

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

**Intervenciones
de Enfermería en la Atención del Adulto
con COLELITIASIS Y
COLECISTITIS
Crónica Agudizada**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-710-14





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECTOR GENERAL

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

DIRECTOR DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JAVIER DÁVILA TORRES

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINADOR DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA

COORDINADOR INTEGRAL DE ATENCIÓN EN EL SEGUNDO NIVEL

DR. ERNESTO HERNÁNDEZ ELIZARRARÁS

COORDINADOR DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

DR. SERGIO ALEJANDRO MORALES ROJAS

TITULAR DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

COORDINADOR DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINADOR DE PLANEACIÓN EN SALUD

LIC. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ DÍAZ PONCE

TITULAR DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. VICTOR HUGO BORJA ABURTO

Encargado de la COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINADOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINADOR DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA

COORDINADOR DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS

© Copyright IMSS “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: Intervenciones de Enfermería para la Atención del Adulto con Colelitiasis y Colectitis Crónica Agudizada. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; **2014**

Esta guía puede ser descargada de internet en:

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-<9MC o 10>: K80.0 Calculo de la vesicula biliar con colecistitis aguda
 GPC: Intervenciones de Enfermería para la atención del Adulto con
 Colelitiasis y Colectitis Crónica Agudizada
Coordinadores, Autores y Validadores

| Coordinadores: | | | |
|-----------------------------------|--|------|--|
| Lic. Ana Belem López Morales | Licenciatura en Enfermería Licenciatura en Psicopedagogía | IMSS | Coordinadora de Programas de Enfermería División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad |
| Autores: | | | |
| Enf. Fanny Rodríguez Sánchez | Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos Administración de los Servicios de Enfermería | IMSS | Enfermera Especialista del Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza |
| LEO Raquel Pérez Martínez | Licenciada en Enfermería y Obstetricia Administración de los Servicios de Enfermería | IMSS | Enfermera Jefe de Piso UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Siglo XXI |
| LEO Arianna Elizabeth Díaz Romero | Licenciada en Enfermería y Obstetricia Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos | IMSS | Enfermera Especialista del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI |
| L.E. Sara Jiménez Mariano | Licenciada en Enfermería Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos y Administración de los Servicios de Enfermería. | IMSS | Enfermera Jefe de Piso del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI |
| L.E. Leticia Luis Martínez | Licenciada en Enfermería Enfermera Especialista en Pediatría y Administración de los Servicios de Enfermería | IMSS | Subjefe de Enfermeras del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI |
| L.E. Martha Julia Gasca Granados | Licenciada en Enfermería Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos y Administración de los Servicios de Enfermería. | IMSS | Enfermera Especialista del Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza |

| Validación: | | | |
|--|----------------------------|------|---|
| Lic. Enf. Nora Silvia Silva Valenzuela | Licenciatura en Enfermería | IMSS | Subjefe de Enfermeras Hospital General de Zona # 15 Reynosa, Tamaulipas |
| Dr. Eduardo Ferat Osorio | Médico no Familiar | IMSS | Médico adscrito al Servicio de Gastrocirugía UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI |
| Dr. Humberto Erick Brandi Salinas | Médico no Familiar | IMSS | Médico adscrito al Servicio de Cirugía General UMAE Hospital de Traumatología Dr. Victorio de la Fuente Narvárez DF |

Índice

| | |
|--|-----------|
| ÍNDICE..... | 6 |
| CLASIFICACIÓN..... | 7 |
| PREGUNTAS A RESPONDER..... | 8 |
| ASPECTOS GENERALES..... | 9 |
| Justificación..... | 9 |
| Objetivo..... | 10 |
| Definición..... | 11 |
| EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES..... | 12 |
| 4.1. Intervenciones de enfermería en la identificación de signos y síntomas de colelitiasis y colecistitis crónica agudizada en el adulto..... | 13 |
| 4.2. Complicaciones más frecuentes de la colelitiasis y colecistitis crónica agudizada..... | 14 |
| 4.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL ADULTO CON COLECISTITIS LITIASICA AGUDA..... | 15 |
| 4.4. Participación de enfermería en el tratamiento de la mujer embarazada con colecistitis litiasica aguda..... | 17 |
| 4.5. Intervenciones de enfermería en el manejo preoperatorio del adulto con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada..... | 19 |
| 4.6. Intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico..... | 22 |
| 4.7. Intervenciones de enfermería para educación para la salud en pacientes con colecistectomía..... | 24 |
| 5. ANEXOS..... | 25 |
| 5.1 Protocolo de Búsqueda..... | 25 |
| 5.1.1 Primera Etapa..... | 26 |
| 5.1.2 Segunda Etapa..... | 27 |
| 5.1.3 Tercera Etapa..... | 28 |
| 5.1.4 Cuarta Etapa..... | 28 |
| 5.2. Escalas de Gradación..... | 29 |
| 5.3. Escalas de Clasificación Clínica..... | 32 |
| 5.3.1. Escala Visual Análoga para valorar el dolor..... | 32 |
| 5.4. Planes de Cuidados de Enfermería..... | 32 |
| 5.5. Diagramas de Flujo..... | 36 |
| 5.6. Listado de Recursos..... | 37 |
| Tabla de medicamentos..... | 37 |
| 6. GLOSARIO..... | 40 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA..... | 43 |
| 8. AGRADECIMIENTOS..... | 45 |
| 9. COMITÉ ACADÉMICO..... | 46 |

Clasificación

| Catálogo Maestro: IMSS-710-14 | |
|--|--|
| Profesionales de la salud | Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, Subjefe de Enfermeras, Enfermera Jefe de Piso, Enfermera Especialista Intensivista |
| Clasificación de la enfermedad | CIE10 K800 Calculo de la vesicula biliar con colecistitis aguda |
| Categoría de GPC | Segundo y Tercer Nivel de Atención |
| Usuarios potenciales | Enfermeras(os) auxiliares, enfermera(o) general, enfermera(o) especialista, enfermera(o) jefe de piso y personal en formación. |
| Tipo de organización desarrolladora | Instituto Mexicano del Seguro Social. UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. UMAE Hospital de Especialidades Centro Medico La Raza. |
| Población blanco | Hombres y Mujeres mayores de 18 años |
| Fuente de financiamiento / Patrocinador | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| Intervenciones y actividades consideradas | Intervenciones para la identificación de signos y síntomas característicos de la colelitiasis, Intervenciones específicas para el manejo del dolor agudo, para prevenir complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico, |
| Impacto esperado en salud | Disminución de la morbilidad y mortalidad Estandarizar el cuidado enfermero Limitación al daño Mejorar la calidad en la atención de enfermería Disminución de días de estancia hospitalaria. |
| Metodología | Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaran las fuentes con mayor puntaje obtenido, en la evaluación de su metodología, las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala. |
| Método de integración | Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 20 Guías seleccionadas: 5 Revisiones sistemáticas: 7 Ensayos controlados aleatorizados: 1 Reporte de casos: <número de reportes de casos seleccionados> Otras fuentes seleccionadas: 6 Obra literaria clásica : 1 |
| Método de validación: | Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: <Nombre e Institución > (en caso de haber sido desarrollado por el grupo de autores, y validado por CENETEC, especificarlo) Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social |
| Conflicto de interés | Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés |
| Registro | MSS-710-14 |
| Actualización | Fecha de publicación: 27 de marzo de 2014. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación. |

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la División de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1ª, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

Preguntas a Responder

1. ¿Qué signos y síntomas permiten identificar una Colelitiasis y colecistitis crónica agudizada en pacientes adultos?
2. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la colelitiasis y colecistitis crónica agudizada en el adulto?
3. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para el manejo del dolor en el adulto con colecistitis crónica agudizada?
4. ¿Cuáles es la participación de enfermería en el tratamiento de la mujer embarazada con y colelitiasis y colecistitis crónica agudizada?
5. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en el manejo preoperatorio del adulto con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada?
6. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico?
7. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para la educación a la salud en pacientes con colecistectomía?

