organización en su hogar por ser la esposa y madre de una niña de 11 años de edad con escolaridad de 4o. año de primaria.

Por lo que respecta al medio ambiente de la paciente que nos ocupa, el lugar que habitan ella y sus familiares cuenta con todos los servicios de urbanización, varios recursos particulares de salud y una clínica del ISSSTE, de la cual es derechohabiente.

En los hábitos de higiene nutricional, nos refiere que se lava las manos cuantas veces sean necesarias antes de preparar

alimentos y después de ir al baño, la dieta que ellos consumen es rica en grasas, hidratos de carbono y pobre en proteínas tanto vegetales como animales.

Debido a su escasa preparación educativa, la paciente labora como Auxiliar de Intendencia, trabajo que desempeña durante el día, y por la tarde continúa con las labores del hogar, ocupando todas las horas del día sin darse tiempo para alguna actividad recreativa ni para convivir con sus vecinos.

De vez en cuando acude al cine, como medio de diversión, pues considera que no se puede dar el lujo de malgastar el dinero debido a que su ingreso económico es muy limitado, y tiene que cubrir otros gastos como son: renta de la habitación donde viven, gastos para alimentación y vestidos, así como gastos escolares de su hija, entre otros. Cabe agregar que la paciente es muy cooperadora y educada durante su estancia hospitalaria.

La paciente es ingresada a medicina interna con diagnóstico médico de Colecistitis Crónica Litiásica Agudizada.

1.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES

Por medio de los datos obtenidos se enuncian a continuación los problemas de máxima prioridad que requieren de intervención inmediata, dada la gravedad del caso que pone en peligro la vida de la paciente, y que son los siguientes:

PROBLEMAS BIOLÓGICOS

- Colecistitis Crónica Litiásica
- Dolor

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

- Angustia
- Miedo

PROBLEMAS SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS

- Desnutrición
- Higiene personal deficiente.

1.3 UBICACIÓN DEL CASO CLÍNICO EN ÁREAS DE ESPECIALIDAD

La disciplina encargada de estudiar la fisiología del sistema digestivo por órganos es la Gastroenterología, cuyos estudiosos especialistas se perfeccionan cada vez más ante métodos de atención y tratamiento (clínicos y quirúrgicos) de los enfermos que padecen este tipo de patología.

Por tal razón, se ha ubicado el estudio de Colecistitis Crónica Litiásica en el área de Gastroenterología, ya que la vesícula biliar forma parte de los órganos accesorios del aparato digestivo y cuya afección viene a dificultar la digestión tanto en los procesos químicos como mecánicos, repercutiendo esto en una incompleta utilización de los alimentos, los cuales son vitales al ser humano.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL CASO CLÍNICO EN ESTUDIO

La Colecistitis Crónica Litiásica es una patología con mayor incidencia en la mujer, y graves afecciones a la vesícula biliar, la cual contiene numerosos y diversos tipos de cálculos biliares. Se cree que la ingesta de grandes cantidades de alimentos ricos en grasa contribuyen, entre otros factores, a desencadenar el cuadro. Por tal motivo, y teniendo a nuestro alcance los medios y recursos hospitalarios y humanos, se realizó el presente estudio clínico a la Sra. V.V.O., con el objeto de conocer y elaborar un plan de acciones científicas que, al ser aplicadas a la paciente hospitalizada, nos permitan evaluar en un período razonable si han sido ejecutadas en forma oportuna y eficaz para bien de la paciente, ya que nuestra responsabilidad como pasantes de Enfermería es llevar a la práctica el Proceso de Atención de Enfermería y corroborar las veces que sean necesarias lo indispensable de su uso al aplicarlo a cualquier paciente con patología similar.

El P.A.E. a su vez nos inducirá a la investigación científica y actualizada de habilidades ante métodos, materiales y equipos cada día más complejos para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Brindar atención de enfermería en forma integral, en coordinación con el equipo interdisciplinario de salud, a una paciente con Colecistitis Crónica Litiásica Agudizada.

1.5.2 Específico Biológico

Desarrollar un plan de actividades en forma lógica y secuenciales para dar atención sanitario-asistencial a la paciente con Colecistitis Crónica Litiásica Agudizada, y disminuir el dolor.

1.5.3 Específico Psicológico

Brindar atención de apoyo emocional a la paciente a fin de disminuir la angustia y el miedo que presenta.

1.5.4 Específico Sociocultural

Concientizar a la paciente de la importancia que tiene la higiene personal, así como la adquisición de alimentos nutritivos de acuerdo con su ingreso económico, para que disminuya en tiempo futuro la desnutrición que presenta, de tal forma que su organismo sea menos vulnerable a las enfermedades.

2. MARCO TEÓRICO DE LOS PROBLEMAS BIOPSIICOSOCIALES DEL PACIENTE

La Colecistitis Crónica Litiásica es una de las siete principales patologías que atañen a las vías biliares y en especial a la vesícula biliar, manifestándose con mayor incidencia en las personas obesas, cuarentonas y multíparas, con predominio en el sexo femenino cuyos hábitos nutricionales son deficientes, pues por lo general son personas que han estado ingiriendo durante su vida alimentos ricos en grasas, hecho causado por diferentes factores, entre ellos el factor determinante es el socioeconómico, que una vez más corrobora lo ya antes afirmado en el documento llamado Testamento Médico, el cual concluye así: "Las enfermedades son, principalmente, el resultado de una alimentación errónea a lo largo de la vida".³

Esta es una de las importantes razones para que la enfermera de hoy, en colaboración con el grupo interdisciplinario de salud, sea más realista y objetiva al otorgar una atención integral y asistencial a las necesidades biopsicosociales más importantes que presente la paciente hospitalizada.

En el presente capítulo se describen medidas que se deben conocer en cuanto a la Anatomía, fisiopatología, diagnóstico,

³ Josué de Castro. El libro negro del hambre. México, Ed. EUDEBA. 1971. p. 19.

manifestaciones, tratamiento, complicaciones y atención de enfermería, así como aquellos factores psicológicos y socioculturales que contribuyen como desencadenantes de la entidad patológica que nos ocupa.

2.1 PROBLEMAS BIOLÓGICOS

2.1.1 Aspectos anatomofisiológicos del Sistema Biliar

El sistema biliar extrahepático, formado por la vesícula biliar y las vías biliares extrahepáticas, mantiene una comunicación directa entre hígado y tubo gastrointestinal, y por ello sirve como eslabón indispensable en la circulación enterohepática. Los conductos transportan pasivamente bilis del hígado al duodeno, de manera directa o con participación de la vesícula. De cada lóbulo del hígado sale un conducto biliar; el derecho y el izquierdo pronto se unen y forman el conducto hepático común, que pasa entre las dos hojas del epiplón menor en una distancia aproximadamente de 4 cm. Se le une en ángulo agudo el conducto cístico, formándose así el conducto colédoco, cuyo diámetro aproximado es de 0.5 a 0.7 cm. Esta cifra normal tiene cierta importancia, porque a menudo se plantea la interrogante sobre si existe dilatación en determinados estados patológicos. El colédoco desemboca en la segunda porción del duodeno por una pequeña dilatación, llamada la ampolla de Vater. En 60 a 70% de los su-

jetos, más o menos, el conducto de Wirsung se une al colédoco y desemboca por un orificio común en la ampolla de Vater⁴

LA VESÍCULA BILIAR

La vesícula biliar es un saco musculomembranoso cónico situado en una fosilla labrada en la cara inferior del lóbulo derecho del hígado. Se divide en tres regiones: 1) fondo, extremo redondo y cerrado de situación más inferior; 2) cuerpo, la porción situada entre el fondo y el cuello; 3) cuello, estructura tubular angosta que se adelgaza convirtiéndose en conducto cístico. La vesícula biliar en estado de relajación mide de 7 a 10 cm. de longitud, 2 a 3 cm. de anchura y puede contener de 30 a 50 ml. de bilis almacenada. Su capacidad de distensión le permite aumentar hasta 250ml.⁵

Para otros autores, la vesícula biliar se divide en cuatro segmentos; entre ellos, Farreras P. Valenti describe lo siguiente:

"En la vesícula biliar se observa el fondo, el cuerpo, el infundíbulo y el cuello. El cuello forma ángulo con el infundíbulo, y si este ángulo es muy agudo, el infundíbulo se dilata formando la bolsa de Hartman. El cuello va seguido

⁴ Stanley L. Robbins. Patología Estructural y Funcional. México. Ed. Interamericana. 1975. p. 1003.

⁵ Ibidem. p. 1005.

del cístico, con el que suele formar otro ángulo, sobre todo en los picnicos, de forma que resulta un trayecto sinuoso de S o sifón, que va desde el infundíbulo al cístico".⁶

HISTOLOGÍA DE LA VESÍCULA BILIAR

Histológicamente, la pared de la vesícula biliar posee cuatro capas: 1) La mucosa, formada por una capa de células cilíndricas altas dispuestas en muchos pliegues diminutos y entrelazados, que dan a la superficie de la mucosa aspecto de panal. En el cuello hay glándulas mucosas tubuloalveolares simples, que no se presentan en el cuerpo ni en el fondo. En los conductos biliares extrahepáticos principales - hay epitelio de revestimiento y glándulas similares. La mucosa del cuello de la vesícula biliar se dispone en un número variable de pliegues semilunares, que forman las válvulas espirales de Heister. El epitelio cilíndrico mucoso de la vesícula y los conductos están dispuestos sobre un estroma delicado de tejido conectivo, pero la vesícula no posee submucosa bien desarrollada, carácter histológico diferencial con el intestino. 2) Debajo de la mucosa hay una capa fibromuscular constituida por células de músculo liso y fibrillas elásticas; de esta capa depende la contractilidad

⁶Valenti P. Farreras. Medicina Interna. Tomo I. México, Ed. Marín, 1976. p. 279.

vesicular. 3) Entre la pared muscular y la pared externa de la vesícula, hay una capa perimuscular de tejido conectivo y fibras elásticas, que a menudo presenta infiltración de linfocitos esparcidos. 4) Una capa de serosa peritoneal cubre toda la vesícula, excepto la zona adosada al lecho hepático.

Los pliegues irregulares, que se observan fácilmente en estado de contracción, desaparecen con la distensión extrema. La túnica propia está ricamente vascularizada y contiene linfocitos.⁷

Dos variantes histológicas frecuentes merecen mencionarse, pues se presentan tan a menudo que casi podrían considerarse normales. En la capa perimuscular de tejido conectivo se presentan pequeñas formaciones a modo de conductos (conductos de Luschka) revestidos de células epiteliales características que no comunican con la luz vesicular, pero a veces están conectadas con los conductos biliares, y se supone que corresponden a conductos supernumerarios aberrantes. Los senos de Rokitansky-Aschoff son pequeñas evaginaciones de la mucosa vesicular que se extienden hacia el tejido conectivo subyacente, y a veces alcanzan la capa muscular. Comunican manifiestamente y de manera directa con el interior

⁷ Frank H. Netter. Sistema Digestivo. Tomo III/3. México. Ed. Salvat. 1983. p. 22.

de la vesícula. Están revestidos de epitelio cilíndrico característico; a veces se descubren en vesículas normales, más frecuentemente en estado patológico.

IRRIGACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR

El riego sanguíneo del sistema biliar extrahepático proviene de la arteria hepática; la rama que recibe la vesícula se llama arteria cística; existen muchas variaciones de la distribución arterial.

INERVACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR Y DE LAS VÍAS BILIARES

Proviene del plexo celiac donde se mezclan fibras vagales y postganglionares. Las fibras preganglionares simpáticas vienen del octavo y noveno segmentos torácicos. La inervación sensorial es simpática y viene de los mismos segmentos y los cuerpos celulares de estas fibras nerviosas están en las raíces posteriores del octavo y noveno nervios torácicos derechos.⁸

Los nervios vegetativos de las vías biliares regulan su tono, actuando el vago en el sentido de incrementarlo y el simpático disminuyéndolo. Según sostenía Meltzer, los estímulos colinérgicos o vagales dilatan el esfínter de Oddi y con -- traen la vesícula. Una vez cerrado el esfínter de Oddi, sos

⁸ Ignacio Chávez y Cols. Hígado y vías biliares. INN. México. Ed. UNAM. 1968. p. 275.

tiene una presión intracoledocal de 20 cm. de agua, por encima de la cual la vesícula se llena. Al abrirse el esfínter de Oddi, la presión intracoledocal se reduce a 10 cm. de agua, registrándose en las hipertonías patológicas del esfínter de Oddi presiones coledocales de 30-70 cm. de agua.

El simpático es, además, el principal nervio sensitivo de las vías biliares.⁹

FUNCIONES DE LA VESÍCULA BILIAR Y VÍAS BILIARES

La función más importante de la vesícula biliar consiste en: 1) la concentración de la bilis hepática por absorción rápida del agua y electrolitos contenidos en el líquido secretado por el hígado, y 2) liberación mediante contracciones sucesivas de esta solución concentrada de bilis al duodeno durante las comidas y después de las mismas para ayudar en la digestión de las grasas.¹⁰

La acidificación de la bilis parece ser otra función de la vesícula biliar.

ALMACENAMIENTO DE BILIS EN LA VESÍCULA

La bilis es secretada continuamente por las células hepáti-

⁹Howard M. Spiro. Gastroenterología Clínica. México. Ed. Interamericana. 1980. p. 820

¹⁰Ignacio Cháyez y Cols. Op. cit. 279.

cas, 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 sólo es de 40 a 70 mililitros.

Sin embargo, 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 con tinuamente por la mucosa vesicular, y se concentran los demás constituyentes de la bilis, incluyendo colesterol, bili rrubina y sales biliares. La bilis normalmente se concentra unas cinco veces, pero puede hacerlo hasta un máximo de apro ximadamente 10 a 12 veces.

VACIAMIENTO DE LA VESÍCULA BILIAR

Se requieren dos condiciones fundamentales para vaciar la vesícula biliar: 1) el esfínter de Oddi debe relajarse para permitir que la bilis fluya desde el colédoco hasta el duodeno, y 2) la propia vesícula debe contraerse para proporcionar la fuerza necesaria que desplace la bilis a lo largo del colédoco. Después de una comida, particularmente si es rica en grasa, ambos efectos ocurren en la siguiente forma:

En primer lugar, la grasa (también la proteína) alimenticia, al penetrar en el intestino delgado, extrae de la mucosa in testinal una hormona denominada colecistocinina, especial -

mente de las partes altas del intestino delgado. La colecistocinina, a su vez, es absorbida, pasa a la sangre, y al llegar a la vesícula biliar produce contracciones específicas de la musculatura correspondiente. Ello brinda la presión que manda la bilis hacia el duodeno.

En segundo lugar, cuando la vesícula se contrae, el esfínter de Oddi se inhibe; esto resulta de un reflejo neurógeno o miógeno entre vesícula y esfínter de Oddi. Esta inhibición puede, hasta cierto punto, ser efecto directo de la colecistocinina sobre el esfínter, provocando su relajación.

En tercer lugar, la presencia de alimentos en el duodeno hace que aumente el peristaltismo de la pared duodenal. Cada vez que una onda peristáltica viaja hacia el esfínter de Oddi, éste, junto con la pared intestinal vecina, momentáneamente se relaja por el fenómeno de la "relajación receptiva"¹¹ que se desplaza adelante de la onda de contracción peristáltica; si la bilis que está en el colédoco se halla a presión suficiente, penetra en el duodeno en poca cantidad.

COMPONENTES DE LA BILIS

La bilis se compone principalmente de agua, colesterol, pigmentos, sales inorgánicas y sales de ácidos biliares. ver -

¹¹ Arthur Guyton C. Fisiología y Fisiopatología Básica. México. Ed. Interamericana. 1979. p. 506.

cuadro 1, en el cual se muestra que la substancia más abundante secretada por la bilis son las sales biliares, pero - también se secretan en concentración considerable bilirrubina, colesterol, lecitina y los electrolitos que hay en el plasma. En el curso del proceso de concentración que ocurre en la vesícula, la mucosa reabsorbe agua, cloruros y bicarbonatos quedando prácticamente sin reabsorber todos los demás constituyentes, incluyendo en particular las sales biliares, las cuales, por lo tanto, se concentran mucho en la bilis vesicular.

SECRECIÓN DE LA BILIS

La bilis es secretada por los conductos hepáticos hacia el conducto colédoco, el cual desemboca en el duodeno. Entre las comidas, el orificio duodenal de este conducto está cerrado y la bilis llega a la vesícula biliar donde es almacenada. Cuando el alimento entra a la boca, el esfínter que rodea al orificio se relaja y cuando el contenido gástrico entra al duodeno, la hormona colecistocinina (CCC) proveniente de la mucosa intestinal hace que la vesícula biliar se contraiga. Los agentes que estimulan la secreción de bilis por el hígado se llaman coleréticos.

REGULACIÓN DE LA SECRECIÓN BILIAR

Cuando los alimentos entran a la boca, la resistencia del

CUADRO No. 1

Composición de la bilis

	Bilis Hepática	Bilis Vesicular
Agua	97.5 g por 100	92 g por 100
Sales		
Biliares	1.1 g por 100	6 g por 100
Bilirrubinas	0.04 g por 100	0.3 g por 100
Colesterol	0.1 g por 100	0.3 a 0.9 g por 100
ÁCIDOS		
grasos	0.12 g por 100	0.3 a 1.2 g por 100
Lecitina	0.04 g por 100	0.3 g por 100
Na	145 meq/l	130 meq/l
K	5 meq/l	12 meq/l
Ca	5 meq/l	23 meq/l
Cl ⁻	100 meq/l	24 meq/l
HCO ₃ ⁻	28 meq/l	10 meq/l

FUENTE: Arthur Guyton C. Fisiología y Fisiopatología. 2a. ed. México. Ed. Interamericana. 1979. p. 506.

esfínter de Oddi disminuye. Los ácidos grasos ponen en libertad CCC dentro del duodeno, lo cual causa la contracción de la vesícula biliar. El ácido, los productos de la digestión de las proteínas y el Ca^{++} también estimulan la secreción de CCC. Las sustancias que causan la contracción de la vesícula biliar son llamados Colagogos.

SALES BILIARES Y SU FUNCIÓN

Las sales biliares ejercen algunas acciones importantes. Ellas se combinan con los lípidos para formar micelas, complejos hidrosolubles que pueden ser absorbidos más fácilmente. Esta acción es llamado efecto hidrotrópico.

Ellas reducen la tensión superficial, y junto con los ácidos grasos y los glicéridos, son los responsables de la emulsificación de las grasas, preparatoria para su digestión y absorción en el intestino delgado. Ellas también desempeñan un papel al activar las lipasas intestinales y estimulan la reesterificación de los ácidos grasos y la síntesis del glicerol a partir de la glucosa en las células de la mucosa.¹²

CONCEPTOS DE COLECISTITIS

Según Farreras Valenti P., las colecistitis crónicas casi -

¹²William Ganong F. Fisiología Médica. 6a. ed. México. Ed. El Manual Moderno. 1978. pp. 434

siempre son asintomáticas de Litiasis Biliar y resultado de reiteración de múltiples brotes de colecistitis aguda. Con el tiempo acaban conduciendo a la retracción y atrofia de la vesícula y formación de adherencias periduodenales.¹³

Para Besson Mc Dermott, la colecistitis crónica incluye una gran amplitud de cambios patológicos que van desde una etapa de inflamación crónica con cambios mínimos, hasta un cuadro en el cual la pared de la vesícula está reducida a un tejido cicatrizal denso retraído encima de unos cálculos; la vesícula carece de función, y pueden ir asociadas la coledocolitiasis y la lesión hepática.¹⁴

Para Lilian S. Brunner, la colecistitis es una infección con asiento en la vesícula biliar, que causa dolor intenso, hipersensibilidad y rigidez en el hipocondrio derecho acompañado de náuseas y vómito, y los signos corrientes de inflamación aguda; este trastorno recibe el nombre de colecistitis aguda.¹⁵

Y para los estudiosos del Instituto Nacional de la Nutrición, la colecistitis crónica se manifiesta por brotes de colecistitis aguda, aunque generalmente en la fase crónica suele manifestarse por síntomas de poca intensidad, pero se carac

¹³ Valenti P. Farreras. Op. cit. 287.

¹⁴ Besson Mc Dermott. Medicina Interna. 13a. ed. México. Ed. Interamericana. 1972. p. 1479.

¹⁵ Lilian S. Brunner. Enfermería médico-quirúrgica. México. Ed. Interamericana. 1983. p. 869.

teriza por: meteorismo alto, postprandial temprano, dolor sordo o malestar epigástrico y en cuadrante superior derecho, eructos e intolerancia de determinados tipos de alimentos, fundamentalmente los grasosos.¹⁶

Podríamos resumir que la colecistitis crónica litiásica es un proceso inflamatorio e infeccioso de la vesícula biliar con atrofia de sus tejidos (principalmente el mucoso), y que suele acompañarse de cálculos de diversas formas y tamaños puros o mixtos. Se desconocen los factores principales que la originan, aunque se considera que tienen participación directa los siguientes:

- Cuadros repetitivos de colecistitis aguda
- Anomalías congénitas de la vesícula biliar
- Irritación química por la bilis concentrada
- Infección bacteriana, y reflujo pancreático
- Extasis biliar por cálculos
- Alimentación de por vida de alimentos ricos en cantidades de grasas.

FORMACIÓN DE CÁLCULOS BILIARES

Como se mencionó anteriormente en la secreción de la bilis, las sales biliares se forman en las células hepáticas a par

¹⁶ Instituto Nacional de la Nutrición. Hígado y vías biliares México, UNAM. 1968. p. 283.

tir del colesterol, y en el proceso de secretar sales biliares se elimina aproximadamente la décima parte de colesterol hacia la bilis. No se sabe que el colesterol tenga función específica en la bilis; se cree que constituye simplemente un producto secundario de la formación y secreción de sales biliares.

El colesterol es casi insoluble en agua pura, pero 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 concentran junto con el colesterol, y lo mantienen en solución.¹⁷ En condiciones anormales el colesterol puede precipitarse originando cálculos biliares. Los diversos procesos que pueden causar precipitaciones del colesterol son los siguientes : 1) absorción de un exceso de agua de la bilis; 2) absorción de un exceso de sales biliares, ácidos grasos y lecitina de la bilis; 3) secreción excesiva de colesterol hacia la bilis, y 4) inflamación del epitelio de la vesícula biliar.

La cantidad de colesterol de la bilis depende principalmente de la cantidad de grasa que el individuo ha comido, pues las células hepáticas sintetizan colesterol en proporción aproximada de la cantidad de grasa metabolizada en el cuer-

¹⁷William Ganong F. Fisiología Médica. 6a. ed. México. El Manual Moderno. 1978. pp. 434-438.

po. Por tal motivo, las personas que toman una dieta rica en grasa durante muchos años tienen gran tendencia a sufrir cálculos biliares.

La inflamación del epitelio de la vesícula biliar muchas veces resulta de una infección crónica ligera; ello modifica las características de absorción de la mucosa vesicular, a veces permitiendo una absorción excesiva de agua o sales biliares u otras sustancias necesarias para mantener el colesterol en solución. En consecuencia, éste comienza a precipitarse generalmente formando muchos pequeños cristales de colesterol en la superficie de la mucosa inflamada.

Estos cristales, a su vez, actúan como nidos para precipitación ulterior de colesterol, y van haciéndose cada vez más voluminosos. A veces producen gran número de cálculos como granos de arena, pero es más frecuente que se reúnan para formar unos pocos cálculos biliares voluminosos; un solo cálculo llena toda la vesícula biliar.¹⁸ Por lo tanto, podemos deducir que la vesícula biliar es una fuente de cálculos que suelen desarrollarse en la misma vesícula, aunque pueden desarrollarse también en las vías biliares, especialmente en las intrahepáticas.

CLASIFICACIÓN DE LOS CÁLCULOS BILIARES

Según Naish y Read, los cálculos se pueden clasificar en:

¹⁸ Ibidem. p. 508.

1.- Puros

Composición

- Bilirrubina
- Colesterol

2.- Compuestos

Composición

- Sales de Calcio
- Colesterol
- Bilirrubina

ASPECTOS DE LOS CÁLCULOS

1.- Puros

a) De bilirrubina o llamados también cálculos pigmentarios puros. Son múltiples, pequeños, verde oscuro o negro, rara vez radiopacos. Se forman por la precipitación del pigmento biliar y están asociados con enfermedades que producen gran concentración de bilirrubina en la bilis (ictericia hemolítica, anemia perniciosa); cuando son muy pequeños y numerosos constituyen la arenilla biliar.

b) De colesterol puro o metabólicos. Por lo general son únicos, o múltiples, con frecuencia grandes, ovales, blancos, de poco peso, no radiopacos. La formación de estos cálculos se debe a una alteración en el metabolismo del colesterol que produce un aumento del mismo en la bilis. Se trata de un cálculo por lo general asintomático. El cálculo puede incrustarse en el cuello de la vesícula y provocar una -

hidropesía; a veces el impacto va seguido de infección y en raras ocasiones un fragmento cae en la vesícula, se deposita bilirrubina de calcio en su superficie y se formará un cálculo combinado.

2.- Cálculos mixtos

Son los más comunes, aproximadamente el 80% de los cálculos biliares, y están compuestos por colesterol, bilirrubina y calcio; su color es pardo oscuro, son múltiples y facetados y frecuentemente radiopacos.¹⁹

ETIOLOGÍA DE LA COLECISTITIS CRÓNICA LITIÁSICA

Factores que favorecen el desarrollo de la colecistitis crónica litiásica

Biológico.- Anomalías congénitas

- a) vesícula biliar doble
- b) Extremo en gorro frigio
- c) Vesícula biliar tabicada y trabecular
- d) Vesícula biliar flotante, acodadura del conducto cístico.
- e) Vesícula biliar en reloj de arena
- f) Atresia de las vías biliares extrahepáticas con hipoplasia de la vesícula biliar.
- g) Quistes, diverticulosis, y variaciones de las

¹⁹Naish y Read. Gastroenterología Básica. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1978. pp. 236-238.

vías biliares extrahepáticas.

- Infección (colibacilos, estreptococos, estafilococos y *Cl. welchii*).
- Alteraciones en el metabolismo del colesterol.

Mecánico.- Estasis biliar

- Obstrucción del conducto cístico (cálculos e infecciones).

Químico.- La concentración doble de lo normal en la bilis retenida en la vesícula puede producir lesiones inflamatorias. Puesto que está supersaturada con estos componentes que son:

- ácidos biliares
- pigmento biliar y colesterol, el segundo es poco soluble, y el último, casi insoluble en agua.

PATOLOGÍA

La mayoría de las colecistitis dependen de la estasis mecánica biliar realizada por cálculos que obstruyen o dificultan la salida de la bilis vesicular por el conducto cístico. Esta bilis remansada es un excelente medio de cultivo sobre todo para el medio de los gérmenes colibacilares. Estos y otros fácilmente penetran entonces la pared de la vesícula

que les alberga. En 90% de las colecistitis existen cálculos biliares que al provocar estasis, actúan como causa coadyuvante primordial de la infiltración toxicoquímica biliar de la pared vesicular, seguida de inflamación e infección de la pared vesicular. La flogosis y edema se asientan, sobre todo, alrededor del cuello vesicular e infundíbulo, acentuando el bloqueo biliar. Esta inflamación puede variar entre el sencillo catarro de la mucosa clínica larvada -y la gangrena con una o varias úlceras necróticas, pasando por la supuración o empiema. La vesícula aparece tensa y agrandada 2-3 veces, con las paredes gruesas e infiltradas por polimorfo nucleares en las formas agudas y monocitos en las crónicas.

