



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALDO**



Facultad de Enfermería

MEMORIA DE EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL.

***Factores predisponentes para una colecistitis biliar en mujeres
de 22-35 años en periodo posparto.***

Que para obtener el grado de: Licenciada en Enfermería

Presenta:

PLE. Gloria Teresa Trinidad Osorio

Asesora: Kenia Cadenas Huipe

(Morelia, Mich. Julio, 2014)



**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALDO**



Facultad de Enfermería

MEMORIA DE EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL

***Factores predisponentes para una colecistitis biliar en mujeres
de 22-35 años en periodo posparto.***

Que para obtener el grado de: Licenciada en Enfermería

Presentan:

PLE. Gloria Teresa Trinidad Osorio

DIRECTIVOS

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria académica

MCE. Roberto Martínez Arenas

Secretario Administrativo

MESA SINODAL

M. A. Alma Rosa Picazo Carranza

Presidente

L.E. Cecilia Castro Calderón

Primer vocal

M. S. P. Roberto Mendoza Contreras.

Segundo vocal

AGRADECIMIENTOS

Gracias dios

"Quiero mirar con tus ojos, hablar con tu boca, oír con tu oído y amar con tu corazón. No quiero vivir yo, si no que sea Tú quien vive en mí" Por ser mi esperanza y mi fortaleza, gracias por amarme hoy mañana y siempre. Gracias doy a ti mi virgen María por ser mi madre porque me cuidas, me amas y conmigo siempre estas.

A mis padres

Por brindarme la oportunidad de estudiar, por su esfuerzo, dedicación y su entera confianza. Agradezco los consejos sabios que han sabido darme, gracias por su paciencia y sobre todo gracias por su amor.

A mis hermanos

*Gracias por el ánimo que siempre me brindaron, por ser mi apoyo incondicional, a quienes adoro
y llenan mi vida de alegrías.*

A mis familiares

Por sus consejos, apoyo y cariño.

Un agradecimiento especial a mi querido profesor Wilfrido José

*A quien fue, es y será mi fuente de inspiración, mi querido profesor Wilfrido José en su memoria
gracias por sus enseñanzas y por ayudarme en mi crecimiento profesional. Gracias.*

A mis amigos

*Por compartir a lo largo de estos cinco años de estudio, dificultades y alegrías, y los que me han
acompañado en este esfuerzo, con todos he aprendido y enriquecido en experiencia y conocimiento.
Después de haber recibido tanto, me veo en la preciosa necesidad de expresarles mi agradecimiento.*

INDICE

CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
1.3 OBJETIVOS	8
1.3.1 Objetivos generales	8
1.3.2 Objetivos específicos.....	8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA COLECISTITIS BILIAR	9
2.2 ANATOMÍA DE LA VESÍCULA BILIAR	12
2.2.1 Constitución anatómica	14
2.2.2 vasos y nervios	15
2.2.3 Conducto cístico	16
2.2.4 Conducto colédoco	17
2.3 FUNCIONES DE LA VESÍCULA BILIAR	18
2.3.1 fisiología biliar	19
2.4 COLECISTITIS	22
2.4.1 Signos y síntomas	27
2.4.2 Factores de riesgo	28
2.4.3 Diagnóstico clínico	29
2.4.4 Diagnóstico diferencial	29
2.4.5 Complicación.....	30
2.4.6 Tratamiento	31
2.4.7 Rehabilitación.	34

2.4.8 Cuidados de enfermería.....	36
2.6 PRINCIPALES FACTORES	38
2.6.1 Embarazo	38
2.6.2 Posparto.....	39
2.6.3 Cambios físicos en el posparto	41
2.6.4 La obesidad.....	47
2.6.5 Género	48
2.6.6 Genes.....	48
2.6.7 Multiparidad.....	49
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	
CAPÍTULO IV	
SUGERENCIAS A IMPLEMENTAR	
4.1 EXPERIENCIAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL	57
CONCLUSIÓN.....	61
GLOSARIO.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
COMENTARIOS	76

RESUMEN

Objetivo: la presente investigación tuvo como objetivo, identificar los factores predisponentes que tienen las mujeres de 22-35 años de padecer una colecistitis biliar durante el periodo posparto.

Material y métodos: la investigación fue monográfica, haciendo énfasis en mujeres en periodo posparto del Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán, mediante una técnica observacional y utilizando como instrumento de la recolección de la información el análisis de documentos.

Resultado y conclusiones: de acuerdo al análisis de documentos refieren que los principales factores para padecer una colecistitis biliar fueron: genero, genes, anticonceptivos, embarazo, cambios físicos en el posparto y la obesidad. La colecistitis es una de las enfermedades más comunes que afecta a millones de personas en especial al sexo femenino.

Palabras claves: colecistitis biliar, factores, posparto y sexo femenino.

