



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y  
OBSTETRICIA**

**COLEDOCOLITIASIS EN YUCATÁN Y EL  
ESTILO DE VIDA. ESTUDIO REALIZADO EN EL  
HOSPITAL RURAL No. 39. OXKUTZCAB,  
YUCATÁN. 2008-2009**

**T E S I S   G R U P A L**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**P R E S E N T A N**  
GARCIA MORGADO OSCAR

LUNA CERVANTES ANGELICA

DIRECTORA DE TESIS: Mtra: Teresa Sánchez Estrada



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

---

### ***A DIOS:***

Primero que nada quiero agradecer a Dios por permitirme llegar hasta este nivel y ser lo que soy, por darme la voluntad y la fortaleza de seguir adelante y no rendirme en los momentos difíciles

### ***A MIS PADRES Y HERMANA:***

De todo corazón, les agradezco que me hayan brindado la oportunidad de cursar estudios superiores, por darme su apoyo económico y sobre todo moral incondicional, por brindarme palabras de aliento cuando más lo necesitaba, por apoyarme en las buenas y en las malas, gracias por todo. Quiero que sepan que conseguí llegar a la meta por y para ustedes.

### ***A LOS PROFESORES DE LA ENEO:***

Por su dedicación, paciencia y habilidad al haberme brindado sus conocimientos dándome las herramientas necesarias para rebasar las barreras que en algunas ocasiones se me presentaron.

### ***MTRA: TERESA SANCHEZ ESTRADA:***

Agradezco de todo corazón su amabilidad, paciencia y sabiduría con la que nos apoyó para la realización de este trabajo, ya que sin su ayuda no hubiese podido ser posible finalizar.

### ***A OSCAR:***

Agradezco su participación en la realización de ésta tesis ya que significa mucho para mí el hecho de que me haya comprendido y apoyado en los momentos difíciles, Gracias por ser mi mano derecha.

Atte: Angélica Luna Cervantes

### ***A LA PROFA. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA***

Por su apoyo y orientación en los momentos más lejanos de nuestra estancia en servicio.

### ***A LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA:***

Sras. Lilia Morgado, Elena García, Gabriela García

Por el apoyo económico que hizo posible la elaboración y finalización de esta tesis.

### ***ANGÉLICA LUNA***

Por su dedicación y comprensión en los momentos más difíciles.

### ***A LA FAMILIA LUNA***

Por el apoyo moral que me brindaron en los momentos de necesidad. A todos ellos gracias...

Atte: Oscar García Morgado

## INDICE

I.- Introducción:	1
II.- Justificación:	1
1.- Fundamentación teórica del fenómeno de estudio	2
1.1.- Antecedentes	2
1.2.- Enfermería transcultural (Madeleine Leininger)	5
1.3- Promoción para la salud (Nola J. Pender)	11
1.4 Antropología de la alimentación	15
1.4.1.-La aplicación de la antropología de la alimentación en contextos interculturales	15
1.4.2.- Antropología de la comida yucateca	17
1.5. Hábitos alimentarios y de ingesta de agua	18
1.5.1.- Factores que influyen en los hábitos alimentarios	18
1.6 Arte culinario yucateco	22
1.7 Recetas de Oxkutzcab	25
1.8 Antropología cultural	30
1.9 Coledocolitiasis en Yucatán debido al estilo de vida.	32
1.9.1.- Trastornos de la vesícula biliar	32
1.9.2.- Coledocolitiasis	33
1.9.2.1.- Definición	33
1.9.2.2.- Incidencia	34
1.9.2.3.- Factores de riesgo	34
1.9.2.4.- Síntomas	35
1.9.2.5.- Complicaciones	36
1.9.2.6.- Datos de laboratorio.	36
1.9.2.7.- Diagnóstico preoperatorio	37
1.9.2.8.- Diagnóstico intraoperatorio	37

1.9.2.9.- Tratamiento . . . . .	39
1.9.3.- Descripción del tratamiento quirúrgico . . . . .	40
1.9.3.1.- Creación del neumoperitoneo . . . . .	40
1.9.3.2.- Pronóstico . . . . .	41
1.9.4.- Laparoscopia . . . . .	41
1.9.4.1.- Fuente de luz fría . . . . .	42
1.9.4.2.- Fibra óptica . . . . .	42
1.9.4.3.- Laparoscopio . . . . .	42
1.9.4.4.- Video . . . . .	42
1.9.4.5.- Insuflador . . . . .	43
1.9.4.6.- Instrumental . . . . .	43
1.9.4.7.- Coledocoscopio flexible . . . . .	47
2.- Material y métodos. . . . .	47
2.1.- Variables de estudio: . . . . .	47
2.2.- Delimitación del fenómeno: . . . . .	47
2.3.- Objetivos de investigación: . . . . .	49
2.4.- Hipótesis direccional: . . . . .	49
2.5.- Universo: . . . . .	49
2.6.- Población: . . . . .	49
2.7.- Muestra: . . . . .	49
2.8.- Criterios de inclusión: . . . . .	49
2.9.- Criterios de exclusión: . . . . .	50
2.9.1.- Criterios de eliminación . . . . .	50
2.9.2.- Proceso estadístico de datos (recolección, recuento, presentación y análisis) . . . . .	50
2.9.3.- Organización para la investigación . . . . .	51
3.- Resultados Tabulares . . . . .	52
4.- Resultados. . . . .	80

5.- Discusión . . . . .	81
6.- Conclusiones . . . . .	82
7.- Bibliografía . . . . .	83

**i.- Introducción:**

Mediante este análisis se pretende evaluar, el grado de incidencia de padecimientos vesiculares a través de un censo que cuantifica el # de casos atendidos en Qx, por cada bimestre a partir del 1 de julio del 2008- hasta mayo del 2009.

Hemos observado que el estilo de vida en la población atendida en éste hospital contribuye en gran medida a desarrollar coledocolitiasis, ya que la gran mayoría consume dietas ricas en grasas, por ello hemos descrito más adelante los platillos típicos de la región. También se observó que dicha población vive bajo el sedentarismo ya que recurren al empleo del tricitaxi aún para recorrer distancias muy cortas originando así obesidad. Asimismo se le agrega la multiparidad en la gran mayoría de los casos estudiados como grandes factores de riesgo para desarrollar coledocolitiasis.

También se describen las condiciones naturales de la región como participantes de coledocolitiasis. Gráficamente se hacen comparaciones en donde la coledocolitiasis es de las más frecuentes a diferencia de otros padecimientos.

Se hacen entrevistas a pacientes postoperados para encontrar vínculos genéticos, por hábitos alimenticios, embarazos, y para determinar la incidencia del diagnóstico en el mismo paciente por lo cual concluimos más adelante.

**ii.- Justificación:**

La razón por la cual se eligió realizar un estudio de colecistectomías fue por la frecuencia vista y atendida en el área de urgencias, presentándose en diversas edades, abarcando desde los 17 hasta los 70 años. Algunas casos son de pacientes cuya vesícula había sido extraída anteriormente y los litos se formaron en las vías biliares. Para respaldar la investigación y nuestro punto de vista mencionado, se agregó información en el marco lo cual coincide con lo que se describe en el padecimiento.

## 1.- Fundamentación teórica del fenómeno de estudio

### 1.1.- Antecedentes

<sup>1</sup>Los cálculos biliares son un problema de salud importante en México y en el mundo. Se estima cuando menos que 10% de la población estadounidense tiene colelitiasis, en México es la segunda causa de atención de urgencia.<sup>1</sup> En nuestro hospital ocupa el octavo lugar de morbilidad hospitalaria.<sup>2</sup> El desarrollo y aplicación mundial de la colecistectomía laparoscópica (CL) ha llamado una vez más la atención sobre los cálculos biliares,<sup>3</sup> en un afán de disminuir los porcentajes de morbi-mortalidad en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico,<sup>4</sup> lo que implica un porcentaje bajo de infecciones, menos dolor postoperatorio, corta estancia intrahospitalaria,<sup>5</sup> que propicia una recuperación a la vida normal en menor tiempo y además beneficia estéticamente a los pacientes.<sup>4</sup> Con el objetivo de determinar la morbi-mortalidad de la CL en nuestro hospital, se revisaron los expedientes de pacientes posoperados de CL, en el periodo comprendido entre enero 01 de 1998 a diciembre 31 de 1998. Se intervinieron 53 pacientes, 7 del sexo masculino y 46 del sexo femenino, la edad promedio fue de 34.7 años. Se utilizó como estudio diagnóstico el ultrasonido (US) de vesícula y vía biliar en todos los pacientes. En el 3.7% se realizó exploración de la vía biliar, conversión a cirugía abierta en 1.8%, reexploración a cielo abierto en 1.8%, el tiempo quirúrgico promedio fue de 154 minutos, hubo morbilidad en 7.5% de los pacientes, el tiempo de estancia intrahospitalaria promedio de 33 horas, Se presentó una defunción, consecuencia de hepatitis viral del tipo B. En conclusión, de acuerdo con la mayoría de los reportes consideramos que la CL, es un método seguro y eficaz para el tratamiento de enfermedades de la vesícula biliar (agudos o crónicos), las tasas de morbi-mortalidad son similares a pacientes sometidos a cirugía abierta.

<sup>2</sup>La perforación accidental de la vesícula biliar durante la colecistectomía laparoscópica con

---

1 BAUTISTA CRUZ, RAÚL. MIER Y TERÁN SUÁREZ, JAIME. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN GENERAL "DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ" SALUD EN MÉXICO 6 (JUNIO) : [FECHA DE CONSULTA: 12 DE AGOSTO DE 2009] DISPONIBLE EN: <HTTP://REDALYC.UAEMEX.MX/REDALYC/SRC/INICIO/ARTPDFRED.JSP?ICVE=48760105>

<sup>2</sup> MACEDO, VÍCTOR LLANOS, RODOLFO, VENTURA, ROBERTO, ANCIETA, MARCOS. ABSCESO RETROPERITONEAL DESPUÉS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA [FECHA DE CONSULTA: 12 DE AGOSTO DE 2009] DISPONIBLE EN: <HTTP://REDALYC.UAEMEX.MX/REDALYC/SRC/INICIO/ARTPDFRED.JSP?ICVE=37961208>

vaciamiento de su contenido hacia el espacio intraabdominal no es un suceso infrecuente. Es cada vez mayor la preocupación de los cirujanos sobre las posibles repercusiones que este suceso pueda traer consigo. Se ha reportado la formación de abscesos, infección, inflamación, fibrosis, adherencias, etc. Presentamos a continuación el caso de un paciente febril, con malestar general, leucocitosis y con el antecedente de haber sido sometido a una colecistectomía laparoscópica. El diagnóstico preoperatorio fue tumor retroperitoneal mixto vs. absceso retroperitoneal; comprobándose durante la operación este último. Recomendamos al cirujano tomar las precauciones necesarias para retirar la totalidad de los cálculos de la cavidad abdominal y tener presente, en pacientes que presentan sintomatología abdominal postquirúrgica tardía, la posible relación con el antecedente de haber sido sometido a una colecistectomía laparoscópica.

<sup>3</sup>La cirugía laparoscópica es una técnica mínimamente invasiva de uso cotidiano en el ámbito mundial. Desde hace quince años, la colecistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro y muy valioso a disposición del cirujano. Este estudio tiene como fin comparar los resultados de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital San Juan de Dios con la técnica de la colecistectomía abierta ó tradicional. Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes colecistectomizados desde julio de 1996 a junio de 1999, en el Hospital San Juan de Dios en Costa Rica. Al comparar las dos técnicas quirúrgicas (clásica y laparoscópica), se consideró la evolución posoperatoria y las posibles complicaciones que aparecen posteriores al acto quirúrgico. Además se buscaron las contraindicaciones que dicha técnica pudiese tener. Resultados : Fueron revisados un total de 3193 pacientes colecistectomizados, de los cuales 476 fueron operados por laparoscopia. Se tuvo en éstas menos complicaciones posquirúrgicas y menor estancia posoperatoria que en las colecistectomías abiertas. También se notó una disminución paulatina del tiempo quirúrgico en los actos por laparoscopia. Conclusión: Se comprueban las ventajas de la cirugía invasiva mínima y se documenta que este tipo de abordaje es más seguro y beneficioso para el paciente y para el médico mismo.

<sup>4</sup>El carcinoma de la vesícula es una malignidad poco frecuente en Colombia. Este artículo pretende establecer la proporción global de carcinoma de la vesícula y el carcinoma de la vesícula insospechado e identificar características comunes en este grupo particular de pacientes. Materiales y métodos. Se evaluaron retrospectivamente todas las colecistectomías consecutivas realizados en la Fundación Hospital San José de Buga durante dos años. Resultados. De las 376 colecistectomías realizados en este hospital durante los dos últimos años, el carcinoma de la vesícula se diagnosticó en seis pacientes; sólo en uno de ellos fue sospechado antes de la cirugía. De acuerdo con la literatura la ocurrencia en mujeres (83.3%) es más alta que en hombres (16.7%). La edad promedio es 58.5 años (rango 41-71); el síntoma más común es el dolor abdominal; la mayoría (66.7%) tenía colelitiasis y los informes patológicos confirman el diagnóstico de adenocarcinoma en todos los 6 pacientes. Conclusión. La incidencia global de carcinoma insospechado de la vesícula en la presente serie es de 1.6%. No existió alguna característica común para este grupo de pacientes cuando se comparó con las personas con patología no-maligna. El carcinoma de la vesícula biliar puede pasar desapercibido al examen macroscópico del espécimen quirúrgico tanto por el médico como por el radiólogo, el cirujano y el patólogo.

<sup>5</sup>La obesidad es una enfermedad multifactorial que repercute en el estado de salud de las personas, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad de los pacientes que la padecen. No hay reportes en la literatura que asocien el índice de masa corporal (IMC) con el procedimiento de colecistectomía abierta. El objetivo fue determinar si el sobrepeso (IMC mayor de 25) está relacionado con mayor morbilidad y mortalidad transoperatoria y posoperatoria mediata (primeros 30 días) en pacientes sometidos a colecistectomía abierta. Material y métodos: Se incluyeron 50 pacientes consecutivos sometidos a colecistectomía abierta, en un periodo de seis meses en un hospital rural (Hospital Rural de Solidaridad de "San Felipe Ecatepec", Chiapas). Resultados: De los 50 pacientes incluidos, 18 tuvieron IMC  $\leq$  25, y 32 IMC  $>$  25. Se observó tiempo quirúrgico

<sup>4</sup> CORTÉS A, BOTERO MP, CARRASCAL E, BUSTAMANTE F. CARCINOMA INSOSPECHADO DE LA VESÍCULA BILIAR EN COLOMBIA. COLOMBIA MÉDICA 2004; 35:18-21. DISPONIBLE EN: [HTTP://REDALYC.UAEMEX.MX/REDALYC/SRC/INICIO/ARTPDFRED.JSP?ICVE=28335104](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=28335104). CONSULTADO EL 12 DE JULIO DE 2009

<sup>5</sup> ARROYO C, MARTÍNEZ JL, BLANCO R. MORBILIDAD Y MORTALIDAD OPERATORIA POSTERIOR A COLECISTECTOMÍA ABIERTA EN PACIENTES CON Y SIN SOBREPESO. CIRUGÍA Y CIRUGÍA 2003; 34:1-5. DISPONIBLE EN: [HTTP://REDALYC.UAEMEX.MX/REDALYC/SRC/INICIO/ARTPDFRED.JSP?ICVE=66276506](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/artpdfred.jsp?icve=66276506). CONSULTADO EL 12 DE JULIO DE 2009

promedio de 67.7 contra 72.1 minutos ( $p = 0.47$ ); sangrado transoperatorio de 94.4 ml contra 148.4 ml ( $p < 0.03$ ); estancia posquirúrgica intrahospitalaria promedio de 1.7 contra 1.8 días ( $p = 0.7$ ), para uno y otro grupo, respectivamente. Las complicaciones posoperatorias fueron dos, una en cada grupo. Conclusiones: En este estudio se encontró mayor hemorragia transoperatoria en los pacientes con sobrepeso sometidos a colecistectomía abierta. No hubo complicaciones mayores en los dos grupos.

### **1.2.- <sup>6</sup>Enfermería transcultural (Madeleine Leininger)**

Es la fundadora de la enfermería transcultural y la promotora de la teoría de la enfermería transcultural y los cuidados humanos. Es la primera enfermera profesional con formación en enfermería doctorada en antropología cultural y social. Nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera de enfermería diplomándose en St. Anthony Denver.

A mediados de los años 50, mientras trabajaba en un lugar tutelar de menores, observó que los profesionales no llegaban a entender los factores culturales que influían la conducta de los presos. Observó entre aquellos niños de distintos orígenes culturales unas diferencias que preocuparon profundamente. Las teorías y las estrategias terapéuticas psicoanalíticas no parecían llegar a satisfacer las necesidades y conductas culturales de los niños.

Leininger se planteó a sí misma y a los demás profesionales las cuestiones sobre diferencias culturales. Pero muy pocos se interesaron por estos temas. Sin embargo en aquel tiempo, Margaret Mead comenzó a ejercer como profesora visitante del departamento de la Universidad de Psiquiatría de Cincinnati y Leininger habló con ella sobre las posibles interrelaciones entre la enfermería y la antropología. Comenzó un estudio de doctorado en la Universidad de Washington (Seattle) centrado en la antropología cultural y psicosocial. Estudió a los pobladores de Gadsup. Vivió sola entre los indígenas durante casi 2 años y llevó a cabo un estudio etnográfico y de tecnología de la enfermería sobre 2 poblados.

---

<sup>6</sup> MARRINER, TOMEY ANN. MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. EDIT. HARCOUT. ESPAÑA 1999. PP 439-455

Durante los 50 y 60, identifiqué varias áreas comunes de conocimientos y de interés científico entre la enfermería y la antropología. A partir de ellas escribí el libro de Nursing and Anthropology: two worlds to blend, que fue el primer libro sobre enfermería transcultural. Las ideas presentadas en este libro y los estudios de investigación de Leininger constituyen las bases sobre las que se ha desarrollado el campo de enfermería transcultural, su teoría y los cuidados sanitarios con base cultural. Su tercer libro Transcultural nursing: Concepts, Theories and practices (1978), identifica los principales conceptos y aplicaciones, prácticas de la enfermería transcultural, así como bases de fundamentos sobre la idea de que las disciplinas de la antropología y de la enfermería son complementarias aunque diferentes. Su teoría y su sistema conceptual para los cuidados culturales y la salud se basan en este libro. Durante los últimos 30 años ha seguido desarrollando la teoría de los cuidados culturales a través del estudio de diferentes culturas, tanto dentro como fuera de U.S.A. empleando fundamentalmente métodos etnológicos cualitativos para obtener la ética.