Las formas crónicas desescaman la mucosa, que es reemplazada por tejido cicatrizal y frecuentes proliferaciones neuromatosas y hasta pseudopólipos. Al final la vesícula se retrae y esclerosa, convirtiéndose en muñón.²⁰

Las colecistitis crónicas, casi siempre son sintomáticas de litiasis biliar y resultado de reiteración de múltiples brotes de colecistitis aguda. Con el tiempo, acaban conduciendo a la retracción y atrofia de la vesícula y formación de adherencias que incrementan las dificultades del flujo bi-

²⁰Valenti Farreras P. Medicina Interna. Tomo I. México. Ed. Marín. 1976. p. 279.

liar, con la consecuente estasis, y por tanto, formación de cálculos que, a su vez, como dijimos, favorecen las colecistitis, cerrándose así un círculo que con frecuencia sólo interrumpe la colecistectomía.

Smith-Gips describe la patología de la colecistitis cuando la vesícula biliar puede sufrir inflamación (colecistitis) o en ella formarse cálculos (colelitiasis). Es frecuente que ambos trastornos se asocien y el uno exacerbará al otro. Hay cierta duda acerca del que aparece primero. La infección altera la capacidad de absorción de la vesícula, que a su vez trastorna el fenómeno de la concentración normal de bilis, lo que hace que se precipiten sustancias químicas biliares y se formen cálculos. Los cálculos bloquean las vías de salida de la vesícula, y hacen que se depositen bacterias en las paredes vesiculares. Los cálculos, por su dureza, le sionan la pared y predisponen a infección.²¹

DIAGNÓSTICO

Las radiografías de la vesícula y vías biliares constituyen el medio principal de diagnóstico de la colecistitis. Los cálculos pueden observarse en una placa simple de abdomen, por colecistografía con ácido yodopanoico o incluso por co-

²¹Smith-Gips. Enfermería médico-quirúrgica. 2a. ed. México. Ed. Interamericana. 1969. p. 710.

angiografía intravenosa. Muchas veces la vesícula enferma no se visualiza después de ingerir o de inyectar colorante, indicando obstrucción del conducto cístico, o enfermedad avanzada con trastornos en su capacidad de concentración. En ocasiones, la vesícula biliar pierde nitidez, obscureciendo pequeños cálculos que, sin embargo, resultan visibles cuando el paciente está de pie o en decúbito. Con una valoración adecuada y cuidadosa, la colecistitis crónica y la colelitiasis pueden diagnosticarse con precisión en más del 95 por 100 de los pacientes.²²

Para Lemaitre y Finnegan es de suma importancia la valoración y observación adecuada y la cuidadosa exploración física del paciente, obteniéndose los siguientes datos de importancia para el diagnóstico de presunción.

1. No existen signos de ictericia cutánea ni de la esclerótica.
2. El abdomen generalmente es globoso.
3. No se siente el borde hepático.
4. Existe moderada hiperestesia de la región vesical.
5. El examen rectal revelará si la evacuación intestinal es de color normal.

²²Besson Mc Dermott. Medicina Interna. 13a. ed. México. Ed. Interamericana. 1972. p. 1479.

Además ellos consideran los siguientes estudios para el diagnóstico de certeza.

1. Fosfatasa alcalina
2. Bilirrubina
3. Prueba de Graham-Cole. Para confirmación del diagnóstico de colelitiasis (cálculos en la vesícula biliar)²³

Naish y Read dicen que además de la historia clínica y de un completo examen físico, puede obtenerse ayuda de las siguientes pruebas:

1. Una radiografía simple del abdomen puede revelar la presencia de cálculos biliares.
2. Exámenes de biometría hemática, donde la sangre presentará leucocitosis con aumento de los polimorfonucleares.
3. Cuando el cuadro clínico es confuso resulta importante excluir otras posibles causas de dolor mediante el análisis de orina, la electrocardiografía y la radiografía del tórax.
4. La colecistografía y la colangiografía no están indicadas en la etapa aguda de la enfermedad, pero serán de utilidad una vez que haya pasado el acceso. La presencia de cálculos se hace evidente en forma de defectos de llen-

²³ Janet Finnegan A. Enfermería quirúrgica. 4a. ed. México. Ed. Interamericana. 1982. p. 172.

do de la vesícula o como una incapacidad de la vesícula para opacarse; ambos aspectos apoyan el diagnóstico.²⁴

Por lo tanto, podemos resumir que para todo diagnóstico de colecistitis crónica litiásica será necesario lo siguiente:

- valoración adecuada y cuidadosa de la exploración física, del expediente y del paciente.
- radiografías de la vesícula y vías biliares.
- exámenes de laboratorio (B.H. y E.G.O.)
- colecistografía
- colangiografía intravenosa.
- exámenes de ultrasonografía de la vesícula y vías biliares.

MANIFESTACIONES

- Ictericia. Es causada por obstrucción en las vías biliares por cálculos o espasmo del colédoco. La bilis al no poder salir, regresa al hígado. Las heces tienen color claro (acolia), pues se interrumpe el aporte de pigmentos biliares al intestino. Por la orina se excretan pigmentos biliares en exceso, que le imparten color obscuro (coluria).
- Indigestión. Al respecto, cabe que la paciente se queje de "pirosis", que puede ser acompañada de eructos ácidos.

²⁴ Ibidem, p. 239.

La indigestión puede tomar la forma de una sensación de plenitud en el cuadrante superior derecho, especialmente después de comer, que es agravada por la ingestión de alimentos grasosos.

- Cólicos vesiculares. Pueden comenzar súbitamente horas después de una comida abundante, especialmente si fue rica en grasas, como los alimentos fritos o la carne gorda de cerdo, que hacen que la vesícula se contraiga vigorosamente para excretar bilis. Si en la contracción algún cálculo pasa a presión por el conducto cístico, aparece cólico, y el dolor es intenso; puede irradiarse a la espalda o al hombro en el lado derecho. Es corriente observar vómito, que no alivia el trastorno.²⁵

- Fiebre y malestar. Si son graves, pueden causar postración. Cuando existen cálculos debe considerarse que la paciente sufre una colecistitis crónica. Aunque la colelitiasis puede descubrirse en algunas personas con síntomas posprandiales, no cabe admitir que necesariamente sea obligada cuando hay tales molestias. El único signo físico que puede indicar colecistitis crónica es la hipersensibilidad subcostal derecha en la zona de la vesícula biliar. El órgano raramente es palpable.²⁶

²⁵ Smith Gips. Op. cit. p. 711

²⁶ Besson Mc Dermott. Op. cit. p. 1479

En lo que se refiere a la sintomatología presentada por la paciente V.V.O., cuyo caso es objeto de este estudio, inicia con dolor en epigastrio e hipocondrio, posterior a la ingesta de alimentos grasosos, irradiado en hemicinturón a región dorsal derecha, pungitivo, acompañado de vómitos en una ocasión de aspecto gastrobiliar, cediendo moderadamente el dolor después de algunas horas. Con lo que se comprueba la similitud de los signos y síntomas referidos por la paciente con los de las fuentes bibliográficas.

Por lo que a partir de esta información, la enfermera debe ir planeando los cuidados asistenciales a las necesidades más prioritarias de la paciente hospitalizada con colecistitis crónica litiásica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dada la falta de especificidad de los síntomas que sugieren colecistitis crónica, deben valorarse cuidadosamente la historia clínica del paciente, los signos de examen físico y los datos de laboratorio. Los exámenes radiográficos, como series gastrointestinales y una pielografía intravenosa, son necesarios para excluir procesos que pueden originar síntomas similares y que de hecho pueden coexistir con enfermedad vesicular. La demostración de enfermedad vesicular por colecistografía no excluye la posible presencia de otros trastornos como causa de síntomas referibles al epigastrio.

Los más frecuentes son úlcera péptica, hernia diafragmática, pancreatitis, enfermedades renales y lesiones del colon.

Los cálculos biliares y la insuficiencia coronaria pueden coexistir, y la colecistectomía quizá disminuya los síntomas dependientes de la enfermedad coronaria.²⁷

TRATAMIENTO

Para Naish y Read, el tratamiento de la colecistitis es:

- Reposo en cama con adecuada sedación y analgesia. El calor local en el abdomen resulta útil. Es mejor evitar la morfina porque tiene un efecto constrictor sobre el músculo liso en el esfínter de Oddi.

- Se interrumpen los alimentos colecistoquinéticos y sólo se permiten líquidos por vía oral.

- En el caso habitual sin evidencia de complicaciones, no están indicados los antibióticos. Después de la recuperación de un ataque de colecistitis se deberán hacer estudios radiográficos de la vesícula biliar. En general, los ataques repetidos de dolor aunados con evidencias radiográficas de cálculos o de mal funcionamiento de la vesícula biliar constituyen una indicación para colecistectomía en un paciente que, por otra parte, goza de buen estado de salud. La pre-

²⁷ ibidem, p. 1479.

sencia de ictericia constituye una indicación para efectuar cirugía una vez que el ataque ha pasado.²⁸

Hernández y López resumen el tratamiento de la colelitiasis en lo siguiente:

Dieta hipograsa. Butilioscina gragea una cada 8 horas, oral o i.v.

Dimetilpirazolona sulfozilada tabletas 500 mg. oral cada 8 horas o i.v. Antibióticos. Cirugía colecistectomía.²⁹

Para otros autores el tratamiento de la litiasis biliar es el mismo, pero con algo más agregado como:

Succión gástrica continua para combatir el meteorismo, administración de líquidos, glucosa y electrolitos por vía parenteral. Administración de preparados de vitamina K a cualquier paciente que presente ictericia o la ha sufrido recientemente, porque la provisión de protrombina en tales pacientes puede ser extraordinariamente baja.

Cuando la obstrucción biliar se prolonga, como en ciertos casos de estenosis y en el cáncer del colédoco, el paciente recibe una dieta pobre en grasas a la que se añaden vitaminas K, A, D y E en soluciones acuosas, las inyecciones de

²⁸Janet Finnegan A. Op. cit. p. 240

²⁹Hernández y López. Manual de medicina interna. México. Ed. Méndez Oteo. 1983. p. 118

gluconato de calcio proporcionan alivio transitorio. La administración de 25 mg. diarios de metiltestosterona ha sido usada para el tratamiento del prurito producido por la ictericia. En el caso de enfermos con cálculos vesiculares, uno de los objetivos del tratamiento médico es no provocar movimiento de los cálculos a una posición que pueda despertar los síntomas (reposo). Evitar la ingestión de colecistomiméticos; deben prohibirse las bebidas alcohólicas concentradas.

En lo que se refiere al tratamiento quirúrgico de los padecimientos de las vías biliares, los siguientes principios son válidos para la mayoría de ellos:

1. Siempre que sea posible, la vesícula biliar debe ser extirpada junto con los cálculos biliares. La extirpación de la vesícula biliar no acarrea invalidez, no perturba la dieta ni la vida normal del paciente.
2. Deben hacerse todos los esfuerzos necesarios para limpiar de calculillos y cristales biliares el conducto hepatocolédoco, ya que pueden servir de núcleo a nuevos cálculos. Con este fin, se debe explorar el colédoco no sólo en aquellos enfermos que presentan claros síntomas de coledocolitiasis, sino también en los que se sospecha que la padecen, en vista de antecedentes de ictericia, de la presencia de numerosos calculillos intravesiculares o el hallazgo de un colédo

co dilatado. Una cuidadosa exploración del colédoco implica el paso de sondas y las irrigaciones necesarias para expulsar el menor calculillo. Después de que el colédoco queda limpio de cálculos, es costumbre dejar una sonda en T para drenar los conductos biliares durante varias semanas durante y después de la operación, se recurre a la colangiografía con el objeto de cerciorarse de que no quedan cálculos.

3. La vesícula biliar agudamente inflamada debe ser extirpada cuando las dificultades técnicas sean mínimas y antes de que aparezcan la perforación y la gangrena.

4. En pacientes ictericos por coledocolitiasis, generalmente está indicado un periodo de espera antes de intervenir quirúrgicamente.³⁰

FASES TARDÍAS Y COMPLICACIONES

El aspecto anatómico y las secuelas de la colecistitis varían en su aspecto clínico y evolución, según las combinaciones de lesiones agudas, subagudas y recurrentes, y en dependencia de ellas.

La colecistitis crónica se refleja sólo a veces en una vaga sensación de malestar abdominal y ligero dolorimiento en la región vesicular, pero, en cualquier momento puede agudizar

³⁰ Harrison R.T. Medicina Interna. 3a. ed. México. Ed. Interamericana. 1970. pp. 1709-1710

se y producir síntomas cólicos (espasmo del esfínter de Oddi) y manifestaciones de un proceso abdominal súbito. Los signos clínicos varían también en presencia de cálculos, los cuales producen obstrucción, así como efectos de presión con erosión. En ocasiones, los cálculos agregados en el fondo están separados por un diafragma formado por tejido fibroso del cuello de la vesícula. Esta vesícula en reloj de arena representa frecuentemente una malformación complicada por colelitiasis e inflamación, pero es totalmente posible que esta lesión sea adquirida.

En la colecistitis crónica, toda la pared de la vesícula está transformada en un tejido fibroso cicatrizal, que en zonas más pequeñas o grandes puede estar calcificado. Estas placas son claramente visibles desde el exterior, así como después de la apertura de la vesícula (vesícula en porcelana).

En la gangrena de la vesícula biliar la pared edematosa y friable se vuelve de color rojo oscuro. La mucosa está irregularmente ulcerada y de color rojo oscuro y verde. La gangrena puede afectar la totalidad de la vesícula, por lo general dilatada, o una parte de ella. En algunos casos la gangrena puede explicarse por la interferencia con el drenaje o suministro de sangre o ambos. Los cálculos que obstruyen al conducto cístico y ejercen presión sobre los vasos císticos se ha creído que son responsables de la lesión.

En otros casos, se supone que el edema de la pared bloquea la irrigación sanguínea, y en casos excepcionales se ha observado la torsión de la vesícula como resultado de la formación de adherencias peritoneales anormales con el hígado. La infección bacteriana complica muchas veces la gangrena y puede facilitar su perforación. Constituye una variedad especial pero rara la infección primaria por bacilos formadores de gas, causantes de que en la vesícula se desarrolle rápidamente una inflamación flemosa con desintegración de la pared vesicular. La gangrena se observa con mayor frecuencia en pacientes ancianos, en quienes puede volverse especialmente amenazadora, sobre todo en los casos que carecen de signos de alarma caracterizados por fiebre y leucocitosis.³¹ Suele estar presente dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, acompañado de dolorimiento a la presión y rigidez muscular de la pared abdominal, a pesar de lo cual la progresión de la gangrena no está infrecuentemente asociada con desaparición del dolor y reducción de la hipersensibilidad a la palpación.

La oclusión de las arterias en la pared de la vesícula biliar se produce en la periarteritis nudosa, para la cual la vesícula biliar representa una zona de predilección. Puede observarse degeneración fibrinoide segmentaria, con infiltración

³¹ Hernández y López. Op. cit. p. 130

leucocitaria, mientras que la proliferación de la íntima y los trombos estrechan la luz arterial o pueden obstruirla. Completando las complicaciones de la colecistitis mencionaremos las siguientes:

- perforación de la vesícula biliar (aproximadamente el 1% de las inflamaciones agudas).
- empiema de la vesícula biliar,
- hidropesía
- adherencias epigástricas (entre vesícula, estómago, hígado e intestino grueso).
- inflamaciones de las vías biliares intrahepáticas (colangitis y pericolangitis).

Ahora mencionaremos las complicaciones de la colelitiasis, para ampliar nuestro marco patológico.

1. Inflamación de la vesícula biliar.
2. Obstrucción del cístico e hidropesía; empiema vesicular.
3. Obstrucción del colédoco; si el cálculo biliar emigra al colédoco y se enclava en la ampolla de Vater, se produce ictericia obstructiva poshepática.
4. Ileo biliar, secundario a una fístula inflamatoria que comunique la vesícula biliar con el tracto

to gastrointestinal.³² Los cálculos pueden alcanzar entonces el órgano hueco vecino y obstruir su luz. Este íleo biliar mecánico es extraordinariamente temible por su elevada mortalidad.

5. Necrosis pancreática hemorrágica.

6. Carcinoma de la vesícula biliar.

SÍNDROME POSTCOLECISTECTOMÍA

Se entiende por síndrome postcolecistectomía todas aquellas molestias que surgen tras la resección quirúrgica de la vesícula biliar. Entre las causas cabe mencionar un muñón del cístico demasiado largo, cicatrización del colédoco con estenosis y cálculos neoformados o ya existentes en el colédoco o el hígado.³³

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE CON COLECISTITIS CRÓNICA LITIÁSICA

La atención de enfermería se divide en tres fases: la primera es la atención preoperatoria, que abarca desde la llegada del paciente al servicio de urgencias adultos (por presentar cuadro clínico de colecistitis crónica litiásica agudizada), hasta que es hospitalizada y posteriormente prepa-

³² Frank Netter H. Sistema Digestivo. Tomo III/3 México. Ed. Salvat. 1983. p. 125.

³³ Ibidem, p. 138.

rada para la cirugía.

La segunda es la atención transoperatoria que se le da dentro de la sala quirúrgica desde su llegada y durante el tiempo que tarde la operación, hasta que sale.

La tercera es la atención postoperatoria que se inicia en el servicio de recuperación y se prolonga a su regreso a la unidad hospitalaria que estaba ocupando. Aquí se intensifican los cuidados de enfermería pues de ello depende la pronta recuperación de la paciente.

ATENCIÓN PREOPERATORIA

a) Cuidados inmediatos:

- Proporcionar ropa adecuada y holgada a la paciente para disminuir la presión y fricción en la zona dolorosa, facilitándose así la respiración y la circulación sanguínea, y a la vez favorecer una mejor exploración física.
- Al ingreso, mantener en ayuno a la paciente.
- Indicar a la paciente que debe permanecer en reposo en su cama. El objetivo es no provocar movimientos de los cálculos a una posición que pueda despertar los síntomas.
- Registro y control de signos vitales con apertura de la hoja de enfermería para observar las posibles alteraciones en los mismos.
- Puncionar un vaso sanguíneo, para toma de muestras de la-

boratorio. (Bh, QS, TPT, TP, y Gpo. Rh.), para identificar el tipo sanguíneo y hacer pruebas cruzadas por lo menos de una unidad de sangre.

- Instalar la venoclisis para la administración de líquidos parenterales, para conservar la homeóstasis del organismo.

- Aplicar calor y/o frío local en el abdomen, para disminuir el dolor de la zona dolorosa. Pues estos elementos actúan como anestésicos físicos, disminuyendo el flujo sanguíneo y retardando la información dolorosa.

- Aplicar analgésicos (dipirone 1 gr. i.v.), previa indicación médica para disminuir el dolor.

Ministración de antibióticos por vía parenteral, según criterio médico. Para prevenir riesgo de una bacteriemia.

- Instalar sonda nasogástrica, dependiendo frecuencia del vómito.

- Colaborar en los exámenes de gabinete.

- Internarla y programarla para cirugía. Según criterio médico.

b) Cuidados mediatos:

- Recibir a la paciente, previa designación de número de ca ma y de habitación.

- Verificar que el expediente tenga los antecedentes completos, así como los resultados de los exámenes solicitados, fe

cha y hora de I.Q., indicando el diagnóstico y tipo de cirugía por realizar.

- Registro de signos vitales y apertura de la hoja de enfermería.
- Preparación psicológica de la paciente. La enfermera debe comprender esta ansiedad, sus causas y su tratamiento, el gran papel que representa en el cuidado del enfermo prequirúrgico es complementar la acción del médico en su intento de apaciguar los temores del paciente.
- Proporcionar una dieta sin colecistoquinéticos.
- Brindar C.G.E. durante su hospitalización.
- Administrar un enema evacuante la noche anterior a la intervención quirúrgica.
- Mantener en ayuno la noche anterior a su cirugía.
- Instalar Sonda Foley, para drenaje vesical.
- Preparación de la piel. Todo el abdomen desde el borde costal hasta el pubis (tricotomía).
- Vendaje, vena permeable y solución indicada con membrete.
- Administrar medicamentos preanestésicos, media hora antes de intervención quirúrgica (diazepam, atropina).
- Trasladarla a la sala de quirófanos.

CUIDADOS TRANSOPERATORIOS

- Verificar al recibir a la paciente su nombre con el del expediente y hora de ingreso a la sala quirúrgica.
- Observar orientación de la paciente en tiempo, lugar y espacio.
- Preguntar a la paciente qué tipo de intervención quirúrgica le van a realizar para constatar con la indicada en el expediente. Verificar que este último tenga hoja de autorización firmada por la paciente para cirugía, hoja de valoración del médico anestesista, y registro en la hoja de enfermería de la administración de los medicamentos preanestésicos (Diazepam y atropina). Así como los resultados completos de todos los exámenes de laboratorio y de gabinete.
- Verificar permeabilidad de venoclisis, anotando en la hoja de enfermería, cantidad faltante por pasar y nombre de la solución.
- La enfermera circulante o la enfermera que ayuda a la intervención quirúrgica deben tratar de saber, de boca del cirujano, si se prevé la necesidad de exploración del colédoco, algún tiempo antes de que se inicie el acto quirúrgico, con objeto de contar con todos los instrumentos necesarios, porque algunos cirujanos desean practicar colangiografía en la sala de operaciones. Este necesitará que el departamento de rayos X sea notificado con anticipación, y que se coloque

el chasis correspondiente en la mesa de operaciones, antes de practicar la intervención quirúrgica.

- Revisar funcionamiento de luces en sala quirúrgica, de aspiradores y de oxígeno.

- Colocar a la paciente en decúbito dorsal horizontal.

- La enfermera circulante abrirá material y equipo quirúrgico.

- Ayudar a vestir a enfermera instrumentista y a médicos cirujanos.

- Colabora en la asepsia y antisepsia de la totalidad del abdomen, desde los bordes costales hasta el pubis de la paciente.

- Vigilar que todo el equipo interdisciplinario esté bien uniformado de acuerdo con las normas quirúrgicas, así como de que estén bien provistos de material y equipo quirúrgico.

- Verificar que no existan gasas tiradas antes de iniciar

I.Q.

- Conectar tubo de aspiración.

- Vigilar a la paciente por si llega a presentar algún signo de alarma para informarlo de inmediato al médico responsable.

- Estar pendiente de las soluciones que estén por terminar así como de las que inician, para anotarlas en la hoja de enfermería.

- Anotar en la hoja de enfermería los procedimientos, hallazgos y complicaciones de la operación. Así como el inicio y término de la anestesia general y de la cirugía.

- La enfermera instrumentista colabora con el médico cirujano en todos los actos quirúrgicos hasta el avenamiento. Se pone una canalización grande de Penrose que es insertada por el foramen de Winslow. Será sacada por la herida o por medio de una herida pequeña complementaria, según la preferencia del cirujano.

- Si el colédoco es intervenido quirúrgicamente, el cirujano inserta un tubo en T para inmovilizar el conducto y asegurar su permeabilidad, el tubo deberá mantenerse estéril y se proporcionará un sistema de drenaje. Un método sencillo para drenaje continuo que mantenga la actividad independientemente, consiste en unir el tubo en forma de T a una bolsa para recolección estéril desechable.

En el comercio pueden encontrarse bolsas conteniendo una válvula que impide que el líquido penetre de nuevo en el tubo. La bolsa puede doblarse y fijarse a la cintura del paciente o a la última capa del vendaje, con imperdibles pasados a través de hendiduras que hay en la bolsa para este propósito. La bolsa para la bilis puede asegurarse con cintas ajustables de latex y botones especiales suministrados con la bolsa, o puede sujetarse con tiras de esparadrapo aplicadas al abdomen. A menos que se hayan colocado vendajes, puede po -

nerse un pedazo de gasa (10 x 10 cm.) entre la bolsa y la piel para proporcionar comodidad adicional. La bolsa de bilis puede doblarse o desdoblarse.

- Cuenta de gasas, compresas y material utilizados antes de cerrar tejidos.

- Colaborar en la colocación de gasas o apósitos estériles en la herida quirúrgica, así como del esparadrapo y vendaje abdominal.

- Dar cuidados posteriores al material utilizado.

- Dar cuidados y membretar la pieza extraída por cálculos (vesícula).

- Proporcionar a la paciente comodidad y seguridad hasta que sea entregada al servicio de recuperación.

ATENCIÓN POSOPERATORIA

- A la recepción de la paciente revisar estado del vendaje.

- Vigilar a la paciente durante su estancia en recuperación hasta que se haya recuperado suficientemente de la anestesia y se hayan normalizado sus signos vitales.

- Administración de analgésicos indicados para disminuir el dolor.

- La sonda de Levin si ya está puesta debe conectarse inmediatamente a un aparato de succión intermitente. Cada 2 ó 4

horas debe instalarse solución salina por la sonda de Levin y debe ser aspirada.

La imposibilidad de recuperarse el líquido inyectado usualmente indica que la sonda está mal colocada. La situación debe ser corregida, o de otro modo la sonda no funcionará adecuadamente.

- Vigilar la presencia de náuseas o vómito, así como su característica y volumen.
- Observar datos de insuficiencia respiratoria, así como intensidad del dolor.
- Brindar atención al área emocional de la paciente cuando ésta refiera temor a la muerte o a la incapacidad posoperatoria. La paciente permanecerá en recuperación hasta que el médico la dé de alta para subirla a su habitación.

CUIDADOS MEDIATOS POSOPERATORIOS

- Entrega y recepción de la paciente a la enfermera de piso, la cual conducirá a la paciente a su unidad que estaba ocupando antes de ser intervenida.
- Observar vendaje de herida quirúrgica, así como de su estado de conciencia.
- Verificar que el expediente esté completo.
- Registro de signos vitales.
- Cumplir indicaciones médicas.

- El médico y la enfermera, deben permanecer en constante comunicación con la paciente y su familia con respecto a todos los problemas de la intervenida, pues con frecuencia los miembros de la familia están confundidos acerca de ciertos aspectos del cuidado de la paciente, y su ansiedad, a su vez, crea temores en la paciente. Por lo tanto, los miembros de la familia tienen iguales derechos a ser constantemente informados de los sucesos diarios que se refieren a la paciente.
- Limitar el número de visitas familiares.
- Las incisiones abdominales superiores conducen a inmovilización del diafragma del lado afectado, lo cual puede producir atelectasia pulmonar y neumonía. A pesar de la incomodidad que sienta, debe indicarse a la paciente que es indispensable que respire profundamente y que tosa con frecuencia para evitar tales complicaciones.
- Esta intervención requiere frecuentes cambios de apósitos de la herida quirúrgica, debidos al avasamiento de la bilis y de la sangre acumulada alrededor de la canalización de Penrose. La primera curación debe ser hecha por el cirujano, por lo tanto se procederá a colaborar con él, posteriormente las realizará la enfermera.
- Antes de vaciar la bolsa en un recipiente graduado para medir, elevar su extremo distal para evitar que el drenaje salga y quitar la tapa. Después de vaciar la bolsa, colocar

otra vez la tapa; fijar de nuevo la bolsa en una posición que prevenga la tensión del tubo en forma de T y facilite el drenaje por gravedad. Observar y registrar cantidad, color y olor de la bilis. En ocasiones es necesario vaciar más frecuentemente la bolsa en vez de hacerlo cada tres o cuatro horas; esto depende del volumen de bilis que se libera en la bolsa y del tamaño de ésta.