ABSTRAC

Objective: this study aimed to identify the predisposing factors that have women aged 22-35 for a biliary colelitis during the postpartum period.

Material and methods: the research monograph, with emphasis on women in postpartum period of the hospital's women of Morelia Michoacan, through an observational technique and using as a tool for data collection analysis of documents was.

Results and conclusions: according to the analysis of documents referred to were the main factors for suffering from cholecystitis bile: gender, genes, contraceptives, pregnancy, post-partum and obesity physical changes. The cholecystitis is a disease more common that affect millions of people especially to the female sex.

Keywords: cholecystitis bile, factors, postpartum and female sex.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo cuenta con cuatro capítulos, el capítulo uno es el marco contextual, en donde se incluye una revisión bibliográfica para plantear el problema, en él se menciona; que la colecistitis es una patología frecuente del aparato digestivo, se asocia casi siempre con la presencia de cálculos manifestada por inflamación de la vesícula biliar y por barro (lodo) biliar, la colecistitis es también conocida como “piedras en la vesícula”. Es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo, sobre todo en Chile que tiene la frecuencia más alta en cálculos biliares. México también se ve influenciado por esta patología siendo más frecuente en mujeres que en hombres y más propensos los que habitan en Estados Unidos. Se presenta con más frecuencia en mayores de 40 años de edad.

El capítulo dos es el marco teórico del estudio, en el se presentan los conceptos utilizados en la investigación desde sus antecedentes históricos, hasta sus conceptos básicos sobre la cual se fundamenta esta investigación, del cual refiere lo siguiente; la colecistitis es uno de los problemas de salud más importantes y antiguos que afecta al hombre. El diagnóstico de la colecistitis se da de forma casual en exploraciones ecográficas realizadas por otros motivos.

El embarazo tiene una gran importancia en cuanto a estas exploraciones ecográficas ya que es un factor de riesgo, y se ha demostrado que el riesgo de tener litiasis biliar aumenta con la multiparidad. Se explica que durante el embarazo hay un aumento de la secreción hepática de colesterol, es decir: aumento de la secreción de una bilis sobresaturada con colesterol, esto es debido por los cambios a nivel del sistema digestivo que son principalmente una manifestación de la relajación del músculo liso. Aunque se sabe que la prevalencia de la colecistitis es afectada por muchos factores de riesgo que incluyen la raza, ser del sexo femenino, multiparidad, edad, obesidad, terapia hormonal, nutrición parenteral, diabetes mellitus, cirrosis hepática, enfermedad del íleon, dislipidemias, enfermedades hepáticas metabólicas y de igual manera los antecedentes familiares. Dependiendo de la composición de los litos la litiasis biliar se divide en tres tipos de cálculos: de colesterol, cálculos pigmentarios negros, cálculos pigmentarios marrones. Un tercio de estos cálculos diagnosticados en el postparto inmediato mediante la ecografía pueden desaparecer sin dar síntomas dentro de los primeros meses del puerperio. Durante el embarazo el organismo de la mujer se ajusta a diferentes cambios físicos, y el puerperio se ve forzado a reaccionar con mayor rapidez a los cambios que se están produciendo. En algunos casos, los síntomas de la enfermedad de la vesícula aparecen entre dos a cuatro meses después del parto. La etapa del posparto o puerperio es conocida como “la dieta” en América del Sur y “cuarentena” en México, esta etapa se ha visto influenciada por

prácticas y creencias culturales, las estrategias para la promoción de la salud debe de incluir y considerar los aspectos culturales ya que influye en el estilo de vida o modo de vida. El principal síntoma de la colecistitis es el dolor en el hipocondrio derecho o e epigastrio, su diagnóstico clínico es el signo de Murphy presente, náuseas y vómito, estudios de laboratorio y gabinete, su tratamiento es farmacológico y dependiendo del estado de gravead se opta por el tratamiento quirúrgico.

El capítulo tres corresponde a la metodología, muestra todos los aspectos llevados a cabo durante la realización de la investigación, el capítulo cuatro corresponde a las sugerencias a implementar y por último se tiene las experiencias que se tuvieron durante el servicio social, las conclusiones, el glosario, las referencias bibliográficas y los comentarios.

CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, y de principales causas de consulta en el servicio de urgencias y en la consulta externa de cirugía general (Instituto mexicano del seguro social, 2009).

Esta enfermedad afecta a millones de personas en todo el mundo, sobre todo, en las sociedades occidentales, donde se diagnostica entre un 10% y un 30% de sus habitantes y cada año hay un millón de casos nuevos. Se presenta en el 20% de las mujeres y el 10% de los hombres. En américa latina se informa que entre el 5 y el 15% de los habitantes presentan litiasis vesicular, poblaciones y etnias con mayor prevalencia, como la caucásica, la hispánica o los nativos americanos. Países como Estados Unidos, Chile, Bolivia se encuentran entre los de mayor número de personas afectadas por esta enfermedad.