#### Fuentes teóricas para el desarrollo de la cultura

La teoría de Leininger se deriva de la disciplina de la antropología, pero conceptualiza la teoría para aplicarla a la enfermería. Define la enfermería transcultural como el área principal de la enfermería y se centra en un estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo en relación con sus conductas asistenciales, cuidados de enfermería, sus valores respecto a la salud y la enfermedad, sus creencias y los patrones de conducta a seguir para el desarrollo de una base científica y humanística de conocimientos que permita practicar los cuidados de enfermería de una forma específica según la cultura y también universal para todas ellas.

El objetivo de la enfermería transcultural va más allá de un mero estado de percepción o de apreciación de las diferentes culturas. Se trata de lograr que los conocimientos y la práctica de la enfermería profesional tengan una base cultural y una conceptualización, una planificación y una aplicación basadas en la cultura.

Leininger describe al generalista en enfermería transcultural como personal aformado a nivel de bachillerato, siendo capaz de aplicar conceptos, principios y prácticas de enfermería transcultural. El especialista en enfermería transcultural recibe una preparación en profundidad sobre los conocimientos y adquiere aptitudes en su formación postbachiller. Estos especialistas han estudiado culturas seleccionadas con la suficiente profundidad (valores, creencias, modo de vida) y han asimilado gran cantidad de conocimientos sobre los cuidados, la salud y los factores ambientales relacionados con las perspectivas de enfermería transcultural.

Leininger opina que las teorías de enfermería deben tomar en consideración el descubrimiento creativo de las conductas asistenciales, valores y creencias de los individuos familias y grupos basados en su forma de vida para poder proporcionar unos cuidados de enfermería eficaces y culturalmente congruentes.

Defiende los métodos etnológicos como el mejor enfoque para el estudio de los cuidados debido a que estos métodos se dirigen a descubrir las visiones de la verdad, creencias y patrones de de vida de las personas.

La etnología en la enfermería o etnoenfermería se centra se centra en el estudio y clasificación sistemáticos de las creencias, valores y práctica de los cuidados de enfermería, tal y como estos son conocidos cognitiva o subjetivamente por una culture a traves de su lenguaje local, experiencias, creencias y sistema de valores respecto a los fenómenos reales o potenciales de la enfermería como son los cuidados, la salud y los factores ambientales.

Los enfermeros no pueden separar las visiones del mundo, la estructura social y la creencia cultural popular de la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados cuando trabajan con diferentes culturas, debido a que estos factores se encuentran estrechamente asociados. Los factores de la estructura social, la religión, la política, la cultura, la economía y el parentesco son fuerzas que afectan a los cuidados e influyen los patrones de bienestar y enfermedad.

Afirma que la ceguera cultural, el shock, la imposición y el etnocentrismo por parte de los enfermeros reducen en gran medida el descubrimiento de conocimientos y consecuentemente, la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes. Más aún, afirma que los cuidados culturalmente congruentes son los que dejan al paciente convencido de que a recibido unos buenos cuidados y son una poderosa fuerza sanadora para la salud.

- Las culturas que entienden la enfermedad como una experiencia corporal personal e interna (por agentes estresantes físicos, genéticos e intracorporales) tienden a emplear más métodos técnicos y físicos de autocuidado (pastillas y técnicas físicas) que las culturas que consideran la enfermedad como una experiencia extracorporal o cultural.
- Las culturas que conceden gran importancia a los procesos conductuales de los cuidados tienden a tener más mujeres que hombres ocupándose de cuidadores.
- Las culturas que dan más importancia a las conductas sanadoras en los procesos terapéuticos tienden a tener más hombres que mujeres en el papel de sanadores.

Leininger indica que cuando existan evidencias de cuidados de aporte o del empleo de estructuras de cuidados específicas según la cultura, habrá más signos de bienestar y de salud y menos signos de enfermedad.

El método científico etnológico proporciona datos que ayudan al enfermero a entender el significado de los cuidados en cualquier fenómeno que se estudie y a explicar y predecir la conducta humana dentro de un contexto cultural. Para refinar más aún los datos énicos obtenidos a través de la investigación científica etnológica, el investigador analiza los datos énicos y éticos .

El análisis ético intenta encontrar las características comunes o más universales exteriores que se dan en más de una cultura. Así pues, a través del análisis énico y ético de los datos, pueden descubrirse las características universales y las diferenciales.

### Cuidado

Se refiere a los fenómenos relacionados con la asistencia y las conductas de apoyo y capacitación dirigidas hacia otros individuos con necesidades reales o potenciales para atenuar o mejorar su situación humana o modo de vida.

### Cuidar

Se refiere a las acciones dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a otro individuo con necesidades reales o potenciales a aliviar o mejorar la situación humana o modo de vida.

### Cultura

Valores, creencias, normas y modo de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones, o patrones de comunicación.

### Cuidado cultural

Valores creencias y expresiones estructuradas conocidas de una forma cognitiva y que ayudan, apoyan o capacitan a otro individuo o grupo para mantener su bienestar, mejorar su situación o modo de vida, o enfrentarse a la muerte y a las discapacidades.

### Valor cultural

Modo preferido o más deseable de actuar o conocer algo que a menudo es mantenido por una cultura durante un período de tiempo.

### Diversidad del cuidado cultural

Variabilidad de los significados, patrones, valores o símbolos de los cuidados que una cultura establece para la salud o la forma de mejorar la situación humana, el modo de vida o la forma de enfrentarse a la muerte.

### Universalidad del cuidado cultural

Significados, patrones, valores o símbolos similares o uniformes de los cuidados que las culturas establecen para la salud o la mejoría de la situación, el modo de vida o la forma de enfrentarse a la muerte.

### Etnocentrismo

Creencia de que las ideas y prácticas propias son superiores a las de otras culturas.

### Imposición cultural

Tendencia del personal sanitario a imponer sus creencias, prácticas y valores a las demás culturas debido a su creencia de que sus propias ideas son superiores a las de los componentes del otro grupo.

### Preservación del cuidado cultural

Aquellos fenómenos de asistencia, facilitación o capacitación que tienen una base cultural y que ayudan a los individuos a preservar o mantener una salud y un autocuidado favorable.

### Acomodación del cuidado cultural

Fenómenos de asistencia, facilitación o capacitación que tienen una base cultural y que reflejan formas de adaptación, negociación o ajuste.

### Remodelación del cuidado cultural

Reconstrucción o alteración de los diseños para ayudar a los pacientes a modificar patrones de salud o de vida que son importantes para ellos.

### Enfermería

Arte humanístico aprendido y una ciencia que se centra en las conductas de asistencia personalizadas, sus funciones y los procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de las conductas sanitarias o la recuperación de la enfermedad, y que tiene una significación o un significado físico, psicocultural y social para los que son atendidos por enfermería profesional

### **1.3- <sup>7</sup>Promoción para la salud (Nola J. Pender)**

El primer contacto de Nola Pender con la enfermería profesional se produjo cuando ella tenía 7 años y observaba el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. Esta experiencia y la educación que recibió inculcaron en ella un deseo de cuidar a los demás e influyeron en su idea de que la meta de la enfermería era ayudar a los pacientes a que se cuidaran ellos mismos.

#### Fuentes teóricas.

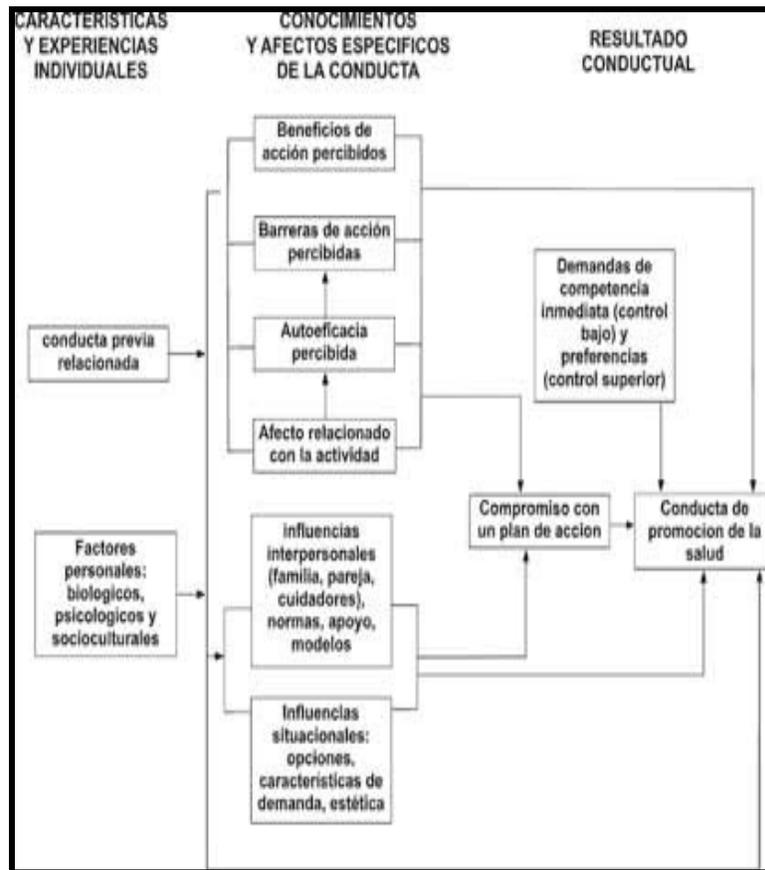
El modelo de promoción de la salud se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. La teoría de Fishbein de la acción razonada, que afirma que la conducta es una función de las actitudes personales y las normas sociales, ha influido también en el desarrollo del modelo. El modelo de promoción de la salud tiene una construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud. Los fundamentos de la Dra. Pender sobre el desarrollo humano, la psicología experimental y la educación contribuye también a estos fundamentos sobre psicología social y teoría del aprendizaje que plasma en su modelo de promoción. <sup>8</sup>En la siguiente Flujograma se observa el modelo de salud propuesto por la Dra. Pender, donde se esquematizan las conductas que favorecen la salud

---

<sup>7</sup> MARRINER, TOMEY ANN. MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. EDITORIAL HARCOUT. ESPAÑA 1999 PP 529- 535

<sup>8</sup> OBTENIDO DE LA PÁGINA DE INTERNET WWW.GOOGLE.COM.MX

Flujograma 3. Modelo de salud revisado (1996)



Tomado de: Health Promotion in Nursing Practice, segunda edición. Nueva York, Appleton & Lange. Editado con el permiso de Pearson Education, inc, Upper Saddle River, NJ. Pág. 58

#### Principales Supuestos de la teoría

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias
- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad

- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta

#### Definición de conceptos, Modelo de Pender

Conducta previa relacionada: Frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado.  
Efectos directos e indirectos de comprometerse con las conductas de promoción de la salud

#### Factores personales: factores predictivos de cierta conducta

- Factores personales biológicos: variables como edad, sexo, IMC, estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad, equilibrio.
- Factores personales psicológicos: autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud.
- Factores personales socioculturales: raza, etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico

A continuación se detalla una serie de variables específicas de la conducta y el afecto, las cuales son modificables mediante las acciones de enfermería:

Beneficios percibidos de acción: Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras percibidas de acción: Bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada

Autoeficacia percibida: Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud

Afecto relacionado con la actividad: Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Infiuye en la autoeficacia percibida.

Influencias interpersonales: Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Fuentes primarias de influencia interpersonales, son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

Influencias situacionales: percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta

A continuación algunos antecedentes inmediatos de la conducta, o de los resultados conductuales

Compromiso con un plan de acción: el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas:

- Demandas C.: conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control por contingentes del entorno como el trabajo y las responsabilidades de cuidado de la familia.
- Preferencias C: conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, poder elegir.

Conducta promotora de salud: resultado de la acción, dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Ejemplos: dieta sana, ejercicio físico regular, controlar estrés, descanso adecuado, crecimiento espiritual, construir relaciones positivas.

A manera de síntesis podemos decir que la visita domiciliaria es una poderosa arma en Salud. Permite conocer a la familia en su propio entorno, tal cual es, como un todo, y también permite conocer a sus integrantes en forma individual. Por otra parte, le da más seguridad a las personas, pues las intervenciones se realizan en terreno conocido, en su ambiente cotidiano, que le permite desenvolverse con más soltura y quizás de esta forma interiorizar de forma más efectiva y provechosa, la atención requerida en el domicilio.

Además pude comprobar la cercanía que produce esta estrategia de atención y seguimiento, entre el personal de salud y el usuario, una relación horizontal y muy respetuosa, con retroalimentación en ambos sentidos, que además produce una gran satisfacción laboral, al palpar los resultados obtenidos, como también personal, por el logro de una relación realmente enriquecedora, en la que el profesional de enfermería pone en práctica el arte de trabajar en forma integral con el más valioso, noble y complejo material: las personas.

## **1.4 <sup>9</sup>Antropología de la alimentación**

### **1.4.1.-La aplicación de la antropología de la alimentación en contextos interculturales**

*México, país multicultural y las relaciones interculturales*

Entendemos por cultura al conjunto de creencias y conceptos creado por los grupos humanos e interiorizado por cada uno de sus integrantes, a través del lenguaje, y que se manifiesta, tanto en forma ideológica como material, por medio de su comportamiento, en correspondencia con los sentimientos y emociones de cada persona, así como con la estructura y funcionamiento de la sociedad. Es el agente regulador de las acciones de cada persona del grupo, que se expresa a través de su manera de vivir individual y

---

<sup>9</sup> [WWW.GOOGLE.COM](http://WWW.GOOGLE.COM) 07/04/09

colectiva enmarcada en el espacio y tiempo histórico concretos, y tiene uno de sus productos fundamentales en la cosmovisión, que explica y justifica el universo real e imaginario. Así concebida, la cultura es una creación colectiva, que cada persona interioriza. Por lo tanto es válido hablar de la cultura de los conglomerados humanos y también de la de cada persona. Es en este doble sentido que concebimos la relación intercultural, como la interacción activa entre personas o grupos con diferente cultura.

Llevando al extremo esta idea, se puede afirmar que toda interacción humana es intercultural, pero en ocasiones las diferencias son mínimas y se llegan a confundir con las propias de personalidades distintas. Otras veces las disparidades son profundas, por ejemplo en el lenguaje o la cosmovisión entre personas o colectividades y entonces se les califica como relaciones interculturales.

En México conviven grupos humanos con culturas diferentes y, por lo tanto, se le puede calificar como un país multicultural. La Constitución mexicana ha reconocido plenamente nuestra multiculturalidad, hecho que es por demás evidente, a pesar de la ilusión de la porción hegemónica de la población de ser una sola nación donde todos hablamos español, anhelamos aprender el inglés, tenemos una tía Lupita, nos gustan los tamales, reconocemos a Miguel Hidalgo como padre de la patria y a Televisa como la fuente de todo conocimiento y el modelo por imitar en relación con nuestros valores y conducta.

#### Las relaciones interculturales y la alimentación

Entre los múltiples componentes de la cultura, la alimentación permite comprender las variedades de la relación intercultural de manera más clara. De no ser así, los restaurantes donde se ofrecen platillos nacionales, regionales o de otras sociedades no tendrían sentido. Es fácil constatar que la llamada cocina mexicana mestiza está formada, por cuando menos ocho tradiciones gastronómicas: las del Pacífico, Golfo, Huasteca, Sudcaliforniana, Yucateca, Norteña, Central y del Sur, lo que es un testimonio de nuestra multiculturalidad. Sumemos a ello las cocinas de los grupos indígenas quienes viven en regiones aún aisladas y a las de los inmigrantes japoneses, judíos, libaneses, españoles, chilenos y tantos otros, y el país se nos presenta como un verdadero rompecabezas culinario.

Tomando en cuenta lo anterior, la primera conclusión que surge ante la multiculturalidad es que cada uno de nosotros tiene su forma propia para comer y beber, derivada en primer lugar de su contexto familiar, el del sector de la sociedad al que pertenece y finalmente de su cultura.

#### **1.4.2.- Antropología de la comida yucateca**

La cultura y tradiciones siempre han sido parte esencial del comportamiento de los pueblos y determinante en la toma de decisiones en momentos críticos de la historia, este es el caso de cuando los españoles llegaron a América. Los mayas ya tenían profecías de la llegada de los españoles, siendo estos señoreados por extranjeros, esto sería cuando llegaran los venados grandes que en realidad serían las vacas que llegarían con los Ibéricos, ya que esta especie no existía en esta zona. Esto hizo que los mayas aceptaran en un primer instante el gobierno de los españoles.

Parte de la cultura de Yucatán y muy particular de la región es su gastronomía que según Renan Iriguoyen (2003) es la ciencia para preparar el mejor deleite posible, los nutrientes con matices de sabor aportados junto a las carnes y otros artículos alimenticios por hierbas de olor condimentos y especias. Esta se fue formando con el paso del tiempo cuando los ingredientes que utilizaban los mayas y los que trajeron los españoles fueron combinándose en un mestizaje que se dio también entre los criollos para poder dar la mezcla cultural que hoy se puede apreciar en la gastronomía de Mérida.

La mayoría de veces estos guisos han sufrido en diferentes lugares cambios en su estructura que atentan contra el sabor original y la tradición que solamente se pueden encontrar en recetas originales. Los españoles contaban con muchos productos que habían conseguido en diferentes partes del mundo, explicando el mestizaje gastronómico. Los diferentes elementos introducidos por ibéricos como el puerco, el plátano y los cítricos se juntaron para formar la actual dieta yucateca. Con base en ejemplos y en los aportes de investigadores dentro de la antropología de la alimentación se obtienen los siguientes puntos:

- 1) La multidisciplinariedad es elemental en este tipo de estudios, sobre todo en los espacios de adaptación, no solo en la alimentación, sino además en áreas

emocionales, físicas, médicas, religiosas, etc. todo puede confluir en un estudio alimentario. Así, el uso de otras disciplinas es esencial si se desea entrar en fondo del tema.

- 2) En campo es necesario poner atención sobre las formas de provisionamiento, la periodicidad del mismo, las taxonomías o formas de clasificación de los alimentos, el almacenamiento, conservación y preparación, espacio y utensilios. Esto cubre una parte del proceso alimentario.
- 3) Es importante prestar atención sobre la trayectoria de vida y el uso de los espacios alimentarios en ese manejo abstracto de la temporalidad.
- 4) Es preciso entender que lo que observamos del acto alimentario son manifestaciones de la cultura.