- Proporcionar cuidados integrales a la paciente mientras esté incapacitada para realizar sus funciones biopsicosociales.

- Educar a la paciente en sus hábitos nutricionales para beneficio de ella y de sus familiares. No olvidar hacer énfasis en la importancia que tiene la higiene personal y sobre todo de su herida quirúrgica.

Interesarla a que continúe con su tratamiento de las piezas cariadas; pues se cree que las caries junto con los restos alimenticios forman un medio favorable para que proliferen los microorganismos como los estreptococos, los cuales son capaces de desencadenar una infección interna; o ser agentes estimulantes para desarrollar un empiema vesicular, enfermedades del corazón, y producir alteraciones en las articulaciones.

2.1.2 Dolor

Conceptos

Para Harvey A. Mc Gehee, el dolor es una percepción sensitiva en la cual el reconocimiento consciente es elemento indispensable. No puede calificarse ninguna experiencia sensitiva de "dolor" a menos que se sienta como tal.³⁴

El dolor fue llamado por Sherrington "adjunto psíquico de un reflejo protector imperactivo".³⁵

Según Valenti Farreras P., el dolor es una percepción desagradable, con notable resonancia afectiva, que sirve mucho para protegernos, y suele desempeñar notable papel defensivo al inducir al recogimiento y a la inactividad.³⁶

Por lo tanto, podemos concluir que el dolor es un síntoma que al ser percibido nos informa inmediatamente de algún traumatismo interno o externo del organismo, y nos mantiene inactivos y alertas durante la crisis dolorosa.

Introducción

El dolor producido en las vías biliares aparece bajo dos formas con frecuencia combinadas: el cólico biliar y el dolor inflamatorio de las vías biliares. El típico cólico biliar es la manifestación más impresionante de una enfermedad de

³⁴ Harvey A. Mc Gehee. Tratamiento de medicina interna. 3a.ed. México. Ed. Interamericana. 1978. p. 9.

³⁵ William F. Ganong. Manual de fisiología médica. 6a. ed. México. Ed. El Manual Moderno. 1978. p. 91.

³⁶ Valenti Farreras P. Medicina Interna. Tomo II. 8a. ed. México. Ed. Marín. 1974. p. 122.

las vías biliares. Puede aparecer en una vesícula litiásica sin inflamación, en una vesícula inflamada sin cálculos, en la litiasis del colédoco, en una vesícula inflamada sin cálculos, en la litiasis del colédoco, y también sin ninguna alteración anatómica de las vías biliares, solamente por el espasmo del esfínter de Oddi o estenosis orgánica de la papila. Además pueden aparecer cólicos por un obstáculo mecánico no calculoso en el vaciamiento en la región del cuello cístico (cistitis, hipertrofia del seno de Aschoff-Rokitansky, formación anormal de los pliegues de Heister, flexiones, etc.) enfermedades que agrupamos bajo el nombre de sifonopatías. Hoy está comprobado el origen de los cólicos biliares: son la expresión de un aumento repentino de la presión de la vesícula biliar, en colédoco o en ambos. Elevando la presión artificial a más de 25-30 cm. de agua, se puede provocar dolor en toda persona sana.

La presión que produce el cólico se origina en primer lugar por la contracción de la vesícula biliar; si ésta fue extirpada, la presión de la secreción de la bilis es suficiente para desencadenar un cólico en caso de existir un obstáculo para la evacuación en el colédoco.³⁷

³⁷ Bern Hadorn, W. De los signos y síntomas al diagnóstico. México. Ed. Toray. 1967. p. 127.

En los llamados cálculos biliares mudos, la falta de sintomatología se debe con frecuencia al hecho de que la vesícula biliar ha perdido precozmente su contractibilidad a causa de la inflamación crónica.

Las alteraciones espásticas por sí solas son indoloras, mientras no originen una hiperpresión en las vías biliares. Además, especialmente para los cólicos de vesícula biliar, fue comprobado que pueden aparecer casi con una presión normal si está disminuido el umbral del dolor (vesícula biliar irritable); probablemente existen también portadores de cálculos sin dolor, con umbral de la irritación elevado.

El cólico comienza generalmente con malestar, sensación de plenitud y tensión en el epigastrio derecho. Pero no es indispensable que el dolor se localice forzosamente en el lado derecho, sino que puede ser percibido en el centro del epigastrio, por lo que muchos cólicos biliares se interpretan como dolores de úlcera. Al cabo de pocos minutos alcanza el cólico su apogeo como un dolor de intensidad insopportable, distensivo, que persiste durante horas y a lo sumo oscila algo en su intensidad. En general, queda limitado al epigastrio derecho o se irradia a la espalda, hombro derecho, también a la parte torácica derecha y más raramente a la izquierda. Más de la mitad de los pacientes se quejan de dificultad en la respiración. Con frecuencia el cólico se

asocia con náuseas; eso parece que ocurre especialmente en los cólicos del colédoco. El cólico puede regresar paulatinamente o bruscamente. Si no existen complicaciones inflamatorias, no se acompaña de trastornos generales; después de una noche de vela, a la mañana siguiente el paciente va a su trabajo sin ningún dolor.³⁸

En la actualidad no hay datos sólidos acerca de su etiología.

EL ESTÍMULO ADECUADO

Los receptores del dolor también responden a la energía eléctrica, a la mecánica y especialmente a la química. Se ha sugerido que el dolor es mediado químicamente y que los estímulos que lo provocan tienen en común la capacidad de liberar un agente químico que estimula las terminaciones nerviosas. El agente químico puede ser una cinina, también se ha sospechado que la histamina es un mediador químico de dolor.³⁹

El Dr. Hadorn W. Bern menciona lo siguiente:

La inflamación, isquemia, factores mecánicos y afecciones de diversa génesis en el mismo nervio, alteraciones inespecíficas, por ejemplo, del ph o de la presión osmótica, pue-

³⁸Ibidem, p. 128.

³⁹Ibidem, p. 92.

den ser responsables de estados hiperálgicos.⁴⁰

MECANISMOS DEL DOLOR VESICULAR

El dolor vesicular tiene tres mecanismos:

1. Distensión de la vesícula que se contrae sobre el cístico bloqueado. Por este mecanismo se estimulan las terminaciones nerviosas de la pared vesicular y por vía aferente autónoma estos estímulos son transmitidos de la médula al sistema nervioso central.
2. Peritoneal, debido a irritación del peritoneo parietal por la vesícula crecida e inflamada. El paciente lo interpreta como subcutánea o muscular y es superficial, con hipersensibilidad a la exploración y cierto grado de irritabilidad muscular. Puede estimularse el diafragma y por consiguiente el frénico y los últimos nervios intercostales dando lugar a dolor en cuadrante superior derecho, cuando el estímulo es de las ramas anteriores, y dolor escapular o subescapular derecho cuando el estímulo es de las ramas posteriores.
3. Pueden estimularse los nervios espinales a través de las fibras que van sobre el mesenterio o por el ligamento gástrico hepático dando lugar a dolor en el dorso y cuadrante supe-

⁴⁰ Ibidem, p. 122

rior derecho. Por exploración física se encuentra un individuo con expresión facial de dolor, sudorosa, e inicialmente con temperatura normal pero posteriormente con fiebre debido a invasión bacteriana; puede haber ictericia, generalmente discreta debida a colangitis de grado variable, y en la exploración de abdomen hay hiperestesia e hiperbaralgesia, que pueden llegar a acompañarse de rigidez muscular y en ocasiones de vesícula palpable, aunque este elemento no es muy frecuente. Es frecuente que exista signo de Murphy positivo, además de encontrarse el borde hepático doloroso.⁴¹

NATURALEZA Y TIPOS DE DOLOR

Se han distinguido varios tipos de dolor⁴² : 1) Dolor superficial, punzante, lancinante o urente que se localiza con precisión en la zona donde actúa el estímulo doloroso y a veces a lo largo del nervio dañado, lo que hace que frecuentemente se irradie; 2) Dolor profundo, más bien sordo, difuso y de difícil localización, que se percibe frecuentemente a distancia del punto donde se engendra, calificado precisamente por este activo de dolor referido. Este dolor se percibe, pues, en estructuras distintas de aquellas en las cuales se origina (musculoesqueléticas, viscerales); pero, siguiendo las leyes de la organización segmentaria, su proyec-

⁴¹ Ibidem, p. 282.

⁴² Valenti Farreras P. Medicina Interna. 8a. ed. México. Ed. Marín. 1974. p. 121.

ción dolorosa interesa a músculos del miotoma correspondiente (contracción refleja de los mismos) y crea zonas de hiperestesia en determinados dermatomas (zonas de Head), (ver cuadro 2), proyectándose en ellos las vísceras profundas con las que están segmentariamente correlacionados; tal ocurre, por ejemplo, con el dolor precordial angionoide que pueden provocar las espondilopatías cervicales bajas o, viceversa, las vísceras profundas, en virtud de esta disposición segmentaria del sistema nervioso, provocan dolores referidos y percibidos en la superficie cutánea y dermatomas correspondientes (zonas hiperalgésicas de Head), cuyo nivel visceral originario se puede deducir a partir de la zona cutánea hiperestésica. e) Dolor irradiado; es un dolor superficial y profundo a la vez que, independientemente de la segmentación corpórea, se distribuye a lo largo del territorio inervado por la raíz o el tronco nervioso dañado, por ejemplo, por detrás de la extremidad inferior en la ciática radicular L₅-L₁.

Las parestesias son sensaciones no objetivables, espontáneas, irritativas, de diversos matices, algo vagas y que unas veces consisten en impresiones de frío o calor, hormigueos, acorchamiento, tiranteces o presiones.

Por último, existen neuralgias acompañadas de un componente vegetativo más o menos importante, denominadas por algunas

CUADRO No. 2

ZONAS HIPERÁLGICAS DE HEAD

Viscera enferma algiógena	Dermatoma hiperestésica (zona de Head)
Corazón	D ₁ -D ₅ sobre todo del lado izquierdo
Cayado aórtico y aorta ascendente	D ₁ -D ₃
Aorta torácica	D ₄ -D ₇
Pleura	D ₂ -D ₁₂
Pulmón	D ₁ -D ₇
Esófago	D ₅ -D ₉
Estómago	D ₇ -D ₁₂ bilateral o sólo en el lado izquierdo.
Hígado y vías biliares	D ₈ -D ₁₀ especialmente en el lado derecho.
Páncreas	D ₈ a la izquierda
Intestino	D ₉ -D ₁₂
Recto	S ₉ -S ₄
Riñón y uréter	D ₁₀ -L ₁
Anexos	D ₁₁ -L ₁
Peritoneo	D ₅ -D ₁₂

FUENTE: Valenti P. Farreras. Medicina Interna. 8a. ed. México. Ed. Martín Tomo II. 1974. p. 121.

simpatalgias o, en su máxima expresividad, neuralgias causálgicas; surgen, sobre todo, tras lesiones incompletas de tronco nervioso ricos en fibras vegetativas, especialmente mediana y tibial posterior, y se caracterizan por producir la sensación insoportable de un intensísimo dolor de carácter urente, exacerbado con el menor roce, calor y hasta con los ruidos y emociones, y menguado, en general, con el frío; se acompaña de trastornos vasomotores, a veces edema y espasmos musculares, y puede extenderse a territorios muy distantes de su punto original. Suele comportar una importante repercusión psíquica, la cual, a su vez, contribuye a exacerbarlo, estableciéndose así círculos viciosos que condicionan difíciles actitudes terapéuticas.

FISIOLOGÍA DEL DOLOR

Los receptores para el dolor son las terminaciones nerviosas desnudas que se encuentran en casi todos los tejidos del organismo. Los impulsos dolorosos son transmitidos al SNC por dos tipos de fibras. Un tipo está compuesto de pequeñas fibras mielinizadas Ag, de 2-5 μm de diámetro, que conducen a velocidades de 12 a 30 m/seg. el otro consiste en fibras C no mielinizadas de 0.4 a 1.2 μm de diámetro. Estas últimas fibras se encuentran en la división lateral de las raíces dorsales; conducen los impulsos a la baja velocidad de 0.5 a 2 m/seg. Ambos grupos de fibras terminan en el fascículo es

pinotalámico lateral donde relevan a sus neuronas y los impulsos dolorosos ascienden a través de este fascículo y de los núcleos posteroexternos ventrales del tálamo. De ahí ellos relevan en la circunvolución postrolándica de la corteza cerebral. Aunque no hay fibras de dolor en los cordones posteriores, la sección de las fibras de ellos pueden hacer a los estímulos dolorosos más intensos y desagradables. El dolor rápido se debe a la actividad de las fibras Ag, mientras el dolor lento a las C.⁴³

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR

El análisis de este problema quedaría incompleto si no se hiciera alguna mención a la influencia que tienen los estados emocionales, o a la importancia de los factores raciales, culturales y religiosos sobre la respuesta al dolor; especialmente, sobre las formas en que se expresa. Es bien sabido que algunos individuos, por entrenamiento, hábito o carácter flemático, son relativamente estoicos, mientras otros responden exageradamente al dolor. Al célebre Ambrosio Paré se atribuye la frase: "Nada abate tanto la fortaleza humana como el dolor".⁴⁴ Se ha observado que el dolor continuo tiene un efecto nocivo sobre todo el sistema nervio

⁴³ William F. Ganong. Manual de fisiología médica. 6a. ed. México. Ed. El Manual Moderno. 1978. p. 91.

⁴⁴ T.R. Harrison y Cols. Medicina Interna. 3a. ed. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1969. p. 13.

so. Produce irritabilidad exagerada, fatiga, perturbaciones del sueño, anorexia y pérdida de la estabilidad emocional. Aun los hombres más valerosos se ven reducidos a un estado lastimoso de gimoteo que provoca lástima en los individuos sanos. Se vuelven irracionales con respecto a su enfermedad, y hacen peticiones ilógicas a los familiares y al médico.

A veces, sin embargo, la ansiedad y en particular la depresión no son en sí mismas manifiestas al principio y lo hacen más bien en forma de dolor. Por lo que existen personas que no parecen experimentar el dolor de la misma manera que otras personas; a menudo parecen bastante tranquilos frente a sus quejas de sufrimientos. Su dolor no es más que una representación de una queja genuina, pero indirecta, sobre algo de su vida que está mal y que es mejor comprendido como dolor. Decirles a secas que nada está mal sólo los hará buscar ayuda en otra parte o desarrollar alguna otra queja. Por lo que la ayuda eficaz a estos pacientes requiere apoyo del médico y de la enfermera mientras se hacen esfuerzos para resolver su problema primario.

MANIFESTACIONES DEL DOLOR

El dolor neurálgico se caracteriza por presentarse bruscamente, de forma paroxística, a menudo sin pródromos; otras veces precedido de parestesias en el mismo territorio doloroso, y por su gran intensidad y distribución que correspon

de precisamente al territorio de distribución sensitiva del nervio afectado, en las crisis muy agudas puede extenderse el dolor a zonas nerviosas vecinas. El dolor, a menudo atroz no suele ofrecer una intensidad uniforme, sino que se presenta con frecuencia bruscamente, de modo paroxístico, y dura desde unos segundos a unas horas. La piel de la zona neurálgica puede hallarse hiperestésica, de forma que la presión o el simple contacto sobre ella resultan ya insoportables; a veces se aprecia un enrojecimiento de la misma, otras una marcada palidez. En ocasiones existen fenómenos secretos locales como sudor, lagrimeo y, a veces, en la zona afectada se advierten sacudidas musculares involuntarias, un síntoma importante, aunque no indefectible, que puede observarse incluso en el intervalo intercrítico, es la presencia de dolor a la presión en algunos puntos del trayecto del nervio afectado; son los puntos de Valleix, que se encuentran particularmente a la salida de los troncos nerviosos de algún conducto óseo o en aquellos en que los nervios descansan sobre un lecho duro. La neuralgia puede durar días o semanas, pero en otros casos, como sucede a veces en la neuralgia del trigémino, puede durar años, y no es infrecuente apreciar entonces cómo el padecimiento menoscaba la nutrición y el psiquismo del enfermo.⁴⁵

⁴⁵ Ibidem. p. 121.

DIAGNÓSTICO DEL DOLOR

Para manejar eficazmente problemas de este tipo (dolor vesicular) se requiere un conocimiento profundo de la inervación sensitiva, de las vísceras, y en muchos casos, el interrogatorio será el que defina las características del dolor, contribuyendo decisivamente al esclarecimiento de su origen. Basándonos en los cuadros referidos al dolor, podemos apreciar que hay una hiperalgesia en los nervios de región dorsal derecha 8 y 10; y de región torácica 6, 7 y 8. Con esta observación se comprende el por qué de la conducta de la Sra. V.V.O., al formular su diagnóstico clínico el día de su ingreso al hospital por el servicio de Urgencias Adultos, en donde previa interrogación directa complementada con la exploración física se detectó que al manipular la zona del Cuadrante Superior Derecho existía dolor el cual se irradiaba a región subescapular derecha y que al limitar el contorno hepático-vesicular, el dolor tipo punzitivo se intensificaba, mucho más al tocar el fondo de vesícula biliar el cual se encontraba en tensión probablemente por hidrocolecisto, debido al bloqueo del conducto cístico por un cálculo.

TRATAMIENTO

Se hace uso de los dos tipos de tratamiento a la paciente para mejorar su estado salud-enfermedad.

A) Médico.- Reposo en cama adquiriendo posturas que tiendan

a disminuir el cólico biliar.

- Ayunc. Para reducir la motilidad del conducto y la secreción de los jugos digestivos.
- Ingestión posterior de alimentos sin colecistoquinéticos para evitar dolor desencadenado por un reflejo gastrocólico.
- Aplicación de medicamentos antiespasmódicos y analgésicos prescritos para disminuir el dolor.

B) Quirúrgico.- Extirpación del órgano afectado (vesícula biliar).

- Exploración de vías biliares
- Instalación de tubo en T.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Colaborar y vigilar que se lleven a cabo y eficazmente todas las anteriores.
- Apoyo psicológico a la paciente. Pues la ayuda eficaz por parte de la enfermera y del médico hacen que la Sra. V.V.O pueda soportar el lapso que falta para ser intervenida y sea resuelto su problema primario.

2.2 PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

2.2.1 Angustia

Conceptos

Según Muñiz de la Fuente R., la angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada. Subjetivamente, se caracteriza por un efecto de incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa.⁴⁶

Para Diel y Paul, la angustia es un estado infinitamente complejo para que pueda clasificarse entre las emociones.⁴⁷

Para Kclb Lawrence C. la angustia se considera, en general, como un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente como una señal de peligro que nace de la presión de actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia o en forma de acción, con las consiguientes respuestas de la personalidad individual o de la sociedad a dicha erupción.⁴⁸

Lillian Brunner S. menciona que la ansiedad es una respuesta normal a los estados de alarma y amenaza. Es una reacción emocional a la percepción de peligro, real o imaginario, con repercusiones fisiológicas, psicológicas y en la conducta.⁴⁹

⁴⁶ Ramón de la Fuente M. Sicología Médica. 19a. reimpresión México. Ed. F.C.E. 1980. p. 154.

⁴⁷ Diel y Paul. El miedo y la angustia. México, Ed. F.C.E. 1966. p. 36.

⁴⁸ Kclb Lawrence C. Siquiatría Clínica Moderna. México. Ed. Fournier. 1973. p. 122.

⁴⁹ Lillian Brunner S. Enfermería médico-quirúrgica. 4a. ed. México. Ed. Interamericana. 1983. p. 174.

Podemos entonces concluir que la angustia es un estado emotivo donde las personas manifiestan su inquietud o insatisfacción por los problemas que pueden surgir al ver amenazada su seguridad y/o integridad biopsicosocial.

La cirugía puede tener profundos efectos psicológicos sobre la paciente, tanto en el período preoperatorio como en el postoperatorio.

En ocasiones los problemas se definen claramente y son sencillos de manejar; en otras, son sutiles y pueden tener efectos de largo alcance sobre la personalidad de la paciente.⁵⁰ Por lo que estos problemas tienen que ser comprendidos primero para obtener un conocimiento lo más completo posible de la cirugía y de la paciente quirúrgica.

Así pues, la ansiedad, sinónimo de la angustia, es causada por una amenaza al funcionamiento del organismo ya sea a la supervivencia física o a la integridad del ser psicosocial; a menudo la ansiedad afecta ambas áreas, y muchas veces puede sentirse inquieta y aprehensiva con un sentimiento vago de miedo.

La enfermedad y la hospitalización incluyen las amenazas que

⁵⁰ Lemaitre y Finnegan. Enfermería Quirúrgica. 4a. ed. México. Ed. Interamericana. 1982. p. 11

desencadenan ansiedad, amenaza general a la vida, la salud e integridad corporal, incomodidad por dolor, frío, fatiga y cambios de dieta; carencia de satisfacción sexual; restricción de movimientos; aislamiento, precipitación de una crisis económica, antipatía y rechazo por parte de los otros, frustración de planes y esperanzas, confusión e incertidumbre acerca del presente y el futuro y separación de la familia y amigos.⁵¹

Filogénesis y Ontogénesis de la angustia.- Aunque la angustia es la fuente principal de la patología mental y buena parte de la orgánica, debe de situársele desde un punto de vista biológico, entre las defensas de que están dotados los organismos para protegerse de estímulos agresivos que son disruptivos para su organización. El precursor más remoto de estas funciones protectoras es la irritabilidad de los protoplasmas. Cuando los organismos adquieren cierto grado de complejidad, poseen la capacidad de sentir dolor, lo cual les permite reaccionar y protegerse contra agentes agresivos en el momento mismo de ser atacados. Especies más complejas han adquirido, en el desarrollo filogenético, medios más eficaces que les permiten prever la presencia de estímulos nocivos y protegerse de ellos con anticipación. A esta categoría de reacciones pertenecen la "reacción de vigi-

51 Lillian Sholtis Brunner, Op. cit. p. 174.

lancia" descrita por Liddell en algunos mamíferos y el miedo y la angustia de los seres humanos.⁵²

En la "reacción de sobresalto" (Landis y Hunt), que es una respuesta global del organismo, no aprendida, preemocional, que ocurre cuando un estímulo violento, como un ruido, no es integrado y que está presente desde las primeras semanas de la vida, puede reconocerse la pauta precursora de la angustia en el desarrollo ontogenético.

Por carencia de capacidades perceptivas y discriminativas la paciente reacciona a los estímulos peligrosos para su integridad con pautas que son globales, difusas, indiferenciadas y vacías de contenido. Posteriormente, cuando la paciente es capaz de localizar e identificar las situaciones peligrosas, su respuesta defensiva se condiciona a esos eventos particulares. Puesto que en la maduración de los organismos siempre ocurre el paso de los menos diferenciados a los más diferenciados, podemos decir que la angustia, que es menos diferenciada que el miedo, es también anterior a él en el desarrollo ontogenético.

Mecanismos de Defensa.- Son aquellos procesos de la personalidad cuyo propósito es mantener, a pesar de conflictos y contradicciones, un estado de integración mental, de relati

⁵²R. de la Fuente Muñiz. Op. cit. p. 156.

va congruencia interior que permita al individuo funcionar unitaria y efectivamente ante los problemas que le plantea la situación externa.

Los seres humanos, desde el nacimiento hasta la muerte, experimentan inevitablemente conflictos entre las tendencias contradictorias que los mueven; tendencias racionales e irracionales, tendencias morales y destructivas, etc., de algunas de las cuales se percatan y otras que parcial o totalmente operan en las profundidades del inconsciente. ¿Cómo puede actuar un ser humano como una totalidad armónica, en dirección determinada, cuando en él existen tendencias e impulsos a la acción que son antagónicos? Freud, más que ningún otro, llamó la atención sobre el hecho de que impulsos y tendencias, susceptibles de suscitar angustia, vergüenza o culpabilidad, son frecuentemente manejados mediante procesos que evitan estas emociones desorganizantes, procesos que contribuyen a eliminar conflictos y que amortiguan el choque con la realidad, son medidas defensivas, pero sólo hasta cierto punto, puesto que usadas en exceso, como ocurre en las neurosis y psicosis, resultan más nocivas que los peligros mismos contra los cuales se erigen, porque en el grado en que son puestas en juego reducen el campo consciente del individuo, le impiden la advertencia de su ser real y le procuran una imagen deformada de sí mismo y del mundo que lo rodea. Después de todo, angustia, vergüenza y culpabilidad tienen un propó-

sito útil, acicatear a la persona en la búsqueda de soluciones racionales.⁵³

Estas defensas representan cambios internos, adaptativos, que no difieren sustancialmente de los recursos que los individuos usan deliberadamente para preservar su prestigio y obtener ventajas en el trato con las demás personas. Culpar a otros de lo que se es responsable; ofrecer a los demás explicaciones falsas de la propia conducta; ocultar el miedo tras actitudes de desafío; prescindir de metas muy deseables pero peligrosas, etc., son recursos frecuentemente usados por la mayor parte de los individuos. La diferencia con los procesos que a continuación describimos, es que estos últimos ocurren a niveles en mayor o menor grado inconscientes y, por lo tanto, no son susceptibles de ser advertidos por el individuo espontáneamente o por la introspección.

- a) Represión
- b) Racionalización
- c) Sobrecompensación
- d) Conversión
- e) Proyección
- f) Regresión
- g) Desplazamiento o sustitución
- h) Sublimación
- i) Identificación

⁵³ Ibidem. pp. 168-177.

j) Aislamiento

k) Negación de la realidad (fantasía)

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Conservar la disciplina médica, evitar que la enferma esté rodeada de atmósfera hospitalaria innecesaria. Estimular en la paciente la idea de que todos presuponen que regresará a sus deberes habituales.

- La enfermera debe reconocer en la paciente las situaciones que pueden desencadenar ansiedad y advertir los signos fisiológicos, emocionales y de la conducta.

- Animar verbalmente a la paciente a reconocer y expresar su ansiedad.

- La enfermera ayudará a la paciente a enfrentarse a lo que ya es una amenaza específica, a veces el solo hecho de compartir su sentimiento disminuye su ansiedad.

- La presencia física de la enfermera puede ayudar, así como el empleo apropiado de tacto, cuidado físico e inflexiones de la voz, a disminuir su angustia.

Las funciones que la enfermera profesional ha de estar preparada para realizar son múltiples. En ocasiones deberá asumir el papel de un sustituto de madre para con un niño, o aceptar responsabilidades paternas frente a una persona mayor -

que haya perdido pasajeramente la capacidad de bastarse a sí misma; en ocasiones desempeñará el papel de maestra ante un paciente con enfermedad prolongada, o ejercerá el de asesora al ayudar a un joven esposo a comprender los cambios en la actitud de la esposa embarazada, ayudará a comprender las explosiones emotivas en un marido senil. No hay seguramente individuo alguno que esté presente con mayor frecuencia en los procesos de vida o muerte que la enfermera. Por lo que la enfermera ha de conservar amplio su mundo. Debe aplicarse a adquirir y conservar intereses, amigos y actividades que le proporcionen una liberación de las tensiones que se acumularán durante el trabajo.⁵⁴

2.2.2 Miedo

Conceptos

Para María Luisa Erreguerena, el miedo es una reacción de de fensa del individuo frente a todo aquello que interpreta como amenazante. Lo desconocido produce miedo en la medida que pueda encerrar algo que se supone peligroso, por lo tanto, es posible definir el miedo como una sensación de inquietud causada por un peligro real o imaginario.⁵⁵ Y según Lawrence

⁵⁴ Madigan y Jeanette. Psicología teórica y práctica. 5a. ed. México. Ed. Interamericana. 1973. p. 334.