Esta enfermedad es, sin duda, una de las más comunes lo que sea observando en estudios epidemiológicos en material de autopsias en población activa y demuestran que Chile tiene la frecuencia más alta de cálculos vesiculares publicada en el mundo. (Almora, Arteaga, Plaza, Prieto, & Hernández, 2012).

Acorde a la investigación realizada por Almora, et al. (2012) la colecistitis biliar puede originar cuadros clínicos muy severos y dolorosos, pero entre un 65% y un 80% de las litiasis no producen síntomas. El diagnóstico de la colecistitis se da de forma casual en exploraciones ecográficas realizadas por otros motivos. El embarazo es un factor de riesgo, y se ha demostrado que el riesgo de tener litiasis biliar aumenta con la multiparidad y por otros motivos, raza, obesidad, género femenino, edad, dieta baja en fibra, los malos hábitos alimentarios son la causa probable de alrededor de un 60% de las patologías que padece el ser humano y su descendencia. El embarazo es una etapa delicada desde el punto de vista nutricional con unas necesidades de nutrientes elevadas y difíciles de cubrir, pérdida rápida de peso, multiparidad, cáncer, medicamentos, nutrición parenteral, estrógenos, etc.

Murillo (2012, p 163-165) en su estudio explica que durante el embarazo hay un aumento de la secreción hepática de colesterol, es decir: aumento de la secreción de una bilis sobresaturada con colesterol, especialmente durante el ayuno; esto es debido por los cambios a nivel del sistema digestivo que son principalmente una manifestación de la relajación del músculo liso.

Alcañiz (2012) refiere que en algunos casos, los síntomas de la enfermedad de la vesícula aparecen entre dos a cuatro meses después del parto. Esto se debe a que se está recuperando el tono muscular, y la vesícula

se ve más afectada por los cambios que se sufren durante el embarazo. La enfermedad se presenta muy a menudo en el servicio de cirugía general del Hospital de la Mujer y que termina en una colecistectomía laparoscopia o abierta, y debido a la preocupación de porque se manifiesta este padecimiento en las mujeres en periodo post parto surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores predisponentes para una colecistitis biliar en mujeres de 22-35 años en periodo posparto en el Hospital de la Mujer de la ciudad de Morelia Michoacán?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La investigación planteada conviene realizarse por la gran incidencia de padecimientos de colecistitis biliar en mujeres, cabe mencionar que la colecistitis biliar es una enfermedad frecuente en la población general, sobre todo en pacientes adultos, y de predominio en el sexo femenino debido a que las hormonas del embarazo, fundamentalmente la progesterona, hacen que los tejidos musculares se relajen y esto también afecta a la vesícula biliar. Alcañiz, (2012) cuando la vesícula no se contrae lo suficiente, parte de la bilis no puede salir y se queda almacenada dentro de ella. Esto ocasiona que se formen sedimentos o incluso cálculos.

Alcañiz (2012) hace referencia que la enfermedad de la vesícula durante el embarazo se confunde en muchas ocasiones con las náuseas y vómito ya que estos síntomas son muy comunes en la gestación. En México, las estadísticas informadas por las instituciones del sector salud, revelan que la prevalencia de esta entidad es de un 14.3%. La población mexicana tiene una de las prevalencias más elevadas, entre hombres y mujeres mexicanos residentes en Estados Unidos, es de 6.15% y 12.8%, respectivamente. Sin embargo; una prevalencia mayor se observa en mujeres chilenas con tasas de 50% (Gutiérrez, Zaldívar, Reyes, Hurtado & Athié, 2013, p 61-62).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), menciona que la enfermedad de colecistitis se presenta con más frecuencia en mayores de 40 años tanto en hombres como mujeres, siendo la mas frecuente en el sexo femenino en relacion de 2:1. Durante el año 2007 se otorgaron 218, 490 consultas por colecisitis, ocupando el primer lugar como causa de consulta en cirugia general siendo la colecistectomia la intervencion quirurgica que se realiza con mas frecuencia; esto despues de las cesareas la colecistectomia es la segunda intervencion quirurgica que con mayor frecuencia se realiza en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Expertos en cirugía general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalisco destacaron que esta enfermedad es también conocida como “piedras en la vesícula” y es el principal motivo de cirugía en el segundo nivel de atención del IMSS, emitida por el noticiero Azteca noticias, 2011.

La investigación además nos servirá para conocer los factores que predisponen el padecimiento de una colecistitis biliar en mujeres entre 22-35 años edad en posparto, así mismo; esta investigación beneficiara a que las mujeres gestantes conozcan de las complicaciones que se tiene si no se lleva un estilo de vida adecuado, con una buena alimentación, ejercicio y control prenatal, por consiguiente ayudara a resolver a que este padecimiento no recaiga en una colecistectomía que son causa de hospitalización, cirugía, ya que esta enfermedad incide en el servicio de cirugía general del Hospital de la

mujer y que concluye en una intervención quirúrgica que consistente en la extracción de la vesícula biliar.