Las manifestaciones culturales: la forma de preparar los alimentos, los ingredientes, los discursos civiles y religiosos, etc, pueden ser un velo que cubre lo que es fundamental. Por ello es necesaria una visión de cuarta dimensión en el acercamiento a la etnografía, esto es, el cruce tiempo-espacio de la realidad a investigar

## **1.5. Hábitos alimentarios y de ingesta de agua**

### **1.5.1.- Factores que influyen en los hábitos alimentarios**

La alimentación a diferencia de la nutrición, es un proceso voluntario y consciente. La conducta alimentaria se define como el modo en que el individuo se comporta ante los alimentos al seleccionarlos, prepararlos y consumirlos. Los alimentos, además de ser el vehículo para obtener los nutrientes que necesita el organismo tienen una dimensión cultural, es decir, también tienen un valor social y simbólico.

Son muchos los factores que influyen en los hábitos alimentarios y que configuran el modelo de consumo alimentario de una determinada población, región o país. En general, pueden englobarse dos grandes grupos: los que influyen en la disponibilidad de alimentos y los que influyen sobre la elección de alimentos

- A) Factores que influyen sobre la disponibilidad de alimentos

### Factores geográficos y climáticos

Las condiciones geográficas y climáticas en las que está enmarcada una población condicionan su agricultura, ganadería y pesca, lo que podría explicar la diferente oferta de alimentos disponibles en una región, así como las posibles variaciones entre la alimentación en medios rurales y en las ciudades.

Sobre la oferta de alimentos disponibles, también influyen otros factores, como pueden ser su red de comunicaciones y sus intercambios comerciales.

### Factores económicos

La estructura económica de un país y el nivel de renta per cápita de sus habitantes, así como las políticas alimentarias que se establezcan en dicho país influyen sobre la disponibilidad y el acceso a los alimentos.

#### B) factores que influyen sobre la elección de alimentos

### Factores fisiológicos

Un factor determinante en la elección de un alimento es el hecho de que pueda ser digerido y que tenga valor nutricional. Las características organolépticas del alimento también influyen en las preferencias alimentarias: aspecto, color, aroma, presentación, sabor, etc. No se ha aclarado del todo en que medida estas preferencias se atribuyen a factores hereditarios o ambientales

### Factores sociales y culturales

Los alimentos tienen una dimensión social y cultural muy marcada. En primer lugar, es obligado señalar que los hábitos alimentarios de un individuo se configuran fundamentalmente en la infancia, es decir, en el entorno familiar. Posteriormente, se reafirman en la adolescencia y se van desarrollando y modificando a lo largo de la etapa

adulta, según sean las circunstancias personales. Los hábitos familiares están ligados a su vez a los aspectos culturales de una determinada región o país, que tiene unas costumbres y tradiciones alimentarias típicas propias ( alimentos y recetas típicas, horarios de comidas, comportamiento en la mesa, creencias religiosas e ideológicas, etc)

Dentro del marco social, hay numerosos factores que influyen en los hábitos alimentarios, como la incorporación de la mujer al mundo laboral, la publicidad, las nuevas modas estéticas y alimentarias, etc.

Por último, a nivel individual son determinantes el nivel adquisitivo, el nivel de conocimientos sobre temas relacionados con la alimentación, las preferencias y aversiones alimentarias propias, etc.

Algunos alimentos autóctonos de la región Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

Son múltiples los estudios antropológicos que han mostrado que la alimentación original de los distintos grupos étnicos de la región ofrecía buena calidad, más abundancia de alimentos y conjuntamente mayores posibilidades de diversificación. Como base de la alimentación de los grupos indígenas de la región, como en toda Mesoamérica, han sobresalido y se mantienen el maíz y el frijol. Sin embargo, la multiplicidad de las presentaciones culinarias de los grupos autóctonos de los cinco estados que conforman la región ha sido notable y aun asombrosa. Testimonio de lo anterior son bebidas como el pozol, el pinole, el tazcalate y los atoles; los tamales con una gran variedad de rellenos hasta contarse por docenas; las tortillas y diferentes guisados que las incluyen, los cuales suman cientos. Todas estas preparaciones a base de maíz ofrecen una magnífica fuente de energía.

Es inevitable señalar el uso del achiote en diversas preparaciones a base de maíz, lo cual agrega una excelente proporción de "vitamina A" a la ingesta. Cabe señalar lo acertado de algunas preparaciones derivadas del maíz, en consonancia con las condiciones ecológicas de la región, como lo son el pozol y el tazcalate. Además de ofrecer seguridad en su conservación, estos alimentos conceden al campesino lo primero que la fisiología le

demanda bajo las condiciones de su trabajo agua y carbohidratos complejos. Además del maíz, también la yuca, el camote, el fruto del árbol del pan sí como el plátano son comestibles que ofrecen una magnífica cantidad de energía.

En cuanto a los comestibles que proporcionan proteínas la generosidad de la región es cautivante, ya que las semillas de calabaza (pepitas), los frijoles en todas sus variedades como los frijoles negros y los ibes, el pescado, el venado, el jabalí, la iguana, el tigrillo, el guajolote silvestre, el tepezcuintle, los tejones, el cajolito, la chachalaca, etc., constituyen diversas fuentes de excelente calidad proteínica. Las verduras de hojas verdes como la verdolaga, el chipilín, la chaya, etc., contienen cantidades generosas de vitamina A, así como la inmensa variedad de frutas como el marañón, la piña, las guayas, los mameyes, y los mangos, que contienen grandes cantidades de vitaminas y minerales.

Conviene señalar que esta riqueza alimentaria fue posible gracias a la prosperidad de un ecosistema que propició el desarrollo armónico de la naturaleza de la región. Posteriormente, y en cierta medida debido a la apertura de tierras para ganado mayor y a la industrialización sobre todo en las áreas petroleras, se ha originado un súbito desequilibrio ecológico en algunos lugares de la región, lo que ha inducido cambios muy bruscos y desproporcionados en la innata adaptabilidad del hombre a su ambiente conduciendo a las comunidades a su desintegración y al deterioro de su ingesta.

Todos los cambios vertiginosos sobre-impuestos en las culturas alimentarias locales, han provocado no solamente cierta desintegración de las culturas sino inclusive una aculturación en ellas. Es conveniente hacer notar que Balam ha efectuado estudios en el área maya, a través de los cuales muestra que el impulso al turismo de alto poder adquisitivo en Cancún, originó la desintegración familiar, el abandono súbito de las costumbres locales y la sobre-imposición de hábitos desafortunados en las familias mayas. En gran parte, lo anterior se debe a que los jóvenes emigran en busca de trabajo, consiguiéndolo de manera intermitente y en los niveles más bajos y más desprotegidos de la escala laboral. Bajo estas condiciones los miembros más afectados de las familias han sido los niños. Algunos autores afirman que la diversidad de alimentos autóctonos de la región consumidos por los grupos étnicos de la misma se ha reducido notablemente

debido, en parte, al proceso de vivencias indígena-mestizas que no favorecieron el enriquecimiento de la cultura autóctona con los elementos culturales externos a ella, sino que más bien fue un fenómeno con tendencias a la aculturación, a la anulación de las culturas indígenas. De hecho se reitera que actualmente y para grandes segmentos de la región, la calidad y la variedad de alimentos ya no depende de las características regionales, sino de las posibilidades económicas de la familia, que, por lo general, para los grupos autóctonos y los marginados son muy restringidas.

Se explica lo anterior, al menos en parte, por el contacto con grupos mestizos que viven en la sociedad de consumo y que se presentan ellos mismos y todo lo que les concierne como elementos de prestigio ante lo indígena. Tal es el caso de las galletas de soda, el pan de trigo, la harina de trigo, el pan de dulce, los refrescos embotellados, los pastelillos, etc., que desvían el precario presupuesto hacia productos dispensables de la dieta y que han desplazado alimentos de menor costo y mucha mejor calidad nutritiva.

### **1.6 <sup>10</sup>Arte culinario yucateco**

Como en otros tantos estados de nuestro México, la comida en Yucatán es un signo distintivo, ya que en ninguna otra parte la comida esta tan ligada a la historia.

La comida yucateca es el resultado de la combinación de la alimentación del pueblo maya y de los productos españoles como son las especies las cuales fueron traídas después de la conquista de Gonzalo Guerrero por la península de Yucatán. Los deleites culinarios de la cocina típica yucateca están hechos de una exquisita mezcla de sabores mexicanos y europeos. Un poco de historia explicará la fuerte influencia europea: en un tiempo, la Península de Yucatán fue considerada una tierra de difícil acceso y muy alejada del resto de México. El terreno montañoso y los pocos caminos aislaron a la Península. Teniendo puertos y tratos culturales y comerciales con Europa (especialmente Francia), Nueva Orleans y Cuba, los yucatecos se vieron gratamente influenciados en el vestido, la arquitectura y la cocina, por estos países y ciudades. Con el correr del tiempo este mestizaje culinario fue dando como resultado platillos de inigualable exquisitez, lo que hace que la comida yucateca sea una parte muy importante de nuestra herencia cultural.

---

<sup>10</sup> [WWW.GOOGLE.COM.MX](http://WWW.GOOGLE.COM.MX)

Entre las tradiciones más difundidas y conservadas en los hogares yucatecos se encuentra la comida típica. Desde la época prehispánica hasta nuestros días han surgido condimentos, guisos y postres del agrado de grandes y chicos.

Las distintas variedades de chile, frijos, maíz, calabaza, cacao, armadillo, pescado, aves y venado fueron y son en buena medida la base de la alimentación del pueblo maya de Yucatán. Con el paso del tiempo la combinación de estos elementos, produjo los primeros guisos que han llegado, algunos, hasta nuestros días.

Un hallazgo es que en Yucatán aún se habla de lo pibil; es decir, los platillos hechos en pib, que significa cocinar en un horno bajo tierra. Se dudaba si era una palabra prehispánica o había llegado de Europa, pero se encontró que los arqueólogos ya han escrito acerca de estos hornos desde épocas milenarias.

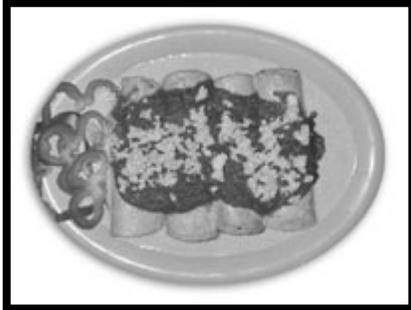
Además, en sitios bien conservados del área maya, se encontraron restos de cocinas colectivas; es decir, para grandes grupos humanos. Siempre se pensó que en Mesoamérica la gente comía en su casa o en los mercados; pero hay pruebas de que en los mercados de la época había una zona de alimentos preparados.

La tradición culinaria muestra una parte de nuestra gran riqueza y herencia cultural. Como ejemplo de la variedad en la comida yucateca podemos nombrar entre sus sopas y caldos: el puchero de res con guarnición de verduras, el chocolomo con carne fresca de res, la sopa de lima acompañada con tortillas tostadas o el arroz con frijol negro que también es conocido en todo México como moros contra cristianos.

Entre los guisados y antojitos regionales son saboreados el chilmore y los huevos motuleños, la cochinita y el pollo bipil, el frijol con puerco, los sesos rebozados, la carne de venado, la gallina o pavo relleno, el pebre, el salpimentado, el kekem o pozole maya, los papatdzules, salbutes, panuchos, codzitos y el queso relleno de carne.

Algunos de los dulces y panes de nuestra comida son: los tamales yucatecos, el pan de almendra, las hojarascas o el pan de huevo, el chocolare preparado en casa, la horchata, el merengue y la miel.

**Papadzules**



**Lomitos de Valladolid**



**Chilmole**



**Cochinita Pibil**



## Gastronomía

Alimentos: Se preparan con masa de maíz carne de puerco, pollo y venado acompañados con salsas picantes a base de chiles habanero y max. Los principales son: Fríjol con puerco, Chaya con huevo, Puchero de gallina, Queso relleno, Salbutes, Panuchos, Pipián de Venado, Papadzules, Longaniza, Cochinita Pibil, Joroches, Mucbil pollos, Pimes y Tamales.

Dulces: Yuca con miel, Calabaza melada, Camote con coco, Cocoyol en almíbar, Mazapán de pepita de calabaza, Melcocha, Arepas, Tejocotes en almíbar y Dulce de ciricote.

Bebidas: Xtabentun, Balché, Bebida de anís, Pozole con coco, Horchata, Atole de maíz nuevo y Refrescos de frutas de la región.

### **1.7 Recetas de Oxkutzcab**

Importantes y reconocidos productos son hechos en Yucatán, como salsas de chile habanero, concentrado de frutas, licores y condimentos. Estos son importantes y tradicionales productos gourmet con reconocimiento internacional que dan a nuestros productos una calidad única en sabor y presentación.

TAMBIÉN ENCONTRARÁN LOS CONDIMENTOS PARA EL SAZÓN DE LA COMIDA LOCAL COMO EL CHILE NEGRO, ACHIOTE, PEPITA PARA PAPADZUL, LA HORCHATA DE ARROZ, EL LICOR DE XTABENTUN, LAS CREMAS DE NANCE, COCO, LIMA, ENTRE OTRAS. EL ARTE CULINARIO YUCATECO ESTARÁ REPRESENTADO EN LOS DISCOS DE GUISOS COMO LA COCHINITA PIBIL, LA SOPA DE LIMA Y LOS PANUCHOS, TAMBIÉN ESPECIALMENTE PARA LOS VISITANTES.

### FRIJOL CON PUERCO

#### **INGREDIENTES**

- 1 kilo de frijol negro,
- 1 kilo de lomo o de pierna de puerco en trozos,
- ½ kilo de costillas de puerco,
- 2 ramas de epazote,

1 cebolla blanca picadita,  
1 cucharada de manteca de puerco,  
1 kilo de jitomate pelado y picado,  
10 rabanitos picados finamente,  
 $\frac{3}{4}$  de taza de cilantro picado,  
1 cebolla picada finamente,  
3 limones partidos en cuatro.

Para el arroz negro: 4 tazas de arroz, 4 cucharadas de manteca, 2 jitomates molidos y colados, 1 pimiento morrón picado en cuadritos, 8 tazas de caldo de frijol, sal al gusto, chiltomate

### PREPARACIÓN

Se limpia muy bien el frijol, se lava y se pone al fuego en bastante agua y en una olla tapada. Cuando empieza a hervir se baja el fuego para que se cocine a fuego lento durante una hora. El puerco se sala. Cuando el frijol esté medio cocido, se le añade una cucharada de sal y el epazote. La cebolla se sofríe con la manteca hasta que quede café oscura, se le añade el jitomate y se medio sofríe, y se agrega a los frijoles junto con la carne, dejándose cocer hasta que la carne esté muy suave. El frijol con puerco se sirve acompañado de arroz, rabanitos, cilantro y cebolla picados y una tacita con caldo de frijol al que se le añadirá también cilantro y cebolla picados y chiltomate al gusto.



Para el arroz: Se acitrona la cebolla en la manteca, se añade el arroz y se sofríe hasta que al menearlo suene como arenita, se le agrega el jitomate y se deja sazonar bien, se le incorpora el pimiento morrón, el caldo de frijol y sal al gusto; se tapa la cacerola y se pone a fuego muy bajito. Se deja cocer más o menos 20 minutos.

## PRESENTACIÓN

Se sirve en una bonita olla de barro, platos soperos, una cazuela con el arroz y el cilantro, rábano y cebolla picados en un platito formando una estrella, y el caldo en unas jarritas de barro.

## POC CHUC

### ***¿Qué lleva?***

Carne de cerdo en bisteces

Para marinar (1):

1 taza de naranja agria\*

pasta de achiote

4 cucharaditas de sal

2 cucharaditas de orégano

2 cucharaditas tomillo

2 cucharaditas pimienta molida

La cebolla morada:

8 tazas de agua

10 cebollas rojas medianas cortadas en cuadros

Vinagre

1 atado de cilantro picadito

1/2 chile habanero asado y picadito

Sal y pimienta al gusto



### ***¿Cómo lo preparamos?***

**La carne:** La carne se pone a marinar en nuestra mezcla (1), previamente preparada durante 3 horas. Casi a la hora de servir, ase a la parrilla los bisteces de carne.

***Las cebollas:***

Ponga agua a calentar en una cacerola y agregue las cebollas cortadas en cuadros por un minuto. Retire del fuego, escurra y agregue el vinagre o naranja agria y el cilantro. Salpimente a su gusto.

***¿Cómo lo servimos?***

Sirva la carne acompañada de la cebolla, 1/4 de naranja agria y una salsa de chiltomate. Acompañe con un platito de frijoles colados y tortillas. Si lo desea, puede preparar también una salsa picante tamulada.

**SALSA DE CHILTOMATE**

Receta para 1 a 1½ tazas.

***¿Qué lleva?***

- 4 tomates grandes asados o cocidos en agua
- 4 a 5 chiles habaneros asados
- 1 cebolla asada
- 1 manojo grande de cilantro
- sal al gusto.

***Cómo la preparamos?***

Se lícua todo junto.

***¿Cómo la servimos?***

En una salsera, adornadita con un poco de cilantro picadito. Esta salsa es acompañante de ciertos platillos como los huevos motuleños o el poc-chuc

**SOPA DE LIMA**

Receta para 6 personas

### ***¿Qué lleva?***

- 1 pollo cortado en piezas o dos pechugas enteras grandes
- 10 tazas de agua
- 2 ramitas de orégano
- 2 dientes de ajo
- 1 cebolla partida en cuatro
- Sal y pimienta al gusto
- 1 cebolla picadita
- 2 cucharadas de aceite de maíz
- 2 tomates pelados y picados
- 1 pimiento morrón picado
- 6 limas cortadas en rodajas
- 6 tortillas cortadas en tiritas, fritas y escurridas en papel absorbente

### ***¿Cómo se prepara?***

Se pone a cocer el pollo en el agua junto con el orégano, el ajo, la cebolla y sal al gusto; una vez cocido se aparta, se deja enfriar y se desmenuza, el caldo se cuela. La cebolla picada se acitrona en el aceite de maíz, se suman el tomate y el pimiento morrón y se sazona bien, se agrega el caldo y la mitad de las rebanadas de lima, dejándose hervir durante 10 minutos.

Se añade el pollo desmenuzado y el resto de la lima rebanada; se sirve inmediatamente acompañada de las tiritas de tortilla fritas.

### ***¿Cómo se sirve?***

Se sirve en platos hondos soperos. Las tortillas fritas se ofrecen en un platito aparte para que estén crujientes al momento de servir las en el plato.