Aspectos Generales

Justificación

Los trastornos de la vía biliar afectan una proporción importante de la población mundial. Más del 95% de las enfermedades biliares son atribuibles a colecistitis aguda (Motta G, 2010). La colecistitis aguda es sin duda una de las patologías más comunes en unidades hospitalarias; se considera la segunda causa de abdomen agudo después de la apendicitis. (Dávila S, 2010)

La mayor incidencia de la enfermedad ocurre en el adulto entre los 30 y 80 años de edad observándose más frecuente en mujeres que en hombres. La misma puede presentarse en un 20-30 % de los casos sin antecedentes de otras manifestaciones de la enfermedad previa. La principal manifestación clínica es el dolor abdominal agudo. Aproximadamente un 50 % de los pacientes han tenido síntomas de colecistitis aguda al menos 48 horas antes del ingreso. (Leiva R, 2007).

Es habitual en la práctica médica encontrar enfermos que sufren de colecistitis aguda cuando se tratan pacientes con cuadro abdominal agudo. El diagnóstico puede resultar fácil en ocasiones, aunque controversial cuando se decide el uso de antibióticos, mantener un tratamiento médico de inicio o realizar un proceder quirúrgico de urgencia a fin de lograr un máximo de beneficio para ellos. (Leiva R, 2007)

La colecistectomía laparoscópica hoy en día, es el estándar de referencia para el tratamiento de dicha patología, este procedimiento quirúrgico se encuentra entre las cinco primeras causas de intervención en unidades médicas quirúrgicas a nivel mundial, siendo considerado como el tratamiento quirúrgico más costoso entre los practicados para las enfermedades digestivas (Almora C, 2012).

Debido a la alta prevalencia de colecistitis aguda en unidades médicas, es necesario contar con instrumentos que guíen la práctica clínica de enfermería la cual debe ser basada en evidencia con la finalidad de estandarizar el cuidado y prevenir complicaciones para mejorar la calidad en la atención otorgada.

Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **intervenciones de enfermería en la atención del adulto con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- 1.- Definir los signos y síntomas que permitan identificar al paciente adulto con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada.
- 2.- Reconocer de manera oportuna las complicaciones secundarias a la colelitiasis y colecistitis crónica agudizada.
- 3.- Describir las intervenciones de enfermería para el manejo del adulto con dolor relacionado con colecistitis litiásica aguda.
- 4.- Conocer la participación de enfermería en el tratamiento de la mujer embarazada con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada.
- 5.- Definir los cuidados preoperatorios de enfermería que se realizan en el adulto con colecistitis litiásica aguda.
- 6.- Definir las intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico.
- 7.- Describir las intervenciones de enfermería para fomentar la educación para la salud en el paciente con colecistectomía.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

Definición

Colecistitis crónica agudizada: 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 (Angarita, 2010)

Colecistectomía: Es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de la vesícula biliar.

Colecistectomía Laparoscópica: Es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a través de una o varias incisiones en la pared abdominal utilizando un laparoscopio (un fino telescopio) conectado a una cámara proyectando la imagen en uno o varios monitores de grado médico.

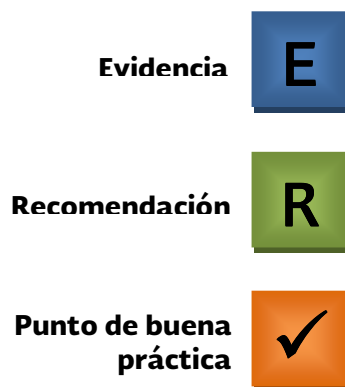
Intervenciones de Enfermería: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados.

Evidencias y Recomendaciones


Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: **MINSAL, SAGES, GRADE, SING y SHEKELLE**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:




En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:






| Evidencia / Recomendación | | Nivel / Grado |
|---|---|---|
|  | La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud. | 1a Shekelle <i>Matheson, 2007</i> |



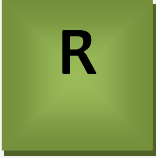
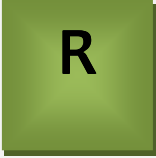

4.1. Intervenciones de enfermería en la identificación de signos y síntomas de colelitiasis y colecistitis crónica agudizada en el adulto

| | Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|----------|---|---|
| E | El dolor de la colecistitis litiásica se caracteriza por ser de gran intensidad y se localiza en el epigastrio, hipocondrio derecho con irradiación a la espalda, la escapula derecha o la región interescapular, En la mayoría de los casos de torna constante de duración mayor a 6 horas | IV (E. Shekelle) <i>Angarita F, 2010</i> |
| E | El dolor esta generalmente asociado a sudoración, náuseas y vómito, se incrementa con los movimientos y cede parcialmente con la flexión del tronco. Puede haber íleo reflejo. | III (E. Shekelle) <i>Valdés M, 2008</i> |
| E | Los pacientes con colecistitis aguda pueden presentar una vesícula distendida y palpable, así como referir dolor durante la palpación superficial y profunda del hipocondrio derecho. | IV (E. Shekelle) <i>Angarita F, 2010</i> |
| E | El signo de Murphy positivo es un signo característico de la colecistitis. Tiene una sensibilidad de hasta 97%, especificidad del 48%, valor diagnóstico positivo del 70%. | IV (E. Shekelle) <i>Valdés M, 2008</i> <i>Angarita F, 2010</i> |
| R | Valorar la presencia del signo de Murphy en pacientes con dolor abdominal | D (E. Shekelle) <i>Valdés M, 2008</i> |
| E | Los pacientes pueden estar febriles, especialmente en caso de infección asociada. Destaca la presencia de leucocitosis, elevación de proteína C reactiva (por encima de 3 mg/dl) y leve alteración del perfil hepático. | IV (E. Shekelle) <i>Tejedor M, 2012</i> |
| R | Identificar los signos y síntomas de colecistitis al realizar la valoración de enfermería | D (E. Shekelle) <i>Valdes M, 2008</i> |


| | | |
|---|---|--------------------------------|
|  | Evaluar al paciente utilizando el sistema de valoración de Margory Gordon para identificar los patrones disfuncionales. | Punto de buena práctica |
|---|---|--------------------------------|

4.2. Complicaciones más frecuentes de la colelitiasis y colecistitis crónica agudizada

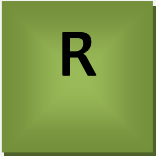
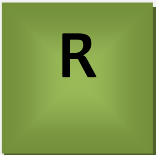

| | Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|---|---|
|  | Las complicaciones de la colecistitis aguda pueden llegar a ser letales si el diagnóstico y el manejo no son oportunos y efectivos. | III (E. Shekelle) <i>Castro F, 2008</i> |
|  | Un factor importante en la incidencia de las complicaciones es el tiempo que tarda en consultar un paciente al médico durante su episodio agudo y el número de episodios anteriores, ya que al ser un dolor tipo cólico autolimitado, permite que el paciente se demore más en acudir a los servicios de salud y presentarse cuando ya hay una complicación presente. | III (E. Shekelle) <i>Castro F, 2008</i> |
|  | El 95% de las colecistitis se asocian a colelitiasis y conlleva a un riesgo elevado de complicaciones posteriores, como hidrocolecisto, piocolecisto, coledocolitiasis, pancreatitis, empiema, perforación vesicular, peritonitis y sepsis por la contaminación bacteriana. | IV (E. Shekelle) <i>Almora C, 2012</i> |
|  | La infección de los conductos biliares (colangitis aguda), que se acompaña de fiebre, dolor e ictericia ocurre entre un 10 y un 20%. Puede ocurrir una inflamación aguda del páncreas (pancreatitis). | IV (E. Shekelle) <i>Almora C, 2012</i> |
|  | Los pigmentos biliares se acumulan a veces en sangre, produciendo ictericia. Si el conducto biliar permanece obstruido durante un periodo prolongado, el hígado se daña, pudiendo sobrevenir insuficiencia hepática e incluso la muerte. | IV (E. Shekelle) <i>Almora C, 2012</i> |

| | | |
|---|--|---|
|  | El 15% de los pacientes con colelitiasis también presenta coledocolitiasis. La litiasis en el colédoco puede ser asintomática, cursar como cólico biliar o complicarse con colangitis o pancreatitis aguda biliar. | IV (E. Shekelle) <i>Tejedor B, 2012</i> |
|  | La probabilidad de coledocolitiasis es mayor del 50% en los pacientes con coledocolitiasis visible en ecografía, colangitis o bilirrubina superior a 4mg/dl, y en aquellos con dilatación de la vía biliar y elevación de la bilirrubina inferior a 4mg/dl. Los pacientes con riesgo mayor deben ser sometidos a colangiopancreatografía (CPRE). | IV (E. Shekelle) <i>Tejedor B, 2012</i> |
|  | Identificar de manera oportuna las complicaciones secundarias a la colecistitis | C (E. Shekelle) <i>Castro F, 2008</i> |
|  | Se recomienda hospitalizar al paciente e iniciar el tratamiento quirúrgico si el dolor persiste por más de 6 horas a pesar de la infusión intravenosa de antiespasmódicos y antiinflamatorios, con frecuencia cardíaca mayor de 90 x min, fiebre mayor de 38.5°C y leucocitosis mayor a 13,000/mm ³ | D (E. Shekelle) <i>Almora C, 2012</i> <i>Tejedor, 2012</i> |
|  | Detectar ictericia pre y postoperatoria. | Punto de buena práctica |