⁵⁵ María Luisa Erreguerena. "El miedo como reto." Enfermera al día. vol. 9 No. 1. México. Ed. Interamericana. 1984. p. 5.

C. Kolb, el miedo que el paciente experimenta en presencia de determinado objeto o experiencia es, en realidad, el miedo desplazado de algún componente angustiante dentro de su propia personalidad.⁵⁶

Por consiguiente, puede concluirse que el miedo es un elemento emotivo más con que cuenta el individuo, para mantenerse alerta ante un fenómeno real del cual no es posible cuantificar su desastre, pero que al rebasar los límites de conciencia de las personas, se considera patológico.

Introducción

El miedo depende de experiencias y de entrenamientos; tiene varias formas de expresión, pero es siempre negativo. Podrá conducir al individuo a evitar situaciones, a ser más prudente, a emprender la fuga, o producirá acaso una parálisis completa de la actividad. El miedo podrá hacerse habitual, y resultará entonces de ello un individuo tímido, excesivamente precavido. O podrá ser provocado por una situación en la que el peligro se espera o se imagina.

Las emociones constituyen influencias poderosas sobre la conducta. Inicialmente eran reacciones de urgencia, pero la irritación y el miedo, que normalmente sólo se producen en situa

⁵⁶ Lawrence C. Kolb. Op. cit. p. 135 .

ciones de peligro real, podrán haberse convertido acaso en patrones de ajuste y producirse en una diversidad de situaciones.⁵⁷

J.B. Watson encontró, experimentalmente, que los niños pequeños temen solamente dos situaciones, a saber, los sonidos fuertes y la pérdida del apoyo físico. La gran categoría de temores que experimentan los niños y los adultos ha sido aprendida.

La enfermedad como amenaza.- El paciente suele ver a la enfermedad física grave como una pérdida potencial. El miedo más básico es aquel a perder la vida, pero el paciente puede temer también quedar incapacitado, desfigurado o de alguna manera en condiciones de inferioridad como persona, y por lo tanto, ser menos valorado y menos amado. La preponderancia de la amenaza a perder la vida explica las reacciones depresivas que se observan a menudo en quienes sufren enfermedades físicas.

Si la enfermedad o su tratamiento amenazan privar al paciente de un modo característico de conducta o de un estilo de vida que ha servido a objetivos importantes de defensa para preservar el amor propio, puede reaccionar con ansiedad extrema seguida de depresión.

⁵⁷Madigan y Nohren. Op. cit. pp. 259-260.

En las familias con recursos limitados o seguros de salud in suficientes, las enfermedades graves pueden ser una amenaza de catástrofe económica. A veces el paciente percibe su enfermedad como algo vergonzoso.

INDICADORES DE "STRESS"

Dependerá de ciertas mediciones y observaciones que el cuerpo de un individuo reaccione a los estímulos productores de tensión. Por ejemplo: aumento de la frecuencia y la fuerza del latido cardíaco, aumento de la presión arterial, aumento de la concentración sanguínea y urinaria de adrenalina y noradrenalina, sudoración de las palmas de las manos y dilatación de las pupilas. Se ha demostrado que la frecuencia cardíaca aumenta como reacción a diversos estímulos productores de tensión como anestesia, ruidos intensos y entrada de una enfermera atractiva en la habitación del paciente. Incluso producen el mismo efecto la espera de los pacientes que están en una unidad de cuidados coronarios y el traslado a una unidad de convalecientes menos estrechamente supervisada.

La disminución de número de leucocitos, eosinófilos y linfocitos en la sangre indican que el individuo reacciona a estos estímulos.

Para medir la tensión a menudo se recurre a la cantidad de adrenocorticoides urinarios. Se ha observado que éstos aumen

tan en personas deprimidas que se sienten sin esperanzas o víctimas de la fatalidad. La concentración de adrenocorticoides del plasma sanguíneo de los pacientes alterados que sufren crisis psicóticas agudas ha sido 70% más elevada que la de individuos normales o pacientes tranquilos.⁵⁸

En otro estudio se observó que dicha concentración en pacientes víctimas de depresión crónica era muchísimo menor que la de pacientes con ansiedad aguda.

DIFERENCIA ENTRE MIEDO Y ANGUSTIA

Es importante establecer una diferencia entre miedo y angustia; ambos son reacciones globales de la personalidad ante amenazas. En el miedo, la amenaza es objetiva, es decir, externa. El individuo que experimenta miedo tiene conocimiento de la fuente del peligro que lo amenaza y en principio puede enfrentarse a él, defenderse. El peligro más frecuente es la amenaza a la integridad física de la persona, ya sea en forma de una enfermedad o de un ataque físico externo.

En la angustia, la amenaza es subjetiva; su fuente es interna y el individuo no tiene advertencia de ella. Al desconocer la fuente del peligro, no se está en posibilidad de defenderse. De ahí la impotencia y el sentimiento de verse amenazado

⁵⁸ Anthony Parker C. Anatomía y fisiología. 4a. ed. México. Ec. Interamericana. 1983. p. 672.

por todos lados y por ninguno.

Este rasgo diferencial entre miedo y angustia es válido también en aquellos casos en que se reacciona con gran intensidad ante un peligro externo, pero insignificante. La principal diferencia entre la angustia y el miedo es, según R. May, que ambas reacciones ocurren en planos distintos de la personalidad. En el miedo, la amenaza se ejerce sobre un primer plano en el que hay una advertencia clara del peligro. En la angustia, la amenaza se ejerce sobre un plano más profundo, el núcleo mismo de la personalidad. Lo que está amenazado es algo esencial para el sujeto: un valor vital.⁵⁹

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En la paciente candidata a colecistectomía se percibe el miedo que siente ante la proximidad de la intervención quirúrgica, este sentimiento de temor a lo desconocido no lo expresa, por lo cual se procede a explicarle en qué consistirá la cirugía; asimismo, de la conducta del personal de otros servicios por los que tendrá que pasar, de tal forma que se aminore su miedo y se obtenga mejor colaboración.

⁵⁹ Ramón de la Fuente. Op. cit. p. 155

2.3 PROBLEMAS SOCIOCULTURALES

2.3.1 Desnutrición

Los estudios médico-sociales más modernos están demostrando que ningún factor mesológico influye tanto sobre el equilibrio vital y la conservación de los niveles de salud, como el alimentario. El siniestro papel del hambre en el caos económico y político de nuestros días hace que este fenómeno sea mirado hoy con más atención por los estudiosos de los problemas sociales, preocupados principalmente por el sentimiento de rebeldía que el hambre genera entre los pueblos hambrientos frente a la relativa opulencia de los pueblos ricos, y el permanente temor a los posibles levantamientos que ello entraña. La realidad de esa miseria ha dividido al mundo en dos grupos: el de los que no comen y el de los que no duermen. El primero habita en los países pobres y se siente aplastado por la opresión económica de las grandes potencias industrializadas. El segundo se halla en las áreas más ricas del mundo, pero no duermen por el pavor que les infunde la rebelión de los que no comen. Por lo tanto el hambre es, ante todo, producto de una mala distribución de la riqueza y de una deficiente planificación de la economía mundial, donde no se busca satisfacer las necesidades biológicas reales de cada pueblo, sino sus necesidades mínimas.⁶⁰ Por eso, al ob-

⁶⁰ José de Castro. Op. cit. pp. 20, 25, 32.

servar el mapa del hambre en el mundo se comprueba que sus grandes manchas negras se localizan en regiones subdesarrolladas.

Por eso Lord Boyd afirmaba, con convicción, que es más peligrosa el hambre que la bomba atómica para el futuro de la humanidad; y el estadista británico Harold Wilson, en su oportuno libro La guerra y la pobreza mundial, escribió las siguientes palabras: "Para la gran mayoría de la humanidad, el problema más urgente no es la guerra ni el comunismo ni el costo de la vida ni los impuestos; es el problema del hambre. Y esto porque el hambre es, al mismo tiempo efecto y causa de la pobreza y de la miseria en que vegetan miles de seres humanos."

Después de enterarnos en forma somera de los problemas más importantes del mundo y que posteriormente describiremos, por el momento nos limitaremos a mencionar alguno de los estudios de investigación alimentaria en nuestro país.

Los investigadores del Instituto Nacional de la Nutrición - "Salvador Zubirán" han demostrado que en promedio el 6% de los niños en las áreas urbanas de México sufren desnutrición en algún grado.

Además del profundo e innecesario sufrimiento humano causado por la desnutrición, ésta tiene consecuencias muy graves; una

mayor mortalidad por las infecciones; trastornos en el desarrollo físico y, lo que es más grave, en el desarrollo intelectual y social; menor actividad física, que afecta el aprendizaje; menor capacidad de trabajo y trastornos genéticos e inmunológicos; serios obstáculos todos para el desarrollo humano y por lo tanto de la sociedad.⁶¹

Desde el punto de vista del Dr. Adolfo Chávez, director de la División de Nutrición del INN, México, indudablemente, es un país de desnutrición donde las clases sociales de bajo ingreso no se alimentan debidamente. Cerca del 28% de la población consume una dieta fundamentalmente a base de maíz y frijoles. Debido a esa mala dieta, los niños en crecimiento suelen sufrir alteraciones metabólicas condicionadas por la deficiente alimentación; su mortalidad es muy elevada y su salud precaria. Este 28% corresponde a la población de marginados desde el punto de vista socioeconómico. Después, cabe considerar un 25% más de población, que aunque cuente con mejores recursos socioeconómicos, tampoco se alimenta bien y sufre problemas nutricionales.

Así, en total, un 53% de la población se puede considerar como claramente desnutrida. Sin embargo, esto no significa que toda la población restante esté bien nutrida, de hecho son

⁶¹ INN "Desnutrición" Reimpreso de la Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXI. Ncs. 8 y 9, México, 1979. p. 2.

frecuentes las deficiencias en la clase trabajadora y aun en los empleados de nivel medio.

El Dr. Ramón Galván afirma que la desnutrición podría definirse como toda aquella situación de deficiente utilización de los nutrientes por las células del organismo, que origina mala composición corporal, lo que afecta la salud, y a la larga llega a influir sobre la duración de la vida.

CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

La desnutrición se clasifica en primaria, secundaria y mixta, desde el punto de vista del Dr. Alberto Ysunza Ogazón.⁶²

En primer lugar la desnutrición primaria es aquélla que se deriva de una ingestión insuficiente de alimentos, básicamente debida a la falta de disponibilidad; en estos casos, el organismo no recibe una cantidad adecuada de energía porque los alimentos simplemente no llegan a la boca. En segundo término, se considera desnutrición secundaria aquella en que el alimento ingerido no se utiliza de manera adecuada en el organismo, debido a alguna alteración fisiopatológica; este tipo de desnutrición se inicia desde el momento en que el alimento entra a la boca.

Por último, tenemos la desnutrición mixta, que combina las

⁶² Ibidem, p. 3.

dos anteriores, donde la segunda es resultado de la primera, o sea que la falta crónica de disponibilidad de alimentos trae consigo una serie de alteraciones biológicas que conducen a un estado fisiopatológico que no permite la utilización correcta de los alimentos.

La desnutrición primaria es, con mucho, más frecuente que la secundaria; afecta más a los niños y a los grupos con bajo nivel económico, los cuales no suelen estar en contacto con el mundo médico y solamente en sus casos más extremos llegan a los consultorios, a los hospitales o a los centros de salud. La desnutrición secundaria es acompañante de atesoramiento, como la obesidad, todos los padecimientos crónicos conducen a desnutrición, en particular aquellos que afectan el aparato DIGESTIVO, y los que producen anorexia, fiebre, tensión o pérdidas especiales de algún nutrimento, como por ejemplo de proteínas en la nefrosis o de glucosa en la diabetes.

Se cree teóricamente que el exceso de actividad física puede producir balance negativo de energía; en realidad, la actividad física nunca puede llevarse más allá de los recursos energéticos del organismo y, por ello, es difícil que tenga alguna influencia en la génesis de la desnutrición.⁶³

63

Ibidem, p. 4.

Más bien lo que sucede es que el desnutrido, al tener que ahorrar energía, reduce al mínimo su actividad física, lo que a su vez, se traduce en graves problemas en las diversas etapas del desarrollo del ser humano. En el adulto, disminuye su capacidad de trabajo.

Por ello podemos concluir que tanto el exceso de trabajo al que se dedica la Sra. V.V.O. desde tempranas horas del día hasta que anochece, con la desagradable compañía de su padecimiento crónico desde hace 2 años, así como un ingreso económico limitado para la adquisición de alimentos, han venido a contribuir en su organismo haciéndolo vulnerable a la desnutrición, y por lo tanto más receptivo a cualquier enfermedad, ya que el exceso de actividad física a la que se somete, le produce un balance negativo de energía.

HÁBITOS NUTRICIONALES

En cuanto a los hábitos nutricionales de las zonas marginadas podríamos decir que son lo que han tenido siempre, en todo caso si hubiera cambio, éste sería en sentido negativo. Quizá la diferencia más importante sería una disminución en el consumo de frijol y un aumento en algunos de los productos industrializados, sobre todo pastelillos, dulces y refrescos. Si esto es cierto, se debe tomar como una señal de alarma, que implica el inicio del rompimiento de hábitos tradicionales para dar entrada a otros, más negativos desde el punto

de vista nutricional, causados por el interés comercial.⁶⁴

Por lo que respecta a la Salud Pública, todos los esfuerzos de los recursos humanos de salud deben estar encaminados a programas educativos, llevando un mensaje de cambio en los hábitos de alimentación, que intente, hasta cierto punto, contrarrestar las modificaciones condicionadas por intereses comerciales con información más adecuada para la salud.

LA CRISIS ALIMENTARIA

1. Tendencias actuales del desarrollo Agrícola y Agroindustrial. En el actual período de recesión económica a nivel mundial, y de alza relativa de los precios agropecuarios mundiales, el flujo de inversiones extranjeras (y nacionales) hacia la agroindustria de alimentos en los países latinoamericanos es considerable debido a mayores tasas de ganancia logradas allí que en los países capitalistas industrializados. Una gran parte de estas inversiones no se dirigen a la producción de alimentos básicos, sino sobre todo a aquellos destinados a los mercados de altos ingresos o a la exportación de la agricultura destinada a surtir de materias primas a la agroindustria de transformación y también el mercado mundial y, a la vez, de un estacionamiento de la pequeña agricultura campesina.

⁶⁴INN. Encuestas Nutricionales en México. Vol. II. Estudios de 1963-1974. México, D.F. 1976. p. 111.

En efecto, el proceso selectivo de la inversión pública en obras de infraestructura y también los INCENTIVOS económicos y servicios ofrecidos por el Estado para apoyar la producción de ciertos cultivos junto con el desarrollo de cierta agroindustria, sobre todo de capital extranjero, que operan en mercados a la vez oligopólicos y protegidos, crean condiciones favorables para la aplicación concentrada de insumos agroindustriales en un solo sector de la agricultura. Estas unidades productivas compiten por la tierra más rica y mejor ubicada, dejando sólo áreas marginadas y menos accesibles para el cultivo de alimentos básicos.⁶⁵ Los programas de ayuda alimentaria bilateral, en el pasado, que disponían de los excedentes agrícolas producidos en los Estados Unidos, y la penetración de las agroindustrias transnacionales, han concurrido a la adopción bastante generalizada, en la región de un modelo o patrón de consumo alimenticio calcado del de los países industrializados que exigen a menudo materias primas no disponibles en el país. La imposición del consumo de alimentos transformados y diferenciados, ampliamente anunciados por los medios de comunicación, es un fenómeno que se da en las áreas urbanas pero también en áreas rurales. Por lo demás, este modelo destaca el consumo de carnes y no de cereales, granos y tubérculos, con las consecuencias conocidas.

⁶⁵ Facultad de Economía. Investigación Económica. Vol. XL. No. 156. México, 1981. pp 77-80.

Los efectos sobre los niveles de nutrición, al adoptarse estos alimentos y abandonar dietas tradicionales, pueden ser particularmente negativos para las capas de bajos ingresos.

Por lo demás, el precio de los productos básicos, dada la baja de la producción, tiende a subir contribuyendo esto a agravar el problema del hambre en la región.

Los efectos económicos y sociales permiten concluir que en general el proceso de agroindustrialización, ligado a los oligopolios nacionales y extranjeros y a ciertas políticas estatales y de organismos internacionales contribuye a reducir significativamente la seguridad alimentaria nacional.

LOS ALIMENTOS COMO NEGOCIO

Los dramáticos acontecimientos recientes sobre la escena mundial, demuestran una vez más la fragilidad de los equilibrios alimentarios. La angustia nutricional ha reemplazado, incluso, a la angustia atómica o nuclear en los países industrializados.

Los excedentes agrícolas norteamericanos se constituyen en tema de demagogia política en el momento en que Washington parece conceder prioridad a la ayuda y aprovisionamiento "a los países que sirven los intereses de Estados Unidos en el mundo"⁶⁶ La utilización con fines diplo

⁶⁶ Gerard Garreau. El negocio de los alimentos. México. Ed. Nueva Imagen. 1980. p. 11

máticos de su potencia alimentaria (las dos terceras partes de la humanidad dependen de Estados Unidos para su alimentación) sólo acaban de ser tema de una toma de conciencia en Estados Unidos. En síntesis, si una multinacional quiere evitar pagar el salario mínimo norteamericano, siempre puede ir a instalarse en el Tercer Mundo, donde encontrará mano de obra barata. Lo mismo será si quiere evitar las leyes adversas sobre la legislación del trabajo, las cargas sociales o el medio ambiente.

EFFECTO DE LOS ALIMENTOS CHATARRA EN LA SALUD

Si los alimentos chatarra son perjudiciales para la salud de los adultos, en los niños el problema se agrava todavía más por la debilidad de su organismo y porque llega a crearles verdaderos hábitos. Estos productos quitan el hambre y evitan que las personas coman algo realmente nutritivo, de ahí se desprenden algunas de las enfermedades más comunes como son las gastritis y las diarreas, que son resultado de la ingestión de grasas y de sustancias irritantes.

Un caso especialmente grave es el de los productos que contienen chile piquín, como los cacahuates picantes, las papas con chile y los chamoys, ya que ocasionan infecciones en las vías urinarias, dolores abdominales y dolor al orinar. Estos apaciguadores del hambre que perjudican la salud y la economía familiar, están elaborados con materias bajas en proteínas,

con saborizantes y colorantes artificiales y, en no pocas ocasiones, con muy poca higiene. En cambio, son ricos en grasas, azúcares y almidones que producen obesidad. Tal parece que estos productos tienen un atractivo para los grupos que los consumen; son fáciles de adquirir, están ya preparados y esto se interpreta como un ahorro de tiempo.⁶⁷

Etiología y factores

La etiología de los síndromes de deficiencia calórico-proteínica es muy simple, se reduce únicamente a que el organismo, al nivel de los tejidos, no está recibiendo el aporte mínimo necesario de fuentes de energía (calorías) o de los constituyentes esenciales para su formación, mantenimiento y reposición (proteínas). Este aporte insuficiente puede ser debido a que la dieta no provee las cantidades requeridas, es decir, deficiencia primaria o de origen dietético; o a que existen factores que estén:⁶⁸

1. Impidiendo la adecuada utilización de los alimentos ingeridos (procesos diarreicos crónicos, síndromes de malabsorción).
2. Estableciendo demandas exageradas (enfermedades consuntivas).

⁶⁷ Alimentos Chatarra. El Nacional. 31/VIII/85 p. 2.

⁶⁸ Susana Icaza J. Nutrición. 2a. ed. México. Ed. Interamericana. 1981, p. 108.

vas, como la tuberculosis o los neoplasmas).

3. Que existan pérdidas exageradas (hipertiroidismo para el caso de las calorías, o enteritis exudativa para el caso de las proteínas).

4. Bajo ingreso económico

5. Falta de información por su bajo nivel escolar

6. Para no perder mucho tiempo en preparar alimentos básicos y naturales.

7. Falta de preparación higiénica de los alimentos

8. Factores políticos, económicos del país y particulares

Manifestaciones

Disminución de peso y de la velocidad de crecimiento del niño, apatía, anorexia, trastornos digestivos, anemias, desequilibrio hidroelectrolítico, disminución de la productividad y reducción de todas las funciones vitales y alta vulnerabilidad del organismo a las enfermedades.

Principales problemas nutricionales⁶⁹

- síndrome de deficiencia calórico-proteínica
- marasmo
- síndrome pluricarencial de la infancia

⁶⁹Susana Icaza J. Nutrición. pp. 107-150.

- deficiencias minerales y vitamínicas
 - bocio
 - caries
- raquitismo, osteomalacia y osteoporosis
- anemias
- deficiencia de vitamina A
 - ceguera nocturna
- Beriberi
- Arriboflavinosis
- Pelagra
- Escorbuto

Medidas de prevención

Como se indicó, el predominio de la malnutrición calórico-proteínica en sus formas graves es relativamente poco frecuente si se le compara con la enorme incidencia de las formas crónicas, leves o moderadas de tanta trascendencia en la salud y bienestar general de la población. Por lo tanto, la acción preventiva debe preocuparse de evitar la aparición de las formas avanzadas y graves, pero no limitarse a esto, sino orientarse principalmente a mejorar la situación general de la población en lo que a este problema se refiere.

Las medidas preventivas deben estar basadas en la epidemiología. Por lo tanto, una prevención definitiva y duradera de la desnutrición calórico-proteínica supone medidas de origen general, como:

- Incremento de la disponibilidad de alimentos para toda la población, particularmente de aquellos que son fuente adecuada de proteínas y de calorías.⁷⁰
- Accesibilidad de estos alimentos, en relación con la capacidad económica de la población.
- Educación general y, en especial sobre los aspectos de salud y de alimentación que permita la correcta utilización de los recursos en forma de prácticas correctas de higiene y alimentación.
- Servicios suficientes y adecuados de medicina preventiva y curativa para toda la población.

Todos los esfuerzos que diversas Instituciones como el Instituto Nacional de Nutrición, y el Instituto Nacional del Consumidor han hecho para concientizar a la población sobre los problemas económicos y de salud que trae el consumo de los alimentos chatarra, resultan irrisorios frente a la avasalladora publicidad que despliega el gran capital. A la revista del consumidor que se publica mensualmente debemos agregar el periódico del consumidor, que se vende a muy bajo precio y la página diaria de El Nacional.

El Instituto Nacional de Nutrición y la Secretaría de Salud

⁷⁰ Alimentos Chatarra. El Nacional. 31 de agosto de 1985. p.2.

hacen frecuentes inspecciones a las fábricas donde se elaboran los alimentos chatarra, pero esto no es suficiente si los propios consumidores se empeñan en seguir comprando los productos que ya bien conocen.

Se trata ante todo un problema de educación que debe corregirse a muy temprana edad. Pero si los padres caen en los mismos errores alimenticios, es difícil que sus hijos se habitúen a una alimentación no industrializada.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- La enfermera por medio de observación profunda y obtención de datos, llegará a detectar los problemas de nutrición. Una vez identificados, pueden valorarse las necesidades nutricionales.

- En el caso de un paciente desnutrido, sin signos manifiestos de trastornos, la enfermera necesitará explicar el régimen dietético al enfermo o a un miembro de su familia, y orientarlo en su cumplimiento, y que avise al médico si surgen problemas.⁷¹

- Debe convencer al paciente y estimularle el deseo de que haga una mejor selección de alimentos. Ella debe detallar la

⁷¹ Mary Falconer W. Farmacología y terapéutica. 6a. ed. México. Ed. Interamericana. 1981. p. 330

valoración del ingreso calórico previo al tratamiento, el peso que se le ha considerado adecuado para la edad y el estado físico del enfermo (no usar su falta de peso como factor básico) y el número de calorías sobre dicha cifra que se necesitarían para aumentar el peso. Cuando se ha logrado la ganancia ponderal deseada hay que establecer una dieta de sosten.

- La enfermera debe insistir no sólo en el ingreso calórico sino también en los tipos de alimentos para que la dieta sea equilibrada.

- También se necesitará asegurar que la paciente ingiera en realidad los alimentos que se le brindan. Deben conocer las preferencias personales, y satisfacerlas en la medida de lo posible.

A semejanza del obeso, el paciente desnutrido necesita apoyo emocional. Si se hace el diagnóstico de anorexia nerviosa como causa de la desnutrición, está indicada la psicoterapia.⁷²

Y como lo habíamos mencionado al inicio de este tema, y si pensamos en la forma en que lo hasta aquí analizado puede aplicarse a nuestra paciente hospitalizada, la Sra. V.V.O., encontraremos que, conociendo además su situación económica, debemos adaptar la modificación de su dieta a la realidad de sus ingresos.

⁷²Ibidem. p. 330.

LA EDUCACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN

Los patrones de alimentación constituyen una de las características culturales más representativas de los pueblos y el paso de su tradición a través de generaciones constituye, aparentemente, un fenómeno natural en las comunidades, que propicia el descuido de la orientación correcta y de la educación específica sobre aspectos de nutrición.

Desde el punto de vista del individuo los patrones de alimentación son parte de un comportamiento aprendido, por lo que junto a los aspectos nutriólogicos y dietéticos, deben considerarse los aspectos culturales, que son los que con frecuencia condicionan la cantidad y la calidad del alimento que consume el individuo y orientan hacia la aceptación o rechazo de nuevas medidas dietéticas. Se comprende entonces la importancia de cimentar los programas de nutrición en una educación permanente que permita una modificación positiva de las formas de conducta del individuo.

Por otra parte, la educación está íntimamente ligada al desarrollo económico de los pueblos y desde el punto de vista de disponibilidad de alimentos y del aprovechamiento correcto de los nutrientes, constituye un factor importante por considerar en los programas aplicativos de nutrición.⁷³

73 Mario M. Chávez. Salud y Sistemas. Lima. Ed. Universidad de los Andes. 1981. p. 121.

Educación significa lograr un cambio de conducta; es decir, la educación realiza un proceso activo que involucra la existencia del educador que orienta, entrega y difunde conocimientos y la del educando, que recibe, responde y adquiere un nuevo comportamiento, integrándolo a su personalidad. Esto último es lo que se pretende esperar de la paciente hospitalizada.

2.3.2 Introducción a la Higiene Personal

- El Adulto Normal

Debemos ahora tomar en cuenta lo que respecta a la vida de un adulto normal. En primer lugar, importa el cuidado normal de su cuerpo. Una persona adulta atiende su higiene personal de manera que no entre en conflicto con la sociedad.

Se asea con regularidad, cuida de su pelo, dientes y uñas. Se viste en forma adecuada a las normas de la sociedad en la cual vive. Sus ropas se encuentran razonablemente limpias, y en regular estado de conservación; cambiándose las y lavándose con frecuencia. Las modas que utiliza se aproximan a los estilos aceptados. A la persona normal no se le ocurre que haya nada difícil en esto. No reflexiona que tanto aprendizaje se necesitó para simplemente poder asearse y vestirse adecuadamente. Hubo inclusive un tiempo en la vida de todo individuo en que estas actividades no constituían un hábito. Todo niño aprende a asearse por medio de un lento y cuidadoso

proceso y a hacerlo sin necesidad de que se lo recuerden. La higiene personal no sólo comprende destreza para vestirse y asearse, sino también en las funciones de eliminación.