## 1.8 Antropología cultural

<sup>11</sup>Personalidad, cultura y sociedad, son configuraciones en que tanto la acomodación a normas del conjunto como su organización son más importantes que cualquiera de sus partes constitutivas.

<sup>12</sup>Cuando el hombre actúa, especialmente si lo hace de acuerdo con una pauta cultural establecida, por lo general la acción contribuye a satisfacer simultáneamente diversas necesidades de distinto orden. Así el hecho de vestirnos obedece en parte a la necesidad de proteger el cuerpo, pero en parte también va encaminado a satisfacer la vanidad, o por lo menos a evitar la censura. En tales circunstancias, lo más seguro es no tratar de sentar clasificación alguna de las necesidades psíquicas, limitándonos a hacer un breve estudio de unas cuantas que parecen ser las más generales e importantes para comprender mejor la conducta humana.

La más notable y la más activa de las necesidades psíquicas del hombre, quizá sea la de la respuesta emotiva de los demás. Empleamos de un modo deliberado la expresión respuesta emotiva porque la obtención de simples respuestas de conducta puede dejar completamente insatisfecha la necesidad a que nos referimos. Así en una ciudad moderna, al individuo le es fácil tener actuaciones recíprocas en términos formales, culturalmente establecidos, con un gran número de sus semejantes, y obtener de ellos servicios necesarios sin tener que provocar respuestas emotivas. En esta situación, su necesidad psíquica de tener respuestas sigue insatisfecha, de modo que es presa de las sensaciones de soledad y aislamiento que casi son tan agudas como cuando en verdad se encuentra solo. En realidad, esta experiencia deprime más que la genuina soledad, pues todos sabemos lo que significa estar solo entre una muchedumbre. La necesidad de tener respuestas, y particularmente de las favorables, representa para el individuo el estímulo principal de una conducta socialmente aceptable. La gente se apega a las costumbres de su sociedad lo mismo por el deseo de aprobación que por temor al castigo.

---

<sup>11</sup> LINTON, RALPH. CULTURA Y PERSONALIDAD FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. U.S.A., 1945 P- 18

<sup>12</sup> LINTON RALPH. CULTURA Y PERSONALIDAD FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. U.S.A., 1945 P.P. 23-24

Esta necesidad de tener de los demás una respuesta emotiva es tan universal y tan poderosa, que muchos sociólogos la han llegado a considerar como instintiva en el sentido de ser innata. Pero quizá no se resuelva nunca el problema de si realmente es así o no viene a ser más que una resultante de condiciones externas.

<sup>13</sup>Existe una propensión a considerar que el medio ambiente está constituido por fenómenos naturales como son la temperatura, el terreno o la provisión alimenticia disponible, factores que inevitablemente varían en el tiempo y el espacio. Pero aunque estas cosas se reflejen en la experiencia del individuo, y por conducto de ella en la personalidad, en la formación de esta parecen de importancia secundaria, porque entre el medio ambiente natural y el individuo siempre se interpone un medio ambiente humano de importancia mucho mayor. Dicho medio lo constituye un grupo organizado de otros individuos, es decir, una sociedad, y una manera de vivir que es característica de ese grupo, o sea, una cultura. La acción recíproca del individuo y de éstos fenómenos origina la formación de la mayoría de los tipos de conducta, incluso de sus respuestas emotivas más profundamente arraigadas.

<sup>14</sup>Pertenecer a una sociedad significa hasta cierto punto el sacrificio de la libertad personal, por ligeras que sean las restricciones que la sociedad conscientemente imponga. Si una sociedad a logrado modelar al individuo en forma adecuada, se somete a muchas de las restricciones que aquella le ha impuesto con la misma inconsciencia que ejecuta los movimientos para andar.

<sup>15</sup>Toda sociedad posee una cultura, por muy sencilla que sea, y todo ser humano es culto en el sentido de que es portador de una u otra cultura. <sup>16</sup>A quienes no conocen más cultura que la suya no les es dado conocer ni la propia.

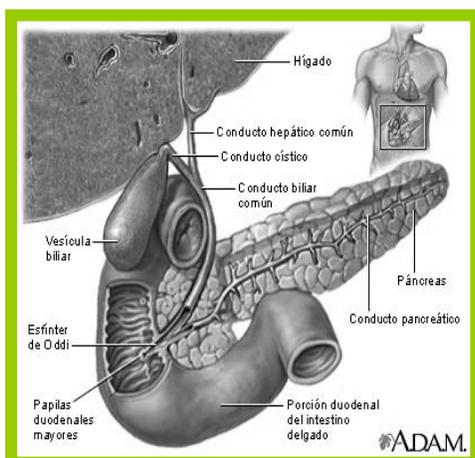
---

<sup>13</sup>LINTON, RALPH. CULTURA Y PERSONALIDAD. FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. U.S.A., 1945 P. 27

<sup>14</sup>LINTON, RALPH. CULTURA Y PERSONALIDAD. FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. U.S.A., 1945 P. 32

<sup>15</sup>LINTON, RALPH. CULTURA Y PERSONALIDAD. FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. U.S.A., 1945 P. 44

<sup>16</sup>LINTON, RALPH. CULTURA Y PERSONALIDAD. FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. U.S.A., 1945 P. 130

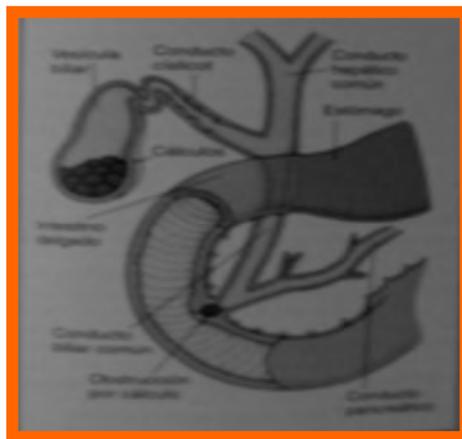


**ILUSTRACI. VESÍCULA BILIARA.**

estómago e intestinos, se requiere bilis la vesícula se contrae expulsando bilis a través del segmento inferior del conducto biliar hasta el interior del intestino delgado.

Trastornos como los cálculos y los tumores pueden obstruir el flujo de la bilis por los conductos biliares. Los cálculos biliares son depósitos de cristales sólidos (predominantemente de colesterol) en la vesícula biliar. Cuando los cálculos biliares se alojan en la vesícula biliar, el proceso se denomina

**colecistitis;** cuando los cálculos biliares están en los conductos biliares, el proceso se llama **coledocolitiasis.**



**ILUSTRACI. VESÍCULA BILIAR CON CÁLCULO.**

<sup>18</sup>Los cálculos biliares se clasifican en: pigmentarios y de colesterol

### 1.- Pigmentarios:

Se deben a una alteración de la bilirrubina y están formados básicamente por bilirrubinato cálcico. Son responsables de un 25% de los casos de litiasis biliar. La bilirrubina excretada por el hígado es en su mayor parte conjugada, pero en algunas situaciones aumenta la bilirrubina libre, favoreciendo su precipitación.

17 MERCK, SHARP AND DOHME. NUEVO MANUAL DE MEDICINA. OCEANO, ESPAÑA 2003

18 OTO, CAVERO ISABEL. ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA. NECESIDAD DE NUTRICIÓN Y ELIMINACIÓN. EDICIÓN, EDITORIAL MASSO

## 2.- Colesterol.

En la mayoría de las litiasis biliares (75%) predomina el colesterol en la composición de los cálculos. Éstos cálculos se deben a alteraciones del metabolismo de las sales biliares y el colesterol, pues este último tiende a precipitar cuando su concentración aumenta en relación de las sales biliares. La bilis sobresaturada de colesterol se denomina litogénica, pero éste no es el único factor que intervendrá en la formación del cálculo, ya que hay personas que no desarrollan litiasis biliar a pesar de que presentan éste tipo de bilis.

Dos mecanismos que pueden asociarse, intervienen en la formación litogénica:

1.- Disminución de la secreción de las sales biliares, que condicionará una hipersaturación de colesterol biliar. La causa puede consistir en un defecto de las síntesis de las sales biliares (genético o secundario) o con el incremento de la pérdida intestinal de las sales biliares. Este incremento puede presentarse en pacientes sometidos a resección del íleon o con derivación intestinal, en la enfermedad del Chron y en la insuficiencia pancreática.

2.- Secreción excesiva del colesterol y normal de sales biliares. Su origen puede residir en el incremento de la síntesis y/o del transporte biliar del colesterol, circunstancia favorecida por la obesidad, las curas de adelgazamiento dietas hipercalóricas o ricas en colesterol, etc. Las alteraciones de la vesícula biliar, el esfínter de Oddi y los conductos biliares pueden originar igualmente una litiasis biliar.

### **1.9.2.- Coledocolitiasis**

#### **1.9.2.1.- Definición**

Presencia de cálculos en la vía biliar principal. Dichos cálculos pueden consistir en pigmentos biliares y/o sales de calcio y colesterol que se forman en el tracto biliar.

Cuando éstos se originan en la misma vía biliar se denomina coledocolitiasis primaria mientras que el término de coledocolitiasis secundaria se utiliza para designar a una de las complicaciones de la coledocolitiasis que consiste en la migración de cálculos a la vía biliar desde la vesícula.

### **1.9.2.2.- Incidencia**

Es de 6-15% de la coledocolitiasis sintomática.

### **1.9.2.3.- Factores de riesgo**

- Sexo femenino
- Edad avanzada
- Multiparidad
- Obesidad
- Dieta típica occidental
- Historia familiar de cálculos biliares
- Evolución prolongada de la colelitiasis
- Aspectos anatómicos de la vía biliar.
- Consumo de sustancias que contengan calcio

En el mundo occidental, el componente principal de la mayoría de los cálculos biliares es el colesterol que es insoluble en el agua pero puede disolverse en la bilis. La bilis contiene grandes cantidades de colesterol que por lo general permanece disuelto en ella. Sin embargo, cuando la bilis se sobrecarga de colesterol se vuelve insoluble y se cristaliza. Los cristales microscópicos se acumulan. Algunos cálculos biliares están formados por sales de calcio y bilirrubina, el principal pigmento de la bilis (se denominan cálculos pigmentarios). Como ejemplo citamos la calidad del agua de la Península de Yucatán, la cual se divide en tres regiones geográficas: a) la costa de Quintana Roo tiene agua de regular calidad (agua sodio-clorurada); b) en la parte central de norte a sur se cuenta con agua de calidad media (cálcico bicarbonatada), y c) la parte oeste del estado cuenta con aguas duras (sulfato cálcico).

La mayoría de los cálculos biliares se forman en la vesícula biliar, la cual retiene los cristales pequeños y permite que aumenten de tamaño. Generalmente, los cálculos localizados en los conductos biliares provienen de la vesícula biliar. Los cálculos que se forman en un conducto biliar suelen estar asociados a una infección o una inflamación y están compuestos por material pigmentario. No obstante, cualquier cálculo localizado en el sistema de conductos biliares puede causar una obstrucción que se sigue de inflamación e infección bacteriana. Como consecuencia, se puede producir una constricción lo que

conduce a una obstrucción adicional del flujo de la bilis. Esta se explica por la obstrucción de la vía biliar, que suele ser incompleta en un 90% de los casos, mientras que en el resto de casos existe obstrucción completa. En ambas situaciones se pueden desarrollar cuadros clínicos de obstrucción aguda o bien de obstrucción crónica intermitente de la bilis.

#### **1.9.2.4.- Síntomas**

La mayoría de los cálculos biliares no ocasionan ningún síntoma durante muchos años, o a veces nunca, en especial cuando permanecen dentro de la vesícula biliar. De forma característica los cálculos biliares pasan desde la vesícula biliar a los conductos biliares. Cuando son diminutos pueden pasar por esos conductos y entrar al intestino delgado sin ningún problema, o pueden permanecer en los conductos sin obstruir el flujo de la bilis ni producir síntomas. Los cálculos que obstruyen un conducto biliar pueden causar:

→ Dolor abdominal en el cuadrante superior derecho o en el centro del abdomen superior que:

- puede irradiarse hacia el hombro derecho
- puede ser agudo, tipo cólico o sordo
- puede ser recurrente
- puede extenderse hacia la espalda
- empeora con la ingestión de grasas
- ocurre a los pocos minutos después de las comidas

→ Nauseas

→ Vómitos

La obstrucción puede permitir que proliferen las bacterias y desencadenen rápidamente una infección en los conductos y en algunos casos que se formen abscesos (cavidades infectadas llenas de pus) en el hígado. Si se desarrolla una infección puede estar acompañada de:

→ Fiebre

→ calosfríos

→ Ictericia

→ Pérdida del apetito

#### **1.9.2.5.- Complicaciones**

- Pancreatitis,
- Estenosis de papila,
- Colangitis,
- Abscesos hepáticos
- Cirrosis biliar secundaria

#### **1.9.2.6.- Datos de laboratorio**

Puede mostrarse leucocitosis y variaciones bioquímicas propias de un síndrome de colestasis extrahepática: elevaciones de la bilirrubina directa, fosfatasa alcalina y de la gammaglutamiltransferasa, pudiendo elevarse, dependiendo de pequeños grados de citolisis hepática, las transaminasas GOT y GPT. El urobilinógeno se incrementa en orina (originando orinas colúricas) y los pigmentos biliares disminuyen o desaparecen en las heces (originando heces hipocólicas o acólicas)

.Los gérmenes que participan en la infección del árbol biliar cuando éste se obstruye son los mismos que se aíslan en casos de colecistitis: gérmenes aerobios gramnegativos en 80-90% de los casos (E. Coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas, Enterobacter) y gérmenes anaerobios en 10-20% (Bacteroides fragilis, Clostridium perfringens).

En pacientes asintomáticos, pueden darse las siguientes condiciones:

- 1) Coledocolitiasis con diámetro de la vía normal
- 2) Vía biliar dilatada sin coledocolitiasis, y
- 3) Coledocolitiasis con bioquímica normal.

La vía biliar extrahepática puede también obstruirse por causas extraluminales y las más importantes son:

- Colecistitis, cáncer de cabeza de páncreas, pancreatitis, pseudoquistes, abscesos pancreáticos, adenopatías del hilio hepático, masas hepáticas como tumores, quistes y abscesos, masas renales, aneurismas de la arteria hepática, divertículos duodenales, adenomas y enfermedad de Crohn.

### 1.9.2.7.- Diagnóstico preoperatorio

- Niveles de bilirrubina elevados
- Pruebas de funcionamiento hepático
- Enzimas pancreáticas
- Ecografía, (ECO),
- Tomografía computarizada abdominal (TCA),
- Colangiorresonancia (C-RMN),
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE),
- Ecoendoscopia (ECO-E),
- Colangiografía intravenosa (CIV) y
- Colangiografía transparietohepática (CTPH)

### 1.9.2.8.- <sup>19</sup>Diagnóstico intraoperatorio

- Colangiografía intraoperatoria (CIO)
- Ecografía por laparoscopia (ECO-L)].

La ecografía es la primera exploración complementaria y ofrece signos directos (cálculo) e indirectos (tamaño de la vía). Se considera normal en pacientes con vesícula sana un diámetro igual o inferior a 6 mm de diámetro (que se incrementa con la edad y si el paciente está colecistectomizado). La sensibilidad de la ECO es muy dependiente del explorador y se dan cifras de 19-55%. Presenta dificultades en el diagnóstico de cálculos situados en el colédoco intrahepático.



<sup>19</sup> [WWW.GOOGLE.COM.MX](http://WWW.GOOGLE.COM.MX)

La tomografía computarizada mejora la precisión diagnóstica (sensibilidad + especificidad) frente a la ECO hasta dar cifras de 75-80%. Puede identificar y diferenciar los tumores de cabeza de páncreas y de la vía biliar distal. Identifica cálculos intrahepáticos.

La Colangiorresonancia ofrece muy buena precisión diagnóstica frente a la ECO hasta obtenerse cifras en torno al 90%. Sin embargo, en cálculos de pequeño tamaño, se disminuye mucho su sensibilidad. Tiene limitaciones en la obesidad y en los portadores de marcapasos.

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica es el patrón oro por su precisión diagnóstica de prácticamente el 100% pero es una prueba invasiva, que tiene limitaciones en situaciones tales como divertículos duodenales yuxtapapilares, papilas intradiverticulares y en pacientes con reconstrucciones Billroth II tras gastrectomía. Se debe seleccionar a los pacientes para esta prueba ya que pueden presentarse complicaciones potencialmente muy graves: pancreatitis, colangitis, perforación duodenal y hemorragia. Se estima su morbilidad en el 3% y su mortalidad en 0,7-0,05%. Puede ser una prueba terapéutica, realizándose esfinterotomía endoscópica y extracción de cálculos. En estas circunstancias se elevan las cifras de morbilidad al 4-10% y las de mortalidad al 1-2% que, si son considerados los treinta días siguientes a la prueba, pueden ascender y arrojar cifras del 3-3,5%.

La Ecoendoscopia tiene una alta precisión diagnóstica en la vía intrapancreática especialmente. Es una prueba invasiva con una curva de aprendizaje larga. Puede diferenciar las lesiones ampulares, de cabeza de páncreas y de vía biliar distal. Tiene una disponibilidad limitada en nuestro medio.

La Colangiografía intravenosa resurgió con la aparición de la cirugía laparoscópica. Tiene el problema de los falsos negativos aunque mejora mucho su precisión diagnóstica añadiendo tomografía. Presenta la limitación de que el contraste no se excreta si hay obstrucción completa de la vía.

La Colangiografía transparietohepática precisa una vía biliar intrahepática dilatada y una coagulación normal. Es una prueba invasiva y de riesgo (hemorragia y coleperitoneo). Puede ser una prueba terapéutica y debe estar reservada a casos seleccionados y a grupos entrenados.

La Colangiografía intraoperatoria es el patrón oro para el diagnóstico intraoperatorio, pudiéndose efectuar en el 90% de los casos. Forma parte de la controversia de su utilización rutinaria o selectiva. Puede poner de manifiesto cálculos insospechados (que en series de colecistectomía abierta oscilan entre 1-12% y en series laparoscópicas oscilan entre 3,9-5%). Los porcentajes de falsos positivos son 0,7-5% y las cifras de falsos negativos son del orden del 2%.

La Ecografía por laparoscopia es una opción para el diagnóstico intraoperatorio. Su exactitud diagnóstica es comparable a la de la CIO. Es una prueba inocua y rápida y es capaz de detectar pequeños cálculos y lesiones asociadas hepáticas o pancreáticas. Supone una curva de aprendizaje larga. Si se efectúa junto con una CIO se alcanzan cifras en torno al 100% de exactitud diagnóstica.