A pesar del desarrollo de técnicas no quirúrgicas, es el método más común para tratar distintas patologías de la vesícula biliar. La intervención incluye la colecistectomía laparoscópica y la más antigua e invasiva de colecistectomía abierta. Las indicaciones que se tienen para hacer esta clase de intervención, es a pacientes que posean una o más de las siguientes enfermedades y/o condiciones de la vesícula tales como: colelitiasis, colecistitis, dolor abdominal intenso debido a un cólico de vesícula, bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar) (Seguro popular, 2012).

En un estudio realizado en México por Salinas, Zurita, Hernández, Padilla, Gutiérrez, Sastré, Bertozzi, (2011), mencionan que en el año 2009 la colelitiasis y la colecistitis representaban la cuarta causa de egreso hospitalario general y la cuarta causa de egreso hospitalario de tipo quirúrgico, con 29 866 egresos hospitalarios, haciendo énfasis que los costos médicos y económicos de la patología biliar son altos.

Remarcando, que las personas que necesitaban de alguna intervención quirúrgica en ocasiones no tenían los recursos necesarios para solventar los gastos de la operación ya que su nivel económico era bajo.

Por lo anterior descrito y de acuerdo a mi experiencia en el servicio social en el Hospital de la Mujer de la ciudad de Morelia Michoacán, observe la presencia de este padecimiento en pacientes a partir de los 22-35 años de

edad y por la gran cantidad de personas que la padecen en mujeres en periodo posparto, además de que no se había tomado la iniciativa en realizar esta investigación. Así mismo me surgió la inquietud de conocer los factores que predisponen una colecistitis biliar, y las características de este padecimiento en mujeres en periodo posparto. A su vez esta investigación ayudara a estudiantes y profesionales que se interesen en la información obtenida para su desarrollo profesional ya que engloba una problemática de salud de impacto social, de tal manera no se ha dado la suficiente dedicación de investigación por parte del área de enfermería.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivos generales

Identificar los factores predisponentes para una colecistitis biliar en mujeres de 22-35 años de edad, durante el periodo posparto en la ciudad de Morelia Michoacán.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar las características de las pacientes con padecimiento de colecistitis biliar.
- Mencionar los estilos de vida que lleva una mujer durante la gestación.
- Promover que las mujeres acudan al control prenatal para que se vigile que el aumento de peso sea el adecuado.
- Sugerir pruebas de diagnóstico para prevenir una colecistitis biliar.
- Implementar un plan alimenticio que ayude a disminuir los factores predisponentes para el padecimiento de una colecistitis biliar.
- Educar a pacientes gestantes mediante pláticas de autocuidado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA COLECISTITIS BILIAR

La litiasis en la vesícula biliar es uno de los problemas de salud más importantes y antiguos que afecta al hombre. Se han descubierto cálculos vesiculares en las momias egipcias que datan de más de 3 000 años antes de Cristo. Las primeras descripciones de ella se encuentran en el papiro de Ebers, descubierto por George Ebers a orillas de río Nilo en 1872, Todolí, (2008).

- “Durante el Imperio Romano Plinio describió una vesícula biliar doble” (McAneny, 2008).
- El médico, Sorano de Efeso describió la presencia de Ictericia, Acolia, Coluria y Prúrito en relación con la obstrucción biliar intrahepática y fue el primer obstetra en la historia dedicado a las enfermedades de la mujer (Sorano de Éfeseo, 2011).
- “La primera descripción de la Litiásis Biliar se le atribuye al médico Griego, Alejandro Teolliano” (McAneny, 2008).
- John Stough Bobbs (1809 a 1870), cirujano de Pensilvania que estuvo presente en la Guerra Civil, es el pionero en la operación de la vesícula biliar humana. Practicó una colecistectomía en 1867 en la esquina de la calles Meridian y Washington de Indianápolis.
- Carl Johann August Langenbuch había ensayado la operación sobre animales y cadáveres antes de aplicarla en la esfera clínica. Es más, había expuesto su desviación de la norma de tratamiento al paciente, un

hombre de 42 años, y había permitido que reflexionara durante unos días acerca de su recomendación. Por eso, algunos consideran a Langenbuch como padre de la noción del consentimiento informado. El paciente se recuperó sin complicaciones y Langenbuch acabó presentando una serie de 24 pacientes, operados de colecistectomía, en el Eighteenth Congress of the German Surgical Society en 1889, en el que señaló que sus resultados superaban los de otras operaciones contemporáneas de la colelitiasis. Langenbuch explicó que la colecistectomía eliminaba los cálculos biliares nocivos y también el órgano que los producía. Publicó su primer volumen de «Chirurgieder Leberund Gallenblase» (cirugía del hígado y de la vesícula biliar) en 1894. Era un cirujano biliar experto, que también describió técnicas para la coledocolitotomía, la coledocoduodenostomía y la colangioenterostomía. Langenbuch falleció a los 55 años, probablemente por una apendicitis aguda con peritonitis, curiosamente sólo 3 meses después de pronunciar el discurso presidencial en la Freie Vereinigungder Chirurgen Berlins sobre el tratamiento quirúrgico de la peritonitis generalizada (McAneny, 2008).