4.3. Intervenciones de enfermería para el manejo del dolor agudo en el adulto con colecistitis litiasica aguda

| Evidencia / Recomendación | | Nivel / Grado |
|---|--|--|
|  | El musculo liso de la vesícula se contrae con el objeto de expulsar el cálculo, lo que genera distensión vesicular y episodios de dolor. | IV (E. Shekelle) <i>Angarita F, 2010</i> |

| | | |
|---|--|---|
|  | La valoración del dolor debe incluir un interrogatorio preciso, dirigido a evaluar la forma de aparición, progresión, irradiación, migración, localización y las condiciones que lo alivian o exacerban; el examen físico detallado incluye la evaluación del estado general, el registro de los signos vitales, la inspección, palpación, percusión y auscultación abdominal, para la búsqueda de signos específicos de colecistitis aguda. | IV (E. Shekelle) <i>Bulechek G, 2009</i> |
|  | La Escala Visual Análoga (EVA), es una herramienta que permite comprender la dimensión del dolor; se hace presente ante la necesidad de un método efectivo de medición del dolor que sufre un paciente. | IIb (E. Shekelle) <i>Dávila S, 2010</i> |
|  | Evaluar el dolor a través de la Escala Visual Análoga (EVA) permite establecer una base para el control y el alivio del dolor aun cuando se administran medicamentos. (Anexo 5.3.1) | B (E. Shekelle) <i>Dávila S, 2010</i> |
|  | Valorar el dolor a intervalos frecuentes por lo general al tomarle las constantes vitales. | Punto de buena práctica |
|  | Registrar y monitorizar la evaluación del dolor para evaluar la efectividad de la intervención. | Punto de buena práctica |
|  | El alivio del dolor debe ser a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. | IV (E. Shekelle) <i>Martínez A, 2012</i> <i>Bulechek G, 2009</i> |
|  | Para el manejo del cólico biliar se utilizan antiespasmódicos y analgésicos no opioides, basados en el hecho de que la hioscina disminuye el tono, la amplitud y la frecuencia de las contracciones del musculo liso, con efecto parcial en la vesícula y la vía biliar. | IIb (E. Shekelle) <i>Dávila S, 2010</i> IV (E. Shekelle) <i>Angarita C, 2010</i> |
|  | Ministrar medicamentos según prescripción médica. | D (E. Shekelle) <i>Bulechek G, 2009</i> |

| | | |
|---|---|---|
|  | Incluir el uso de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Respiración profunda • Relajación • Distracción | D (E. Shekelle) <i>Bulechek G, 2009</i> |
|  | Proporcionar apoyo emocional para dar seguridad en momentos de tensión y dolor, como medida no farmacológica. | D (E. Shekelle) <i>Bulechek G, 2009</i> |
|  | Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen problemas reales o previsibles relacionados con el dolor agudo tomando como base la taxonomía enfermera(Anexo 5.4) | Punto de buena práctica |




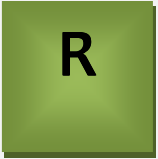

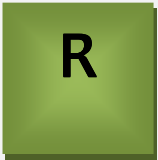
4.4. Participación de enfermería en el tratamiento de la mujer embarazada con colecistitis litiasica aguda

| Evidencia / Recomendación | | Nivel / Grado |
|---|--|--|
|  | La patología de las vías biliares (colecistitis y colelitiasis) constituye la segunda causa no obstétrica de emergencia abdominal en la mujer embarazada. | III (E:Shekelle) <i>Murillo M,2012</i> |
|  | Durante el embarazo se forma lodo biliar en más del 30% de las mujeres. | III (E:Shekelle) <i>Othman M,2012</i> |
|  | Del 1 al 3% de las mujeres embarazadas presentan litos vesiculares. | III (E:Shekelle) <i>Othman M,2012</i> |
|  | El dolor abdominal en el embarazo se origina por el aumento del volumen residual de bilis y disminución del vaciamiento vesicular, por efecto de la progesterona. Los estrógenos contribuyen a la saturación de colesterol del líquido biliar y por lo tanto, tienen efecto litogénico | III (E:Shekelle) <i>Hernández A,2011</i> |

| | | |
|---|--|---|
| R | Las pacientes embarazadas con dolor en el hipocondrio derecho deben ser evaluadas por ultrasonido ya que es una prueba no invasiva, segura y efectiva. | C (E:Shekelle) <i>Murillo M, 2012</i> |
| R | Mantener en reposo a la embarazada con la medicación indicada tomando en consideración proteger al producto. | C (E:Shekelle) <i>Murillo M, 2012</i> |
| E | Las modificaciones que se presentan durante el embarazo, constituyen factores condicionantes para desencadenar un problema vesicular, que en muchas ocasiones provoca ataque agudo, lo que obliga a realizar intervención quirúrgica antes de concluir el embarazo. | III (E:Shekelle) <i>Guzmán P, 2005</i> |
| E | La cirugía debe considerarse para pacientes gestantes con colecistitis aguda, especialmente si las condiciones no mejoran con el tratamiento conservador, cuando exista un deterioro del estado general, pancreatitis, ictericia obstructiva o cuadros repetitivos de cólico biliar persistente. | III (E:Shekelle) <i>Hernández A, 2011</i> |
| E | La colecistectomía laparoscópica es una opción terapéutica segura de preferencia en el segundo trimestre del embarazo con morbilidad materno fetal mínima. | III (E:Shekelle) <i>Hernández A, 2011</i> |
| R | Proveer cuidados a la paciente inmediatamente que se programa para cirugía, verificando la existencia de consentimiento quirúrgico. | C (E:Shekelle) <i>Hernández A, 2011</i> |

4.5. Intervenciones de enfermería en el manejo preoperatorio del adulto con colelitiasis y colecistitis crónica agudizada

| | Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|---|--|--|
|  | La provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y la verificación de los procedimientos, estudios y documentación son parte de la preparación quirúrgica | IV (E. Shekelle) <i>Bulechek G, 2009</i> |
|  | Al realizar la preparación quirúrgica asegurarse de: <ul style="list-style-type: none"> • Confirmar la información explicativa preoperatoria • Asegurarse de que el paciente se encuentre en ayuno. • Verificar que ha firmado el correspondiente consentimiento quirúrgico. • Verificar que los análisis de laboratorio se encuentren registrados en el expediente. • Comprobar la disponibilidad de elementos sanguíneos • Preguntar la existencia de alergias • Retirar alhajas • Quitar esmalte y maquillaje • Extraer dentaduras postizas o lentes | D (E. Shekelle) <i>Bulechek G, 2009</i> |
|  | Emplear el “Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica” en cualquier procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y disminuir las complicaciones evitables. | Calidad fuerte (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
|  | Garantizar la cirugía segura a través de la identificación del paciente y del sitio quirúrgico | Punto de buena práctica |
|  | Los pacientes portadores de colelitiasis y colecistitis deben de ser sometidos a colecistectomía | 3 (E: MINSAL) <i>Guía Clínica Colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años, 2010</i> |