Finalmente, la litiasis del árbol biliar intrahepático presenta una situación más compleja en su diagnóstico y su tratamiento. En dos terceras partes de los casos, la litiasis intrahepática se asocia a litiasis de la vía biliar. Frente a la coledocolitiasis, se añade la infección del árbol biliar en casi todos los casos y aparece estenosis intrahepática y de la vía extrahepática. Requiere procedimientos urgentes, de acceso a la vía o al hígado para drenaje o bien, si son procedimientos programados, se trata de intervenciones complejas que incluyen derivaciones biliodigestivas y hepatectomías.

#### **1.9.2.9.- Tratamiento**

El objetivo del tratamiento es eliminar la obstrucción en el conducto biliar común y una de las opciones es la extirpación quirúrgica de la vesícula y los cálculos (ya sea a través de un procedimiento abierto o un procedimiento laparoscópico). Otra posibilidad es la extracción de los cálculos por medio de CPRE y una esfinterotomía (una incisión que se hace en el músculo del esfínter del conducto).

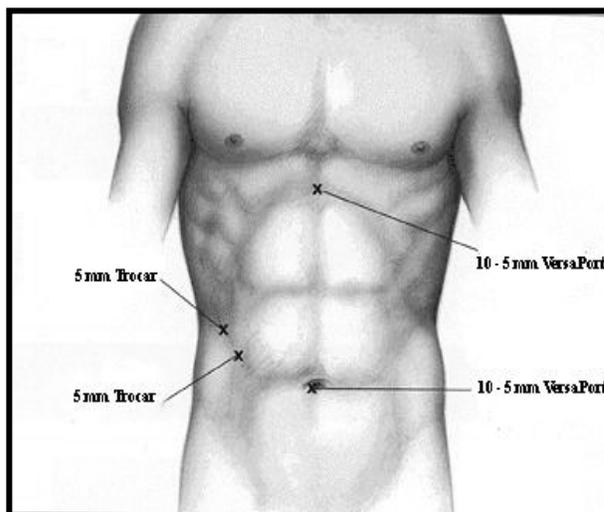
### 1.9.3.- Descripción del tratamiento quirúrgico

#### 1.9.3.1.- Creación del neumoperitoneo

Existen dos técnicas básicas para crear el neumoperitoneo. Una es la técnica quirúrgica abierta que usa un trócar de Hassan; la otra es una técnica cerrada que utiliza la aguja de Veress. Cuando se usa la aguja de Veress se recomienda instalar una sonda nasogástrica para desinflar el estómago y evitar la punción. Cuando se practica una operación en la parte baja del abdomen, es importante colocar una sonda vesical. Se realiza una pequeña incisión por debajo de la cicatriz umbilical. La piel alrededor de la incisión se toma con una mano o con las pinzas de Backhaus y se eleva; luego se introduce despacio la aguja de Veress.

Se realiza una prueba para saber si estamos en cavidad con solución salina en una jeringa y si esta pasa libremente es que estamos en la cavidad peritoneal, si existe resistencia aún estamos en pared, se aspira para ver si aparece líquido que podría ser hemático o intestinal y esto sería indicación de retirar la aguja y probablemente de convertir el procedimiento.

Es obligación realizar la prueba de la jeringa antes de conectar la manguera de insuflación de CO<sub>2</sub>. Cuando la aguja está bien colocada, se inicia la insuflación, una presión alta indica que la aguja no está en la cavidad abdominal, en este momento se suspende la insuflación y se revisa de nuevo la posición de la aguja. Si se fracasa en la colocación de la aguja por más de tres veces, se debe realizar una técnica abierta de ingreso al peritoneo con trocar de Hassan. La



laparoscopia abierta requiere una pequeña incisión en la aponeurosis, luego se toman los bordes y se colocan puntos en la aponeurosis, Se inserta el trócar a cielo abierto de Hassan bajo observación directa y los puntos se anudan limitando la salida de gas alrededor del trócar.

### **1.9.3.2.- Pronóstico**

El bloqueo e infección del conducto biliar causado por cálculos en el tracto biliar es una afección potencialmente mortal. El resultado es generalmente muy bueno con un diagnóstico y tratamiento tempranos.

### **1.9.4.- <sup>20</sup>Laparoscopia**

Inicialmente aplicada al tratamiento de la litiasis vesicular, rápidamente sus indicaciones se han ampliado a otras patologías digestivas y extradigestivas, las que se han incorporado al arsenal terapéutico quirúrgico en forma paralela al desarrollo y perfeccionamiento de equipos e instrumental especialmente diseñados para cada procedimiento en particular. Es así como esta técnica, basada en el principio de la video cirugía, requiere no sólo del entrenamiento del cirujano, sino también del conocimiento de las características de los equipos e instrumental, de sus ventajas y limitaciones.

El conocimiento de las características de equipos e instrumental permitirá el uso de ellos en forma óptima evitando yatrogenias, el deterioro prematuro de los equipos, una elección criteriosa del instrumental de acuerdo a cada condición en particular, solucionar fallas intraoperatorias del equipo y en último término, darle fluidez y continuidad al acto quirúrgico. En suma, el éxito de un procedimiento y la seguridad del paciente dependen del uso apropiado y criterioso y del conocimiento de las posibilidades y limitaciones de esta nueva tecnología.

El equipo para Cirugía Laparoscópica está constituido por :

- a) Sistema óptico
- b) Insuflador y su fuente de CO<sub>2</sub>
- c) Electrobisturí
- d) Sistema de aspiración e irrigación.

El sistema óptico está compuesto por :

- a) Fuente de Luz Fría
- b) Fibra óptica
- c) Optica o laparoscopio
- d) Cámara de Video

---

<sup>20</sup> FORMATO PDF OBTENIDO EN [WWW.GOOGLE.COM.MX](http://WWW.GOOGLE.COM.MX)

e) Monitor de TV y Video Grabador

#### **1.9.4.1.- Fuente de luz fría**

Los procedimientos laparoscópicos terapéuticos requieren de una intensidad luminosa acorde con el procedimiento a efectuar. La fuente de Luz fría Storz modelo 450 V es la más utilizada en nuestro medio y proporciona 5000o Kelvin. Ella puede ser controlada en forma manual o automática. Al estar conectada a una unidad de video queda controlada por este, siendo regulada la intensidad luminosa en forma automática de acuerdo a los requerimientos del procedimiento. De interés es destacar que la regulación automática de la intensidad de la luz depende entre otros factores, del diámetro de la óptica utilizada.

Como norma general de uso al poner en funcionamiento el equipo, la fuente de luz debe ser lo último en activarse y lo primero en apagarse. La Fuente Storz 450 V está provista de una ampolleta de 250 W, cuya vida útil promedio es de aproximadamente 250 horas. A diferencia del modelo anterior, ésta puede apagarse y reactivarse en forma inmediata; el no tener un período refractario de refrigeración, representa una ventaja importante.

#### **1.9.4.2.- Fibra óptica**

La fuente de luz fría se conecta al laparoscopio u óptica a través de la fibra óptica, la cual es un conductor de luz de fibra de vidrio, constituido por un haz de gran cantidad de fibras de vidrio. Importante es destacar el hecho que éstos conductores transmiten el calor y eventualmente pueden causar quemaduras.

#### **1.9.4.3.- Laparoscopio**

La óptica o laparoscopio es un instrumento tubular dotado de un lente de aumento variable de 18x ó 20x, utilizado para iluminar la cavidad abdominal y recoger las imágenes, transmitiéndolas a la cámara de video. Existen distintos tipos de ópticas o laparoscopios según su diámetro y el ángulo de visión que proporcionan. En nuestro medio la óptica más utilizada es la de 10mm. y de 0o que proporciona una visión de tipo terminal, similar a la del ojo humano.

#### **1.9.4.4.- Video**

La cámara para Cirugía Laparoscópica debe reunir tres características fundamentales que son :

- 1.- Tener alta resolución.
- 2.- Ser pequeña y liviana
- 3.- Fácil de esterilizar.

#### **1.9.4.5.- Insuflador**

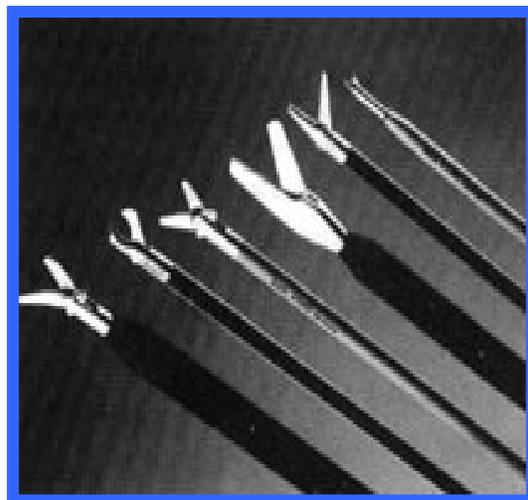
El insuflador es un equipo electrónico que permite la creación del neumoperitoneo al inyectar un gas (actualmente CO<sub>2</sub>) en la cavidad abdominal. Esto es una etapa fundamental en la Cirugía Laparoscópica por cuanto proporciona el campo operatorio.

El insuflador debe estar provisto de una fuente de CO<sub>2</sub>, idealmente un balón de 35 Kg. que permite movilizarlo con relativa facilidad y proporciona una gran autonomía de uso, al cual va unido mediante un flexible metálico o bien con una manguera de alta presión. El aparato se conecta al paciente a través de un tubo siliconado estéril en cuyo extremo se conecta la aguja de Veress.

Probablemente la característica más importante de estos insufladores es la de poseer un sensor de presión intraabdominal que detiene automáticamente el flujo una vez alcanzada la presión preestablecida, siendo capaz de activar una válvula de seguridad al aumentar la presión sobre los niveles prefijados. También están dotados de un sistema de alarma acústica que se activa cuando el aparato sensa una presión mayor.

#### **1.9.4.6.- Instrumental**

El instrumental básico necesario para realizar Cirugía Laparoscópica biliar puede sistematizarse en Instrumental de acceso; de exposición; de disección; de corte; de sutura, pinza aplicadores de clip y set para colangiografía intraoperatoria. Otros procedimientos extrabiliares requieren de un instrumental especialmente diseñado para ello y en este sentido vale la pena insistir en que,

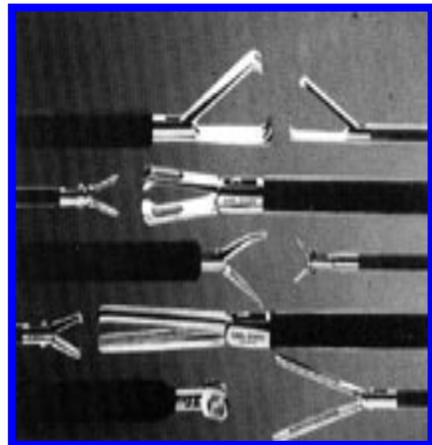


en beneficio del paciente, en esta cirugía, no debe improvisarse. De importancia también es destacar que no basta con conocer las características y aplicaciones del instrumental en

cuestión, sino que también debe practicarse con ellos previamente en modelos experimentales y/o simuladores, especialmente técnicas de sutura y nudos intracorpóreos, hasta adquirir una destreza tal como si estas técnicas se efectuaran a cielo abierto.

El instrumental de acceso a la cavidad abdominal está representado por la aguja de Veress y las distintas variedades de trócares. La aguja de Veress de 2 mm. de diámetro y 10 ó 12 cms. De longitud, se utiliza para puncionar la cavidad abdominal e insuflar a través de ella el CO<sub>2</sub>. Las agujas desechables están constituídas por una camisa externa metálica de punta aguda y biselada, la cual en su interior posee un vástago retráctil y romo en su extremo inferior, levemente más largo. La posición del vástago es regulada por un resorte que permite que durante la punción éste se retraiga y en el momento de atravesar el peritoneo vuelva a su posición original; con lo cual la punta aguda de la aguja queda protegida.

El sonido característico que hace el vástago al ser activado por el resorte es un índice de la correcta posición de la aguja en la cavidad abdominal. La parte superior de estas agujas es de plástico transparente provisto de una llave de dos pasos, la cual permite visualizar, «escurrimiento de la gota» otro indicio de la correcta posición de la aguja. También existen agujas de Veress metálicas en las cuales el vástago, la válvula y el sistema de acoplamiento para el conector del



insuflador constituye una sola pieza. Los trócares son instrumentos diseñados para proporcionar el acceso a la cavidad abdominal y constituyen los canales de trabajo a través de los cuales se introducen los distintos instrumentos. Están provistos de un sistema de válvulas que evitan la pérdida del neumoperitoneo durante el procedimiento.

Existen trócares no desechables (metálicos) y desechables. Entre los primeros los hay provistos de una válvula de pistón, similar al de una trompeta. Su uso requiere de manipulación bimanual del operador para abrir la válvula apretando el pistón y desplazar el instrumento. Existen también otros con válvula multifuncional tipo bisagra que son más

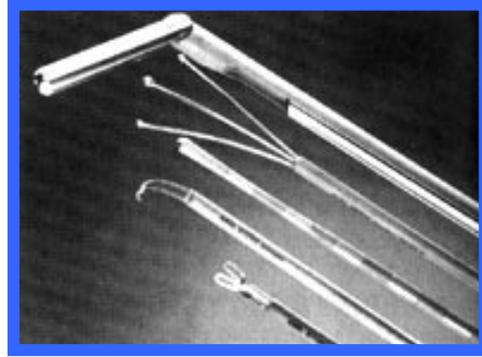
fáciles de maniobrar. Ellos pueden ser de punta cónica o piramidal. Los trócares desechables están provistos de un dispositivo plástico de seguridad que se acciona en el momento que la punta piramidal del mandril metálico atraviesa el peritoneo cubriéndola. Poseen un doble sistema valvular que es movilizado al introducir el instrumento, acción que puede realizarse con una mano.

Algunos están provistos además, en su parte proximal, de un sistema de hilo que permite «atornillarlo» a la piel evitando su desplazamiento. Los trócares pueden ser de 5,10, 12,22 y 33 mm. de diámetro interno, requiriendo los más grandes de un reductor o convertidor para utilizar a través de ellos instrumentos de 5 mm. sin pérdida de CO<sub>2</sub>.

Para la exposición de la vesícula se han diseñado pinzas aisladas de presa, provistas de cremallera con dientes que se utilizan para exponer el fondo y bacinete vesicular. Existen además modelos con cremallera, sin dientes o atraumáticos que son ideales para vesículas de paredes muy finas por cuanto éstas no perforan la pared del órgano. Para el manejo de adherencias laxas deben utilizarse disectores, que son pinzas aisladas sin dientes ni cremallera, de ramas más finas y frágiles que las pinzas de presa, las que en la técnica francesa se usan fundamentalmente para traccionar y exponer adherencias del epiplón o vísceras vecinas a la vesícula, pero también pueden ser utilizadas con la técnica americana para disecar y/o electrocoagular en forma simultánea. De igual forma, en la técnica francesa la cánula de aspiración-irrigación de 5 mm. de diámetro es un elemento básico de exposición y contracción.

Los instrumentos de disección están representados básicamente por los disectores de Reddick ya descritos y por el hook o gancho de disección. Este es un instrumento aislado provisto en su extremo distal de un elemento metálico con diversos grados de angulación y dorso como lo que posibilita su uso como disector y/o electrobisturí según el uso que se le de. Existen además disectores desechables curvos, algunos de los cuales están provistos de un sistema que permite girar el vástago sobre su eje, posibilitando con ello variar la orientación de la curvatura del instrumento.

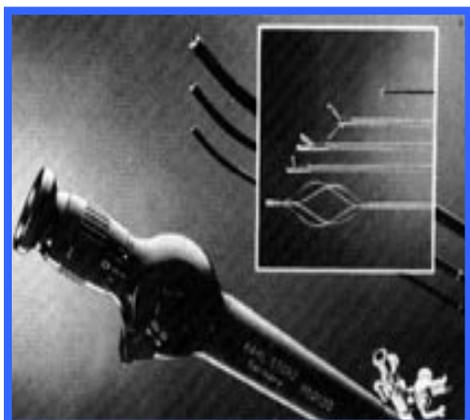
El material de sección o corte está representado por diversos tipos de tijeras aisladas o no, rectas o curvas, de acción simple o de doble acción que movilizan ambas mandíbulas, tipo Metzenbaum, etc. Todas ellas pueden ser conectadas al electrobisturí permitiendo la electrocoagulación



previo al corte. La elección del tipo de instrumento cortante a utilizar dependerá de cada circunstancia en particular y de la experiencia del operador.

Como norma general siempre debe visualizarse el extremo de la tijera de tal modo de no dañar otra estructura en forma inadvertida. Eventualmente puede utilizarse el gancho o hook de disección como elemento de corte; sin embargo, debe asegurarse que al electrocoagular no se haga contacto con los clips metálicos, dado que ellos pueden transmitir el calor, produciendo una lesión térmica inadvertida de una víscera vecina, lesión que puede no hacerse evidente en el momento en que se produce. El aplicador de clip es una pinza de 10mm. de diámetro que se utiliza para la colocación de clips de Titanio. Este instrumento moviliza la mandíbula superior manteniendo fija la inferior, que es ligeramente más corta. Al aplicar el clip sobre una estructura idealmente debe visualizarse la mandíbula inferior o posterior y darle una presión adecuada que coapte el clip en forma adecuada. Está provista de un dispositivo que permite girar el vástago de la pinza lo que hace variar el ángulo de las mandíbulas en relación al eje del vástago; ello posibilita una mayor comodidad y seguridad en la colocación del clip.

Las técnicas de sutura intracorpórea requieren de un portaagujas de 3 o 5 mm. en el cual puede montarse una aguja recta, curva o en palo de hockey, que se introduce a través del trócar de 10 mm provisto de un reductor adecuado. Como pinza puede utilizarse otro portaagujas sin cremallera o una pinza sin dientes ni cremallera de 5mm.



#### **1.9.4.7.- Coledocoscopia flexible**

Es un elemento importante del instrumental laparoscópico por cuanto permite una exploración visual de la vía biliar. Básicamente existen dos variedades de coledocoscopia: los descartables y los reutilizables. El diámetro externo de estos instrumentos varía entre 7 y 11 Fr. Si bien los desechables tienen una mejor capacidad de

resolución, tienen la ventaja de ser más finos (7-9 Fr.) y un costo menor aproximado de un 10%.