- Carl Johann August Langenbuch (1846 a 1901), realizó la primera colecistectomía el día 15 de julio de 1882 (McAneny, 2008).

- El 12 de septiembre de 1985, Erich Mühe, en Böblingen, Alemania, practica la primera colecistectomía laparoscópica, 103 años después de que su coterráneo Carl Johann Augustus Langenbuch, practicara la primera colecistectomía abierta. La cirugía laparoscópica podría resumirse como "la extensión de las manos y la miniaturización de los ojos", haciendo accesibles zonas que anteriormente requerían grandes incisiones. En el tratamiento de la enfermedad litiasica del árbol biliar, la cirugía laparoscópica ha tenido su más grande impacto, reemplazando totalmente a la colecistectomía convencional. En Septiembre de 1992, durante la conferencia de consenso NIH realizada en Bethesda, se concluyó que la colecistectomía laparoscópica era el tratamiento de elección para la litiasis vesicular (Galiano (s.f.)).

2.2 ANATOMÍA DE LA VESÍCULA BILIAR

La vesícula biliar, de aspecto piriforme (forma de pera), mide de 8 a 10 cm de longitud y su ancho máximo en el adulto es de 3 a 4 cm. Está dirigida hacia arriba, atrás y a la izquierda. La superficie hepática de la vesícula biliar está fijada al hígado por tejido conectivo de la capsula fibrosa del hígado. La vesícula biliar tiene tres porciones, Latarjet, y Ruiz 2008, p. 1402).

- **Fondo:** que corresponde a la escotadura cística que presenta el hígado en su borde anterior, al que desborda dicho fondo y se pone en contacto con la pared abdominal, en un punto que corresponde al ángulo que forma el recto anterior del abdomen y el reborde condral derecho (Quiroz, 2012, p 199).
- **Cuerpo:** posee una cara superior, en relación directa con la cara inferior del hígado, al que se une por una capa de tejido conjuntivo; y una cara inferior convexa, cubierta por el peritoneo que la fija a la cara inferior del hígado. Por intermedio de esta hoja peritoneal se relaciona con la parte superior de la segunda porción del duodeno y a veces con la primera. Muy a menudo, por las desviaciones que sufre, se pone en relación con la primera porción del duodeno y con el píloro, o bien, con el colon ascendente, y más raras veces con la cara anterior del riñón derecho (un cuerpo aproximadamente cilíndrico) (Quiroz, 2012, p 199).

- **El cuello:** está acodado sobre el cuerpo, con el que forma un ángulo agudo abierto hacia adelante, en donde se encuentra un ganglio linfático. Tienen una longitud de dos centímetros y es de forma ampular, estrecho en sus extremidades y dilatado en su parte media; se continúa en su extremidad inferior en con el conducto cístico (Quiroz, 2012, p 199). La dilatación que presenta en su lado derecho se llama pelvecilla en la vesícula y corresponde exactamente al ángulo que se marca en su lado izquierdo, donde se encuentra alojado el ganglio cístico. Interiormente, al nivel de la pelvecilla, se encuentra una fosa y al nivel del ángulo, un saliente llamado promontorio. La pelvecilla está limitada interiormente por repliegues, de los cuales el superior es más marcado que el inferior; ambos presentan forma de válvulas semilunares e incompletas (Quiroz, 2012, p 199).

2.2.1 Constitución anatómica

- **La vesícula biliar está formada por una capa serosa peritoneal** que cubre su cara inferior y su fondo: se refleja entre la cara superior del fondo y la cara inferior del hígado, de tal manera, que sólo el fondo de la vesícula queda totalmente cubierto por el peritoneo (Quiroz, 2012, p 199).
- **Una capa fibrosa constituye, en unión de las fibras musculares lisas** que profundamente la acompañan y que bajo la forma de haces transversales y longitudinales se disponen en su cara interna, la pared membranosa de la vesícula (Quiroz, 2012, p 199).
- **La capa más interna o capa mucosa** se halla plegada en todas las direcciones por salientes que limitan aréolas poliformas, cubiertas por una mucosa amarillenta o verdosa de epitelio cilíndrico que desencadena en su corion conjuntivo, donde caminan los vasos sanguíneos. En la mucosa se encuentran multitud de criptas y gran cantidad de glándulas que elaboran grasa colessterina. Estas son abundantes en el cuello, aunque se hallan diseminadas por toda la pared, y reciben el nombre glándulas de Luschka (Quiroz, 2012, p 199).