| | | |
|---|---|---|
|  | <p>Se debe privilegiar la cirugía laparoscópica, quedando reservada la cirugía abierta a los casos con contraindicación de laparoscópica</p> | <p>II (E:SAGES) <i>Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery, 2010</i></p> <p>1 (E: MINSAL) Guía Clínica <i>Colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años, 2010</i></p> |
|  | <p>La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el método preferido en los pacientes con colecistitis aguda.</p> | <p>II (E:SAGES) <i>Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery, 2010</i></p> |
|  | <p>Los criterios de selección para la vía laparoscópica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente menor de 60 años 2. ASA I y II compensado 3. Ultrasonografía reciente 4. Pruebas de función hepática normal 5. Índice de masa corporal <35 | <p>3 (E: MINSAL) Guía Clínica <i>Colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años, 2010</i></p> |
|  | <p>Proveer cuidados a pacientes antes de la cirugía y verificar el procedimiento programado.</p> | <p>D (E. Shekelle) <i>Bulechek G, 2009</i></p> |
|  | <p>La profilaxis antibiótica quirúrgica es un complemento, para una buena técnica quirúrgica; debe ser considerada como uno de los componentes de una política eficaz para el control de la infección asociada a la salud.</p> | <p>I (E:SAGES) <i>Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery, 2010</i></p> <p>3 (E. SING) <i>Antibiotic Prophylaxis in Surgery, 2008</i></p> |
|  | <p>Ministrar medicamento según prescripción médica y protocolos establecidos</p> | <p>A (E:SAGES) <i>Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery, 2010</i></p> <p>D (E. SING) <i>Antibiotic Prophylaxis in Surgery, 2008</i></p> |

| | | |
|---|--|---|
|  | Para la administración segura de medicamentos es importante tomar en cuenta los efectos adversos e interacciones con otros fármacos. (Anexo 5.6) | Punto de buena práctica |
|  | Al realizar una incisión en la piel, los microorganismos que colonizan la superficie pueden contaminar los tejidos expuestos, proliferar y producir una infección de la herida quirúrgica. | Calidad alta (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
|  | La ducha preoperatoria reduce el número de microorganismos que colonizan la superficie de la piel. | Calidad alta (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
|  | Realizar el baño o ducha para la prevención de la infección de herida quirúrgica como mínimo la noche antes de la intervención. | Calidad fuerte (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
|  | Ensayos clínicos controlados demostraron que se produce menos infección de herida quirúrgica después de rasurar el vello con maquinilla o crema depilatoria que con rastrillo puesto que se forman pequeñas microabrasiones creadas en la piel por el uso de la cuchilla lo que puede favorecer a la multiplicación bacteriana, facilitando la contaminación de la herida. | Calidad alta (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
|  | Cuando sea conveniente rasurar se utilizara una maquinilla eléctrica con cabezal de un solo uso el mismo día de la cirugía. No se recomienda el uso de navaja o rastrillo para el rasurado. | Calidad fuerte (E:GRADE) <i>Guías de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |


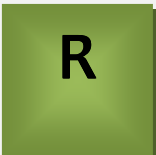

4.6. Intervenciones de enfermería para prevenir complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico

| | Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|----------|---|---|
| E | Entre un 5 a 10% de pacientes con colecistectomía pueden presentarse infecciones post operatorias, ya sea en la piel o intra abdominal ya que se considera un procedimiento limpio-contaminado, la que debe tratarse, al menos por 7 días. | 4 (E: MINSAL) <i>Guía Clínica Colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años, 2010</i> |
| R | Realizar medidas básicas para la prevención de infecciones de herida quirúrgica tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar signos y síntomas de infección • 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 • Incentivar la deambulacion precoz • Realizar cuidados de higiene de la piel • Utilizar técnica aséptica al cambiar o retirar el vendaje de la herida quirúrgica • No utilizar agentes antimicrobianos para el manejo de las heridas quirúrgicas. | D (E: Shekelle) <i>Guías clínicas de atención, 2009</i> |
| E | Algunos estudios evaluaron los efectos beneficiosos del lavado de manos para el manejo de las heridas y demostraron que las manos del personal de salud son la vía más habitual por lo cual los microorganismos se transfieren a los pacientes. | Calidad moderada (E:GRADE) <i>Guías de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
| R | Debe lavarse las manos antes y después de cada episodio de contacto directo con el paciente y después de retirarse los guantes | Calidad fuerte (E:GRADE) <i>Guías de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
| R | Por conveniencia y eficacia, se prefiere el uso de un gel de base alcohólica a no ser que las manos estén visiblemente sucias. | Calidad fuerte (E:GRADE) <i>Guías de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |

| | | |
|---|---|---|
|  | Las manos deberán lavarse con agua y jabón después de varias aplicaciones sucesivas de gel de base alcohólica. | Calidad fuerte (E:GRADE) <i>Guías de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
|  | En pacientes post operados con anestesia general, se debe mantener la homeostasis, ya que todos los tejidos se curan con más facilidad en condiciones óptimas de oxigenación, perfusión y temperatura corporal | Calidad moderada (E:GRADE) <i>Guías de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
|  | Es altamente recomendada monitorización con pulsioxímetro, durante la fase de recuperación. | Calidad fuerte (E:GRADE) <i>Guías de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
|  | Las medidas básicas de la monitorización respiratoria posterior a la cirugía son: <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la función respiratoria • Auscultar campos pulmonares cada 8 horas • Movilizar fuera de cama asistido por familiar • Realizar ejercicios respiratorios • Mantener al paciente en una posición de 30 a 40° | D (E: Shekelle) <i>Guías clínicas de atención, 2009</i> |
|  | Cuantificar gasto y características obtenido por sondas o drenajes en caso de tener. | Punto de buena practica |
|  | La presencia de náuseas y vómito en pacientes postoperados de colecistectomía, se asocian al uso de anestésicos volátiles, utilización de opioides, utilización de óxido nitroso, duración de la cirugía y tipo de la cirugía. | Calidad alta (E:GRADE) <i>Guías de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |
|  | El control del dolor postoperatorio, náuseas, y vómitos son importantes para el éxito mismo día descargarse. | II (E:SAGES) <i>Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery, 2010</i> |
|  | Se deberá considerar la prevención de náuseas y vomito administrando antieméticos, según prescripción médica. | Calidad fuerte (E:GRADE) <i>Guías de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico, 2010</i> |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  | Elaborar un plan específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que tienen factores de riesgo para presentar infección de herida quirúrgica tomando como base la taxonomía enfermera(Anexo 5.4) | Punto de buena practica |
|---|--|--------------------------------|

4.7. Intervenciones de enfermería para educación para la salud en pacientes con colecistectomía

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|--|---|
|  <p>En los casos que el paciente presente síntomas gastrointestinales adversos luego de la cirugía, pueden utilizarse recomendaciones generales para el manejo de estos síntomas (flatulencia, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal y anorexia)</p> | <p>Calidad alta (E: GRADE) <i>Guía de atención nutricional del paciente quirúrgico con algunas patologías del tracto intestinal, 2011</i></p> |
|  <p>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.</p> | <p>Calidad fuerte (E: GRADE) <i>Guía de atención nutricional del paciente quirúrgico con algunas patologías del tracto intestinal, 2011</i></p> |
|  <p>Se recomienda dietas blandas sin colecistoquineticos (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.</p> | <p>Punto de buena práctica</p> |

5. Anexos

5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática: **intervenciones de enfermería en la atención con colelitiasis y colecistitis aguda**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**
- Documentos publicados los últimos **5 años**
- Documentos enfocados **intervenciones de enfermería, tratamiento de colecistitis, colecistectomía laparoscópica y manejo del dolor.**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

Estrategia de búsqueda

5.1.1 Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema intervenciones de enfermería en colelitiasis y colecistitis en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **Cholelithiasis**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **3** resultados, de los cuales se utilizó **1** documento en la elaboración de la guía.

| Búsqueda | Resultado |
|---|-----------|
| ("Cholelithiasis/complications"[Mesh] OR "Cholelithiasis/diagnosis"[Mesh] OR "Cholelithiasis/epidemiology"[Mesh] OR "Cholelithiasis/mortality"[Mesh] OR "Cholelithiasis/nursing"[Mesh] OR "Cholelithiasis/prevention and control"[Mesh] OR "Cholelithiasis/surgery"[Mesh] OR "Cholelithiasis/therapy"[Mesh]) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2008/03/07"[PDat] : "2013/03/05"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) | 3 |

