

Nombre del alumno:

Ana Virginia Méndez sontay

Nombre del profesor:

Doc. Cyndy de los Santos Candelaria

Maestría:

Licenciatura en enfermería

Materia:

Patología del adulto

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico del tema
“colecistitis y colelitiasis”

COLECISTITIS Y COLELITIASIS

DEFINICIÓN

La Colecistitis crónica es el proceso inflamatorio que se produce como consecuencia de la obstrucción del flujo de salida de la bilis de la vesícula biliar y que generalmente se asocia a la presencia de cálculos lo que favorece la distensión de la vesícula y a la proliferación bacteriana.

FACTORES DE RIEGO

- Edad: más frecuente a partir de los 40 años, cerca del 20% de los adultos a partir de esta edad y del 30% en los mayores de 70 años.
- Sexo femenino.
- Embarazo, sobre todo para el desarrollo de cálculos de colesterol
- Anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos, en este caso con mayor riesgo en mujeres menores de 40 años y las que reciben una dosis mayor de 50 microgramos de estrógenos.
- Otros fármacos como los fibratos y la ceftriaxona.
- Antecedentes familiares de litiasis biliar
- Obesidad.
- Pérdida rápida de peso.
- Nutrición parenteral.
- Diabetes Mellitus.
- Cirrosis hepática.
- Enfermedades del íleon
- Enfermedad de Crohn
- Dislipidemia
- Enfermedades hepáticas y metabólicas.

DIAGNOSTICO CLINICO

-Colecistitis y Colelitiasis no complicada:

SINTOMAS

- Signo de Murphy positivo
- Masa en cuadrante superior derecho
- Dolor en cuadrante superior derecho
- Resistencia muscular en cuadrante superior derecho
- Náusea
- Vómito

-Colecistitis aguda complicada:

SINTOMAS

- Vesícula palpable
- Fiebre mayor de 39° C
- Calosfríos
- Inestabilidad hemodinámica

-La perforación con peritonitis generalizada se sospecha cuando:

- Existen signos de irritación peritoneal difusa
- Distensión abdominal
- Taquicardia
- Taquipnea
- Acidosis metabólica
- Hipotensión
- Choque

-La colecistitis aguda se clasifica en 3 grados, de acuerdo a la afectación a otros órganos

- Grado I. Leve
- Grado II. Moderada
- Grado III. Grave

COLECISTITIS
Y
COLELITIASIS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Úlcera péptica perforada
- Apendicitis aguda
- Obstrucción intestinal
- Pancreatitis aguda
- Cólico renal o biliar
- Colangitis aguda bacteriana
- Pielonefritis
- Hepatitis aguda
- Hígado congestivo
- Angina de pecho
- Infarto de miocardio
- Rotura de aneurisma aórtico
- Tumores o abscesos hepáticos
- Herpes zoster
- Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis

COMPLICACIONES

-Colecistectomía v laparoscópica:

PATOLOGIAS

Colecistectomía y laparoscópica:

- Infecciones
- Íleo
- Hemorragia intraperitoneales
- Atelectasia
- Trombosis de venas profundas
- Infección del tracto urinario

-Colecistectomía por laparoscopia:

Como

- Lesión del conducto biliar
- Lesión del intestino
- Lesión hepática

-Clasificación de gravedad de Colecistitis aguda

GRADO I

Leve

Criterio

Colecistitis aguda en un paciente saludable sin disfunción orgánica, solo cambios inflamatorios leves en la vesícula biliar, la colecistectomía se puede hacer en forma segura con bajo riesgo operatorio.

GRADO II

Leve

Criterio

Colecistitis aguda acompañada cualquiera de las siguientes condiciones:

- Conteo de leucocitos elevado (> 18,000 mm³).
- Masa palpable en cuadrante superior derecho de abdomen.
- Duración del cuadro clínico > 72 h.
- Marcada inflamación local (peritonitis biliar, absceso perivesicular, absceso hepático, colecistitis gangrenada, colecistitis enfisematosa).

GRADO III

Grave

criterio

Colecistitis aguda acompañada por disfunción de cualquiera de los siguientes órganos/sistemas:

- Disfunción cardiovascular (hipotensión que requiere tratamiento con dopamina > 5 ug/kg/min. o cualquier dosis de dobutamina)
- Disfunción neurológica (disminución del nivel de conciencia).
- Disfunción respiratoria (PaO₂/FiO₂ promedio 2.0 mg/dl).
- Disfunción hepática (TP-INR >1.5)
- Disfunción hematológica (plaquetas < 10000/mm³)

Medidas por parte
personal de enfermería

- Se recomienda que los pacientes en condiciones de egreso después de la intervención quirúrgica, reciban educación y seguimiento nutricional, ya que podría ser efectivo para contribuir a su adecuada evolución.
- Se recomienda dietas blandas sin colecistoquinéticos (bajas en grasa con aporte calórico entre 1500 y 1700 Kcal. 40gr de fibra dietética y menos de 3000gr de colesterol por día y aumentar la ingesta de líquidos.
- Realizar medidas básicas para la prevención de infecciones de herida quirúrgica tales como:
 - Evaluar signos y síntomas de infección o Control de signos vitales
 - Observar signos de irritación de la herida quirúrgica
 - Cambiar apósito según necesidad
 - Cumplir con las medidas de asepsia durante las curaciones o Incentivar la deambulación precoz
 - Realizar cuidados de higiene de la piel
 - Utilizar técnica aséptica al cambiar
 - retirar el vendaje de la herida quirúrgica
 - No utilizar agentes antimicrobianos para el manejo de las heridas quirúrgicas.