2.2.2 vasos y nervios

Recibe sangre arterial de la arteria cística, rama de la hepática que se bifurca por atrás del conducto cístico, emite una rama derecha y otra izquierda y llega a los bordes correspondientes de la vesícula, distribuyéndose en sus paredes (Quiroz, 2012, p 199).

- **Las venas** se originan en los capilares y constituyen un grupo superficial, el cual forma uno o dos troncos que se dirigen al surco transversal. Las venas de la cara superior de la vesícula o venas profundas se introducen en el parénquima hepático para desempeñar el papel de venas portas accesorias (Quiroz, 2012, p 200).
- **Los linfáticos** tienen su origen en la capa mucosa, donde forman conductos que abordan la cara inferior de la vesícula aquí se anastomosan con los linfáticos del hígado y forman troncos que van a desembocar al ganglio cístico y a los ganglios del surco transversal (Quiroz, 2012, p 200).
- **Los nervios** son motores, procedentes del neumogástrico por intermedio del plexo solar, e inhibidores, derivados del simpático por el esplacnico mayor (Quiroz, 2012, p 200).

2.2.3 Conducto cístico

Se extiende del cuello de la vesícula biliar a la pared del conducto hepático, con el cual se une para iniciar el conducto colédoco. Mide tres centímetros de longitud y tiene un calibre de tres milímetros. Exteriormente se presenta abolla en su parte superior, cuando está distendido, con gibosidades separadas unas de otras por surcos que se marcan en forma de espiral sobre el conducto. Cuando no está distendido desaparece este aspecto giboso superior y posee la misma forma cilíndrica que presenta en su parte inferior.

Interiormente lleva varios repliegues que se llaman válvulas de heister y poseen forma semilunar. Se hallan oblicuamente colocadas con relación al eje del conducto y ocupan la mitad o el tercio del mismo; no se une una con otra, pero están colocadas de tal manera, que si se continuaran por sus extremidades, formarían una espiral. Son más numerosas en la parte superior del conducto cístico y a veces no existen en la mitad inferior. Dicho conducto presenta en ocasiones en su desembocadura una válvula a la que algunas dan el nombre de válvula terminal (Quiroz, 2012, p 200).

2.2.4 Conducto colédoco

Se halla comprendido entre la confluencia de los conductos hepáticos y císticos y la segunda porción del duodeno. Tiene siete u ocho centímetros de longitud, por dos o tres milímetros de diámetro y se distinguen en él una porción supraduodenal, otra retroduodenal, un segmento pancreático y una última porción intraparietal. Esta división en partes se basa en las relaciones del conducto, pues a partir de su origen desciende entre las dos hojas del epiplón menor, pasa por detrás de la primera porción del duodeno, cruza de adentro afuera la cabeza del páncreas y se introduce en la pared interna del duodeno para desembocar en él (Quiroz, 2012, p 201).

2.3 FUNCIONES DE LA VESÍCULA BILIAR

- Almacena y concentra la bilis hasta que se requiera en el intestino. La concentración de la bilis producida por el hígado es hasta diez veces.
- En el proceso de concentración, el agua y algunos iones se absorben en la mucosa vesicular (Tortora, y Derrickson, 2011, p 926).
- Permite la digestión y absorción de la grasas.
- Elimina productos de desecho como la bilirrubina o el exceso de colesterol (Ramos, (s.f.) p 9).
- La bilis es en parte un producto de excreción y en parte una secreción digestiva. Las sales biliares, que son sales de sodio y de potasio de ácidos biliares (en especial de los ácidos quenodesoxicólico y cólico), desempeñan un papel en la emulsificación, la ruptura de grandes glóbulos lipídicos en una suspensión de glóbulos lipídicos más pequeños. Éstos presentan una enorme superficie que permite a la lipasa pancreática llevar a cabo la digestión de los triglicéridos más rápido. Las sales biliares también contribuyen a la absorción de los lípidos después de su digestión (Tortora, y Derrickson, 2011, p 926).

2.3.1 fisiología biliar

Los lóbulos del hígado están formados por muchas unidades funcionales llamadas lobulillos. Un lobulillo tiene una estructura de seis lados (hexágono) constituida por células epiteliales especializadas, llamadas hepatocitos (hepato, de héepatos, hígado, y cito, de kytos, cavidad), organizado en láminas irregulares, ramificadas e interconectadas que rodean a una vena central, además, el lobulillo hepático contiene capilares muy permeables llamados sinusoides, a través de los cuales circula sangre. En los sinusoides también están presentes las células reticuloendoteliales (de kupffer), fagocitos que destruyen a los eritrocitos y glóbulos blancos viejos, bacterias y otros cuerpos extraños del torrente venoso provenientes del tracto gastrointestinal (Tortora, y Derrickson, 2011, p 924).