Algoritmo de búsqueda:

1. Pubmed
2. Cholelithiasis"[MeSH Terms]
3. Complications "[MeSH Terms]
4. Diagnosis "[MeSH Terms]
5. Epidemiology"[MeSH Terms]
6. Mortality"[MeSH Terms]
7. Nursing"[MeSH Terms]
8. Prevention and control "[MeSH Terms]
9. Surgery"[MeSH Terms]
10. Therapy"[MeSH Terms]
11. Practice Guideline [ptyp]
12. 2008/03/07"[PDat]: "2013/03/05"[PDat]
13. Humans
14. English
15. Spanish
16. #1 #3 OR #1 #4
17. #1 # 5 OR #1 #6
18. #1 # 7 OR # 1 # 8
19. # 9 OR # 10
- 20 # 10 AND #11
- 21 # 11 AND # 12
22. "2008/03/07"[PDat]: "2013/03/05"[PDat]
23. #12 AND 13
24. #14 OR #15

Se realizó una segunda búsqueda relacionados al tema intervenciones de **laparoscopia y embarazo** en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **laparoscopy and pregnancy**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **5** resultados, de los cuales se utilizó **1** documento en la elaboración de la guía.

| Búsqueda | Resultado |
|--|-----------|
| ((("laparoscopy"[MeSH Terms] OR "laparoscopy"[All Fields]) AND ("pregnancy"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[All Fields])) AND (Practice Guideline[ptyp] AND "2008/09/25"[PDat] : "2013/09/23"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))) | 5 |

Algoritmo de búsqueda:

1. Pubmed
2. Laparoscopy"[MeSH Terms]
3. Pregnancy
4. Practice Guideline [ptyp]
5. 2008/03/07"[PDat]: "2013/03/05"[PDat]
6. Humans
7. English
8. Spanish
9. #2 AND #3
10. # 3 AND #4
11. AND "2008/09/25"[PDat]: "2013/09/23"[PDat]
12. # 5 AND # 6
13. # 7 OR #8

5.1.2 Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en <http://www.artemisaenlinea.org.mx/> con el término **colecistitis** con el cual se encontraron **15** artículos, de los cuales se utilizaron **11** para la elaboración de la presente guía.

5.1.3 Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **Tracto Intestinal, atención nutricional, colecistectomía, antibioticoterapia, paciente quirúrgico**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

| Sitios Web | # de resultados obtenidos | # de documentos utilizados |
|---|---------------------------|----------------------------|
| SING | 1 | 1 |
| Gobierno de Chile. Ministerio de Salud | 1 | 1 |
| Guía salud | 1 | 1 |
| Seguro Social de Costa Rica | 1 | 1 |
| Total | 4 | 4 |

5.1.4 Cuarta Etapa

En esta etapa se utilizó 1 obra literaria considerada como clásica para la profesión de Enfermería.

5.2. Escalas de Gradación

La Escala Modificada de Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

| Categoría de la evidencia | Fuerza de la recomendación |
|---|---|
| Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios | A. Directamente basada en evidencia categoría I |
| Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio | |
| Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad | B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I |
| Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte | |
| III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas | C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II |
| IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas | D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III |

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

Escala de clasificación utilizada en la guía clínica colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años. MINSAL, 2010

| NIVEL | Descripción |
|--------------|--|
| 1 | Ensayos aleatorizados |
| 2 | Ensayos clínicos sin asignación aleatoria, estudios de cohorte o estudios de casos y controles |
| 3 | Estudios no analíticos, por ejemplo, reporte e casos, series de casos |
| 4 | Opinión de expertos |

Escala de clasificación de Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SING

| Nivel de evidencia | |
|---------------------------|---|
| 1++ | Meta-análisis de alta calidad, revisión sistemática o Ensayos Clínicos Controlados Aleatorizados (ECA), o ECAs con muy bajo riesgo de sesgo |
| 1+ | Meta-análisis bien dirigido, revisión sistemática, o ECAs con un bajo riesgo de sesgo |
| 1- | Meta-análisis, revisión sistemática, o ECAs con un alto riesgo de sesgo |
| 2++ | Revisión sistemática de alta calidad de casos control o estudios de cohorte Estudios de casos control o de cohorte de alta calidad con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y una alta probabilidad de que la relación es causal |
| 2+ | Estudios de casos control o de cohorte bien dirigidos con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y una moderada probabilidad de que la relación sea causal |
| 2- | Estudios de casos control o de cohorte con un alto riesgo de confusión o sesgo y un riesgo importante de que la relación sea causal |
| 3 | Estudios no analíticos, p.ej. informe de casos, series de casos |
| 4 | Opinión de Expertos |

| Grado de recomendación | |
|-------------------------------|---|
| A | Al menos un meta análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados |
| B | Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+ |
| C | Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++ |
| D | Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+ |

Escala de clasificación según los criterios GRADE

| Calidad de la evidencia científica | |
|---|---|
| Alta | Un estudio incluyendo meta-análisis y la revisión sistemática, que cumple con los criterios específicos de un estudio bien diseñado |
| Moderada | Un estudio incluyendo meta-análisis y la revisión sistemática, que no cumple o no está claro que cumpla al menos de uno los criterios específicos de un estudio bien diseñado. Se incluyen los estudios cuasi-experimentales |
| Baja | Un estudio (incluyendo el meta-análisis y la revisión sistemática) que tiene en su diseño al menos un defecto fatal o no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de estudio bien diseñado, aunque no presenta “errores fatales” o una acumulación de defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan elaborar las recomendaciones. se incluyen estudios observacionales |
| Muy baja | Estudios con datos confusos o imprecisos y existe al menos una posibilidad de sesgos |

| Estimación del grado de la recomendación | |
|---|---|
| Fuerte | Calidad de la evidencia alta |
| Débil | Calidad de la evidencia moderada o alta |
| Basado en el consenso | Calidad de la evidencia baja. Muy baja o ausente. |

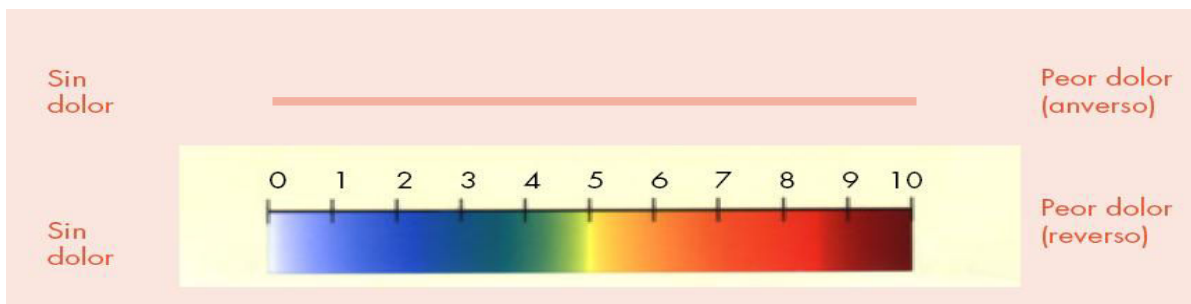
Escala de clasificación según los criterios de Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES)

| Nivel | Descripción |
|--------------|---|
| I | Evidencia de ensayos controlados aleatorios realizados adecuadamente |
| II | Evidencia de los ensayos controlados sin asignación al azar o estudios de cohortes, casos y controles o de series de tiempo múltiple. |
| III | Evidencia de estudios descriptivos, serie de casos o las opiniones de los grupos de expertos |

| Grado | Descripción |
|--------------|--|
| A | Basado en alto nivel (nivel I o II), estudios bien realizados con la interpretación y conclusiones uniforme por el panel de expertos |
| B | Basado en alto nivel, estudios bien realizado con diversas interpretaciones y conclusiones por el grupo de expertos |
| B | Basado en pruebas de nivel inferior (nivel II o menos) con resultados inconsistentes y / o diferentes interpretaciones o conclusiones por el grupo de expertos |