Cuando estudiamos la higiene personal o individual, nos preguntamos: ¿Cómo hemos de cuidar de nuestro cuerpo para que funcione con eficacia? Los biólogos dicen que los animales tienen cuatro funciones básicas: asimilación, sensación, movimiento y reproducción. La higiene individual se concentra, en una gran proporción, en estas actividades, porque el hombre come, piensa, siente, trabaja, se divierte y se reproduce.⁷⁴

No podemos tener salud si no seleccionamos adecuadamente nuestros alimentos y si no los digerimos bien; si no mantenemos en buen estado nuestras funciones respiratorias, circulatorias, eliminatorias y el control de la temperatura. La salud implica el cuidado del sistema nervioso y un ajuste mental y emocional satisfactorio.

CONCEPTOS

Para Hernán San Martín, la salud del individuo considerado aisladamente, depende en parte de factores genéticos y en mayor proporción de su modo de vida y de los riesgos a que se

74 A. Altschul. Manual de Enfermería Psiquiátrica. México. Cía. Editorial Continental. CEC. S.A. Nueva Edición. 1971. p.19.

expone en el ambiente, el conocimiento de estos factores y el manejo adecuado de ellos es lo que a fin de cuentas va a determinar el grado de salud del individuo. La aplicación práctica de estos conocimientos es lo que constituye la higiene personal, que se basa en lo que la fisiología humana enseña. El secreto de la higiene personal consiste en conocer las relaciones que existen entre las condiciones de funcionamiento del organismo humano y los factores del ambiente externo. El conocer sólo estos hechos no tiene valor si no se practica diariamente, lo cual implica que todos los procedimientos de la higiene personal deben transformarse en hábitos de vida. Así como la higiene pública se preocupa de ofrecer al individuo un ambiente de vida sano, la higiene personal tiene por objeto colocar al individuo en las mejores condiciones de salud frente a los riesgos del ambiente.

Concretamente, la higiene personal incluye todas las prácticas, técnicas y hábitos incorporados al modo habitual de vida del individuo que tienen por objeto prevenir la enfermedad y fomentar la salud física y mental. La práctica de la higiene personal es una cuestión de responsabilidad individual que se adquiere a través de un proceso de educación que debe comenzar cuando comienza la vida.

Las bases fisiológicas de la higiene personal son fundamentalmente las mismas para todos, pero su práctica varía dentro -

de límites bastantes amplios en relación con la edad, sexo, ocupación, clima, costumbres nacionales, constitución genética.⁷⁵

Para Fuerst y Wolff la higiene se define de varios modos; en su sentido más amplio abarca factores como el ejercicio, el descanso y la eliminación así como el cuidado personal y la limpieza. En sentido más estrecho, se refiere únicamente al cuidado personal y a la limpieza.⁷⁶

Como podemos observar, en el concepto anterior nos mencionan que el ejercicio favorece en cierta medida al equilibrio tanto de la salud mental como física. Y como recordaremos, la paciente de quien se ha venido hablando, nunca tiene tiempo para ciertas actividades recreativas debido a lo ocupada que siempre se encuentra, por lo que tendremos que orientarla para que realice algunas actividades físicas recreativas aunque sea en su casa.

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y SALUD

Se obtendrá, evidentemente, una salud mejor no por la simple adquisición de conocimientos de higiene, sino por su aplicación. La salud depende, no de lo que se sabe, sino de lo que

⁷⁵ Hernán San Martín. Salud Enfermedad. 4a. ed. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1981. pp. 384-385.

⁷⁶ Fuerst y Wolff. Principios fundamentales de enfermería. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1978. p. 164.

se hace; se conserva gracias a una manera sana de vivir, a un régimen higiénico constante, y haciendo lo que se debe, no simplemente pensándolo, deseándolo o sabiéndolo. Las enfermedades transmisibles se difunden constantemente debido a faltas de higiene.

La lucha por progresar social y materialmente tiende a poner en segundo plano consideraciones que atañen a nuestro bienestar físico. Las personas que poseen un conocimiento básico sobre salud, encuentran que mantenerla es interesante, relativamente simple y rico en recompensas. Son las personas sin cultura higiénica las que se dejan llevar por la preocupación y por el miedo adoptando una y otra falacia sanitaria.⁷⁷

FACTORES ETIOLÓGICOS

- Bajo nivel cultural
- Bajo ingreso económico
- Carencia de servicios públicos de primera necesidad (medio ambiente).

MANIFESTACIONES

- Bajas defensas orgánicas
- Desarreglo personal y olor desagradable
- Personas adinámicas, con desajustes fisiológicos y dinámicos.

 77 C.E. Turner. Higiene del individuo y de la comunidad. 2a. reimpresión. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1974. p. 6.

- Personas con algún problema psicológico o moral
- Personas que no aceptan las reglas o convencionalismos sociales.

ORIENTACIÓN DE LA HIGIENE PERSONAL Y AMBIENTAL

- Educación general y, en especial, sobre aspectos de salud y de alimentación que permita la correcta utilización de los recursos en forma de prácticas aceptables de higiene y alimentación.
- Educar a las personas para tirar la basura en lugares propios para ello, y no tirarla en la calle o en cualquier lugar.
- Orientar a la comunidad a disminuir la contaminación del ambiente no quemando llantas o basura al aire libre, no defecando al aire libre y que mantengan en buen estado de uso los motores de sus carros, ya que con esto no se quitará la contaminación pero sí disminuirá en un porcentaje.

3. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología de trabajo implica el diagnóstico y el plan de cuidados de Enfermería. El componente de la fase de investigación en el Proceso de Enfermería concluye con la formulación del diagnóstico de Enfermería tan pronto como sea posible, después de terminada la historia y el examen físico.

La enfermera organiza, analiza, sintetiza, resume los datos recopilados y determina las necesidades de la paciente en cuanto a la atención de enfermería, proponiendo una respuesta a una serie de problemas con acciones de enfermería. El problema del paciente es entonces definido, como diagnóstico de enfermería; tomando al paciente desde un punto de vista biopsicosocial y definiendo los siguientes diagnósticos: integral, biológico, psicológico y sociocultural.

El plan de atención de enfermería se encauza primordialmente a la satisfacción de las necesidades y problemas de la paciente, dando soluciones desde el punto de vista integral previa jerarquización de los datos obtenidos, o sea de la valoración del diagnóstico de enfermería.

El Plan de Atención de Enfermería se estructura de la siguiente manera:

Se describirá el problema de la paciente, la necesidad, y en seguida las acciones de Enfermería que tratan de solucionar

el problema de la paciente, anotándose por consiguiente los responsables de las acciones, delegadas o coordinadas por enfermería, y como penúltimo punto tenemos la evaluación de las acciones de Enfermería finalizando con la valoración de la metodología del trabajo.

3.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

3.1.1 Diagnóstico Integral

La paciente para su atención de cólico biliar amerita atención inmediata a base de medicamentos especiales que actúen sobre el sistema enterohepático para mejorar su estado delicado de salud, y posteriormente hospitalizarla al servicio de cirugía general para tratamiento quirúrgico, que finalizará con una colecistectomía.

Además la paciente se muestra temerosa y angustiada por la proximidad de un acto quirúrgico, por lo que la enfermera al igual que el grupo interdisciplinario deberán comprender a la paciente y tomar una actitud amigable y sincera al explicarle los procedimientos que seguirá en forma profesional de tal manera que le sea comprensible a la paciente.

Requiere además de una orientación para que conozca las ventajas de la adquisición, preparación y del consumo de los alimentos nutritivos de acuerdo con su ingreso económico. Así como también la modificación de sus hábitos higiénico persona-

les y la importancia que tienen éstos en su salud y en la de su familia.

3.1.2 Diagnóstico Biológico

La paciente con mucha urgencia amerita la suministración de analgésicos derivados de la pirazolona, y antiespasmódicos del grupo parasimpaticolíticos para disminuir el dolor y reducir el espasmo del proceso inflamatorio vesicular. Es importante la toma de signos vitales y el registro de los mismos para detectar a tiempo complicaciones que pongan en peligro la vida de la paciente, se le administran líquidos por vía intravenosa para tener una vía de ministración rápida. Se mantiene a la paciente en reposo para no provocar movimientos de los cálculos a una posición que pueda desencadenar otro cuadro agudo, dándole posición de semifowler para favorecer la respiración y que por gravedad disminuya la presión y se irriten menos las vísceras inflamadas. Se instala sonda nasogástrica para disminuir el volumen ocasionado por gases y contenido alimenticio de tal forma que disminuya la compresión de este órgano con los otros. Se colabora en los estudios de laboratorio y se interactúa con personal de archivo para solicitar expediente de la paciente, encontrándose los resultados de exámenes de gabinete y del diagnóstico de certeza de colecistitis crónica litiásica. Se mantiene en ayuno y en observación a la paciente hasta que es internada en el servicio de cirugía general.

3.1.3 Diagnóstico Psicológico

La paciente al ser hospitalizada muestra inquietud y miedo tal vez porque sus seres queridos no reciban la atención afectuosa de la que son objeto en el hogar cuando ella está, o porque siente temor a la cirugía, acto que nunca antes le habían realizado. La actitud de la enfermera y del personal de la Unidad deberá ser de respeto, cariño y comprensión, explicándole específicamente su padecimiento y la participación directa de la paciente para su recuperación; la enfermera deberá ser atenta e interesada a las necesidades de la paciente transmitiéndole seguridad no sólo emocional sino también en conocimientos científicos con respecto a su problema, hacciéndola sentir en un medio familiar y no en un lugar extraño, para evitar la sensación de abandono.

3.1.4 Diagnóstico Sociocultural

Socialmente la paciente necesita de una orientación nutricional, y de los problemas que se suscitan si no se llevan a cabo. Por lo que es importante relacionarla con los programas de la canasta básica, para que alcance mejor su economía. Además de orientarla para que modifique algunos hábitos higiénicos personales, y sea menos vulnerable su organismo a las diferentes patologías.

3.2 TIPO Y DISEÑO DEL PLAN DE ATENCIÓN

Se elaboró un esquema en el cual se consideran cada uno de los puntos del plan de atención enfocado a la satisfacción de la necesidad de la paciente siendo de tipo inductivo, analítico, descriptivo y diagnóstico, el diseño se refiere al plan de trabajo que se requiere.

Partiendo del diagnóstico de enfermería, se describe los problemas detectados, con sus manifestaciones clínicas, las necesidades de la paciente, así como las acciones de enfermería con su respectiva fundamentación científica, sin faltar anotar quien desempeña tales acciones o sea el personal responsable y capacitado y finalmente (lo que nos da la pauta para saber si lo que se ha realizado ha sido de provecho para la paciente es) la evaluación de cada una de las acciones de enfermería.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Observación

Fue necesario utilizar la observación en la entrevista directa con la paciente para hacer más fidedignos los datos.

3.3.2 La Entrevista

Fue abierta y cerrada, utilizando la Historia Clínica de Enfermería (ver apéndice 1) y el diálogo directo con la paciente.

sicular que ocasiona disminución y dificultad en las funciones de la vesícula biliar, la cual en ocasiones suele estar ocupada en su interior por arenillas precipitadas en el fondo, y que al integrarse forman los llamados cálculos biliares. Esta distensión vesicular e irritación del peritoneo por la vesícula crecida e inflamada, ocasiona que los nervios frénico, intercostal, espinales o ramales del ligamento gastrohepático sean estimulados a través de las fibras mielinizadas "A" que transmiten a velocidades de 12 a 30 m/seg. impulsos dolorosos al sistema nervioso central, el cual como respuesta da una hiperestesia e hiperbaralgesia, acompañada de rigidez muscular en el sitio donde se localiza la lesión.

Al ser estimulada la vesícula biliar por la hormona colecistocinina que es secretada por las partes altas del intestino delgado en el momento que se introducen alimentos grasos a la boca, esto ocasiona que la vesícula se contraiga para evacuar la bilis concentrada y se inicie el metabolismo de las grasas, para aprovechamiento del organismo. Pero al estar ocupada la vesícula por numerosos cálculos, en donde más de alguno llega a bloquear el conducto cístico durante la contracción vesicular, dificultando la salida de la bilis concentrada, esto ocasiona entonces un aumento repentino conocido como la presión vesicular, que se manifestará con la aparición brusca de dolor en el cuadrante superior derecho; este dolor es la característica más notable de la colecistitis crónica

litiásica agudizada pues es un dolor intenso y progresivo , tipo punzante debido a la obstrucción por un cálculo en cualquier de los conductos extrahepáticos (cístico y colédoco), localizados en la zona correspondiente a la vesícula biliar.

El dolor comienza generalmente con malestar de sensación de plenitud y distensión a la altura del epigastrio o cuadrante superior derecho, y al cabo de pocos minutos alcanza su apogeo, con una intensidad insoportable, limitándose al hipocondrio derecho con irradiación a la espalda y hombro derecho , puede haber náuseas, vómito y presencia del signo de Murhpy positivo. Es común que por el dolor la paciente adopte una posición antiálgica mientras pasa el espasmo. El dolor puede regresar paulatina o bruscamente, si no existen complicaciones inflamatorias o de estallamiento de la vesícula biliar. El dolor no necesariamente se presenta con la ingesta de alimentos grasos, pues éste puede aparecer por alguna posición adoptada o ejercicio que provoque movimientos de los cálculos hacia una posición que pueda despertar los síntomas de un reflejo gastrocólico a cualquier hora del día.

Clínicamente, cuando el dolor dura más de cuatro horas y no cede con reposo ni con farmacoterapia, es factible pensar en una vesícula en tensión.

Los mecanismos principales del dolor son los siguientes:

- Distensión de la vesícula que se contrae sobre el cístico

bloqueado.

- Irritación del peritoneo parietal por la vesícula crecida e inflamada.

- Por estimulación de los nervios espinales a través de las fibras que van sobre el mesenterio o por el ligamento gastro hepático dando lugar a dolor en el dorso y cuadrante supe -- rior derecho.

La presencia del dolor se confirma por medios verbales (ob - servar signos de molestias e inquietud en la conducta).

Es importante la observación y la notificación precisa del dolor, así como su localización e intensidad, y si el dolor aumenta o disminuye en los estados emotivos de la paciente.

En el caso de nuestra paciente en estudio, tiempo después de haberse iniciado el dolor, ésta se muestra diaforética, con náuseas y vómito de contenido gastrobiliar, aprehensiva y te merosa por su vida. Si la paciente llegara a notificarnos que su dolor ha cesado o que está pasando, debemos mantener más estrecha la vigilancia, pues la ausencia del dolor no es forzosamente una indicación de que la paciente se está recu perando, lo que sucede es que el cálculo ha logrado pasar a otro conducto y existe la probabilidad de que vuelva a quedar capturada en la estrechez de la ampolla de Vater, y provoque otro cólico biliar quizá aún más agudo. Casi en forma general

estos pacientes con colecistitis crónica litiásica, se hallan expuestos a cambios repentinos en su estado según la evolución del cuadro clínico.

NECESIDADES Y ACCIONES DE
ENFERMERÍA EN URG. AD. Y
MEDICINA INTERNA

- Disminuir el dolor por medio de: reposo en cama y en posición semifowler.

Ministración de analgésicos prescritos.

Dipirona 1 gr. i.v. c/8 hrs.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Para disminuir por gravedad la fricción que existe entre los órganos y tejidos cercanos a la vesícula en tensión; la cual se encuentra crecida, inflamada e hipersensible al dolor.

También para no provocar movimientos de los cálculos a una posición que pueda despertar dolor.

Para aliviar el espasmo reflejo doloroso que ocurre como respuesta a la piedra en un conducto biliar.

Se considera que la dipirona tiene acción trivalente pues es antipirética, anti-inflamatoria y analgésica. En el caso de la vesícula en tensión, el dolor

inflamatorio se debe especialmente a las sustancias liberadas, a saber: la histamina, la serotonina y sobre todo la bradiquinina, como también al edema con compresión tisular. Estos analgésicos son capaces de disminuir el grado de dolor sin hacerlo desaparecer del todo. El dolor es pues, un signo de referencia para conocer la evolución del proceso inflamatorio.⁷⁸

Ayuno

Al reducir los alimentos (colécistoquinéticos) se evita un reflejo gastrocólico que podría desencadenar dolor.

Registro de Signos Vitales

La presión arterial y la temperatura se encuentran normales, lo que nos indica que no existe infección, a excepción de la frecuencia cardíaca que se encuentra alterada, al igual que la respiración, que se realiza en forma superficial por

⁷⁸-----
Frederik H. Meyers. Op. cit. p. 298.

Mantener equilibrio hidroelectrolítico canalizando una vena y tomar muestra sanguínea para exámenes de laboratorio.

el dolor que ejercen los músculos toraco-abdominales sobre la vesícula en tensión al expanderse y contraerse en cada respiración normal.

Tener una vena permeable es con el fin de administrar medicamentos intravenosos, cuyo efecto sea rápido para los casos de urgencia vital, conservándola permeable con soluciones de sodio y se aprovecha la punción para tomar muestra sanguínea. Todo paciente con padecimiento crónico, particularmente si es un trastorno gastrointestinal y de órganos accesorios, sufre con frecuencia de déficit de líquidos que lo conducen a deshidratación y a trastornos en las concentraciones de electrolitos. Es extraordinariamente importante en la paciente prequirúrgica mantener su equilibrio normal de líquidos (mínimo de

2500 a 3000 ml.) a menos que esté contraindicado.⁷⁹

Control de la paciente con apoyo de estudios de laboratorio como:

Bh, Gpo. Rh, Q.S., EGO, de terminación del índice ictericio o sea de bilirrubina directa e indirecta total.

Con los resultados de laboratorio se trata de conocer si existen anemia, leucocitosis o presencia de bilirrubina en sangre, orina y heces. Además, dicho conocimiento nos servirá para tomar medidas estratégicas en el tratamiento de la paciente que tiendan a favorecer su salud. Siendo útiles los resultados de laboratorio para el diagnóstico y a la vez como indicador de la evolución del padecimiento. En los resultados de la paciente observamos una hemoglobina disminuida y elevación en la concentración de la bilirrubina directa, lo cual confirma la disfunción vesicular.

Mostrar actitud comprensiva

La preocupación y temor de la

⁷⁹ Jeannette E. Watson. Enfermería médico-quirúrgica. 2a. ed. México. Ed. Interamericana. 1983. p. 162.

va hacia la paciente. Proporcionar un recipiente para vómito así como un vaso de agua para que se enjague la boca.

paciente por su estado de salud pueden perpetuar las náuseas y el vómito. Por ello se debe brindar confianza a la paciente para que manifieste sus inquietudes; así se conocerán problemas que pueden ser explicados o resueltos. La paciente, al sentir nuestra presencia y sincera atención se sentirá menos angustiada y más cómoda al cambiarle la ropa y lograr en ella una buena apariencia. Hay que saber que tanto el jugo gástrico como las sales biliares dejan en la boca un sabor a metal muy desagradable, por lo que es necesario que realice enjuagues bucales.

Ventilación de la habitación.

El olor del vómito puede contribuir a que se repita no sólo en la paciente, sino también en los demás.

Instalar sonda de Levin (vía nasogástrica)

Para establecer un drenaje gástrico.

Para evitar el vómito persistente.

Para disminuir distensión abdominal y peristaltismo.

Para prevenir aspiración en caso de inconsciencia.

El proceso del vómito es iniciado por el centro emético de la médula oblongada, este centro puede ser excitado por impulsos sensoriales que se originan en estómago o intestinos; por impulsos de origen psíquico cuando experimenta temor, olores desagradables o dolor intenso; o por impulsos procedentes de un grupo de neuronas conocidas como zona iniciadora de quimio receptores del piso del cuarto ventrículo. Las células de la zona iniciadora son sensibles a ciertas sustancias químicas de la sangre (ejemplo: bilis circulante en sangre) y a impulsos procedentes de la porción

del oído interno relacionada con el equilibrio.⁸⁰

Cualquiera que sea la causa, el vómito gasta considerable energía muscular y puede agotar a la paciente; su número y frecuencia interfieren en la nutrición y si se prolonga conduce a desnutrición, pérdida de peso y deshidratación; como el caso de nuestra paciente, quien durante dos años presentó el mismo cuadro clínico (dolor y vómito) que la ha llevado a un desequilibrio de peso corporal real, por eso es que no tiene una de las características de la colecistitis: la de ser obesa. Además, como la dieta de la Sra. V.V.O. es rica en grasas, le ocasiona náuseas y anorexia, en ocasiones porque hay trastorno intenso de la digestión y absorción de las grasas,

⁸⁰ Ibidem. p. 477.

siempre que la bilis no llega al duodeno.

Exámenes de gabinete:

Colangiografía oral e intravenosa, y ultrasonografía.

En la primera colangiografía se aprecia ausencia o exclusión de la vesícula biliar, lo cual indica una disfunción vesicular y hace suponer que una vesícula que no puede almacenar el colorante está enferma y será una fuente de molestias digestivas recurrentes, aunque tampoco se descarta la posibilidad de que sea resultado de una mala técnica radiográfica.

El segundo estudio de S.G.D. oral es realizado con el fin de descartar el Diagnóstico de Síndrome Ac. Péptico. En este se observó un mecanismo de la deglución en forma normal a excepción de un estómago hipotónico y un proceso inflamatorio crónico de mucosa gástrica que probablemente se debe al reflujo de enzimas biliares y pancreáticas.

cas al estómago, debido a un esfínter pilórico incompetente, que incluso podría causar úlcera gástrica, pues las sales biliares dañan a la mucosa gástrica predisponiéndola a la ulceración.

En la ultrasonografía se observo una vesícula de tamaño normal con dos imágenes ecodensas en su interior. El hígado y vías biliares en condiciones normales, sin dilatación patológica.

Para el médico cirujano estos estudios son de importancia, primero para conocer la tolerancia de su paciente a la cirugía segundo para quitar con certeza el órgano lesionado y reparar tejidos dañados.

Observación constante a la paciente con el fin de detectar efectos de

Por si muestra signos de ictericia a consecuencia de la obstrucción del conducto biliar

los pigmentos biliares en sangre.

común, como resultado de un cálculo, que causa regurgitación de bilis en la sangre y por consiguiente en conjuntivas.

NOTA: Estos estudios de gabinete fueron realizados tres días antes de internar a la paciente en el hospital pues era una paciente previamente programada para cirugía biliar; podríamos concluir que alguno de esos cálculos emigró al conducto cístico provocando dolor cólico agudizado.

Alcanzar estado óptimo nutricional.

Para que las condiciones de la paciente durante su recuperación sean favorables.

Proporcionar una dieta exenta de colecistoquinéticos, pero con cantidades necesarias de proteínas, carbohidratos y complementos vitamínicos.

Para evitar el reflejo gástrico cólico. Porque las proteínas favorecen la cicatrización y aumentan la resistencia a las infecciones favoreciendo la formación de anticuerpos. Además, porque la mayor parte de las proteínas plasmáticas (albúmina, globulina, fibrinógeno, protrombina y heparina) se sintetizan en las células hepáticas y se trata de

prever una reserva de estas proteínas que se mantienen en el hígado para reponer las proteínas séricas o medida que se necesiten.

Se sabe también que las células hepáticas sirven como almacén para el glucógeno que se forma también de los carbohidratos, y que cuando los niveles de glucosa en sangre comienzan a caer por debajo de lo normal, el hígado realiza la conversión del glucógeno en glucosa y ésta es enviada al torrente sanguíneo para mantener el nivel normal de glucosa en la sangre. El metabolismo de los carbohidratos se refiere primordialmente al sostenimiento de una concentración constante de glucosa en la sangre y al almacenamiento y liberación de energía.⁸¹

⁸¹ Madelyn T. Nordmark. Bases científicas de la enfermería. 2a. ed. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1979. p.140.

Las vitaminas son compuestos orgánicos que se necesitan en muy pequeñas cantidades para los procesos metabólicos normales. Se clasifican en liposolubles (A,D,Ey K) e hidrosolubles (C,B).

Por ejemplo, la vitamina B₁₂ favorece la maduración de las células primitivas de la Médula Ósea y las hace seguir la serie normal normoblástica de dicho desarrollo.

- Constituye un factor necesario para un trofismo conveniente del sistema nervioso y células epiteliales.
- La deficiencia de Vitamina B₁₂ causa desmielinización de las grandes fibras nerviosas del cordón espinal. Contribuye también a la maduración de eritrocitos por eso es importante en la dieta de los pacientes con desnutrición antes y después de la operación.

NECESIDADES Y ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO

Ayuno, vigilar que la paciente no ingiera alimentos, ni líquidos por vía

Para prever la posibilidad de aspiración de vómito alimenticio durante la inducción de anes

oral.

Prevenir embolia pulmonar y favorecer el retorno venoso con vendaje elástico de miembros inferiores.

Realizar cateterismo vesical con sonda Foley.

Aplicación de enema evacuante.

tesia.

Porque la inactividad posterior a la operación puede ocasionar éstasis circulatoria. Pero el vendaje compresivo de miembros inferiores, presiona las venas superficiales, favoreciendo el retorno venoso.

Para bienestar y seguridad de la paciente y llevar control de los líquidos egresados durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía.

Para que el colon quede limpio de materia fecal y no cause sensación de estreñimiento después de la intervención, en que se restringen dieta y actividad. Además, porque durante la operación se emplean medicamentos anestésicos que relajan la musculatura lisa y debido a la inconsciencia de la paciente, ésta no podría controlar esfinte

Preparación de la piel.
con tricotomía desde borde
de costal hasta pubis.

Verificar que la paciente
no lleve prótesis.

Notificación de la cirugía
al médico, paciente y familiar.

res y puede contaminar campos
estériles con una evacuación.

Es con el fin de que la zona
por intervenir esté libre en
lo más posible de cuerpos ex-
traños contaminantes, y para
prevenir infección.

La anestesia general relaja el
sistema musculo esquelético,
originando que toda prótesis,
no fija, salga de su lugar obs-
truyendo alguna vía importante.

Al médico para que esté pendiente
de sus actividades. A la pa-
ciente para que encuentre en el
familiar o médico una fuente de
fortaleza y valor para someter-
se a cirugía, por lo que estos
elementos deben brindar apoyo
antes y después de la operación.
A los familiares para que estén
pendientes de la evolución de
su paciente y en caso de solicitar
donadores de sangre se les

Indicar a la paciente que después de la cirugía se encontrará en la sala de recuperación de los cuidados de que será objeto y que posteriormente regresará a su cubículo actual.

Permeabilizar vena con solución glucosada al 5% de 1000 ml.

Verificar expediente de la paciente y llevarla a sala de operaciones.

notifique sin pérdida de tiempo.

Al dar seguridad y apoyo necesarios a la paciente se reduce al "stress", el cual puede hacerse evidente después de la cirugía mayor.

Tener una vía abierta para la inducción de anestesia y mantener la homeostasis orgánica con soluciones de sostén.

Para evitar contratiempos que puedan retrasar la operación y sirve como antecedente al personal de quirófanos.

Por ejemplo, si se hace transfusión de sangre que el tipo sea verificado con los resultados de laboratorio que están en el expediente.