## **2.- Material y métodos**

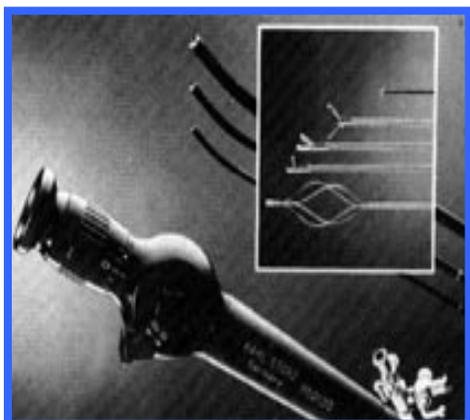
### **2.1.- Variables de estudio:**

SE REALIZÓ UN ESTUDIO TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO ACERCA DE LA INCIDENCIA DE C TOMANDO COMO INDICADORES:

- ◆ Sexo
- ◆ Edad
- ◆ # de gestas
- ◆ IMC
- ◆ Tipo de alimentación
- ◆ Antecedentes herodofamiliares
- ◆ Tratamiento farmacológico antes del diagnóstico definitivo
- ◆ Respuesta y evolución postoperatoria
- ◆ Dias de estancia en el Hospital Rural # 39 en etapa postoperatoria

### **2.2.- Delimitación del fenómeno:**

En la población de Oxkutzcab - Yucatán se ha observado que la prevalencia de padecimientos vesiculares es muy común, presentándose en pacientes con edades que van desde los 15 hasta los 70 años, siendo la causa mas frecuente de hospitalización en el Hospital Rural # 39. Al entrevistar a algunos usuarios afectados acerca del tiempo



#### **1.9.4.7.- Coledocoscopia flexible**

Es un elemento importante del instrumental laparoscópico por cuanto permite una exploración visual de la vía biliar. Básicamente existen dos variedades de coledocoscopia: los descartables y los reutilizables. El diámetro externo de estos instrumentos varía entre 7 y 11 Fr. Si bien los desechables tienen una mejor capacidad de

resolución, tienen la ventaja de ser más finos (7-9 Fr.) y un costo menor aproximado de un 10%.

## **2.- Material y métodos**

### **2.1.- Variables de estudio:**

SE REALIZÓ UN ESTUDIO TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO ACERCA DE LA INCIDENCIA DE C TOMANDO COMO INDICADORES:

- ◆ Sexo
- ◆ Edad
- ◆ # de gestas
- ◆ IMC
- ◆ Tipo de alimentación
- ◆ Antecedentes herodofamiliares
- ◆ Tratamiento farmacológico antes del diagnóstico definitivo
- ◆ Respuesta y evolución postoperatoria
- ◆ Dias de estancia en el Hospital Rural # 39 en etapa postoperatoria

### **2.2.- Delimitación del fenómeno:**

En la población de Oxkutzcab - Yucatán se ha observado que la prevalencia de padecimientos vesiculares es muy común, presentándose en pacientes con edades que van desde los 15 hasta los 70 años, siendo la causa mas frecuente de hospitalización en el Hospital Rural # 39. Al entrevistar a algunos usuarios afectados acerca del tiempo

aproximado del cual presentan dicha alteración la mayoría refiere que lo presentaba ya desde largos periodos de tiempo pero que como no sentían grandes molestias solo consumían medicamentos de tipo analgésicos para controlar el dolor, a su vez encontramos pacientes que refieren primero haberseles diagnosticado gastritis y por lo tanto llevaron tratamiento farmacológico para ello, llegando al hospital con dolor intenso en hipocondrio derecho y vómitos continuos, algunos de los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente de urgencia.

El médico Cirujano de dicha unidad comenta que la razón por la cual se presentan frecuentemente estos casos es debido a que la gente no tiene adecuados hábitos alimenticios y que principalmente los platillos típicos de Yucatán están preparados a base de mucha grasa y condimentos, aumentando así los casos de obesidad, siendo éste uno de los principales factores de riesgo para desarrollar CCL.

El problema de coledocolitiasis es mas frecuente encontrarlo en las mujeres que en los hombres, considerando que el tipo de ideologías que maneja la población contribuye bastante para desarrollar dicho padecimiento; como por ejemplo, cabe destacar que otro factor de riesgo importante es la multiparidad, siendo muy común que en esta región las mujeres se nieguen aceptar métodos de planificación familiar, encontrando así mujeres añosas hasta con 9 o 10 hijos, o primigestas de 14 o 15 años, y aunque el Hospital programe jornadas de OTB y el personal de Enfermería en el servicio de Obstetricia durante la estancia de la paciente bajo alojamiento conjunto se encargue de brindar pláticas acerca de las diferentes alternativas para planificar estas no son aprovechadas. La justificación de las pacientes para no utilizar MDPF es el hecho de que sus esposos no viven con ellas, ya que se encuentran en la frontera, o bien, las que si tienen a sus esposos con ellas dicen: "mi marido me va a cuidar".

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores predisponentes para colecistitis y cómo puede integrarse un programa de educación para la salud a fin de prevenir éste problema en la población de Oxkutzcab?

**2.3.- Objetivos de investigación:**

- ◆ Determinar el por qué prevalecen los padecimientos vesiculares en la población atendida en el Hospital Rural # 39
- ◆ Dar a conocer el panorama general de las causas que favorecen la aparición de coledocolitiasis a base de estadísticas del Hospital Rural # 39
- ◆ Establecer las medidas que ayudarán a disminuir la aparición de CCL
- ◆ Lograr el aprendizaje de los pacientes acerca de la prevención de reaparición CCL dándoles temas de una dieta balanceada, informándoles las características del agua de Yucatán, ventajas de los métodos de planificación familiar

**2.4.- Hipótesis direccional:**

- ◆ La población de Oxkutzcab - Yucatán padece de Coledocolitiasis debido al tipo de alimentación, a las propiedades del agua y sobre todo por el estilo de vida de esta población

**2.5.- Universo:**

- ◆ Pacientes del Hospital Rural # 39 de Oxkutzcab Yucatán.

**2.6.- Población:**

- ◆ Pacientes con Coledocolitiasis ingresados en el Hospital Rural # 39

**2.7.- Muestra:**

- ◆ Todos los pacientes que fueron operados de coledocolitiasis en el Hospital Rural # 39 en un periodo de tiempo que abarca de Julio 2008 – Mayo 2009

**2.8.- Criterios de inclusión:**

- ◆ Pacientes que fueron ingresados en el Hospital Rural # 39 y que fueron diagnosticados de coledocolitiasis y que posteriormente fueron operados

## **2.9.- Criterios de exclusión:**

- ◆ Pacientes a los que se le realizó otro tipo de operación por presentar patologías de otra índole.

### **2.9.1.- Criterios de eliminación:**

- ◆ A todo el personal que labora en el hospital y a pacientes que presentan otro tipo de patología

### **2.9.2.- Proceso estadístico de datos (recolección, recuento, presentación y análisis)**

- A través del análisis realizado se obtuvo que de las cirugías de CCL 13.89% representan a las mujeres intervenidas y sólo el 2.05% hombres
- Además, de todas las cirugías realizadas en el Hospital Rural # 39 el 15.94% equivalen a las operaciones por CCL laparoscópicas y abiertas y el 84.06% a otras cirugías
- De las mujeres entrevistadas el 70% son multíparas, el 80% tienen más de 20 años, el 60% son obesos
- El 75% afirmó haber consumido dietas ricas en grasas con alimentos tales como salbutes, panuchos, cochinita pibil, frijoles con carne de cerdo, de los cuales son sazonados con manteca entre otras cosas, lo que favoreció que presentaran obesidad de 2do y tercer grado.
- Solo el 60% afirmó que tiene antecedentes heredofamiliares de CCL
- El 100% refirió que antes de obtener un diagnóstico definitivo de CCL fueron tratados con analgésicos, antibióticos, antipiréticos y antieméticos. Hubo un caso que se trató así por 7 años, otros 1 año, otro 3 meses y solo algunos durante una semana. Los pacientes reportan que se les daba el diagnóstico de gastritis en las distintas unidades donde fueron intervenidos antes de acudir al Hospital Rural # 39
- El 90% de los pacientes toleró bien la vía oral, inició rápidamente la deambulaci3n y no presentó infecci3n
- El 90% no evacuó durante su estancia hospitalaria

### **2.9.3.- Organización para la investigación**

- ◆ Para obtener las estadísticas se revisaron los SISPAS correspondientes al área quirúrgica, se cuantificaron el total de cirugías presentadas en ese periodo de tiempo, de los cuales 23 fueron hombres y 156 fueron mujeres, obteniendo el porcentaje del total de CCL comparado con las otras cirugías, las cuales fueron 944.
- ◆ Se tomó una muestra de 17 pacientes que fueron operados de CCL, de los cuales 4 son hombres y 13 son mujeres. Para conocer el tratamiento farmacológico previo al diagnóstico, estilo de vida, respuesta y evolución se entrevistaron a los 17 pacientes ingresados en el servicio de Cirugía General, recurriendo también al registro clínico de enfermería y al expediente clínico. Se excluyeron de la muestra a todos los pacientes que no presentan el padecimiento de Colelitiasis

# **3.- Resultados Tabulares**

**CUADRO No. 1**  
**DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA POR GENERO DE CASOS DE**  
**COLECISTECTOMIAS REALIZADAS EN JULIO 2008- MAYO 2009. ESTUDIO**  
**REALIZADO EN OXKUTZCAB, YUCATAN 2009**

MES	Fo	
	HOMBRES	MUJERES
JULIO	1	3
AGOSTO	2	6
SEPTIEMBRE	0	6
OCTUBRE	2	13
NOVIEMBRE	2	14
DICIEMBRE	2	14
ENERO	2	12
FEBRERO	1	20
MARZO	0	31
ABRIL	10	21
MAYO	0	16
<b>TOTALES</b>	<b>23</b>	<b>156</b>

**Cuadro No 1. Fuente de datos García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica  
en el Hospital Rural # 39**

**GRÁFICA No. 1**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA EXPRESADA EN % DE CASOS DE CCL EN**  
**HOMBRES Y MUJERES EN EL PERIODO QUE ABARCA DE JULIO 2008 A MAYO**  
**2009, OXKUTZCAB - YUCATÁN**



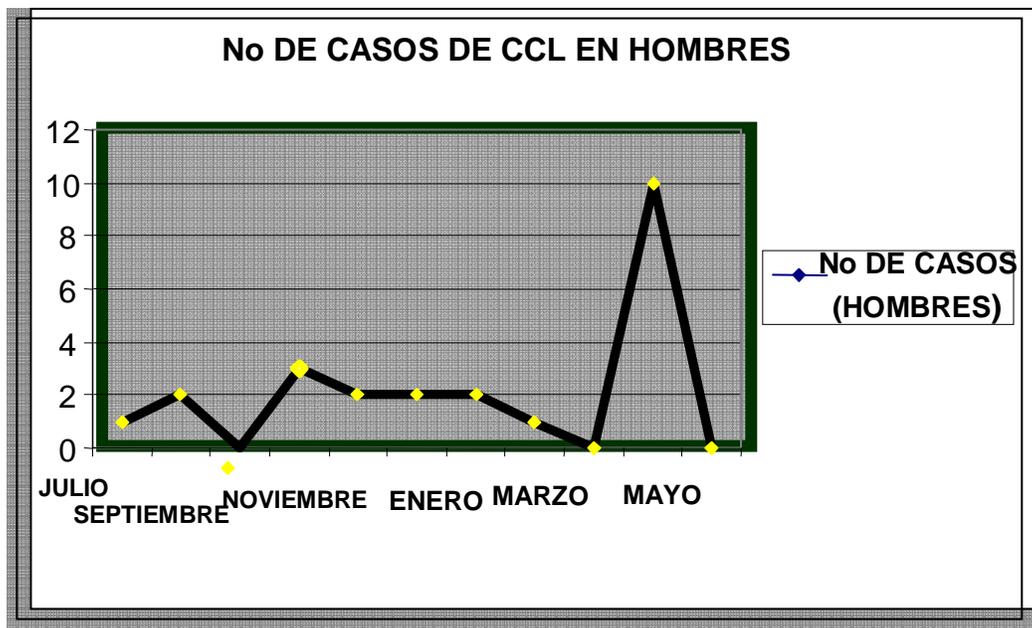
**Fuente: Cuadro No. 1**

**CUADRO No 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE COLECISTECTOMIAS REALIZADAS EN HOMBRES**  
**DE JULIO 2008- MAYO 2009. ESTUDIO REALIZADO EN OXKUTZCAB, YUCATAN**  
**2009**

<b>MES</b>	<b>Fo HOMBRES</b>
JULIO	1
AGOSTO	2
SEPTIEMBRE	0
OCTUBRE	2
NOVIEMBRE	2
DICIEMBRE	2
ENERO	2
FEBRERO	1
MARZO	0
ABRIL	10
MAYO	0
<b>TOTALES</b>	<b>23</b>

**Cuadro No 2. Fuente de datos García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica  
en el Hospital Rural # 39**

**GRÁFICA No. 2**  
**RELACIÓN BIMESTRAL DE CASOS DE COLECISTECTOMÍA DETECTADOS EN**  
**HOMBRES A PARTIR DE JULIO DEL 2008 A MAYO DEL 2009**



**Fuente : Cuadro No. 2**

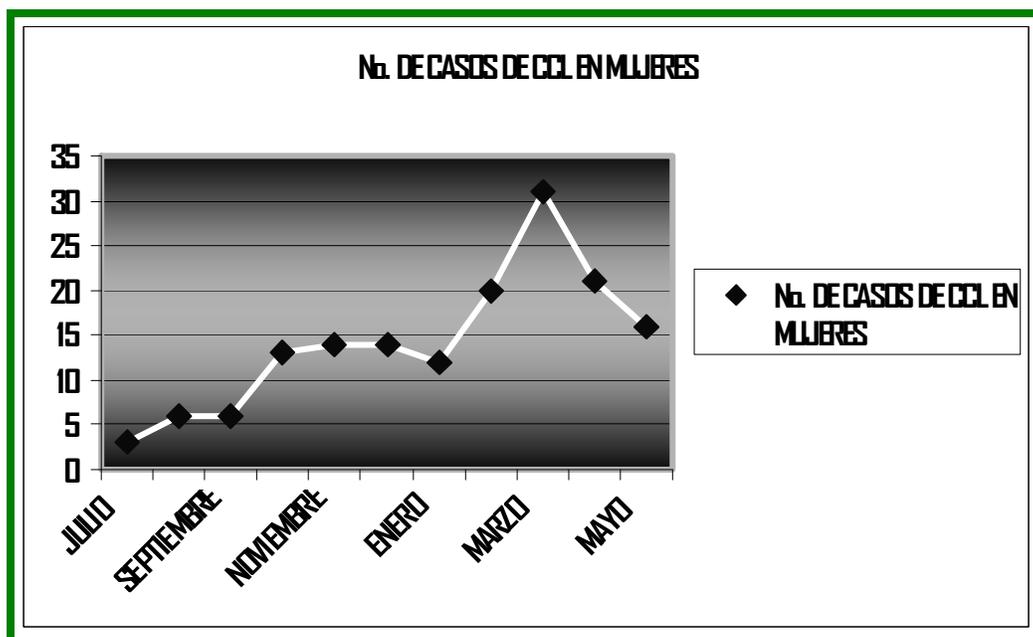
**CUADRO No. 3**

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE COLECISTECTOMIAS REALIZADAS EN MUJERES  
DE JULIO 2008- MAYO 2009. ESTUDIO REALIZADO EN OXKUTZCAB, YUCATAN  
2009**

<b>MES</b>	<b>Fo MUJERES</b>
JULIO	3
AGOSTO	6
SEPTIEMBRE	6
OCTUBRE	13
NOVIEMBRE	14
DICIEMBRE	14
ENERO	12
FEBRERO	20
MARZO	31
ABRIL	21
MAYO	16
<b>TOTALES</b>	<b>156</b>

**Cuadro No 3. Fuente de datos García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica  
en el Hospital Rural # 39**

**GRÁFICA No. 3**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA BIMESTRAL DE CASOS DE COLECISTECTOMIAS**  
**DETECTADAS EN MUJERES A PARTIR DE JULIO DEL 2008 A MAYO DEL 2009, EN**  
**OXKUTZCAB-YUCATÁN**



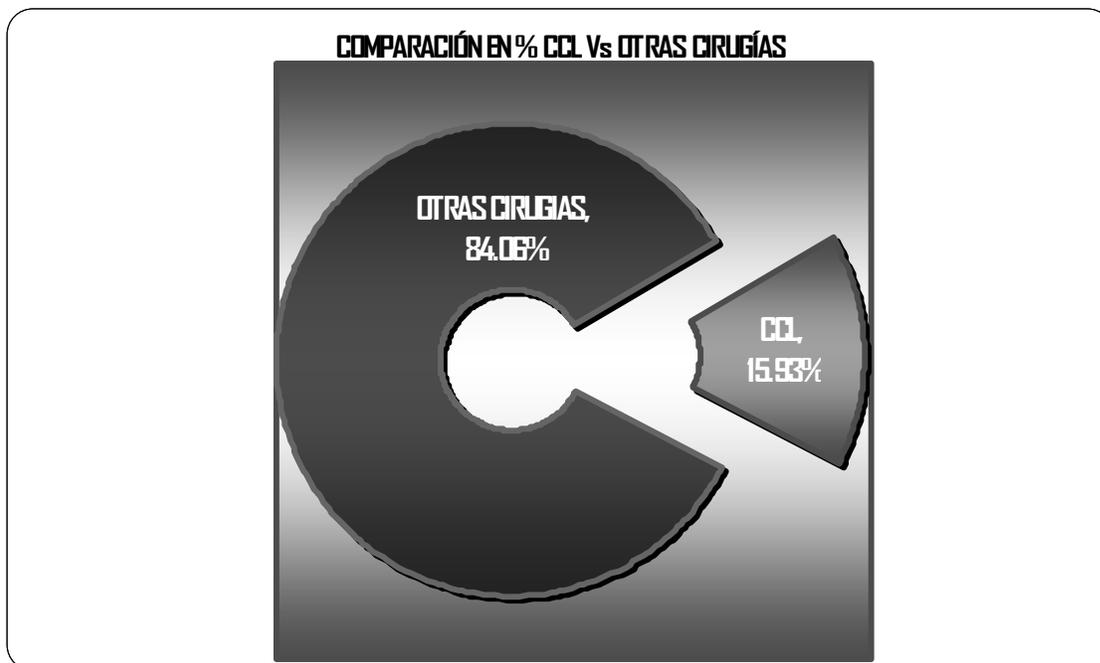
Fuente : Cuadro No. 3

**CUADRO No. 4****DISTRIBUCIÓN COMPARATIVA DE CIRUGÍAS REALIZADAS EN EL PERIODO DE JULIO 2008 A MAYO 2009. ESTUDIO DE CASOS REALIZADO EN EL HOSPITAL RURAL No 39**