5.3. Escalas de Clasificación Clínica

5.3.1. Escala Visual Análoga para valorar el dolor



5.4. Planes de Cuidados de Enfermería

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| Diagnósticos de Enfermería | Resultados de Enfermería | | |
|---|--------------------------|---|---|
| | Resultado Esperado | Indicadores | Escala de Medición |
| Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico (cálculos biliares) manifestado por informe codificado, diaforesis, conducta expresiva, máscara facial, observación de evidencias de dolor. | Control del dolor | Reconoce síntomas asociados del dolor Refiere dolor controlado | 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado |
| Intervenciones de Enfermería | | | |
| Intervención: Manejo del dolor | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor). Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos, correspondientes. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas. Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro clínico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor. Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor cuando corresponda. | | | |

| Diagnósticos de Enfermería | Resultados de Enfermería | | |
|---|--|--|---|
| | Resultado Esperado | Indicadores | Escala de Medición |
| Nauseas relacionado con distensión gástrica, trastornos bioquímicos de enzimas, dolor manifestado por sensación nauseosa, aumento de la salivación, expresa tener sabor agrio en la boca. | Control de náuseas y vomito | Reconoce el inicio de nauseas | 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado |
| | Severidad de las náuseas y los vómitos | Informa de nauseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados | |
| Intervenciones de Enfermería | | | |
| Intervenciones: Manejo de las náuseas | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes. Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas. Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando el caso de náuseas relacionadas con el embarazo). Controlar los factores ambientales que pueden evocar náuseas (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable) Reducir o eliminar los factores personales que desencadene o aumenten las náuseas(ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimiento) Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que esto estimule las náuseas. | | | |

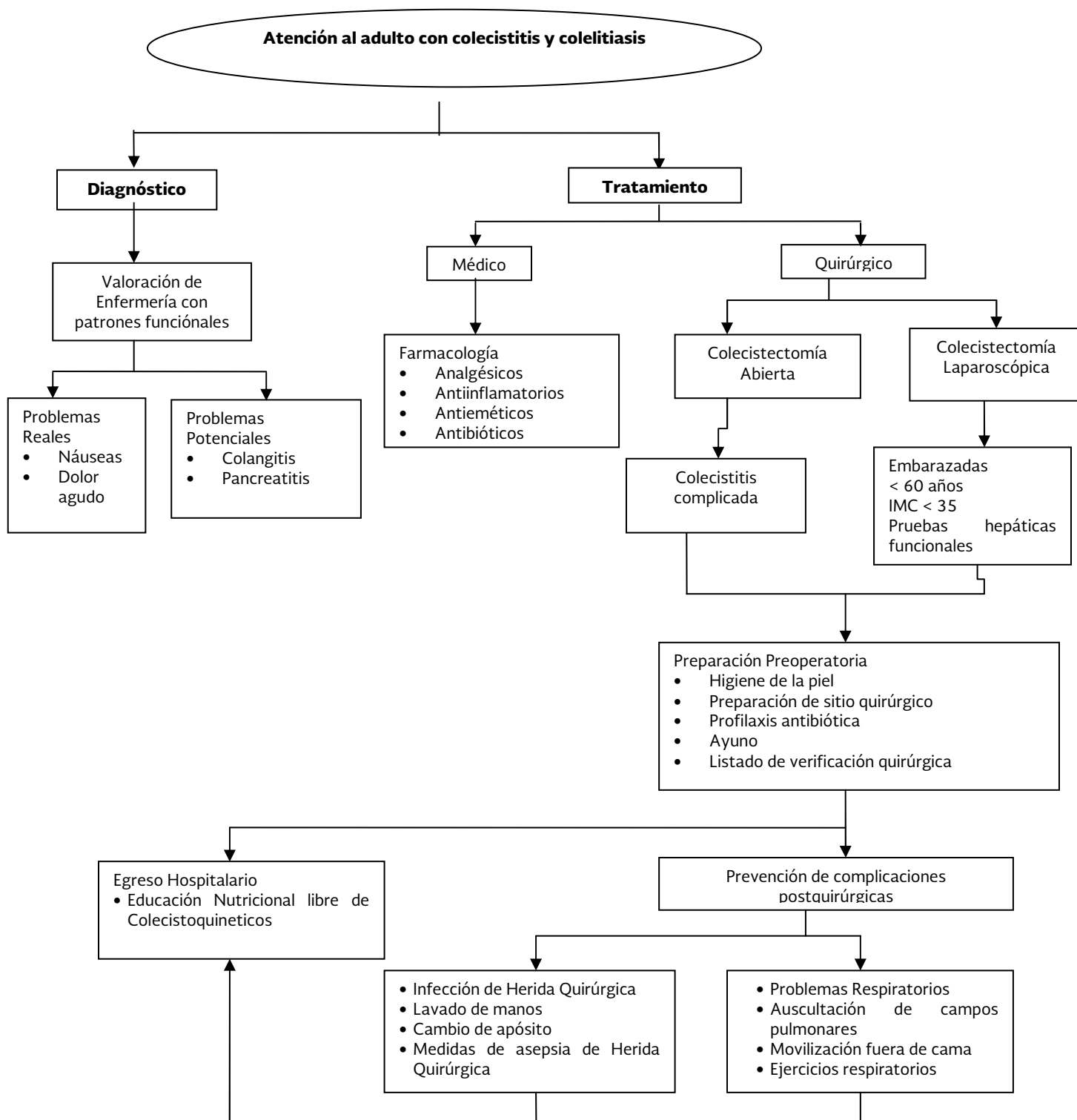
| Problema Interdependiente | Resultados de Enfermería | | |
|---|--|--|---|
| | Resultado Esperado | Indicadores | Escala de Medición |
| Vómito secundario a inflamación visceral y peritoneal manifestado por emesis | Control de náuseas y vómito | Reconoce el inicio de náuseas | 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado |
| | Severidad de las náuseas y los vómitos | Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados | |
| Intervenciones de Enfermería | | | |
| Intervenciones: Manejo del vómito | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Valorar el color, la consistencia, la duración y el alcance de la emesis. Medir o estimar el volumen de la emesis. Determinar la frecuencia y la duración del vómito. Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. Proporcionar apoyo físico durante el vómito. Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz. Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible. | | | |

| Diagnósticos de Enfermería | Resultados de Enfermería | | |
|---|--------------------------|--|---|
| | Resultado Esperado | Indicadores | Escala de Medición |
| Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos | Control del Riesgo | Reconoce cambios en el estado de salud | 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado |
| Intervenciones de Enfermería | | | |
| Intervenciones: Control de Infecciones | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Poner en práctica las precauciones universales • Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal • Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede. • Afeitar y preparar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía. • Cambiar los sitios de línea IV periférica y de línea central y los vendajes de acuerdo con lo establecido por Center for Disease Control (CDC) • Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. • Administrar terapia de antibióticos, si procede. • Instruir al paciente y la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador. | | | |

| Diagnósticos de Enfermería | Resultados de Enfermería | | |
|---|--------------------------|--|---|
| | Resultado Esperado | Indicadores | Escala de Medición |
| Temor relacionado con dolor, hospitalización y falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales manifestado por inquietud, expresa sentirse asustado, expresa reducción de la seguridad en sí mismo. | Autocontrol del miedo | Busca información para reducir el miedo Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo Controla la respuesta al miedo | 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado |
| Intervenciones de Enfermería | | | |
| Intervención: Apoyo emocional | | Intervención: Asesoramiento | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. • Tocar al paciente para proporcionarle apoyo, si el paciente lo permite. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad • Remitir a servicios de asesoramiento, si es preciso. | | <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto • Demostrar simpatía, calidez y autenticidad. • Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad. • Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede. • Favorecer la expresión de sentimientos • Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. • Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones. | |

| Diagnósticos de Enfermería | Resultados de Enfermería | | |
|---|---------------------------------|---|---|
| | Resultado Esperado | Indicadores | Escala de Medición |
| Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con déficit de conocimientos manifestado por verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos y fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria. | Conducta de Fomento de la salud | Realiza los hábitos sanitarios correctamente Sigue una dieta sana Utiliza métodos eficaces de control de peso | 1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 siempre demostrado |
| Intervenciones de Enfermería | | | |
| Intervenciones: Enseñanza proceso de enfermedad | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. • Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. • Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas. • Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede. • Identificar cambios en el estado físico del paciente. • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. | | | |