Administración media hora antes de preanestésicos como: Diacepam 5 mg y Atropina 0.5 mg. Ambos vía intramuscular.

Estos fármacos ayudan a la paciente a superar un lapso bastante molesto que es el anterior a la operación. Son depresores parasimpáticos, porque inhiben la acción de la acetilcolina en órganos inervados por nervios colinérgicos posganglionares, disminuyen las secreciones glandulares, relajan la musculatura lisa y disminuyen la tensión nerviosa. Se administran también para facilitar la inducción de la anestesia, y para disminuir la cantidad de anestésico empleado durante la operación.

Explicar efectos esperados de preanestésicos.

Se le explica a la paciente que estos medicamentos le producirán, después de la cirugía, intensa sed, y sequedad bucal, pero que no podrá ingerir líquidos las primeras horas para prevenir vómito.

Recepción de la paciente
en quirófano.

Identificación de la paciente y tipo de cirugía con el indicado en el expediente.

Apertura de hoja de enfermería, anotando los signos vitales.

Registro de soluciones faltantes por pasar al recibirla.

Colaborar en la asepsia y antisepsia de región por intervenir.

Para evitar errores

Para conocer si no existen alteraciones de los signos vitales que pongan en peligro la vida de la paciente. Para llevar control de líquidos que se administran durante la operación, así como la cantidad de sangre perdida más las pérdidas insensibles y secreciones orales.

Para reducir al mínimo probables infecciones por contaminación de piel y objetos que están sucios y lleguen a tener contacto con la incisión.

NECESIDADES Y ACCIONES DE
ENFERMERÍA

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Dormir a la paciente para que no perciba el dolor que se provoca con el acto quirúrgico, colaborando con el médico anestesista.

Anestésicos Generales.
Los anestésicos pueden combinarse para producir inconsciencia en la paciente, pueden ser administrados por vía intravenosa e

inhalatoria.

En el caso de la Sra. V.V.O. se empleó la Técnica General inhalatoria. Se obtuvo una inducción anestésica satisfactoria, pues se cubrió el tiempo necesario por el Cirujano (dos horas con 45 min.) para la extirpación de la vesícula biliar y exploración de vías biliares, con ligera elevación de la presión arterial de 110/80 a 140/90 mm de Hg, pulso de 100 a 120 por min. respiración jadeante al inicio, normalizándose posteriormente a 24 por minuto; temperatura 37°C.

Hubo escasas secreciones, aproximadamente 150 ml., al egresar la paciente de quirófanos ya se encontraba en estado semi-inconsciente, por lo que tardó únicamente una hora en recuperación.

Colaborar en la manipulación del Chasis para colangiografía trans-

En la cirugía transoperatoria se apreció una vesícula crecida e inflamada de color café violá-

operatoria.

ceo con gran cantidad de bilis (hidrocolecisto) procediendo a la descompresión y extirpación.

Al realizar el estudio se observó el libre paso del medio de contraste hacia los conductos hepáticos derecho e izquierdo, y el común, pero no pudo visualizarse el conducto colédoco, por lo cual se practica coledocotomía y se extraen múltiples cálculos pequeños y uno aproximadamente de .05 cm.

Favorecer la salida de arenillas y cálculos.

Se practica coledocorrafia, colocando sonda en T en espacio de Morrison y hiato de Winslow, y se procede a cerrar empleando las siguientes suturas: Etibon del #2 para pared y dermalón subcutáneo para piel, para favorecer la absorción de estas suturas en tejidos.

Vigilar áreas de la paciente que nos pue-

La cianosis peribucal y de uñas se hace presente cuando exis

dan manifestar signos de alarma transoperatorios.

te problema de sangrado que puede conducir a un choque hipovolémico. En nuestra paciente no hubo ninguna de estas manifestaciones.

Cuantificar líquidos y diuresis, así como las pérdidas insensibles durante el acto quirúrgico.

Previa anotación en la hoja de enfermería de hora de inicio de anestesia y operación, se llevará también el registro de ingresos y egresos de líquidos que darán el balance positivo o negativo, indicándonos si existe alteración hidroelectrolítica, para administrar o suspender las soluciones previo cálculo de los requerimientos del organismo para mantener la homeostasis.

Control de nuestra paciente.

Egresos		Ingresos	
Sangre	350 ml. aprox.	Hartman	1000 ml. aprox.
Sudor	1400 ml. "	Gluc. al 5%	200 ml. "
Vómito	150 ml. "	Mixta	1300 ml. "
Orina	400 ml. "	Anestésicos	300 ml. "
Total	<hr/> 2300 ml. aprox.	Total	<hr/> 2800 ml. aprox.

Ingresos 2800 ml.
menos
Egresos 2300 ml.
Balance positivo = 500 ml.

En este control de nuestra paciente se puede observar que existe un equilibrio normal (2500 a 3000 ml) de líquidos or gánicos, por lo que únicamente se mantendrá con soluciones de sostén.

En la terapéutica hidroelectrolítica deben considerarse tres eventualidades.

1. Administración de agua y sales (con dextrosa o sin ella) equivalentes a los requerimientos normales.
2. Administración de agua y sales necesarias para restituir pérdidas por vómito, sudor, evacuaciones, etc., hasta el momento de iniciar tratamiento.
3. Administración de agua y sales necesarias para restituir las pérdidas excesivas que siguen ocurriendo diariamente du rante el período de tratamiento. La cantidad y composición de las soluciones que se administran se denomina en función de la composición y el volumen de líquidos corporales perdi dos que se hayan calculado o medido, y para ello es impor - tante el conocimiento de los requerimientos normales a los que habrá de agregarse el cálculo de las pérdidas excretadas

por las diversas vías.⁸²

Colocación del apósito estéril, en herida o incisión subcostal de recha.

Colocar vendaje abdominal.

Cerrar la hoja de enfermería con las anotaciones de signos vitales, soluciones por pa

Toda herida quirúrgica debe ser protegida del medio ambiente para evitar contacto con microorganismos que puedan proliferar y ocasionar una infección postoperatoria.

El vendaje se usa para mantener los apósitos y gasas en su lugar; además ofrece a la paciente comodidad y seguridad. Hay que cerciorarse de que la presión sea suficiente para lograr la inmovilización del apósito, pero cuidando de no interrumpir la circulación sanguínea, que pudiera ocasionar necrosis de tejidos.

La hoja de enfermería es un documento importante porque en él se lleva un control estricto de líquidos, así como de los inci-

⁸²Cuadro básico de medicamentos. México, 1984. Sector Salud. pp. 467-468.

sar y condiciones en que la paciente es egresada de quirófano a sala de recuperación, finalizando con la rotulación y cuidados a la pieza patológica.

dentes o accidentes ocurridos durante la operación que nos sirve como indicador de la evolución operatoria de la paciente.

Al mandar la pieza extraída al Depto. de Patología, se brinda la oportunidad a los patólogos para que confirmen, descarten o formulen nuevas teorías sobre la Colecistitis.

NECESIDADES Y ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL POSOPERATORIO

Favorecer la recuperación de la paciente en la siguiente forma:

Observar estado de conciencia y vendaje de herida quirúrgica.

En ocasiones le hemorragia y salida de líquidos biliares ocurre en forma silenciosa por la herida, por lo que debe prevenirse un choque hipovolémico o complicaciones observando constante y cuidadosamente el vendaje.

Ayuno las primeras 24 a

48 hrs.

Para prevenir vómito e ileopara
lítico.

Registro de signos vita-
les cada 15 min. después
cada media hora, hasta
que se normalicen.

A causa de los efectos de los
fármacos preanestésicos y anes-
tésia general, los signos vita-
les suelen alterarse, pero gene-
ralmente al ir recuperándose la
paciente de dichos efectos, los
signos vitales se estabilizan,
siempre y cuando no existan com
plicaciones.

Signos vitales de la Sra. V.V.O.

Hora	Temp.	Pulso	Resp.	T. A.
12.15	35°C	69	26	100/70
12.30	35	68	24	100/80
12.45	35	70	24	100/70
13.00	35.7	72	23	100/70
13.15	36	74	22	110/70

Como podemos apreciar, la paciente tenía hipotermia probable-
mente porque su cuerpo perdió calor a través de irradiación,
conducción, evaporación y convección, por lo que fue necesario
cubirla con cobertores y colocar una lámpara encendida a un
lado de su cama para normalizar su temperatura.

La hipotermia deprime todos los procesos metabólicos. 1) La depresión de la función circulatoria puede provocar arritmias cardíacas (incluso llegar a producir paro cardíaco). 2) Una depresión grave o prolongada de los procesos metabólicos conduce a la muerte celular.⁸³

Colocar los barandales de la cama.

Para proteger a la paciente de cualquier lesión, que pudiera ocasionarse durante el período de recuperación en que los efectos acumulativos de la anestesia le causan confusión e inquietud.

Prevenir la hipoxia postquirúrgica manteniéndola en posición de decúbito dorsal horizontal con la cabeza lateral, aspirando el exceso de secreciones orofaríngeas.

El objetivo es conservar la permeabilidad de las vías respiratorias. Facilitando la expulsión por gravedad de las secreciones orofaríngeas, y evitar su aspiración a pulmones.

Colocar la sonda Nasogástrica en succión continua en Low. La sonda en T y

Al mantener una presión menor a la del organismo se facilita la salida de líquidos y secreciones

⁸³ Madelyn T. Nordmark. Op. cit. p. 292.

la sonda Fooley, a gravedad para cuantificar egresos.

vigilancia de los tubos de drenaje.

Fijar los tubos a las sábanas de la cama.

Evitar pérdida completa de bilis.

Instalación de 700 ml. de sol. glucosada al 5% + 300 ml. de sol. fisiológico

evitando la acumulación de éstas que por falta de contenido alimenticio producen los jugos gástricos y que ocasionan distensión abdominal, provocando incomodidad a la paciente, como sería el dolor.

Para evitar reflujo de los líquidos que pueden ocasionar dolor.

Para dar suficiente libertad a la paciente y que pueda moverse sin desplazarlos.

El tubo de drenaje o el frasco colector pueden ponerse en un nivel superior al del abdomen, de manera que la bilis sólo se vacía por el aparato cuando aumenta considerablemente la presión en el sistema de conductos.

Para mantener el equilibrio hídrico-electrolítico. Y porque después de cirugía el cuerpo tien-

lógica. p/8 hrs.

Administración de 1
amp. Metoclopramida
2 gr. intravenosa.

Administración de Dipirone
1 amp. i.v. c/8 hrs. pa
ra disminuir el dolor de
herida quirúrgica y de
garganta.

de a retener sodio y agua, por
lo que debe evitarse la adminis
tración excesiva del cloruro de
sodio en las primeras 48 hrs.
del posoperatorio.

Este medicamento se emplea para
estimular el peristaltismo ortó
grado por atonía gástrica; y se
ha empleado en intentos de su -
primir el reflujo de bilis.

Posterior a un método quirúrgico
muchas terminaciones nerviosas
son alteradas o seccionadas, lo
cual causa dolor, que varía des
de mínimo a intenso, según el
grado de traumatismo y el umbral
normal del dolor de cada sujeto
Además de que los efectos anes-
tésicos ya han desaparecido, y
esto hace que la paciente esté
sensible a cualquier información
dolorosa. Es de saberse también
que durante la inducción anesté
sica se empleó una cánula de

Rush para dar anestesia inhalatoria, que por su rigidez y la resistencia opuesta por músculos maseteros, epiglotis y tráquea, provocó que fueran lesionados al ser introducida a la fuerza. Posteriormente quedó edema de tejidos y dolor.

Verificar que el vendaje y apósito esté bien para disminuir el dolor.

Un vendaje apretado y humedecido por las secreciones suele causar molestias, intranquilidad e incomodidad en la paciente. Al aflojarlo disminuyen las molestias, en el caso de la paciente no se realizó cambio de apósito para valorar cantidad de secreción biliar, la cual fue de 200 cc. aproximadamente.

Ministración de cimetidina 300 mg. i.v. c/8 hr.

Para proteger a la paciente de ulceración gástrica inducida por "stress".

Por el ayuno en que continúa la paciente, el volumen de jugo gástrico secretado aumenta en concentración de iones de hidrógeno.

no por lo que se emplea este medicamento para reducirlo.

La cimetidina disminuye profundamente la secreción basal y nocturna y la estimulada por las comidas, reduce el dolor diurno y nocturno, y el consumo de antiácidos, y acelera la curación.

Ministración de antibió
ticos como:

Ampicilina 2 gr. i.v.

Es un agente antibacteriano para las bacterias gramnegativas y grampositivas.

Como es un medicamento bactericida éste va a actuar sobre la pared celular de la bacteria destruyéndola e inhibiendo su reproducción. La ampicilina experimenta circulación enterohepática y se excreta en cantidades apreciables por las heces. Cuando el conducto biliar común está obstruido, la ampicilina no es detectable en la bilis.

Gentamicina 80 mg. i.v.

Se emplea como agente importante para el tratamiento de infecciones serias por bacilos gram-negativos⁸⁴ además de ser un aminoglucido bacteriostático que inhibe la síntesis de proteínas a nivel de ribosomas, siendo éstas necesarias para la vida de la bacteria. Se absorbe muy poco por vía digestiva y se excreta lentamente de manera activa por el riñón.

Colocar a la paciente en semifowler después de que despierte bien de la anestesia.

Para comodidad de la paciente y para que por gravedad descendan las vísceras y pueda expanderse mejor la caja torácica y músculos de la respiración.

Se indica a la paciente que realice movimientos lentos en su cama.

Para que no se sienta encadenada por las sondas a su cama. Además de que favorece la irrigación de tejidos.

Indicar a la paciente

A los pacientes operados en la

⁸⁴Mary W. Falconer. Op. cit. p. 305

que realice respiraciones profundas, para favorecer la expansión pulmonar y que realice en forma lenta el estímulo tusígeno.

zona alta del abdomen, es necesario enseñarles a realizar 10 respiraciones profundas para ventilar lo mejor posible los pulmones a cada hora, para prevenir complicaciones como atelectasia pulmonar.

Con la expectoración de secreciones acumuladas en el árbol bronquial favorecerá la permeabilidad de sus vías respiratorias, y la oxigenación tisular y sanguínea.

Existe la posibilidad de que algunos pacientes apoyen la zona operada y respiren superficialmente para impedir o disminuir el dolor, y por lo tanto no lleven a cabo las medidas anteriores, por el dolor que les ocasiona la respiración normal sobre la herida quirúrgica, pues los músculos intercostales y abdominales actúan como prensa sobre los tejidos edematizados por la manipulación durante la cirugía.

Cuantificación de egresos de las primeras 24 horas, para valorar equilibrio homeostático.

Egresos		Ingresos	
Secreción biliar por Penrose	200 cc	Solución Mixta	1000 cc
Líquido nasogástrico	20 cc	*Sol. Glucosada al 5%	700 cc
Sangrado de herida quirúrgica	0	Sol. fisiológica	300 cc
Orina	<u>700</u> cc	KCl (1 amp)	30 meq
		Vitamina C	500 mgs
		Dextrevit 1/2 fco.	<u>100</u> cc
Total	920 cc	Para 8 horas	Total 1100 cc

Egresos 920 cc

Ingresos 1100 cc

Balance negativo 180 cc.

Ya se ha mencionado que después de cirugía el cuerpo tiende a retener sodio y agua, por lo que se considera normal el balance obtenido en las primeras 24 horas.

* La preparación y ministración de la solución anterior se hace en algunos hospitales por rutina, pero en otros se realiza con los siguientes propósitos: 1) para prevenir la deshidratación y el choque posoperatorio, 2) para cubrir las necesidades calóricas de proteínas del organismo.

Debido al ayuno a que ha estado sometida la paciente es de pensarse que su energía calórica se encuentra disminuida, por

eso se administra en mayor cantidad la solución de glucosa al 5%, y en menor proporción la solución fisiológica, porque después de cirugía el cuerpo tiende a retener sodio y agua, y esta última lo contiene en mayor concentración, por lo que debe evitarse la administración excesiva del cloruro de sodio en las primeras 48 horas del posoperatorio. Se agrega una ampolleta de Cloruro de Potasio 4.5 mEq. (KCl) para favorecer las contracciones del músculo cardíaco y a la vez reponer este electrolito que se pierde en la orina durante las primeras 24 a 48 horas posteriores a la operación, y en las cuales la paciente no puede ingerir líquidos por indicación médica. La vitamina C, conocida también como ácido ascórbico, se asocia al preparado para favorecer la cicatrización de la herida quirúrgica, pues es necesaria para la formación de precursores de colágena.

Por último, tenemos el dextrevit, conocido como Complejo B, éste suministra factores coenzimáticos indispensables para metabolizar los carbohidratos y proteínas que van a dar la energía necesaria al organismo.

Tiene gran importancia en el metabolismo en situaciones de tensión; actúa en el Sistema Nervioso Central reparando la desmielinización de las grandes fibras nerviosas en el Córdon Espinal.

Los pacientes que sufren cirugía mayor, especialmente los mal

nutridos requieren dosis terapéuticas de Vitaminas⁸⁵.

En la inanición, las personas utilizan primero sus provisiones de carbohidratos, después sus grasas y luego sus proteínas, finalizando con los depósitos de vitaminas que se utilizan con rapidez. En unos días pueden ocurrir deficiencias moderadas, pero por semanas las deficiencias por lo general son graves.

Oclusión de los tubos
después de 6 días

Se pinza los tubos durante una hora antes de cada comida con la finalidad de mandar bilis al duodeno para facilitar la digestión. Y en un plazo de 34 días se retira la sonda en T del colédoco, previa colangiografía en la que se comprobó que el Colédoco no tenía piedras y existía libre paso de bilis al duodeno.

Mantener limpia y seca
la herida quirúrgica.

Al retirar los tubos de drenaje y la sonda en T, sigue saliendo bilis por el trayecto de drenaje en volumen considerable durante cierto tiempo, obligando a cambiar repetidamente los apósitos

⁸⁵Cf. Marie V. Krause. Nutrición y dietética en clínica. 5a. ed. México. Ed. Interamericana. 1983. p. 403.

Vigilar características de las heces diariamente.

Mandar muestras de orina y heces así como - también muestra sanguínea a laboratorio.

Estimular a la paciente a la deambulación pasiva.

Dar orientación a la paciente para solicitar interconsulta.

externos para evitar la irritación de la piel.

Para buscar pigmentos biliares en las heces y valorar si la bilis está circulando normalmente.

Para que el cirujano pueda saber la cantidad de pigmento biliar que está desapareciendo de la sangre y vuelve a penetrar en el duodeno.

Para prevenir adherencias postquirúrgicas y para favorecer circulación sanguínea. Al dejar el lecho lo más pronto posible disminuye la posibilidad de tromboflebitis y atelectasia pulmonar.

Al darse de alta la paciente necesita sacar cita para que se le haga un seguimiento de la evolución de su padecimiento hasta que esté completamente rehabilitada.

RESPONSABLE DE LAS ACCIONES

Las actividades se realizarán en colaboración con el personal: médicos generales, anestesistas, cirujanos especialistas, enfermería auxiliar e instrumentistas, personal técnico de laboratorio clínico y de Rayos X, y psicólogos.

EVALUACIÓN

En el preoperatorio

- Posterior a la ministración de analgésicos, el dolor de cuadrante superior derecho disminuye, por lo que se procede a tranquilizarla dándole explicaciones de las que más adelante se le realizará y que en algunos casos ya eran de su conocimiento.

En el posoperatorio

- Su recuperación evoluciona sin complicaciones
- Los controles de líquidos se mantuvieron dentro de límites normales.
- Los resultados de laboratorio mostraron cifras de hemoglobina discretamente disminuida después de la operación, pero se mantuvieron dentro de límites normales.
- No existieron datos de proceso infeccioso por la ministración oportuna de antibióticos.

3.4.2.2 Problema

Angustia y Miedo

Fundamentación Científica

El solo hecho de considerar la necesidad de la cirugía para recuperar la salud, crea grandes "tormentas" psicológicas en el interior de los pacientes que aguardan una operación. Dichos pacientes experimentan una mezcla de sentimientos como: Angustia y miedo por los riesgos constantes a que estarán sometidos durante el acto quirúrgico.

Desde el punto de vista fenomenológico, captamos la angustia como un sentimiento de una inminente destrucción del Yo. En el plano físico, el angustiado sufre una sensación de ahogo, de palpitaciones, temblor generalizado, opresión precordial, sudoración, escalofríos, sobresaltos, suspiros frecuentes. Y a la par en la vertiente psíquica experimenta el miedo de que la vaya a ocurrir algo, vive como asustado, apurado, algo (no sabe de dónde) le amenaza; está impaciente, le parece que tiene que hacer cosas y cuando la angustia asciende e inunda a la persona estos síntomas se hacen más intensos y tiene lugar el ataque de angustia, donde a la par de todos estos síntomas el angustiado experimenta el sentimiento de que va a morir, de que va a desintegrarse, a perder su unidad (lo que le angustia es sentir que se va a dejar de ser quien se es o a dejar de ser). Por eso dice STEKEL: "Toda angustia, en última instancia, es miedo a la destrucción del Yo; es, pues, miedo a la muerte"⁸⁶.

86

Rodrigo G. Corcoles. Temas de psicología médica. México. Ed. Marova. 1974. p. 140.

Según la teoría psicoanalítica, se considera que los mecanismos de defensa clásicos ejercen la función de proteger al individuo del dolor y de la ansiedad en su estado puro. De ahí que las respuestas conductuales estarán relacionadas con el deseo de protegerse contra algo, o bien no manifestar sentimientos de angustia. Pero como dice KURT SCHEIDER. "También se cree que las raíces de esta angustia y miedo pueden ser la ignorancia, los falsos conocimientos y aún el verdadero conocimiento."

Tomando en consideración lo anteriormente mencionado podemos decir entonces que el miedo al que se enfrenta nuestra paciente quirúrgica es debido a la posible pérdida corporal e invalidante, que puede ser parcial o total, temporal o permanente después de la operación y que afecta su estabilidad física, económica y social como persona productiva y responsable de un núcleo familiar y de una sociedad. Tales circunstancias amenazan la seguridad integral de la paciente, por lo que muestra angustia y miedo de enfrentarse a un mundo desconocido, y este miedo es real, pues teme al dolor y a la posibilidad de morir durante la operación. La reflexión de todos estos aspectos que se precipitan ante una cirugía nos ayudará a explicar cambios psicológicos profundos que pueden afectar a la paciente.

NECESIDADES Y ACCIONES DE ENFERMERÍA

Seguridad ante el riesgo de su vida.

Infundir esperanzas, brindar cuidado afectuoso, de competencia profesional y de interés en su restablecimiento.

Explicarle el procedimiento que seguir en forma entendible.

Actuar con tacto y discreción ante situaciones críticas, pero con

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Por pequeño que sea el procedimiento quirúrgico, hay riesgos definidos, y a veces considerables, que acompañan a todo procedimiento quirúrgico.

El cirujano debe tener confianza en sus conocimientos al abordar el problema quirúrgico, y ser extraordinariamente precavido en cada acto quirúrgico.

Para disminuir sus temores, empleando un lenguaje que no sea demasiado bajo, porque esto será un insulto para su inteli-gencia, ni demasiado clínicamente, porque probablemente le produciría frustraciones.

Las alteraciones fisiológicas y bioquímicas de cada procedimiento emprendido deben ser tomadas

testando a las pregun
tas con honestidad y sin
lesionar los sentimien-
tos de la paciente.

Sostener una actitud
amigable con la pacien
te, demostrándole sin-
cero interés por su -
trabajo y por su fami-
lia.

Brindarle un ambiente fa
miliar explicándole las
funciones del servicio.

en cuenta y ser tratadas según
proceda. Esto sólo podrá hacer-
se cuando se cuenta con los me-
dios adecuados y con la ayuda
del personal eficiente y bien pre
parado.

El individuo al expresarse libre
mente siente una gran comodidad
en sus emociones que junto con
las explicaciones aminoran su
temor frente a la experiencia
quirúrgica.

El hecho de que pronto depende-
rá por completo del personal mé
dico y de enfermería en lo que
respecta a su seguridad y super-
vivencia, a menudo hace que sien-
ta en especial la necesidad de
una buena acogida y aceptación
por parte de quienes la atienden.

RESPONSABLE DE LAS ACCIONES

Personal médico, enfermería, psicólogos, y en forma indirecta
los familiares.

EVALUACIÓN

Como parámetro existe el miedo intenso ante la proximidad de la cirugía, pero éste disminuye al dar confianza en las acciones profesionales y comprensión a la actitud adquirida por la paciente teniendo mejor disponibilidad para la operación.

3.4.2.3 Desnutrición

Fundamentación Científica

Se podrá pensar que sabiendo tan exactamente cuáles son los requerimientos nutritivos de la especie humana y en qué alimentos se hallan contenidos las sustancias que necesitamos metabolizar, no hay razones teóricas para que exista la desnutrición. Sin embargo; éste es el problema número uno de los muchos que atentan contra la salud y el bienestar del hombre. En el campo de la nutrición, como en otros de la salubridad, hay que luchar contra tres factores negativos muy poderosos: Ignorancia de lo que constituye una dieta normal, en las diferentes etapas de la vida; imposibilidad de proveer la dieta adecuada debido a factores económicos; no disponibilidad de alimentos para la población debido a falta de producción o mala distribución. Y si a estos tres factores agregamos las enfermedades crónicas del aparato Gastrointestinal completamos lo que evidentemente en nuestro país es notable mientras más bajo es el nivel de vida de la población.

NECESIDADES Y ACCIONES DE ENFERMERÍA

Mejorar su estado de recuperación.

Dieta de Poscolecistomía aumentada en hidratos de carbono y proteínas.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Después de cirugía suelen aparecer trastornos nutricionales y muchos pacientes tienen dificultad para recuperar su peso normal por:

- 1) Ingestión inadecuada de alimentos.
- 2) Absorción insuficiente del alimento ingerido, especialmente de grasas y proteínas.
- 3) Aumento de las necesidades metabólicas, en especial de proteínas

Como se extirpó la vesícula biliar a la paciente, es recomendable continuar con el régimen con poca grasa durante meses después de la operación, para que desaparezca la inflamación alrededor. Cuando se extirpa la vesícula, se almacena la bilis en el Colédoco, que une al hígado con el duodeno, que se distiende para

Hacer notar la importancia de una dieta completa, tanto en su adquisición como en su preparación de acuerdo con sus ingresos económicos.

Ingerir los alimentos en horario regular.

Disminuir las tensiones antes de cada alimento.

su nueva función.

Una dieta completa es la parte básica de la salud; porque a través de ella se forman tejidos fuertes y proporciona la energía necesaria. Se considera además que una buena nutrición es la base de la fuerza, la curación y la convalecencia. Y ayuda a satisfacer otras necesidades personales, emocionales y sociales de la paciente (ver cuadro 3)

La sensación de vacío produce distensión del aparato gastrointestinal, especialmente del estómago que reduce el deseo de alimento por sentirse lleno de gases.

Los requerimientos de ciertos nutrientes pueden aumentar durante algunos procesos de enfermedad o cuando hay tensión emocional.

Generalmente el hambre se acompaña de una sensación de inquietud y tensión.

El apetito puede aumentar por:

- El estado emocional de una persona (excitación, tensión por el tacto).

Para algunas personas comer puede ser un modo de aliviar las tensiones.

Limitar exceso de actividades físicas.