La bilis que se secreta en los hepatocitos, entra en los canalículos biliares, estrechos conductos intercelulares que desembocan en conductillos biliares, desde los cuales pasa a los conductos biliares en la periferia de los lobulillos (Tortora, y Derrickson, 2011, p 924).

Los conductos biliares emergen forman por último los conductos hepáticos derecho e izquierdo, que se unen y abandona el hígado como conducto hepático común. El conducto hepático común se une al conducto

cístico (de kystis, vejiga) de la vesícula biliar para formar el conducto colédoco (Tortora, y Derrickson, 2011, 924).

Cada día, los hepatocitos secretan entre 800 a 1000 ml de bilis, un líquido de color pardoamarillento o verde oliva. Tiene un pH de 7, 6-8, 6 y está compuesta en su mayor parte de agua, sales biliares, colesterol, el fosfolípido lecitina, pigmentos biliares y varios iones (Tortora, y Derrickson, 2011, p 926).

Aunque los hepatocitos liberan continuamente bilis, intensifican la producción y la secreción cuando la sangre portal contiene muchas sales biliares; de este modo, a medida que la digestión y la absorción continúan en el intestino delgado, la liberación de bilis aumenta (Tortora, y Derrickson, 2011, p 926-927).

La evacuación vesicular es un fenómeno reflejo, comandada por la llegada del quimo al duodeno. Fuera de las comida, la bilis se acumula en la vesícula y el esfínter de la ampolla hepatopancreática permanece cerrado. Es necesaria una presión de 12 cm de agua para obtener su apertura, la que coincide con la contracción vesicular Latarjet, M. (2008, p 1408). La capa muscular de la pared consiste en fibras musculares lisas, la contracción de estas fibras expulsa el contenido de la vesícula biliar hacia el conducto cístico (Tortora, y Derrickson, 2011, 926).

Debe de relajarse el esfínter de Oddi que se encuentra en la ampolla de Vatter en la segunda porción del duodeno. El estímulo más potente para la contracción es la hormona colecistocinina. El esfínter de Oddi se relaja por tres factores:

1. Por acción de la colecistocinina.
2. Por ondas peristálticas originadas en la vesícula.
3. Por el pasaje de las ondas peristálticas intestinales por el duodeno, con mucho el más potente (fisiología de la secreción biliar (s.f.)).

2.4 COLECISTITIS

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar (IMSS, 2009).

Clasificación:

Los cálculos se dividen en tres tipos principales:

- **De colesterol**, insoluble en agua, el colesterol y los fosfolípidos son secretados en la bilis en forma de vesículas unilamerables bicapa, que se convierten en micelas mixtas, formadas por ácidos biliares, fosfolípidos y colesterol por la acción de los ácidos biliares (Harrison, 2008, p 1991-2001).

Los factores determinantes para la formación de cálculos de colesterol:

Composición alterada de la bilis. La solubilización del colesterol en la bilis requiere de la presencia de sales biliares y fosfolípidos para la formación de micelas. Un exceso de colesterol o un defecto de sales biliares o fosfolípidos tienen como resultado la formación de vesículas multilamelares sobre las que se produce la nucleación de los cristales de colesterol que darán lugar a barro y litiasis. Las sales biliares provienen, por un lado, de la síntesis hepática de novo y, por otro, de la circulación enterohepática de aquellas secretadas al intestino.

Por lo tanto, cualquier situación que altere dicha circulación enterohepática, como la resección ileal o la colectomía, condicionará una bilis más litogénica. La supersaturación de colesterol es, pues, un requisito necesario pero no suficiente para la formación de estos cálculos (Tejedor y Albillos, 2012, p 482).

Nucleación de cristales de colesterol. En la bilis existen componentes que facilitan la formación de cálculos (factores litogénicos), como la mucina y la inmunoglobulina G, y otros que la inhiben (factores inhibidores), como ciertas apolipoproteínas y glucoproteínas. Se puede influir externamente en la composición de la bilis, favoreciendo la inhibición de la litogénesis mediante la administración de ácido ursodesoxicólico o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (Tejedor y Albillos, 2012, p 482). Es el proceso de cristalización y acumulo macroscópico del colesterol. Los factores que favorecen la nucleación son: glicoproteínas termolábiles calcio y estasis vesicular (Carbajo (s.f)).