5.5. Diagramas de Flujo



5.6. Listado de Recursos

Tabla de medicamentos

Cuadro Básico del IMSS

| Clave | Principio activo | Presentación | Farmacocinética | Efectos adversos | Interacciones | Contraindicaciones |
|-----------------|----------------------------|------------------------------------|---|--|--|---|
| 010.000.5506.00 | Celecoxib | Capsulas 200mg | Analgésico y antiinflamatorio no esteroideo que inhibe selectivamente a la enzima ciclooxigenasa-2. Es útil en artritis reumatoide, osteoartritis y dolor posoperatorio. | Dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencias, nauseas, dolor lumbar, edema, cefalea, vértigo, rinitis, faringitis y sinusitis | Aumenta los efectos adversos de otros AINES y de anticoagulantes. Contrarresta el efecto de antihipertensivos | Hipersensibilidad al fármaco y a los antiinflamatorios no esteroideos. Utilizar bajo estricta vigilancia médica y no exceder las dosis superiores recomendadas. |
| 010.000.1935.00 | Cefotaxima Sódica | Frasco Ámpula 1gr/4ml de diluyente | Inhibe la síntesis de la pared celular. Cefalosporina de tercera generación indicado en infecciones causadas por bacterias gram positivos y gram negativos sensibles. | Anorexia, náuseas, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, dolor en el sitio de inyección, erupción cutánea, disfunción renal. | Con furosemida y aminoglucósidos aumenta el riesgo de lesión renal. | Hipersensibilidad al fármaco. |
| 010.000.4254.00 | Ceftazidima pentahidratada | 1 gr/ 3 ml de diluyente | Inhibe la síntesis de la pared celular. Cefalosporina de tercera generación | Angioedema, broncoespasmo, rash, urticaria, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudomembranosa, neutropenia, en ocasiones agranulocitosis, flebitis. | Con furosemida y aminoglucósidos aumenta el riesgo de lesión renal. | Hipersensibilidad al fármaco. |
| 010.000.3432.00 | Dexametasona | Solución inyectable 8mg/2 ml | Disminuye la inflamación, estabilizando las membranas lisosomales de los leucocitos. Suprime la respuesta inmunológica, estimula la médula ósea e influye en el metabolismo proteico de lípidos y glúcidos. | Hipertensión, edema no cerebral, cataratas, glaucoma, ulcera péptica, euforia, insomnio, comportamiento psicótico, hipocalcemia, hiperglucemia, acné, retraso en la cicatrización, atrofia en los sitios de inyección, debilidad muscular y síndrome de supresión. | Con fenobarbital, efedrina y rifampicina se acelera su eliminación. La indometacina y la aspirina aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal. | Hipersensibilidad a corticoesteroides, infecciones sistémicas y diabetes mellitus descontroladas, glaucoma, gastritis. Precaución en hipertensos. |

| Clave | Principio activo | Presentación | Farmacocinética | Efectos adversos | Interacciones | Contraindicaciones |
|-----------------|----------------------------|------------------------------|--|--|---|---|
| 010.000.5501.00 | Diclofenaco Sódico | Ampolleta 75 mg/3ml | Acción antiinflamatoria, analgesia y antipirética por inhibición de la síntesis de prostaglandina. Bloquea migración leucocitaria y altera procesos inmunológicos en los tejidos. | Nauseas, vomito, irritación gástrica, diarrea, dermatitis, depresión, cefalea, dificultad urinaria, hematuria. | Con Ácido acetil salicílico, otros AINES, anticoagulantes. Puede elevar el efecto toxico de la digoxina, inhibe el efecto de diuréticos e incrementa su efecto ahorrador de potasio. Altera los requerimientos de insulina e hipoglucemiantes orales. | Hipersensibilidad al fármaco, lactancia, trastornos de la coagulación, asma, ulcera péptica e insuficiencia hepática y renal, hemorragia gastrointestinal, enfermedad cardiovascular. Precaución en ancianos y adultos de bajo peso corporal. En el tratamiento prolongado vigilar función medular, renal y hepática. |
| 010.000.4439.00 | Clorhidrato de granisetron | 3 mg/ 3 ml | Antagonista altamente selectivo de los receptores 5-hidroxitriptamina (5 – HT3) de las terminales periféricas del nervio vago y en la zona desencadenante del vomito en el área postrema del SNC | Cefalea y constipación nasal, rara vez reacciona a hipersensibilidad con exantema cutáneo y anafilaxia. Aumento de transaminasas hepáticas | Aumenta su depuración plasmática con fenobarbital. No interacciona con la quimioterapia contra el cáncer ni con los medicamentos anti ulcerosos, benzodiazepinas, ni con neuroepilepticos. | Hipersensibilidad al fármaco. |
| 010.000.3422.00 | Ketorolaco - Trometamina | Dilución inyectable 30mg/2ml | Inhibe la enzima ciclooxigenasa y por consiguiente de la síntesis de las prostaglandinas. Útil para dolor de leve a moderada intensidad | Úlcera péptica, sangrado gastrointestinal, perforación intestinal, prurito, náuseas, dispepsia, anorexia, depresión, palidez, hipertensión arterial, disgeucia y mareo | Sinergismo con otros antiinflamatorio no esteroideos por aumentar el riesgo de efectos adversos. Disminuye la respuesta diurética a furosemida. Aumenta la concentración plasmática de litio. | Hipersensibilidad al fármaco o a otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, ulcera péptica e insuficiencia renal y diátesis hemorrágica. |
| 010.000.5428.00 | Ondasetron | Solución inyectable 8 mg/4ml | Es un antagonista selectivo de la serotonina a nivel de receptores tres que reduce la incidencia y severidad de las náuseas y vomito | Cefalea, estreñimiento y reacciones de hipersensibilidad. | Inductores o inhibidores del sistema enzimático de microsomal hepático modifican su transformación | Hipersensibilidad al fármaco |

| Clave | Principio activo | Presentación | Farmacocinética | Efectos adversos | Interacciones | Contraindicaciones |
|---------------------|------------------|---------------------------|--|--|---|---|
| 010.000.010 4.00 | Paracetamol | Tabletas 500mg | Inhibe la síntesis de prostaglandinas y actúa sobre el centro termorregulador en el hipotálamo | Reacciones de hipersensibilidad, erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis renal e hipoglucemia | El riesgo de hepatotoxicidad aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como fenobarbital, fenitoina y carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales. | Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave. No debe administrarse más de 5 dosis en 24 horas ni más de 5 días. |
| 010.000.341 5.00 | Piroxican | Capsula o tableta 20mg | Inhibe la biosíntesis de prostaglandinas, acción que depende de su efecto inhibidor sobre la ciclooxigenasa. | Náuseas, vómito, diarrea, erupción cutánea, edema de extremidades, leucopenia, sangrado gastrointestinal, hematuria, trombocitopenia, anemia aplásica. | Aumenta el efecto de los anticoagulantes, interactúa con otros depresores de la médula ósea, hepatotóxicos y nefrotóxicos aumentando los efectos adversos. | Hipersensibilidad al fármaco o a otros antiinflamatorios no esteroides, insuficiencia renal severa, depresión de médula ósea, trastornos de la coagulación y úlcera gástrica. |

6. Glosario

Antiespasmódico: sustancia o fármaco que evita o reduce la contractura de la musculatura lisa de la víscera hueca.

Colangitis: inflamación de los conductos biliares producida por invasión bacteriana o por obstrucción de las vías por cálculos o por un tumor. Este trastorno se caracteriza por dolor intenso en el cuadrante superior derecho, ictericia (si existe obstrucción) y fiebre intermitente.

Colelitiasis: presencia de cálculos biliares en la vesícula biliar. Este trastorno afecta a cerca del 20% de la población mayor de 40 años de edad y es más prevalente en mujeres y en sujetos con cirrosis hepática. Los pacientes se quejan de molestias abdominales, eructos e intolerancia a ciertos alimentos.