<b>CIRUGIAS</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
<b>CCL</b>	<b>179</b>	<b>15.94%</b>
<b>OTRAS</b>	<b>944</b>	<b>84.06%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1123</b>	<b>100%</b>

**Cuadro No 4: Fuente de datos procesados por García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRÁFICA No. 4**  
**RELACIÓN DE PORCENTAJES DE CIRUGÍAS DE COLESISTECTOMÍA EN**  
**COMPARACIÓN CON OTRAS CIRUGÍAS EN OXKUTZCAB – YUCATÁN, 2008-2009**



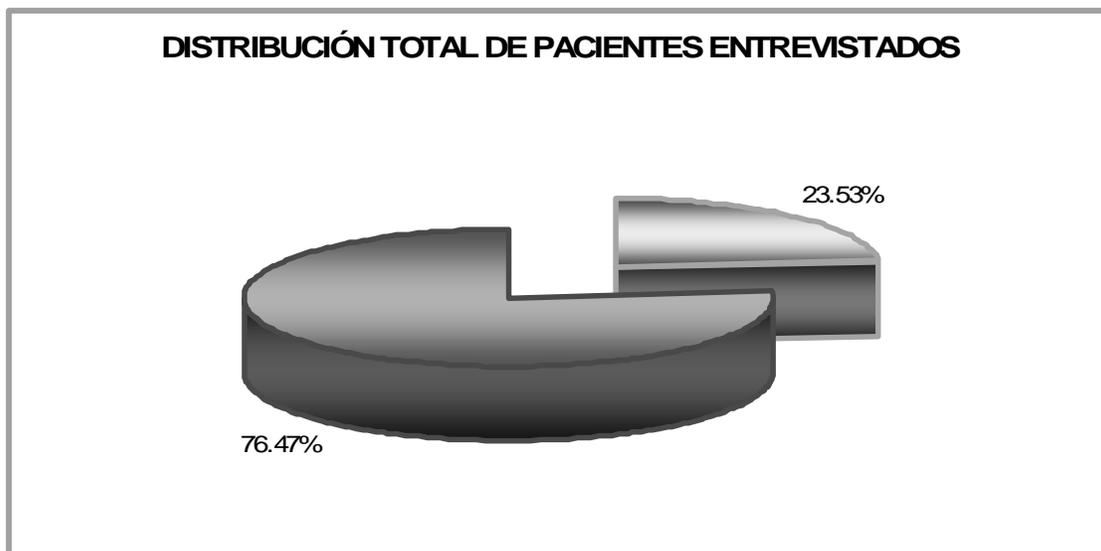
**Fuente: Cuadro No. 4**

**CUADRO No. 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE COLESISTECTOMÍAS DE ACUERDO A GÉNERO**  
**POR ENTREVISTA REALIZADA**

<b>GENERO</b>	<b>FO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>HOMBRES</b>	<b>4</b>	<b>23.53%</b>
<b>MUJERES</b>	<b>13</b>	<b>76.47%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

**Cuadro No 5. Fuente de datos procesado por García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRAFICA No. 5  
DIFERENCIACIÓN POR GÉNERO  
ENTRE PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS ENTREVISTADOS**



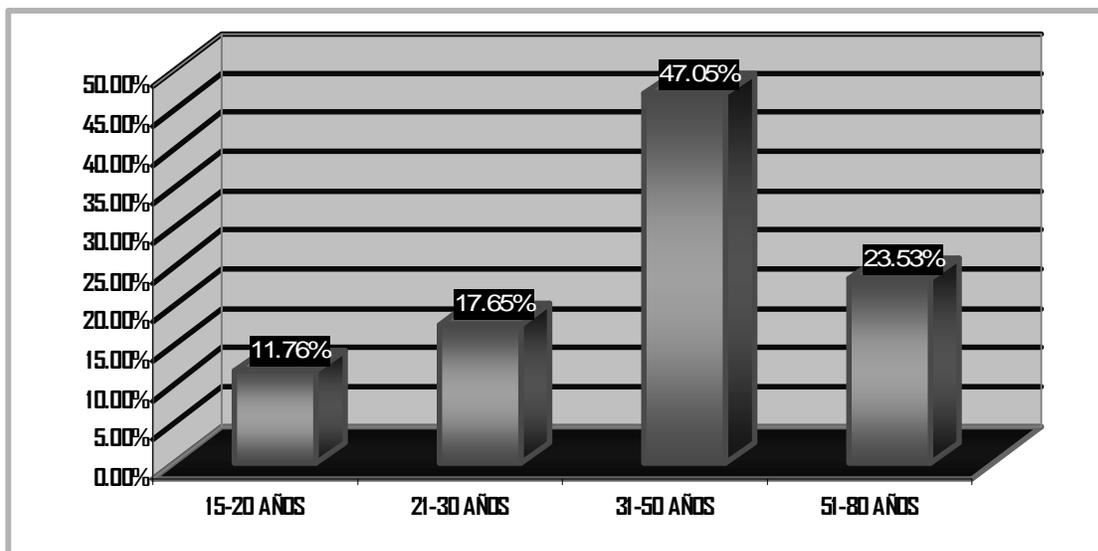
**Fuente: Cuadro No 5**

**CUADRO NO. 6**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS ENTREVISTADOS EN EL HOSPITAL RURAL NO 39**

<b>EDAD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
<b>15-20</b>	<b>2</b>	<b>11.76%</b>
<b>21-30</b>	<b>3</b>	<b>17.65%</b>
<b>31-50</b>	<b>8</b>	<b>47.05%</b>
<b>51-80</b>	<b>4</b>	<b>23.53%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>99.99%</b>

**Cuadro No 6. Fuente de datos procesada por García Morgado Oscar/ Luna Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRÁFICA No. 6**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ACUERDO A EDADES DE LOS PACIENTES**  
**OPERADOS DE COLECISTECTOMIA EN EL HOSPITAL RURAL # 39, OXKUTZCAB –**  
**YUCATÁN 2009**



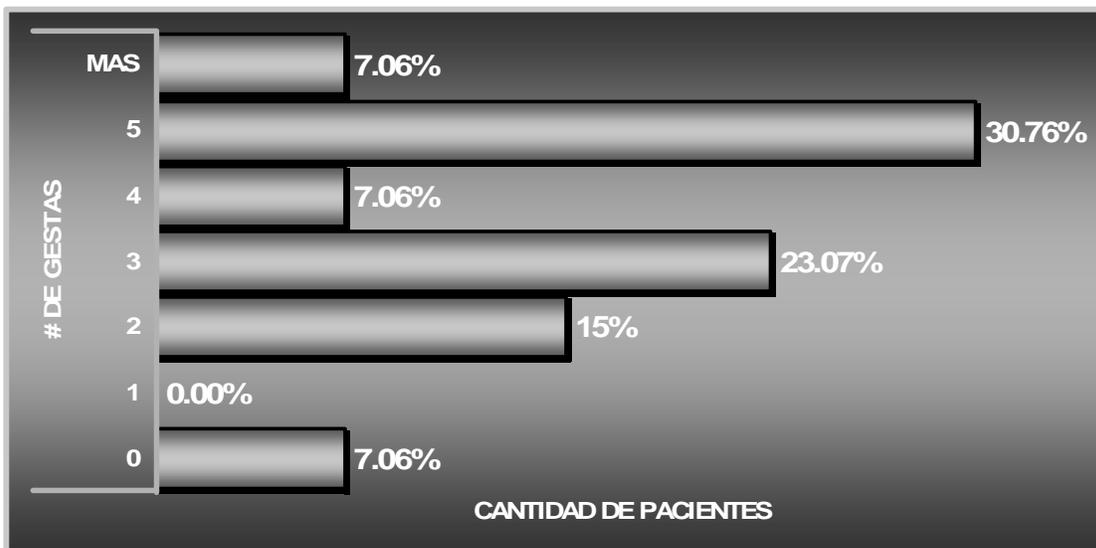
**Fuente: Cuadro No 6**

**CUADRO No. 7  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES OPERADAS DE COLEDOLITIASIS EN EL  
HOSPITAL RURAL # 39 DEACUERDO A NÚMERO DE GESTAS**

<b># DE GESTAS</b>	<b>FO</b>	<b>%</b>
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7.06%</b>
<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>2</b>	<b>2</b>	<b>15.38%</b>
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>23.07%</b>
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>7.06%</b>
<b>5</b>	<b>4</b>	<b>30.76%</b>
<b>MAS</b>	<b>1</b>	<b>7.70%</b>
<b>TOTALES</b>	<b>13</b>	

**Cuadro No 7. Fuente de datos procesada por García Morgado Oscar/ Luna Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRAFICA No. 7**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ACUERDO AL NÚMERO DE EMBARAZOS**  
**DE CADA PACIENTE OPERADA DE CCL**



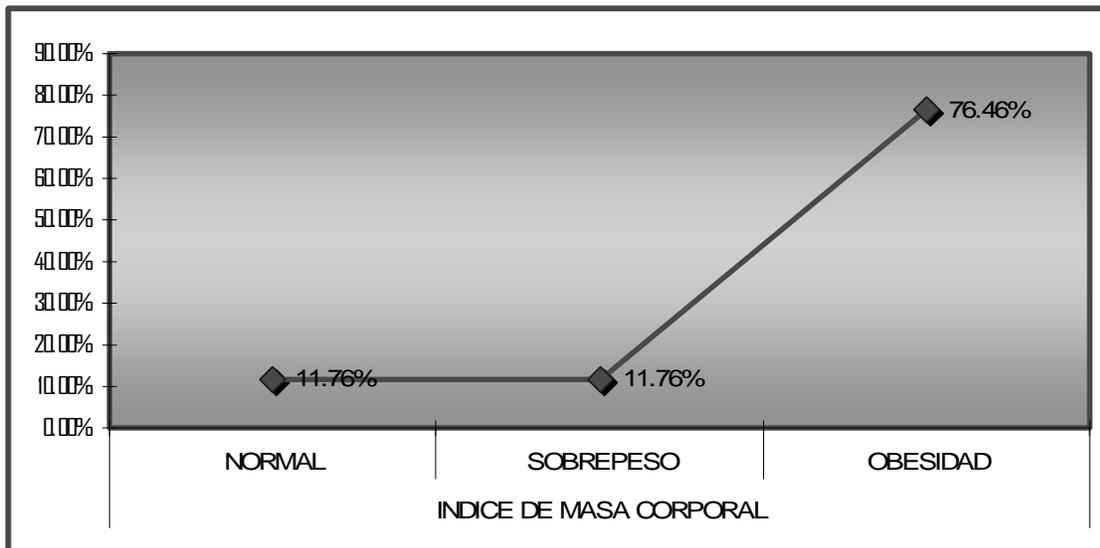
**Fuente: Cuadro No 7**

**CUADRO No. 8**  
**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL INDICE DE MASA CORPORAL, EN PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS TOMANDO COMO FACTOR DE RIESGO LA OBESIDAD.**

<b>INDICE DE MASA CORPORAL</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
NORMAL	2	11.76%
SOBREPESO	2	11.76%
OBESIDAD	13	76.46%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>99.98%</b>

**Cuadro No 8. Fuente de datos procesados por García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRAFICA No. 8**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ACUERDO AL IMC TOMANDO COMO FACTOR DE RIESGO LA OBESIDAD**



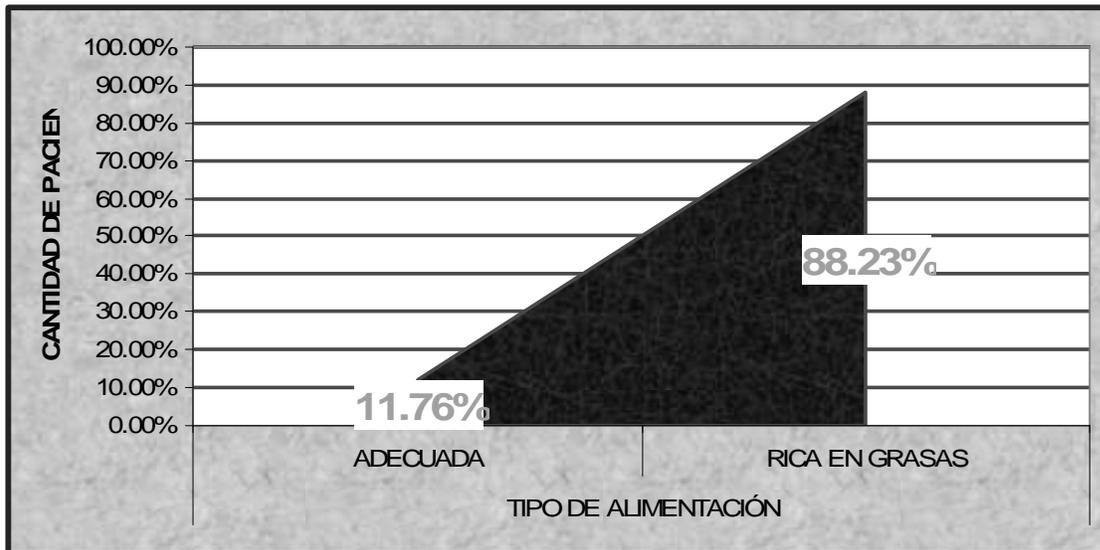
**Fuente: Cuadro No. 8**

**CUADRO No 9**  
**CASOS DE COLECISTECTOMÍA EN LAS PERSONAS ENTREVISTADAS DE**  
**ACUERDO A SU TIPO DE ALIMENTACIÓN TOMANDO COMO FACTOR DE RIESGO**  
**EL ALTO CONSUMO DE GRASAS**

<b>TIPO DE ALIMENTACIÓN</b>	<b>FO</b>	<b>%</b>
ADECUADA	2	11.76%
RICA EN GRASAS	15	88.23%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>99.99%</b>

**Cuadro No 9.- Fuente de datos procesados por García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRAFICA No. 9**  
**REPRESENTACION GRÁFICA DE ACUERDO AL TIPO DE INGESTA**  
**ALIMENTARIA TOMANDO COMO FACTOR DE RIESGO EL CONSUMO EXCESIVO**  
**DE GRASAS**



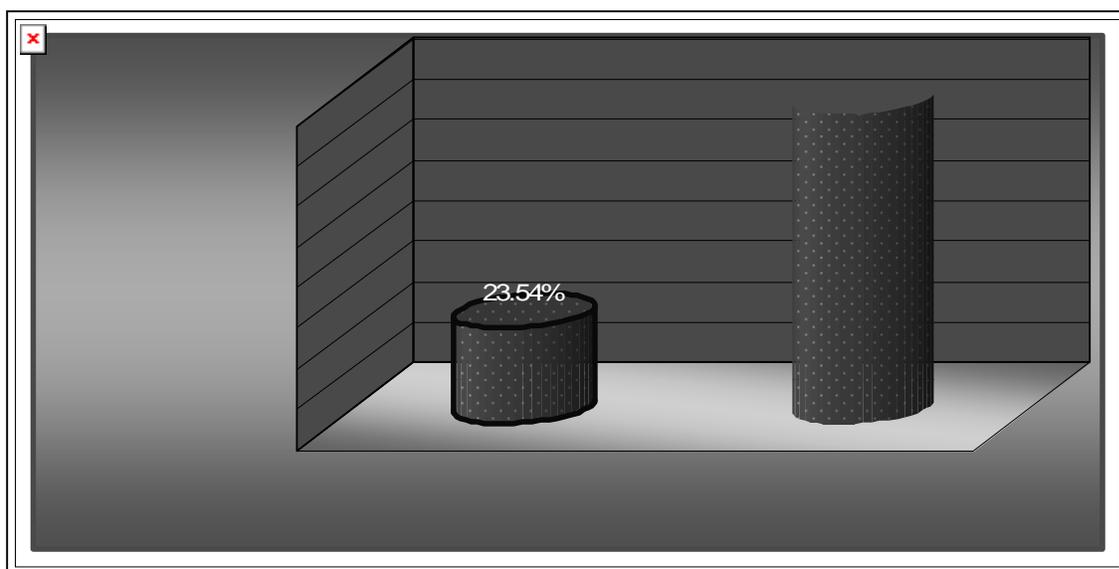
**Fuente: Cuadro No. 9**

**CUADRO No. 10**  
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ENTREVISTADOS QUE PRESENTAN**  
**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE COLECISTECTOMIA**

<b>ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES</b>	<b>FO</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>4</b>	<b>23.54%</b>
<b>NO</b>	<b>13</b>	<b>76.46%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

**Cuadro No 10. Fuente de datos procesados por García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRAFICA No. 10**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ACUERDO AL NUMERO DE CASOS QUE**  
**PRESENTAN FACTORES HEREDOFAMILIARES DE CCL**



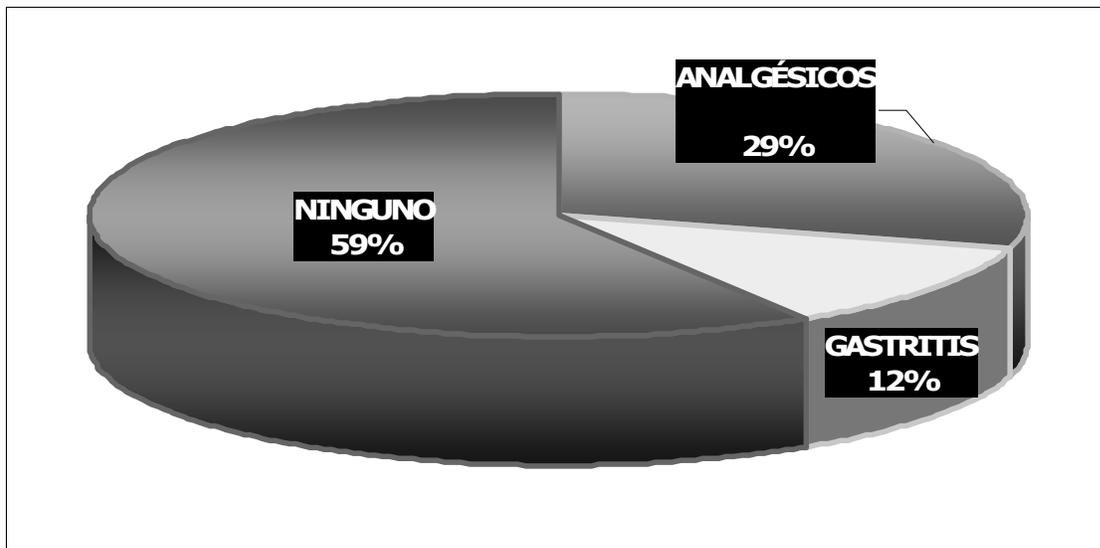
**Fuente: Cuadro No. 10**

**CUADRO No 11**  
**DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTES DEL**  
**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES**  
**COLECISTECTOMIZADOS**