Se considera que el exceso de actividades físicas puede producir balance negativo de energía, aunque se sospecha que es difícil que tenga influencia en la génesis de la desnutrición.

Lo que pasa es que la actividad física es un factor importante para la determinación de las necesidades energéticas. Las necesidades calóricas dependen de:

1) La cantidad de trabajo efectuado.

2) La intensidad del trabajo efectuado.

3) El tamaño del cuerpo.

RESPONSABLE DE LAS ACCIONES

Equipo interdisciplinario de la salud. (Personal de Enfermería de nutrición y dietistas).

EVALUACIÓN

Como parámetro tuvimos el peso con el que ingresó, el cual volvió a recuperar a medida que aceptaba con agrado la dieta prescrita.

Se estimula a la paciente para que en lo presente prepare y consuma una dieta nutritiva, para ayudar al organismo a compensar esa desnutrición que presenta, como consecuencia de su enfermedad y de factores socioeconómicos. Los resultados se pueden valorar a largo plazo.

CUADRO DIETÉTICO PARA PACIENTES CON COLECISTECTOMÍA. No. 3

Plan de Alimentos	Menú de muestra	Peso en gramos	Medida casera
	<u>Desayuno</u>		
Fruta	Toronja	285	1/2 mediana
Cereal	Avena cocida	118	1/2 taza
Huevo	Huevo escalfado	50	1
Pan	Pan tostado integral	46	2 rebanadas
Jalea	Jalea	20	1 cucharada
Leche	Café	244	1 vaso (8 oz)
Café	Azúcar	200	1 cafetera
Azúcar	Azúcar	12	1 cucharada
	<u>Almuerzo</u>		
Sopa	Caldo claro	120	1/2 taza
Verdura	Tomate al horno	75	1/2 tomate
Verdura	Espárrago cocido	96	6 puntas
Ensalada	Ensalada de naranja y requesón	100	1/2 naranja 2 oz. de re quesón
Pan	Pan Integral	46	2 rebanadas
Mantequilla o margarina	Mantequilla o margarina	7	1 trocito
Jalea	Jalea	20	1 cucharada
Bebida	Leche	244	1 vaso
Postre	Duraznos enlatados	117	2 mitades y 2 cuch.almíbar

		<u>Cena</u>	
Carne	Pollo, res, etc.	90	1 rebanada
Patata o substitutivo	Patata al horno	122	1 mediana
Verdura	Zanahoria cocida	73	1/2 taza
Ensalada	Lechuga Romana	75	1/6 lechuga
Pan	Pan Integral	46	2 rebanadas
Mantequilla o margarina	Mantequilla o margarina fortificada	7	1 trocito
Jalea	Jalea	20	1 cucharada
Postre	Gelatina de fresa	120	1/2 taza
Bebida	Té	200	1 tetera
Azúcar	Azúcar	10	2 cucharaditas

Los alimentos se preparan sin la adición de ninguna clase de grasa. Se quita la grasa de carne antes de asarla, y la leche debe ser descremada.

FUENTE: Mario V. Krause. Nutrición y Dietética en Clínica. 5a. ed. México. Ed. Interamericana. 1983. p. 398.

3.4.2.4 Higiene Personal

Fundamentación Científica

La Higiene Personal en su sentido más amplio, incluye aquellas prácticas, hábitos y precauciones mediante los cuales el individuo trata de protegerse contra la enfermedad y mantenerse en el más alto grado de salud. La higiene implica limpieza personal, buenos hábitos dietéticos, sueño adecuado, equilibrio entre reposo y ejercicio, entre trabajo y recreación, una mente serena, atención dental y de la boca.

NECESIDADES Y ACCIONES

DE ENFERMERÍA

Baño y arreglo personal

Resaltar la importancia de la higiene Dental

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

En el caso de la persona enferma la sensación de limpieza y frescura contribuye a levantar su moral, por regla general el aspecto aseado es índice de buena salud físico mental.

La solidez de los dientes y su resistencia contra la caries dependen mucho de la dieta, tanto pretérita como presente. Experimentos recientes apoyan la teoría de que la tendencia hacia las caries dentales puede ser ace

Prevenir la caries con el cepillado de los dientes, con pastas dentales que contengan flúor

Medidas para reducir la caries dental

Importancia de disminuir la fatiga con descanso relativo.

lerada o retardada por la dieta corriente del individuo.

La limpieza de los dientes efectuada de cualquier manera, aparte de su efecto sobre la apariencia del individuo, produce un evidente beneficio el de conservarse en buen estado para la buena masticación de los alimentos que son importantes para una buena nutrición.

-Con la disminución de consumo de azúcares y otros carbohidratos.

-Grandes cantidades de alimentos ricos en calcio y fósforo.

-Dieta equilibrada.

-Lavarse con regularidad los dientes mínimo dos veces al día.

-Examen médico dos veces por año.

Porque los cambios químicos en los tejidos disminuyen la capacidad funcional de los músculos. Y si no se previene se puede lle

gar al agotamiento nervioso y emocional así como físico del individuo.

Parece ser que la fatiga está en incremento, paso a paso con las complejidades de la vida moderna⁸⁷.

Resaltar las ventajas de alguna actividad re creativa para disminuir el sedentarismo.

El principal valor del ejercicio físico es el descanso mental de hacer algo que produce placer al individuo, y que al mismo tiempo, lo saca de su rutina diaria. Y tiene como ventaja utilizar músculos que ordinariamente no se usan, el incremento del metabolismo la exposición a la luz del sol y al aire libre, el aumento del apetito.

RESPONSABLE DE LAS ACCIONES

Se llevó a cabo con el personal médico, de enfermería y dentistas y se continúa retroalimentando con el personal de Salud Pública.

⁸⁷ Harry S. Mustard. Introducción a la Salud Pública. México. Ed. Interamericana. 2a. reimpresión. 1976. p. 208.

EVALUACIÓN

La paciente aceptó realizar durante su hospitalización su lavado de dientes después de cada alimento, así como su higiene personal. Los resultados se observarán a mediano plazo cuando acuda a sus citas dentales y podrá valorarse si la caries disminuyó o aumentó y si su limpieza personal mejoró.

4. VALORACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO

La valoración se emplea constantemente, ya que se dice que es un proceso para averiguar o juzgar el valor de algo mediante métodos que posibilitarán una apreciación exacta.

La evaluación del proceso constituye una de las actividades esenciales de Enfermería; es uno de los pasos principales en el Proceso de Enfermería y comprende la apreciación de la calidad y eficacia de los resultados de la atención de la salud, en colaboración con el equipo multidisciplinario, familia y comunidad; así mismo, permite obtener datos respecto al estado fisiológico, psicológico y socio-económico de la paciente.

Las fuentes principales de información sobre la paciente son ella misma y su familia. Es importante hablar directamente con la paciente y su familia, esto proporcionará a la enfermera datos más precisos sobre los cuales basar decisiones acerca de las necesidades y preocupaciones de la paciente.

Las fuentes secundarias importantes incluyen el expediente, historia clínica, otros miembros del personal que han atendido o están atendiendo al paciente.

4.1 VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería culmina en la formulación de los diagnósticos de Enfermería, que se realizan en forma integral, posteriormente en el aspecto biológico, psicológico y socio cultural, mediante la observación y la entrevista, auxiliándose de un instrumento que es la historia clínica, los cuales ayudan a establecer una lista de necesidades y problemas a los que a su vez se dio prioridad en cuanto a la importancia de su atención y además la formulación de objetivos a corto y largo plazo.

Asimismo, en el caso de nuestra paciente es importante mencionar que la entrevista fue muy valiosa, ya que con ello se logró obtener su confianza reducir su ansiedad y desconcierto en cuanto a su enfermedad, a su vez, la paciente se animó a hablar de sí misma, de su familia, de sus intereses y actividades. Los problemas y necesidades que se consideraron en el diagnóstico de enfermería se cree que fueron detectados en forma acertada, ya que al evolucionar la recuperación de la paciente se observa que fueron las más importantes. Por lo que se concluye que la valoración fue útil y valiosa como punto de partida para la planeación y ejecución del plan de cuidados, objeto primordial de la participación de la enfermera dentro del equipo de salud.

4.2 VALORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Para evaluar las acciones de Enfermería se tomó en cuenta:

- El estado de la paciente.
- El diagnóstico de Enfermería juntamente con la acertada jerarquización de los problemas.
- Los diversos indicadores que permiten medir los resultados de las acciones y que han quedado comprendidos en el plan de cuidados y que requieren de diversos instrumentos de control, entre otros: Hojas de registro de signos vitales, control de líquidos, reporte de Enfermería, datos de Laboratorio y Gabinete.
- Los resultados de las acciones de Enfermería son seguros indicadores de la comprobación o rechazo del diagnóstico.

Se toma en cuenta los siguientes criterios para la evaluación del Plan de Cuidados.

- El principal problema de la paciente fue el intenso dolor en cuadrante superior derecho, lo cual después concluye con la colecistectomía y exploración de vías biliares. Posteriormente con la ministración de analgésicos, antibióticos y estrecha vigilancia. Esta actividad se realizó y fue útil para la paciente y se controló el dolor.
- Control de ingresos y egresos de líquidos para mantener homeostasis de líquidos y electrolitos. Afortunadamente se mantuvo el equilibrio buscado.

- Toma de signos vitales tales como: temperatura, pulso, respiración y tensión arterial, para controlar estado general del paciente y detectar complicaciones como fiebre o disnea.
- Ministrar medicamentos por vía parental para disminuir el dolor.
- Reposo en cama con vendaje de miembros inferiores, con lo que se favoreció el retorno venoso.
- Colaborar en estudios de laboratorio y de gabinete y se obtuvo un mejor control de la evolución de la paciente.
- Control de la dieta, importante en la paciente con colecistectomía, que fue rica en Hidratos de Carbono y Proteínas, disminuida en colecistoquinéticos.
- El trato amable, y amistoso logró inspirarle confianza y mitigar su angustia y miedo, sobre todo a la muerte durante la operación.
- Explicación a la paciente y familia sobre su padecimiento y funcionamiento de la Unidad Quirúrgica y la participación de la paciente para su recuperación; esta actividad ayudó a calmar la angustia y miedo de la paciente y familiares.
- Orientar en cuanto a los hábitos y costumbres de la paciente que se considera como factores de riesgo en su padecimiento. Se considera que las acciones de Enfermería, plasmadas detalladamente en el Plan de Atención, fueron acertadas y oportunas, que favorecieron la recuperación de la paciente, principalmente en el área psicológica y

biológica, las acciones de Enfermería en el aspecto socio cultural se realizaron con objetivos para lograrse a medio y largo plazo, por lo que no se puede valorar actualmente pero se deja la inquietud en la paciente para lograrlo cuanto antes.

Por último, gracias al tratamiento y a la atención de Enfermería, se logró controlar a tiempo los problemas propios de la enfermedad.

La Sra. V.V.O. fue transferida de Urgencias Adultos al 3er. piso, donde inicia su tratamiento quirúrgico, y rehabilitación posquirúrgica con pronóstico favorable para la vida y para realizar actividades físicas.

5. EXTENSIÓN AL HOGAR

La colecistitis crónica litiásica, es un padecimiento que al agudizarse se vuelve altamente invalidante, por lo menos mientras dura el cólico biliar, que suele ser por lo regular de 4 a 8 horas. Y cuando llega a prolongarse se considera que ya existe una vesícula en tensión y sólo a través de la cirugía se mejoraría la persona; esto se llevaría un tiempo de cuatro a ocho semanas aproximadamente.

Las medidas de rehabilitación de una colecistectomía se inician en el hospital y se continúan hasta el hogar, comprendiendo las siguientes medidas necesarias para que la paciente lleve una vida higiénico-dietética saludable dentro de sus posibilidades económicas:

No existen indicaciones dietéticas especiales excepto que ingiera una dieta nutritiva y evite el exceso de grasa al principio de su recuperación (ver cuadro 3) posteriormente puede ingerir todo tipo de alimentos y grasas como cualquier individuo sano.

Continuar con la ministración de farmacoterapia dentro del horario prescrito.

Asimismo, continuar con la vigilancia médico-familiar para que se valore la evolución de su padecimiento.

Satisfacer las necesidades de descanso y de sueño durante

la convalecencia.

Practicar medidas de higiene personal, como el baño diario (que incluirá la limpieza de HPQ) y el lavado de dientes diario como procedimientos no sólo preventivos sino estéticos.

5.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Del grupo interdisciplinario de salud el elemento que tiene mayor participación es la enfermera, quien debe observar las siguientes medidas:

- Educación higiénica-dental personal
- Orientación y aprovechamiento al máximo de los recursos existentes para tener una buena nutrición.
- Vigilancia médica cada seis meses:
- Promover la recreación y esparcimiento social.
- Resaltar la importancia que tiene establecer un horario regular para las comidas.

5.2 MEDIDAS DE PREVENCIÓN ESPECÍFICA AL PÚBLICO, AL PACIENTE Y FAMILIA.

- Orientación al público acerca de factores predisponentes a la enfermedad de colecistitis crónica litiásica.
- Orientación de Planificación Familiar.
- Educación Nutricional de acuerdo con los requerimientos de edad, sexo y actividad.

- Orientación de la terapia ocupacional para disminuir las tensiones cotidianas.
- Orientación para prevenir infecciones por medio de medidas de higiene personal, y preparación de los alimentos.

5.2.1 Orientación al paciente y familia

Se orienta a la Sra. V.V.O. para que modifique algunos estilos de su vida anterior, como el preparar una dieta con nutrientes vegetales y animales pero exenta de grasas, lo importante del baño diario con cambio de ropa total, continuar con su tratamiento médico-dental, ya que de alguna forma la caries influye en las disfunciones orgánicas. Se le hace notar que es el elemento importante en las citas médicas, pues con su asistencia, el médico podrá valorar la evolución de su padecimiento; hasta que sea dada de alta y reincorporada como miembro productivo a la sociedad; ya que la extirpación de la vesícula biliar no la deja invalidante.

5.2.2 Predisposición familiar

Existe buena disposición por parte del señor y su hija en modificar sus hábitos nutricionales para evitar riesgos futuros. Pues han valorado la desventaja que existe al ingerir una dieta rica en grasas y deficiente en proteínas a lo que estaban impuestos, además de haber vivido la experiencia patológica de su familiar.

6. CONCLUSIONES GENERALES

Toda relación que se tiene con las personas, objetos o cosas deja un conocimiento que es acumulado en la memoria del individuo y éste podrá utilizarlo en la práctica en el momento que considere oportuno, y así lograr el éxito en todo lo que emprenda.

En el caso de la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería se ha obtenido de igual forma conocimientos científicos que se han podido traspolar a las acciones de enfermería objetivas en la atención de la paciente.

Derivadas de la interrelación enfermera-paciente y equipo interdisciplinario, se pueden concluir las siguientes aseveraciones, después de haber realizado en forma integral el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con colecistitis crónica litiásica:

-- El mayor beneficio de la realización del Proceso de Atención de Enfermería ha sido el poder identificar y comprender en forma integral a la paciente.

a) En el aspecto biológico, el factor predisponente que inició el reflejo gastrocólico fue la ingesta de alimentos grasos, que originó el movimiento de un cálculo el cual quedó impactado en el conducto colédoco, dadas las contracciones que realizó la vesícula biliar al ser estimulada por la hor-

mona colecistocinina que es secretada por las partes altas del intestino delgado al llegar los alimentos grasos. Pero al contraerse la vesícula biliar para mandar bilis al duodeno, esta última no llega por existir bloqueo del conducto cístico, ocasionando una vesícula en tensión.

b) En el aspecto psicológico, se confirma una vez más la influencia que tienen los sentimientos en el metabolismo del organismo para que el individuo recupere su salud.

El apoyo emocional que durante su hospitalización se brindó a la paciente ante el miedo y angustia que presentaba ante el hecho de ser intervenida, disminuyeron al sentir seguridad de conocimientos del personal profesional así como del afecto de que era objeto.

c) En el aspecto socioeconómico.- Son factores de influencia primaria un ingreso económico reducido sumado a la falta de conocimientos y hábitos tradicionales; esto llevó a la paciente a una adquisición y preparación errónea de sus alimentos, que eran disminuidos en los nutrientes necesarios a su organismo, por lo que presenta desnutrición de primer grado.

Fue necesaria la atención de enfermería a primer nivel como medida preventiva.

- Se alcanzaron los objetivos que se pretendían conseguir en un 100%:

a) Porque el dolor desapareció al ser extirpada la vesícula biliar, previa atención paliativa y de farmacoterapia que empleó el personal de enfermería.

b) Porque hubo mayor participación de su tratamiento médico y quirúrgico, desvaneciendo angustia y miedo al dar apoyo emocional y humanitario, así como la seguridad profesional en las acciones realizadas durante su estancia hospitalaria.

c) Porque inicia modificaciones en sus hábitos nutricionales y personales (aceptación de la dieta y lavado de dientes) los cuales continúa en su hogar.

- Desde el punto de vista biológico los principales logros de la instrumentación del Proceso de Atención de Enfermería con la paciente han sido los siguientes:

a) Valoración adecuada

b) Acciones de enfermería oportunas y acertadas

c) Prevenir riesgos de infección en herida quirúrgica.

d) Prevención de complicaciones con tratamiento oportuno.

e) Reducir el riesgo morbimortalidad hospitalaria.

f) Mantener un equilibrio de Salud-Enfermedad a través de cuidados extensivos al hogar.

g) Integración a su familia y sociedad.

- En cuanto al Plan de Atención, nos permitió planear cada una de las acciones que tanto el personal de enfermería co

mo médico y paramédico debían realizar a partir o en virtud de las necesidades jerarquizadas.

- Desde el punto de vista de la Rehabilitación se puede reconocer que la paciente ha alcanzado buen grado de rehabilitación activa y funcional, en virtud de que se ha integrado al desempeño de sus actividades tanto personales como sociales, ya que la colecistectomía no deja a la persona invalida.

En lo personal, se obtuvo mayor comprensión del origen y desarrollo de las enfermedades de la vesícula biliar, lo que permitió adoptar una actitud más profesional al otorgar orientación y atención a estos pacientes, retomando estos conocimientos para realizar ajustes y cambios en el estilo de vida respecto del mejoramiento de hábitos que de diversas maneras en tiempo futuro pudieran afectar mi salud. Además cabe agregar que la metodología fue necesaria para la elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería, en donde pudo proporcionarse una atención acertada y de calidad a la paciente en los tres niveles de atención.

En resumen, el Proceso de Atención de Enfermería es importante porque, además de permitirnos dar una atención individualizada a los pacientes, se tiene la oportunidad de conocer los problemas biopsicosociales de estos, por la estrecha relación de enfermera-paciente, cubriéndose dichas necesidades

en forma específica e integral, y lográndose obtener habilidades y conocimientos para la elaboración de otros estudios clínicos que durante nuestra profesión habrá necesidad de realizar.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, Tinbergen S. Investigación económica. Núm. 156. Vol. XL. México. Ed. Facultad de Economía. 1981. 79 pp

ALTSCHUL, A. Manual de enfermería psiquiátrica. México. Ed. C.E.C.S.A., Nva. ed. 1971. 19 pp.

ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA, A.C. Proceso de Atención de Enfermería. Documento básico. México, - 1976. 64 pp.

BESSON Mc Dermott. Medicina Interna. 14a. ed. México. Ed. Interamericana. 1972. 1479 pp.

BRUNNER SHOLTIS, Lillian. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. 4a. ed. México. Vol. I. Ed. Interamericana. 1984. 869 pp.

C.E. Turner. Higiene del individuo y de la comunidad. 2a. reimpresión. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1974. 6 pp.

CORCOLES G. Rodrigo. Temas de psicología médica. México. Ed. Marova. 1974. 140 pp.

CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL SECTOR SALUD. Consejo de Salubridad General. México. 1984.

CHAVEZ M. Mario. Salud y Sistema. México. Ed. Universidad

- de los Andes. 1981. 1212 pp.
- DE CASTRO, Josué. El libro Negro del Hambre. México. Ed. EUDEBA. 1971. 19 pp.
- DE LA FUENTE, M., Ramón. Psicología Médica. 19a. reimpresión México. Ed. FCE. 1980. 154 pp.
- DIEL y Paul. El miedo y la angustia. México. Ed. FCE. 1966 36 pp.
- DISON, Norma. Técnicas de enfermería clínica. 3a. ed. México. Ed. Interamericana. 1978. 248 pp.
- ERREGUERENA, María Luisa. "El miedo como reto". Enfermera al día. (Revista bimensual). México. Ed. Intersistemas, SA de CV. Vol. 9 No. 1. 1984. 5 pp.
- FACULTAD de Economía. Investigación Económica. Vol. XL. No. 156. México, 1981. 77-80 pp.
- FARRERAS P. Valentí. Medicina Interna. Tomo I. México. Ed. Marín. 1976. 279 pp.
- FALCONER W., Mary. Farmacología y terapéutica. 6a. ed. México. Ed. Interamericana. 1981. 330 pp.
- FINNEGAN, A. Janet. Enfermería quirúrgica. 4a. ed. México. Ed. Interamericana. 1982. 172 pp.

FRANK H. Netter. Sistema Digestivo. Tomo III/3. México. Ed. Salvat. 1983. 22 pp.

FUERST Y WOLFF. Principios fundamentales de enfermería. 11a. reimpresión. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1977. 169 pp.

GANONG, William F. Manual de Fisiología Médica. 6a. ed. México. Ed. El Manual Moderno. 1978. 438 pp.

GARREAU, Gerard. El negocio de los alimentos. México. Ed. Nueva Imagen. 1980. 25 pp.

GUYTON, C. Arthur. Fisiología y Fisiopatología Básica. México. Ed. Interamericana. 1979. 506 pp.

HADORN, W. Bern. De los signos y síntomas al diagnóstico. México. Ed. Toray. 1967. 127 pp.

HARVEY, A. Mc. Gehee. Tratamiento de medicina interna. 3a. ed. México. Ed. Interamericana. 1978. 9 pp.

HARRISON, R.T. Medicina Interna. 3a. ed. México. Ed. Interamericana. 1970. 1709 pp.

HERNAN San Martín. Salud enfermedad. 4a. ed. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1981. 384-385 pp.

HERNANDEZ Y LOPEZ. Manual de Medicina Interna. México. Ed. Méndez Oteo. 1983. 118 pp.

HOWARD, M. Spiro. Gastroenterología Clínica. México. Ed. Interamericana. 1980. 820 pp.

ICAZA, J. Susana. Nutrición. 2a. ed. México. Ed. Interamericana. 1982. 108 pp.

INN. Desnutrición. reimpresión de la revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXI. Nos. 8 y 9. México, 1979. 4 pp.

INN. Encuestas Nutricionales en México. Estudios de 1963-1974. Vol. 11. México, D.F. 1976. 111 pp.

ISSSTE. Hospital Gral. "Lic. Adolfo López Mateos". Informe Estadístico. México. Ed. ISSSTE. 1971-1980. 99 pp.

KRAUSE V. Marie. Nutrición y dietética en clínica. 5a. ed. México. Ed. Interamericana. 1983. 403 pp.

LAWRENCE C. Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. México. Ed. Fournier. 1973. 122 pp.

LESTER, R. Brown. El hombre, la tierra y los alimentos. México. Ed. Hispano americana. No. 358. secc. 20. 1967. 63 pp.

MADIGAN Y JEANETTE. Psicología teórica y práctica. 5a. ed. México. Ed. Interamericana. 1973. 334 pp.

MARY W. Falconer. Farmacología y terapéutica. 6a. ed. México. Ed. Interamericana. 1981. 207, 305 pp.

MEYERS H. Frederik. Manual de Farmacología Clínica. México Ed. El Manual Moderno. 1980. 298 pp.

MUSTARD S. Harry. Introducción a la Salud Pública. México. Ed. Interamericana. 2a. reimpresión. 1976. 208 pp.

NAISH Y READ. Gastroenterología básica. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1978. 236 pp.

NORDMARK, Madelyn T. Bases científicas de la enfermería. 2a. ed. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1979. 152, 250 pp

PARKER, C. Anthony. Anatomía y fisiología. 4a. ed. México. Ed. Interamericana. 1983. 672 pp.

SMITH-GIPS. Enfermería médica-quirúrgica. 2a. ed. México. Ed. Interamericana. 1969. 710 pp.

STANLEY, L. Robbins. Patología Estructural y Funcional. México. Ed. Interamericana. 1975. 1003 pp.

S.S.A Compendio. Depto. de Bioestadísticas. México, 1981. 37 pp.

TORRES F. Vicente. "Alimentos Chatarra". El Nacional. 31/VIII/85. 2 pp.

WATSON E. Jeannette. Enfermería médico-quirúrgica. 2a. ed. México. Ed. Interamericana. 1983. 162 pp.

8. GLOSARIO DE TÉRMINOS

A

ACIDIFICACIÓN: Formación de ácidos en una masa o adición de ácidos a una sustancia con objeto de comunicarle propiedades ácidas

ACOLIA: Heces que carecen de pigmentos biliares.

ANOREXIA: Falta de apetito.

ANTAGONISMO: Oposición o acción contraria de dos músculos, remedios o venenos, organismos, etc.

ANTIBIÓTICOS: Destructor de la vida. Término que comprende todos los antimicrobianos de origen biológico que deriven de bacterias, como la tirotricina; o de otras sustancias naturales, como la lisozima.

ANTIESPASMÓDICO: Dícese del agente que alivia o cura el espasmo.

APOSICIA: Mental o nerviosa. Obstinación de origen psicopático en no tomar alimentos, observada en el histerismo.

APRENSIVA: Temor de un peligro inminente.

ANSIEDAD: Inquietud, angustia que acompaña a algunas enfermedades.

B

BACTEREMÍA: Presencia de bacterias patógenas en la sangre.

C

CÁLCULOS: Concreción anormal que se forma en el cuerpo especialmente en el seno de líquidos contenidos en conductos y reservorios tapizados por una mucosa, compuesta generalmente de sales minerales.

CINESTESIA: Sensación o sentido por el cual se perciben el movimiento muscular, peso, posición, etc., de nuestros miembros; sentido muscular.

CÍSTICO: Perteneciente o relativo a una vejiga o quiste.

CLORURO: Compuesto binario de cloro; sal metálica de ácido clorhídrico.

COLANGIOGRAFÍA: Radiografía de las vías biliares.

COLANGITIS: Inflamación de los conductos biliares.

COLAGOGOS: Sustancias que causan la concentración de la vesícula biliar.

COLECISTITIS: Inflamación de la vesícula biliar.

COLECISTO: Vesícula biliar

COLECISTECTOMÍA: Extirpación de la vesícula biliar.

COLECISTOGRAFÍA: Radiografía de la vesícula biliar previa toma de sustancias radiopacas que se eliminan por la bilis.

COLECISTOCININA: Hormona secretada por la mucosa intestinal que activaría la movilidad de la vesícula biliar.

COLEDOCOLITIASIS: Cálculos en el colédoco.

COLERÉTICOS: Los agentes que estimulan la secreción de bilis por el hígado.

COLESTEROL: Alcohol monohídrico, $C_{27}H_{45}OH$, constituyente de las grasas animales, bilis, cálculos, tejido nervioso, sangre, etc., es una sustancia blanca, cristalina, insoluble en el agua; tiene gran importancia en el metabolismo y puede ser activada para formar vitamina D.