Colecistitis: inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar. La colecistitis aguda generalmente se produce por un cálculo biliar que no puede pasar a través del conducto cístico.

Colecistectomía: extirpación de la vesícula.

Colecistectomía laparoscopia: extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a través de una incisión en la pared abdominal, utilizando un laparoscópico.

Colédoco – litiasis: cálculo biliar en el colédoco. Dicho cálculo puede ser formado de pigmentos biliares o de sales de calcio y colesterol.

Cólico biliar: dolor de tipo visceral o de musculo liso asociado específicamente con el paso de cálculos a través de los conductos biliares.

Diagnóstico de Enfermería: es un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnostico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.

Distensión (abdominal): prominencia del abdomen causada por el aumento de tamaño de los órganos sólidos o acumulación de gases o líquidos dentro del mismo.

Dolor: es una experiencia sensorial y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central. Es una experiencia asociada a una lesión tisular o expresada como si ésta existiera

Dolor abdominal: El dolor abdominal es un síntoma que se produce en el área abdominal, tanto a nivel alto (estómago), o más bajo (a nivel intestinal).

Embarazo: gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fetal. Dura 266 días a partir de la fecundación.

Estrógenos: sustancia perteneciente a un grupo de compuestos esteroides hormonales que favorecen el desarrollo de los caracteres secundarios femeninos. Los estrógenos humanos se producen en el ovario, corteza suprarrenal, testículo y unidad fetoplacentaria.

Escala visual análoga EVA: herramienta que permite conocer la dimensión del dolor, se presenta como una línea horizontal de 10cm. Esta escala logra que el paciente, con la propia estimación del dolor nos indique la intensidad que sufre en ese momento.

Gestión ineficaz de la propia salud: patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

Hidrocolecisto: dilatación considerable de la vesícula biliar no inflamada debida a un obstáculo al curso de la bilis.

Intervención de Enfermería: todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Lodo biliar: es el resultado de la unión de gel viscoso de mucina con cristales de colesterol.

Laparoscopia: examen de la cavidad abdominal con un laparoscopio a través de una pequeña incisión en la pared abdominal.

Litos: piedras.

Litogénico: dícese de la sustancia o factor que favorece la formación de cálculos.

Nauseas: sensación subjetiva desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago, que puede o no dar lugar a vómitos.

MINSAL: ministerio de Salud

Opioides: llamados narcóticos agonistas, incluyen por lo general a los alcaloides naturales y semisintéticos derivados del opio y sus sustitutos sintéticos, cuyas acciones mimetizan las de la morfina.

Piocollecisto: presencia de pus en la vesícula biliar.

Progesterona: hormona sexual femenina secretada por el cuerpo lúteo del ovario luego de la ovulación para preparar el endometrio para el embarazo. También es producida por la placenta durante el embarazo.

Riesgo de Infección: riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Sales biliares: mezcla de sales de sodio de los ácidos biliares y de los ácidos cólico y quenodesoxicólico sintetizados por el hígado a partir del colesterol. Su baja tensión superficial contribuye a la emulsión de las grasas en el intestino.

Signo de Murphy: prueba que se realiza en las enfermedades de la vesícula biliar, en la que se pide al paciente que inspire mientras los dedos del examinador se sitúan por debajo del reborde hepático, en el borde de la parrilla costal. La inspiración produce el descenso de la vesícula biliar hacia los dedos, apareciendo dolor si la vesícula está inflamada.

Sinergismo: interacción entre dos sustancias cuyo resultado es que el efecto combinado de ellas sobre el organismo sea mayor que la suma de los efectos individuales. El efecto resultante se llama efecto sinérgico.

Síndrome de supresión de corticoides: la disminución brusca de concentraciones plasmáticas de corticoides puede producir un auténtico síndrome de abstinencia similar al que se produce con cualquier droga.

Temor: respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Viabilidad: posibilidad de vivir o existir

7. Bibliografía

1. Almora CL, Arteaga Y, Plaza T, Prieto Y, Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Rev. Ciencias Médicas. 2012;16(1):200-2014
2. Angarita FA, Acuña SA, Jiménez C, garay J, Gómez D, Domínguez LC. Colectistitis calculosa aguda. Univ. Med. Bogotá. 2010;51(3):301-319
3. Bulechek G. McCloskey J. Clasificación de las intervenciones de enfermería. 5ª ed. España:2009
4. Castro F, Galindo J. Bejarano M. Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. Rev. Colomb Cir 2008; 23(1):16-21
5. Dávila SA, Chávez RH. Dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica. Ropivacaina vs placebo. Ensayo Clínico. Cirujano General. 2010; 32(2):96-99
6. Guía de Atención Nutricional del Paciente Quirúrgico con Algunas Patologías del tracto Intestinal. Caja Costarricense e Seguro Social. 2011
7. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.2010
8. Guía Clínica Colecistectomía Preventiva en adultos de 35 a 49 años. Series Guías Clínicas MINSAL.2010.
9. Guzmán P, Heredia R, Niño de Guzmán O, Verduguez N. Colectistitis aguda en el embarazo. Gac Med Bol 2005; 28(2): 42-49
10. Hernández AI, Aguirre X, Pedraza LA. Colecistectomía laparoscópica en el embarazo. Experiencia de cinco años en el hospital español de México y revisión de la bibliografía. Rev. Ginecol Obstet Mex 2011; 79(4):200-2005.
11. Leiva R R, Quintero T L. Colectistitis aguda. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(2). Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)_17/resumen.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_17/resumen.html)
12. Martínez AL, Rodríguez NT. Dolor postoperatorio: enfoque procedimiento-especifico. Rev Cienc Biomédicas. 2012; 3(2):360-372
13. Ministerio de salud Perú. Guías de atención clínica servicio de cirugía general. Atención en Enfermería Colecistectomía Laparoscópica. 2009 pp 51-53. Disponible en http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2009/GUIAS_CLINICAS_SERVICIO_CIRUGIA_2009.pdf
14. Motta GA. Rodriguez C. Abordaje diagnóstico por imagen en patología benigna de la vesícula y vías biliares. Cirugía endoscópica. 2010; 11(2): 71-79
15. Murillo M C. Patología de vías biliares y embarazo. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2012;(601): 163-169.

16. Othman MO, Stone E, Hashimi M, Parasher G. Conservative Management of Cholelithiasis and its complications in pregnancy is associated with recurrent symptoms and more emergency department visits. *Gastrointest Endosc.* 2012; 76(3):564-9.
17. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. Los Angeles (CA): Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES); 2010(37)
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Antibiotic Prophylaxis in Surgery a National Clinical Guideline. 2008
19. Tejedor M., Albillos A. Enfermedad litiásica biliar. *Medicine.* 2012; 11(8):481-8
20. Valdés M, Egea J. Colelitiasis. *Medicine* 2008; 10(8):508-17

8. Agradecimientos

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano de Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano de Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

| | |
|-------------------------------------|---|
| Srita. Luz María Manzanares Cruz | Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Sr. Carlos Hernández Bautista | Mensajero División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Lic. María Luisa Betancourt Falcón | División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Lic. Bertha Herrera Villalba | Directora de Enfermería UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI |
| Lic. María Guadalupe Rosales Torres | Directora de Enfermería UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza |

9. Comité Académico

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

| | |
|--|---|
| Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera | Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad |
| Dr. Arturo Viniegra Osorio | Jefe de División |
| Dra. Laura del Pilar Torres Arreola | Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica |
| Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores | Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica |
| Dra. Rita Delia Díaz Ramos | Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos |
| Dra. Judith Gutiérrez Aguilar | Jefa de Área de Innovación de Procesos |
| Dr. Antonio Barrera Cruz | Coordinador de Programas Médicos |
| Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. Aidé María Sandoval Mex | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. Yuribia Karina Millán Gámez | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dr. Juan Humberto Medina Chávez | Coordinador de Programas Médicos |
| Dra. Adolfin Bergés García | Coordinadora de Programas Médicos |
| Lic. Ana Belem López Morales | Coordinadora de Programas de Enfermería |
| Lic. Héctor Dorantes Delgado | Coordinador de Programas |
| Lic. Abraham Ruiz López | Analista Coordinador |
| Lic. Ismael Lozada Camacho | Analista Coordinador |