<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTES DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
ANALGESICOS	5	29%
GASTRITIS	2	12%
NADA	10	59%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

**Cuadro No11. Fuente de datos procesados por García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRÁFICA No. 11**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EQUIVOCADO ANTES DEL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE CCL**



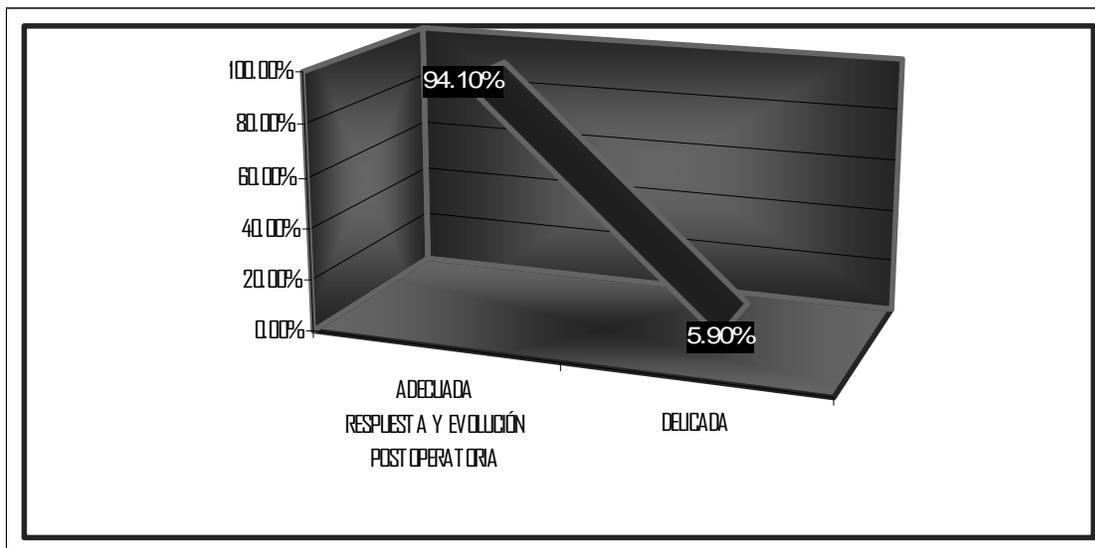
**Fuente: Cuadro No. 11**

**CUADRO No. 12**  
**DISTRIBUCIÓN DEACUERDO AL TIPO DE RESPUESTA POSTOPERATORIA EN**  
**PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS**

<b>RESPUESTA Y EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA</b>	<b>FO</b>	<b>%</b>
<b>ADECUADA</b>	<b>16</b>	<b>94.10%</b>
<b>DELICADA</b>	<b>1</b>	<b>5.90%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

**Cuadro No 12. Fuente de datos procesados por García Morgado Oscar, Luna  
Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRAFICA No. 12**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE ACUERDO AL TIPO DE RESPUESTA Y**  
**EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE CCL**



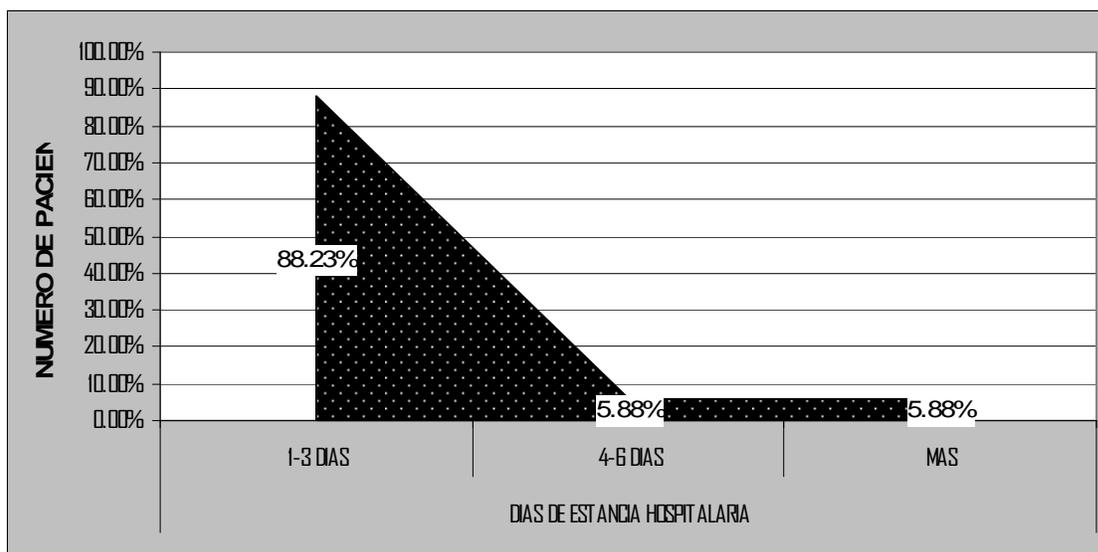
**Fuente: Cuadro No. 12**

**CUADRO No 13**  
**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE CADA**  
**PACIENTE ENTREVISTADO**

<b>DIAS DE ESTANCIA</b>	<b>FO</b>	<b>%</b>
<b>1-3</b>	<b>15</b>	<b>88.23%</b>
<b>4-6</b>	<b>1</b>	<b>5.88%</b>
<b>MAS</b>	<b>1</b>	<b>5.88%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>99.99%</b>

**Cuadro No 13. Fuente de datos procesados por García Morgado Oscar, Luna Cervantes Angélica en el Hospital Rural # 39**

**GRAFICA No. 13**  
**REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL TIEMPO PROMEDIO DE RECUPERACIÓN**  
**POSTQUIRÚRGICA**



**Fuente: Cuadro No. 13**

**CONCENTRADO DE DATOS SOBRE VARIABLES DE ESTUDIO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL RURAL # 39 DE OXKUTZCAB- YUCATÁN PERIODO (NOVIEMBRE 2008 – MAYO 2009)**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	TOTALES						
			HOMBRES		MUJERES				
Sexo	CUANTITATIVA	ORDINARIA	4		13				
Edad	CUANTITATIVA	ORDINARIA	15/20 AÑOS	21/30 AÑOS	31/50 AÑOS	51/80 AÑOS			
			2	3	8	4			
# de gestas	CUANTITATIVA	ORDINARIA	0	1	2	3	4	5	MAS
			1	0	2	3	1	4	1
Indice de Masa Corporal	CUANTITATIVA	ORDINARIA	NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		
			2		2		13		
Tipo de alimentación	CUALITATIVA	ORDINARIA	ADECUADA			RICA EN GRASAS			
			2			15			
Antecedentes heredofamiliares	CUALITATIVA	ORDINARIA	SI			NO			
			4			13			
Tratamiento farmacológico antes del diagnóstico definitivo	CUANTITATIVA	ORDINARIA	ANALGÉSICOS		GAS-TRITIS		NADA		
			5		2		10		
Respuesta y evolución postoperatoria	CUALITATIVA	ORDINARIA	ADECUADA			DELICADA			
			16			1			
Días de estancia en el Hospital Rural # 39 en etapa postoperatoria	CUANTITATIVA	ORDINARIA	1-3		4-6		MAS		
			15		1		1 (10 días)		

**Fuente: datos procesada por García Morgado Oscar/ Luna Cervantes Angélica. Datos obtenidos a través de la entrevista y del expediente clínico de cada uno de los pacientes**

#### 4.- Resultados

En el Hospital Rural No 39 Oxkutzcab – Yucatán del total de pacientes colecistectomizados se tomó una muestra de 17 pacientes de los cuales el 76.47% son mujeres y el 23.53% son hombres. Del total de cirugías realizadas en el periodo Julio 2008 a Mayo 2009, el 13.89% representa al género femenino y el 2.05% representa al género masculino. El 15.94% representa el total de colecistectomías realizadas en dicho periodo y el 84.06% equivale al total de porcentaje de cirugías realizadas referentes a otras patologías. Las edades de dichos pacientes oscilan de la siguiente manera: el 11.76% tienen de 13-20 años, el 17.65% tienen de 21-30 años, el 47.05% tienen de 31-50 años, el 23.53% De 51 a 80 años.

Con respecto al número de gestas de cada mujer entrevistada el 7.6% no tenido ningún embarazo, el 0% ha tenido un hijo, el 15.38% ha tenido 2 embarazos, el 23.07% ha tenido hasta gestas, el 7.6% tiene 4 hijos, el 30.76% tiene 5 hijos y el 7.6% ha tenido mas de 5 embarazos.

Cuando indagamos acerca de su Índice de Masa Corporal encontramos que el 11.76% tiene su peso normal, el 11.76% tiene sobrepeso y el 76.46% presenta obesidad.

Tomando como factor de riesgo el tipo de alimentación los porcentajes obtenidos son los siguientes: Dieta moderada en grasas 11.76% , dieta rica en grasas 88.23%.

Considerando que los antecedentes heredofamiliares como factor de riesgo son frecuentes encontramos que el 23.52% afirma tener antecedentes familiares, mientras que el 76.46% niega dichos antecedentes.

De los 17 entrevistados el tratamiento que llevaron fue el siguiente antes del diagnóstico definitivo: Analgésicos con un porcentaje de 29.41%, Antiácidos con

un porcentaje de 11.76% ya que primero les daban el diagnóstico de gastritis y 38.82% no consumían medicamentos debido a que las síntomas eran menores

Con respecto a la Respuesta y evolución postoperatoria de los 17 entrevistados, el 94.11% tuvo una respuesta adecuada, mientras que el 5.9% se mantuvo durante 10 días delicada, requiriendo incluso su traslado a otro nivel de atención hospitalaria.

Los días de estancia promedio de cada paciente fueron de 1 a 3 días en un 88.23% , de 4-6 días de estancia el 6% .

## **5.- Discusión**

Resulta interesante que hoy en día las patologías mas frecuentes son a causa de la obesidad en nuestro país; en el caso de la colelitiasis no es una excepción pues uno de los factores de riesgo para desarrollarla es la obesidad, ocasionada por el tipo de gastronomía típica, los hábitos alimenticios y por el tipo de agua específicamente de la Península de Yucatán, pues es bien sabido que la calidad del agua es principalmente sódico-clorurada y cálcico bicarbonatada, lo cual incrementa el riesgo para desarrollar dicho padecimiento.

Aunado a ello se agregan el gran número de embarazos por cada mujer, siendo también otro factor de riesgo importante para presentar colelitiasis

A través de este estudio se corrobora que una de la principales incidencias de los padecimientos vesiculares es por la ingesta exagerada de platillos altos en colesterol donde la vesícula por exceso de esta sustancia no degrada correctamente y se van formando cristales que se endurecen y llegan a obstruir los conductos biliares y la vesícula, ocasionando que la población de todas las edades aunque más frecuente en los adultos tengan que ser intervenidos quirúrgicamente dándonos porcentajes mensuales aparentemente insignificantes pero importantes, por lo que se tiene que iniciar un plan de prevención de hábitos alimenticios, que instruya a la población a disminuir la ingesta de lípidos; por otra parte el agua rica en calcio llega a formar parte de la formación de estos litos por el consumo diario del líquido vital, por lo que se recomienda a la población

un porcentaje de 11.76% ya que primero les daban el diagnóstico de gastritis y 38.82% no consumían medicamentos debido a que las síntomas eran menores

Con respecto a la Respuesta y evolución postoperatoria de los 17 entrevistados, el 94.11% tuvo una respuesta adecuada, mientras que el 5.9% se mantuvo durante 10 días delicada, requiriendo incluso su traslado a otro nivel de atención hospitalaria.

Los días de estancia promedio de cada paciente fueron de 1 a 3 días en un 88.23% , de 4-6 días de estancia el 6% .

## **5.- Discusión**

Resulta interesante que hoy en día las patologías mas frecuentes son a causa de la obesidad en nuestro país; en el caso de la colelitiasis no es una excepción pues uno de los factores de riesgo para desarrollarla es la obesidad, ocasionada por el tipo de gastronomía típica, los hábitos alimenticios y por el tipo de agua específicamente de la Península de Yucatán, pues es bien sabido que la calidad del agua es principalmente sódico-clorurada y cálcico bicarbonatada, lo cual incrementa el riesgo para desarrollar dicho padecimiento.

Aunado a ello se agregan el gran número de embarazos por cada mujer, siendo también otro factor de riesgo importante para presentar colelitiasis

A través de este estudio se corrobora que una de la principales incidencias de los padecimientos vesiculares es por la ingesta exagerada de platillos altos en colesterol donde la vesícula por exceso de esta sustancia no degrada correctamente y se van formando cristales que se endurecen y llegan a obstruir los conductos biliares y la vesícula, ocasionando que la población de todas las edades aunque más frecuente en los adultos tengan que ser intervenidos quirúrgicamente dándonos porcentajes mensuales aparentemente insignificantes pero importantes, por lo que se tiene que iniciar un plan de prevención de hábitos alimenticios, que instruya a la población a disminuir la ingesta de lípidos; por otra parte el agua rica en calcio llega a formar parte de la formación de estos litos por el consumo diario del líquido vital, por lo que se recomienda a la población

consumir preferentemente agua embotellada, ya que ésta tiene características diferentes por la serie de procedimientos por la que atraviesa al ser purificada.

Se encontró en algunas bibliografías que la aparición de litos en la vesícula se da con mayor frecuencia a partir de edades avanzadas, sin embargo, por la dieta mencionada anteriormente en este lugar se presenta hasta en edades de 17 años por lo que es de suma importancia tomar medidas que eduquen a las comunidades por los diferentes medios de comunicación para disminuir la incidencia de este padecimiento para que estas gocen de una mejor calidad de vida.

## **6.- Conclusiones**

Es evidente que la lucha contra varios de los factores de riesgo mencionados en este estudio son muy difíciles de combatir, ya que es romper con el esquema cultural del estilo de vida yucateco conformado desde años remotos, así como también consideramos que es imposible cambiar las propiedades naturales que propician factores de riesgo como es en el caso de las propiedades del agua, por ello a continuación mencionamos algunas de las medidas que creemos disminuirán la aparición de coledocolitiasis en la población de Oxkutzcab, Yucatán.

- Disminución de la ingesta de carnes rojas ya que estas secretan ácido úrico lo cual favorece la formación de litos vesiculares
- Fomentar el cocinar sin recurrir a la grasa saturada como en el caso de la manteca y hacer uso de aceites vegetales como el de olivo, ajonjolí, girasol, entre otros
- Darles a conocer los diferentes métodos de planificación familiar recalcando la importancia de estos no solo en el ámbito reproductivo
- Fomentar la realización de actividad física

consumir preferentemente agua embotellada, ya que ésta tiene características diferentes por la serie de procedimientos por la que atraviesa al ser purificada.

Se encontró en algunas bibliografías que la aparición de litos en la vesícula se da con mayor frecuencia a partir de edades avanzadas, sin embargo, por la dieta mencionada anteriormente en este lugar se presenta hasta en edades de 17 años por lo que es de suma importancia tomar medidas que eduquen a las comunidades por los diferentes medios de comunicación para disminuir la incidencia de este padecimiento para que estas gocen de una mejor calidad de vida.

## **6.- Conclusiones**

Es evidente que la lucha contra varios de los factores de riesgo mencionados en este estudio son muy difíciles de combatir, ya que es romper con el esquema cultural del estilo de vida yucateco conformado desde años remotos, así como también consideramos que es imposible cambiar las propiedades naturales que propician factores de riesgo como es en el caso de las propiedades del agua, por ello a continuación mencionamos algunas de las medidas que creemos disminuirán la aparición de coledocolitiasis en la población de Oxkutzcab, Yucatán.

- Disminución de la ingesta de carnes rojas ya que estas secretan ácido úrico lo cual favorece la formación de litos vesiculares
- Fomentar el cocinar sin recurrir a la grasa saturada como en el caso de la manteca y hacer uso de aceites vegetales como el de olivo, ajonjolí, girasol, entre otros
- Darles a conocer los diferentes métodos de planificación familiar recalcando la importancia de estos no solo en el ámbito reproductivo
- Fomentar la realización de actividad física

## 7.- Bibliografía

- [www.google.com.mx](http://www.google.com.mx)
- Merck Sharp And Dohme. Nuevo Manual De Merck. Editorial Oceano, España 2003
- C.P Anthony, G.A Thib Deau. Anatomía Y Fisiología. 10ma Edición, Editorial Mc Graw Hill, Mexico 1979
- Oto Cavero, Isabel. Enfermería Médico-Quirúrgica. Necesidad De Nutrición Y Eliminación. 2da Edición, Editorial Masso
- Leddy, Susan; Pepper, J. Mae, Bases Conceptuales De La Enfermería Profesional Ops 1989
- Mariner, Ann, "Modelos Y Teorías De Enfermería", Mosby 2003
- Martinez, Alfredo, Madrigal Herlinda. Alimentación Y Salud Pública. 2da Edición. Editorial: Mc Graw Hill Madrid, 2002 Pp 69-70
- Bautista Cruz, RaúlMier y Terán Suárez, Jaime. Colecistectomía laparoscópica. Experiencia en el Hospital General "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez"Salud en Tabasco [en línea] 2000, 6 (junio) : [fecha de consulta: 12 de agosto de 2009] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=48760105>
- Macedo, VíctorLlanos, Rodolfo, Ventura, Roberto, Ancieta, Marcos. Absceso Retroperitoneal Post Colecistectomía LaparoscópicaAnales de la Facultad de Medicina [en línea] 2000, 61 [fecha de consulta: 12 de agosto de 2009] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=37961208>
- Gómez Hernández, KarenVega Vega, Marlen, Orlich Carranza, Claudio. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Reporte preliminar de 100 casos Acta Médica Costarricense [en línea] 2006, 48 (julio-septiembre) : [fecha de consulta: 12 de agosto de 2009] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=43448305>
- Arroyo C, Martínez JL, Blanco R. Morbilidad y mortalidad operatoria posterior a colecistectomía abierta en pacientes con y sin sobrepeso. Cirugía y Cirujanos2008; 76391-394. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=66276506>. Consultado el 12 de julio de 2009
- Linton Ralph. Cultura y personalidad . Editorial fondo de cultura económica. U.S.A., 1945 PP 18, 23, 24, 27, 32, 44, 130