CONDUCTOS DE LUSCHKA: Formación tubulares en la pared de la vesícula biliar.

CONDUCTO DE WIRSUNG: Conducto pancreático.

D
DESNUTRICIÓN: Trastorno de la nutrición por defecto de asimilación o exceso de desasimilación.

DERMATOMAS: Neoplasia de la piel. Segmento cutáneo inervado por el correspondiente segmento espinal.

DIVERTÍCULO: Apéndice hueco en forma de bolsa o saco de una cavidad o tubo principal.

DIVERTICULOSIS: Presencia de divertículos en el intestino grueso y estado producido por ellos.

E

EFECTO HIDROTRÓPICO: Las sales biliares se combinan con los lípidos para formar micelas, complejos hidrosolubles desde donde ellos pueden ser absorbidos más fácilmente.

ESCLEROSIS: Endurecimiento de los tejidos, especialmente del tejido intersticial de un órgano, consecutivo a la inflamación.

ESPASMO: Contracción involuntaria persistente de un músculo o grupo muscular; algunos reservan el nombre de espasmo para la contracción tónica persistente de los músculos de fibra lisa.

ESPONDILOPATÍAS: Término general para las afecciones de las vértebras.

ESPARADRAPO: Lienzo tafetán o papel cubierto uniformemente de una sustancia emplástica medicamentosa que se aplica y adhiere a la piel.

ESTENOSIS: Estrechez patológica congénita o accidental de un orificio o conducto.

ESTASIS BILIAR: Estancamiento de la bilis biliar.

ESTÉRIL: Infecundo, que no da fruto. Aséptico, libre de microorganismos.

ESTROMA: Propiamente tapiz, capa superficial, especialmente la parte superficial del ovario cubierta por los ovisacos.

F

FIBRA MIELINA: Fibra nerviosa, cuyo cilindroeje está rodeado de una capa de mielina o sustancia blanca de Schwann.

FILOGÉNESIS: Historia del desarrollo de un tipo orgánico de la ontogenia o evolución del individuo.

FLOGOSIS: Enrojecimiento y calor que caracteriza la inflamación.

G

GLICERINA: Aceite dulce; líquido incoloro, límpido, siruposo, obtenido por hidrólisis de los aceites y grasas; $C_3H_5(OH)_3$ trihidroxipropano. Es un alcohol triatómico, soluble en agua y alcohol.

GLICEROL: Glicerina. Glicérido.

GLICERITO: Mezcla o solución de una sustancia medicinal en glicerina.

GLÚCIDOS: Término general que comprende los hidratos de carbono y los glucósidos.

H

HIDROPESÍA: Acumulación de líquido seroso trasudado en una cavidad o en el tejido celular.

HIPERALGESIA: Sensibilidad excesiva al dolor.

HIPERESTESIA: Aumento o exageración de la sensibilidad general o especial.

HIPERTROFIA: Desarrollo exagerado de los elementos anatómicos de una parte u órgano sin alteración de la estructura de los mismos, que da por resultados el aumento de peso y volumen del órgano.

HISTOLOGÍA: Estudio de la composición y estructura microscópica de los tejidos orgánicos; anatomía microscópica de los tejidos; en estado de salud, o de enfermedad.

HIPERTONIAS: Tono o tensión exagerados, especialmente el tono muscular; espasticidad, rigidez.

HORMONA: Sustancia química específica producida en un órgano o en determinadas células de un órgano, y que transportada por la circulación sanguínea o de otros líquidos produce efectos específicos de activación o regulación en otros órganos o partes; en forma excitante.

HISTAMINA: Amina depresora que se encuentra en el cornezuelo del centeno y en el organismo animal, en el que se produce

por descarboxilación de la histidina. Se la considera como una hormona hística que contribuye a la regularización del tono de la musculatura lisa.

I

ICTERICIA: Coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones, debida a la presencia de pigmentos biliares en la sangre.

IMPACTACIÓN: Detenido, alojado o fijado fuertemente; se aplica a proyectiles, fragmentos óseos, dientes, cálculos, excrementos.

INFUNDÍBULO: Parte en forma de embudo. Cada una de las divisiones de la pelvis renal. Cavidad en el extremo superior del conducto del caracol.

ISQUEMIA: Detención de la circulación arterial en una parte y estado consecutivo de la misma.

L

LANCINANTE: Herir despedazando o despedazar hiriendo, alancear. Dicese del dolor con sensación de lanzadas o pinchazos, como en el cáncer y la tabes.

LECITINA: Monoaminofosfátidos estéricos que se encuentran en la yema de huevo y en general en todas las células corporales, pero, predominantemente, en el músculo cardíaco. Las le-

citinas poseen las propiedades terapéuticas del fósforo y se dice que son antiponzoñosas.

LINFOCITOS: Corpúsculo linfático, variedad de leucocito, originado en los ganglios y vasos linfáticos, de núcleo único, grande, que ocupa casi toda la célula y rodeado de una delgada capa de protoplasma homogéneo y basófilo. Se denomina también globulino.

LIPASA: Esterasa que hidroliza los triésteres del glicerol. Las más importantes de las orgánicas están contenidas en el jugo pancreático.

M

MESOLÓGICO: Ciencia de los medios y de las relaciones de éstos con los seres organizados que en ellos habitan.

MICELAS: Partícula coloidal dispersa en un medio provista de carga eléctrica y formada generalmente por agrupaciones de moléculas. Su tamaño no permite observarlas en el microscopio ordinario.

N

NEURALGIAS: Término general para las afecciones cuyo principal síntoma es el dolor intenso, intermitente, a lo largo de un nervio o nervios, sin cambios estructurales demostrables en éstos, dependientes de gran número de estados morbosos.

O

ONTOGÉNESIS: Evolución o desarrollo del ser organizado individual a partir del óvulo.

P

PAROXISMO: Máxima intensidad de un acceso, ataque o de los síntomas de una enfermedad.

PAROXÍSTICO: Relativo al paroxismo.

PIELOGRAFÍA: Radiografía de la pelvis renal y uréter previa la introducción de un medio de contraste. El medio de contraste que se ha inyectado por vía intravenosa, de la que pasa rápidamente a la orina.

PIGMENTOS: Substancia provista de coloración propia, que existe, normal o anormalmente, en los elementos anatómicos y en los líquidos del organismo, especialmente la materia granulosa compuesta de melanina de las células epiteliales de la piel, coroides, iris, etc.

PSICOLOGÍA: Rama de la biología, que trata de la mente y de las facultades afectivas.

PIROSIS: Sensación de ardor que sube del estómago a la faringe con eructos agrios, debida a una dispepsia ácida.

PUNGITIVO: Dícese especialmente del dolor de la pleuresía.

R

REFLEJO: Producido por transmisión nerviosa a un centro y desde aquí a un nervio secretorio o motor periférico.

S

SALES: Aguas cloruradas, bromoyoduradas frías a 8º, de Pavía.

SENOS DE ROKITANSKY ASCHOFF: Pequeñas bolsitas en la mucosa de la vesícula biliar extendidas a través de la capa muscular.

SIGNO DE MURPHY: En las afecciones de la vesícula biliar, el paciente no puede hacer una inspiración profunda si el médico tiene introducidos los dedos en forma de gancho por debajo del borde anterior del hígado.

SIMPATALGIA: (de simpático y el gr. algos, dolor).

SOMÁTICO: Relativo al cuerpo, corporal, especialmente en oposición a psíquico y funcional, y también relativo a las que constituyen la armazón, en distinción de las vísceras.

V

VULNERABLE: Susceptible de ser lesionado.

9. APÉNDICES

- a) Historia Clínica de Enfermería
- b) Historia Natural de la Colecistitis Crónica
Litiásica.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EXAMEN CLÍNICO

I HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre V.V.O. Servicio: Medicina Interna
 No. de cama 408 Fecha de ingreso 21-III-85
 Edad 36 años Sexo Femenino Estado Civil Unión Libre
 Escolaridad 6o. Primaria Ocupación Aux. de Intendencia
 Religión Católica Nacionalidad Mexicana
 Lugar de Procedencia D.F.
 Domicilio Conocido

2.- PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FÍSICO

Habitación:

Características físicas (iluminación, ventilación, etc.)

Habitación poco ventilada y bien iluminada

Propia, Familiar, rentada, otros: Rentada

Tipo de construcción: Tabique con láminas de asbesto

Número de habitaciones: Dos (un cuarto y cocina)

Animales domésticos: No

Servicios sanitarios:

Agua (Intradomiciliaria, hidratante público, otros)

Intradomiciliaria

Control de Basuras Diario pasa el carro de basura

y la junta en bolsa de plástico

Eliminación de desechos (Drenaje, fosa séptica, letrina, otros).

Drenaje intradomiciliario

Iluminación: Pública en la calle y particular, eléctrica

Pavimentación: Pública (banquetas y asfalto)

su casa de cemento el piso

Vías de comunicación:

Teléfono Público, particular no

Medios de transporte:

Camiones R-100, y peseros

Recursos para la salud

Existe una clínica del ISSSTE, de la cual es derechohabiente. Consultorios particulares varios.

Hábitos Higiénicos

Aseo: Baño (tipo, frecuencia) Diario en tina, con cambio de ropa completo

De manos Frecuentemente, antes de preparar alimentos y cuando es necesario

Bucal Después de los alimentos

Cambio de ropa personal (parcial, total y frecuencia)

Cada tercer día, y en forma completa después del baño

Alimentación:

Desayuno (horario, alimentos) Leche o café y pan, algunas veces el guisado de un día anterior. En forma irregular a las 10:00 am

Comida (horario, alimentos) 17:00 pm carne 1 vez a la semana, sopas de pastas y verduras, tortillas y refrescos finalizando con frijoles

Cena (horario, alimentos) No cenan pues la comida la toman como cena.

Alimentos que originen:

PREFERENCIA: Arroz, carnitas y chicharrón, refrescos y chile

DESAGRADO ninguno

INTOLERANCIA Grasas, irritantes y gaseosos

Eliminación (horario y características)

Vesical 4 a 6 veces al día, sin molestias, aparentemente normal en apariencia y cantidad

Intestinal Una vez al día en forma normal

Descanso (tipo y frecuencia)

Sólo cuando regresa del trabajo y que ha terminado de sus labores hogareñas se sienta a ver T.V., llevando una vida sedentaria

Sueño (horario y características)

El horario varía, pero duerme de 6 a 7 horas diariamente y sin problema alguno

Diversión y/o deportes

Ve T.V. y de vez en cuando acude al cine. Le gusta el volibol pero no lo practica

Estudio y/o trabajo.

Terminó el 6o. año de primaria, y tiene que trabajar para que le alcance el gasto de ella y de su compañero, pues son tres miembros los que integran la familia

Otros

Después de sus labores del trabajo, continúa con las labores hogareñas

COMPOSICIÓN FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA
Esposo	37	Empleado	\$10,000.00 quincenales
Hija	11	Escolar	Ninguna

DINÁMICA FAMILIAR

Todos participan en el aseo del hogar y existe buena comunicación

DINÁMICA SOCIAL

En ocasiones se reúne con amistades y familiares, pero no es muy social con sus vecinas pues únicamente las saluda.

COMPORTAMIENTO (Conducta) Se muestra tranquila, callada y sus respuestas son de cortesía.

RUTINA COTIDIANA

Se levanta a las 6:00 am, se asea y prepara el desayuno. Acude a su trabajo y regresa a las 16:00 pm. Hace el aseo del hogar y prepara la comida-cena, comen y conviven, finalmente se duermen

2.- PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO

Problema padecimiento por el que se presenta.

Es un dolor crónico con dos años de duración, tratado médicamente con analgésicos. Posteriormente el día 21 a las 22:30 pm se presenta dolor referido a CSD, con irradiación a región subescapular derecha, tipo cólico en inicio y - posteriormente pungitivo, acompañándose de vómito de contenido gástrico. Acudiendo al hospital e internándose en Urgencias Adultos.

Antecedentes personales patológicos

Niega enfermedades comunes de la infancia, cuadros faringoamigdalinos ocasionales, tratados médicamente. Traumáticos y transfusionales negados. VSA. a los 22 años, ritmo 28x8. G.I. P.I. A.O. C.O.

Antecedentes familiares patológicos

Ignora las causas de muerte de Abuelos paternos y maternos así como de madre y padre muertos.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento.

La paciente se encuentra actualmente deprimida, callada, con gesto de preocupación, al reanudar conversación con ella, menciona que nunca antes le habían practicado una

operación y teme no salir con bien de ella, se le informa la evolución y complicaciones de ésta así como la evolución favorable si es tratada quirúrgicamente

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico tratamiento y rehabilitación

La paciente se muestra menos aprehensiva desde que se le dio una información más detallada de su enfermedad y de la atención que va a recibir para su tratamiento, mostrándose más colaboradora en las indicaciones que debe seguir
Por parte del esposo que la llevó al hospital, hay una gran disponibilidad.

II EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección:

Aspecto físico: Paciente femenina, de constitución delgada, con edad aparente a la cronológica. Tez morena, cráneo, cara y cuello simétricos, sin alteraciones, orientada en lugar, tiempo y espacio, cavidad bucal piezas dentarias con caries. Miembros superiores e inferiores normales. Abdomen blando depresible doloroso en hipocondrio de recho, murphy positivo sin visceromegalias, peristaltismo presente; genitales externos sin alteraciones patológicas.

Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emociones) La paciente se encuentra algo preocupada por las atenciones que no están recibiendo sus familiares en su hogar por encontrarse ella aquí, pero manifiesta muchos deseos de curarse y de colaborar para que todo sea más rápido.

Palpación Se logra palpar el fondo vesicular a tensión, no crecimiento vesicular importante, no hay tumoraciones, ni visceromegalias, no se realiza tacto rectal.

Percusión Tórax sin alteraciones patológicas. Abdomen doloroso más intenso en C.S.D.

Auscultación Respiración costoabdominal con F.R. 20 Xmin.

F.C. 90 Xmin. Campos pulmonares sin fenómenos agregados. Murmullo vesicular normal. Peristaltismo intestinal presente. Discretamente hipoactivo.

Medición, Peso, Talla: 1.49 m. - 40 kg. - 34 cm.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Exámenes de Laboratorio

Química Sangüínea	Cifras Normales	Cifras de la Paciente						
		9 Ago	28 Ago	3 Sept	13	17	30	
Glucosa	80 - 120 mg.	95	120	95	85	85		
Creatinina	0.9-1.8	0.6	1.0	1	1.0	1		
Urea	25 - 30	18	28	18	18			
Cloro	100 mez/l	98	102	102	100	98	98	
Potasio	3.5 - 5 meq/l	3.4	3.6	4.3	3.4		3.6	
Sodio	135 - 150 meq/l	133	129	134	133		129	
Colesterol Total				7.0				

Biometría Hemática	Cifras Normales	Cifras de la Paciente				
		9 Ago	28 Ago	3 Sep	13 Sep	17 Sep
Leucocitos	5-10,000/mm ³	5.1	9.3	5.2	3.9	6.2
Hemoglobina (Hb)	12-16 gr.	15.0	11.9	11.8	11.7	10.4
Hematocrito (Hct)	37-47/mm ³	47.8	35.7	35.7	36.2	31.3
Volumen capilar medio (VCM)	87-90	85	80	85	85	
Hemoglobina capilar media (HCM)	29	27	28	28	28	
Concentración de hemoglobina capilar media (CHCM)	35	33	34	35	33	

Biometría Hemática	Cifras Normales	Cifras de la Paciente				
		9 Ago	28 Ago	3 Sep	13 Sep	17 Sep
Eritrocitos	4.5-5.5 millones	5.1	3.83	3.78	3.70	3.32
Plaquetas	130-400	428	395	539	653	370
I. Protombina		14" 100%			16" 80%	

Pruebas de Funcionamiento Hepático	Cifras Normales	Cifras de la Paciente				
		9 Ago	28 Ago	3 Sep	13 Sep	17 Sep
Bilirrubina directa		0.4	0.8	3.01	0.77	0.77
Bilirrubina indirecta		0.2	0.6	0.45	0.49	0.49
Bilirrubina total		0.6	0.6	3.46	1.26	1.26
Fosfatasa alcalina		1.52				

Enzimas

Transaminasa glutámica		*				
Oxalacética (TGO)	10-40 U.	N.H.R.				
Deshidrogenasa Láctica (D.H.L.)	109-200 U.			264		NHR

* No hay reactivo.

Observaciones:

a) Los datos se encuentran antes y después dentro de límites normales.

Observaciones:

a) La paciente entra a cirugía con cifras normales

b) Los leucocitos tienden a subir, lo cual es normal siempre después de una cirugía y posteriormente volvieron a bajar pero siempre estuvieron dentro de lo normal.

c) Se observa una disminución de hemoglobina, lo cual es normal por el sangrado transoperatorio.

d) El aumento de plaquetas es por estímulo de producción del sangrado para la hemostasia.

e) Los demás datos están dentro de lo normal.

Observaciones:

a) Entra a cirugía con cifras normales de las bilirrubinas

b) El aumento de las bilirrubinas puede deberse a las siguientes causas:

- Mientras se estabiliza el flujo biliar
- Por una discreta hemolisis posquirúrgica
- Como datos de Insuficiencia Hepática transitoria
- O porque durante la cirugía se realizó ligadura de la arteria Hepática Derecha.

EXÁMENES DE GABINETE

T I P O	O B S E R V A C I O N E S
Colecistografía I.V.	Existe dilatación de colédoco de aproximadamente 1.5 cm. Vesícula excluida
Ultrasonografía de hígado y vías biliares	Área hepática de tamaño y características normales. Vesícula de tamaño normal, con dos imágenes ecodensas que proyectan sombra sonica posterior. No se observa dilatación de vías biliares, (Litiasis vesicular).
S.E.G.D.	Aquí se observa mecanismo de la deglución normal, Esófago, estómago, bulbo duodenal, y arco duodenal, en situación y tamaño normal. A excepción de que en el estómago hay imágenes sugestivas de úlcera y mucosa engrosadas. El vaciamiento ocurre moderadamente lento. Dx. Radiológico. Estómago hipotónico. Proceso inflamatorio crónico de mucosa gástrica.
Colangiografía Transoperatoria.	Se observa imagen de lito en colédoco, al realizar coledocotomía se extraen múltiples cálculos pequeños y uno de 0.5 cm.

IV PROBLEMAS DETECTADOS

Biológico.- 1) Colecistitis crónica litiásica agudizada
 2) Dolor en hipocondrio derecho, con irradiación a región subescapular derecha.

Sicológico.- 1) Angustia
 2) Miedo

- Socioculturales.- 1) Deficientes hábitos nutricionales.
2) Higiene personal insuficiente. (caries dental)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Paciente adulta en unión libre, ama de casa y trabajadora, con primaria completa, su núcleo familiar está integrado por su compañero e hija en edad escolar. El compañero labora como empleado federal y ella como Auxiliar de Intendencia en empresa privada para complementar sus ingresos económicos y solventar sus gastos diarios.

Vive en vecindad, ocupando dos habitaciones construidas con tabicón y láminas de asbesto, regularmente ventiladas e iluminadas, a falta de un baño particular sus hábitos higiénico-personales son deficientes.

Se presenta al servicio de urgencias adultos por un dolor agudo en hipocondrio derecho de fuerte intensidad, además de náuseas y vómito de contenido gastrobiliar en una sola ocasión, posterior a la ingesta de alimentos grasos e irritantes, los cuales siempre le han producido intolerancia. A los exámenes de laboratorio se observa aumento de las pruebas de funcionamiento hepático, existiendo una elevación de bilirrubina directa, no hay datos de leucocitosis, los demás resultados normales.

En los exámenes de gabinete a través de la Colangiografía I.V. se aprecia ausencia o exclusión de la vesícula biliar, en la Ultrasonografía se observa una vesícula de tamaño normal con dos imágenes ecodensas en su interior. El hígado y vías biliares en condiciones normales.

Se encuentra afebril con signos vitales volviendo a la normalidad. Psicológicamente se encuentra angustiada y temerosa por conocer su pronóstico y tratamiento que seguir, pero siente miedo ante las posibles complicaciones que llegarán a repercutir en su vida y que en forma indirecta afecten a su familia.

HISTORIA NATURAL DE LA COLECISTITIS CRÓNICA LITIASICA AGUDIZADA

Concepto: Inflamación de la vesícula biliar, la cual contiene cálculos solitarios o múltiples de diferente composición y tamaños, que llegan a ocasionar lesión en la mucosa y demás tejido de la vesícula biliar.

Agente: Biológico a) anomalías congénitas de la vesícula biliar.
 - Químico a) concentración de la bilita en la vesícula biliar.
 - Mecánica a) Estasis por cálculos.

Huésped: Más frecuente en la mujer.

Características:

Prdisponentes.- Obesas, multiparas, fértil y cuarentonas

Ingesta de alimentos ricos en grasas.

Medio ambiente.- Ambiente cultural y socioeconómico bajo; con repercusión en su nivel de vida: educación, vivienda, alimentación, empleo y servicios básicos.

- Hábitos y costumbres deficientes.

- Condiciones sanitarias del ambiente y vivienda deficiente.

Signos y síntomas inespecíficos

Signos y síntomas específicos

Reacción inflamatoria
 - Edema
 - infiltración de leucocitos

- dolor
 - náuseas
 - vómito
 - irritación peritoneal localizada
 - fiebre
 - ictericia
 - signo de Murphy

HORIZONTE CLINICO

Estudio desencadenante. Interacción de la tríada ecológica.

cambios tisulares

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN		
<p>Promoción de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación educativa sobre la enfermedad. - Educación nutricional dietético-higiénica con base en 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 del medio ambiente. - Educación higiénico dental personal. - Visitas médicas dos veces por año. 	<p>Protección Específica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen médico periódico - Vigilancia y control de peso - Valoración oportuna de factores predisponentes a la enfermedad como: obesidad y embarazos múltiples. - Evitar alimentos colecístico-quinéticos 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 ejercicios físicos en cuanto a edad, sexo y peso. 	<p>Diagnóstico Temprano</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza con base en los antecedentes y factores predisponentes, así también como con la exploración física, junto con la Historia Clínica. - Exámenes de laboratorio y gabinete. - Hb., Q.S., TPT, TP., Gpo. - Hb., EGO., Ph., determinación de electrolitos, concentración sérica de bilirrubina directa e indirecta y total. - Colangiografía oral e intravenosa. - Ultrasonografía de Hígado y vías biliares. - Colangiografía transoperatoria. 	<p>Tratamiento Oportuno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento proprostorio. - Ayuno. - Colocación de sonda de Levin para canalizar vena con solución Glucosada al 5% de 1000 ml. para 12 horas. - Tomar muestra sanguínea para exámenes de laboratorio. - Revisión médica continua. - Preparación física y psicológica para cirugía. <p>Tratamiento Quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colectistomía con exploración de vías biliares. - Tratamiento posquirúrgico - Ayuno las primeras 32 horas. - Posteriormente dieta líquida finalizando con dieta normal y disminuida en colecistiquinéticos. - Mantener equilibrio hidro-electrolítico. - Administración de analgésicos dipirone 1 amp. c/8 hrs. I.V. - Administración de medicamentos antiespasmódicos y antibióticos. - Control de líquidos. - Mantener herida quirúrgica limpia. - C.G.E. 	<p>Límite del</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para prevención por los días para evitar más de seriores exámenes. - Para mantener el sistema orgánico sensible. - Para disminuir abdomen partecito que parte la tejidos dos de 1 - Para resangine que hipoc - Para diagnóstico al grado quirúrgico tejidos - Para di vesicul - Y como utilidad al refl

Reacción inflamatoria		Signos y síntomas inespecíficos		Signos y síntomas específicos		Complicaciones	
- Edema		. piroxis		- dolor		- Colestitis crónica litifásica agudizada	
- Infiltración de leucocitos		. flatulencia		- náuseas		- Colangitis	
		. eructos		- vómito		- Sepsis intraabdominal.....Muerte	
		. ataque al estado gral.		- irritación peritoneal localizada		- Perforación	
		. angustia		- fiebre		- Pancreatitis	
		. miedo		- ictericia		- Fístulas	
				- signo de Murphy		Complicaciones quirúrgicas	
						- Acumulación subhepática de sangre, bilis o linfa	
						- Hemorragia	
						- Peritonitis	
						- Fístulas biliares internas o externas	
						- Ictericia	
						- Colangitis	
						- Pancreatitis	
						- lesiones del colédoco	
						- Síndrome poscolectectomía	
-----				-----			
Cambios tisulares				Horizonte Clínico			
PREVENCIÓN SECUNDARIA				PREVENCIÓN TERCIARIA			
Diagnóstico Temprano		Tratamiento Oportuno		Efecto del Daño		Rehabilitación	
<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza con base en los antecedentes y factores predisponentes, así también como con la exploración física, junto con la Historia Clínica. - Exámenes de laboratorio y gabinete. - Rh., Q.S., TPT, TP., Opo. - Rh., EGO., Ph., determinación de electrolitos, concentración sérica de bilirrubina directa e indirecta y total. - Colangiografía oral e intravenosa. - Ultrasonografía de Hígado y vías biliares. - Colangiografía transoperatoria. 		<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento preoperatorio. - Ayuno. - Colocación de sonda de Levin - Canalizar vena con solución glucosada al 5% de 1000 ml. para 12 horas. - Tomar muestra sanguínea para exámenes de laboratorio. - Revisión médica continua. - Preparación física y psicológica para cirugía. Tratamiento Quirúrgico - Colectostomía con exploración de vías biliares. Tratamiento posquirúrgico - Ayuno las primeras 32 horas. - Posteriormente dieta líquida finalizando con dieta normal y disminuida en colestolquímicos. - Mantener equilibrio hídrico - electrolítico. - Administración de analgésicos dipirona 1 amp. c/8 hrs. I.V. - Ministración de medicamentos antiespasmodicos y antibióticos. - Control de líquidos. - Mantener herida quirúrgica limpia. - C.G.E. 		<ul style="list-style-type: none"> - Para prevenir la distensión gástrica causada en parte por los Juaps gástricos y para evitar la emesis, además de ser útil para posteriores exámenes radiográficos. - Para mantener la homeostasis del medio interno del organismo, por pérdidas insensibles e involuntarias. - Para disminuir la distensión abdominal y movimientos peristálticos al reducir los alimentos de tal manera que se pueda evitar en parte la fricción entre los tejidos inflamados e irritados de las vías biliares. - Para restablecer el volumen sanguíneo y evitar un choque hipovolémico. - Para disminuir el dolor espástico, y posteriormente el producido por la herida quirúrgica, al quedar los tejidos irritados. - Para disminuir el espasmo vesicular. - Y como estimulante de la motilidad gástrica y disminuir el reflujo gastroesofágico. 		<ul style="list-style-type: none"> - Desambulación pasiva y temprana en el posoperatorio. - Vigilancia médica periódica de su padecimiento. - Educación de la paciente y a su familia sobre el padecimiento y su evolución. - Indicarle que debe consumir una dieta exenta de colestolquímicos, durante los primeros meses. - Satisfacer las necesidades de descanso y de sueño durante la enfermedad y la convalecencia. - Intersararla a que realice actividades físicas recreativas, de acuerdo con sus limitaciones de edad y sexo. - Reintegrar a la paciente a su vida familiar y social o si de ella dependen económicamente, disminuir los conflictos que llegara a tener en su fuente de trabajo a través de los componentes de su capacidad. 	