Dismotilidad vesicular. (Hipomotilidad vesicular) La vesícula debe contraerse de manera eficaz, y así expulsar restos de microcristales o barro que puedan desencadenar la formación de cálculos. La motilidad de la vesícula está regulada por factores hormonales, inmunes e inflamatorios. Ciertas situaciones asociadas con una menor contractilidad de la vesícula, como la nutrición parenteral prolongada o la exposición a altos niveles de estrógenos (embarazo, anticoncepción hormonal, terapia hormonal sustitutiva) se relacionan con la presencia de colelitiasis (Tejedor y Albillos, 2012, p 482).

- **Cálculos pigmentarios negros:** Constituyen el 20-30% de las colelitiasis. Se componen principalmente de un pigmento de bilirrubina polimerizado, así como de carbonato y fosfato cálcico, por lo que su consistencia es dura. No contienen colesterol.

El 60% son radioopacos. Se asocian a condiciones de hemólisis crónica y a la cirrosis hepática. Alrededor del 30% de los pacientes cirróticos presentan colelitiasis, especialmente aquéllos con etiología enólica o en estadio C de Child-Pugh (Tejedor y Albillos, 2012, p 482).

- **Cálculos pigmentarios marrones:** Están compuestos por bilirrubinato cálcico, palmitato cálcico, estearato y colesterol (menos del 30%). Se forman generalmente en la vía biliar, en relación con estasis y sobreinfección de la bilis (se encuentran bacterias en más del 90% de este tipo de litiasis). Generalmente son radiolúcidos y de consistencia blanda. Suelen ser intrahepáticos, especialmente cuando aparecen asociados a estenosis de la vía biliar como en la colangitis esclerosante primaria o en la enfermedad de Caroli.

En países orientales se asocian con parasitosis de la vía biliar (*Clonorchis sinensis*, *Ascaris lumbricoides*) (Tejedor y Albillos, 2012, p 482).

Barro biliar: es un material mucoso espeso que con el microscopio muestra cristales de lecitina-colesterol, cristales de monohidrato de colesterol, bilirrubinato de calcio y hebras de mucina o un gel mucoso. El barro se forma de media luna (Harrison, 2008, p 1991-2001).

Colelitiasis: se define como la presencia de cálculos en la vesícula biliar. Generalmente es asintomática, y su diagnóstico suele ser incidental al realizar pruebas de imagen por otra indicación (Tejedor y Albillos, 2012, p 482).

Colecistitis aguda: es la inflamación aguda (o irritación) de la pared vesicular suele aparecer tras la obstrucción del conducto cístico por un cálculo. La respuesta inflamatoria puede desencadenarse por tres factores:

- Inflamación mecánica producida por el aumento de la presión intraluminal y la distensión con la subsiguiente isquemia de la mucosa y de la pared vesicular.
- Inflamación química originada por la liberación de la lisolecitina (debido a la acción de la fosfolipasa sobre la lecitina de la bilis).
- Inflamación bacteriana que se asocia con infección de la bilis que puede intervenir en un 50 a 85% como son *Escherichia coli*, *Streptococcus* del grupo D (Harrison, 2008, p 1991-2001).

Colecistopatía alitiasica: ocasionada por una motilidad anormal de la vesícula biliar puede producir dolor biliar en pacientes sin cálculos (Harrison, 2008, p 1991-2001).

Colecistitis crónica: inflamación crónica de la pared vesicular se asocia casi siempre a la presencia de cálculos en la vesícula y se considera una consecuencia de episodios de colecistitis aguda y subaguda (Harrison, 2008, p 1991-2001). Se define también como inflamación de tipo crónico de la vesícula, especialmente de su mucosa, la cual pierde su capacidad para concentrar la bilis, es decir; su capacidad de absorber agua y electrolitos (Cevallos, 2010).

2.4.1 Signos y síntomas

“El síntoma principal es el dolor abdominal que se localiza en la parte superior derecha o media del abdomen” (MedlinePlus, 2011). El dolor se origina por aumento del volumen residual de bilis vesicular y disminución del vaciamiento de la misma, por efecto de la progesterona. Los estrógenos contribuyen a la supersaturación de colesterol del líquido biliar (Hernández, Aguirre y Pedraza, 2001).

El dolor se localiza en el hipocondrio derecho o el epigastrio, puede ser:

- Agudo, de tipo cólico o sordo
- Continuo
- Irradiarse a la espalda o por debajo del omóplato derecho

Otros síntomas que pueden ocurrir:

- Heces de color arcilla
- Fiebre
- Náuseas y vómitos
- bien puede permanecer asintomática durante años.
- Coloración amarillenta de la piel y de la esclerótica de los ojos (MedlinePlus, 2011).

2.4.2 Factores de riesgo

- 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 de edad.
- Sexo femenino.
- Embarazo sobre todo para el desarrollo de cálculos de colesterol, normalmente son formas asintomáticas de litiasis biliar.
- Anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos en este caso con mayor riesgo en mujeres menores de 40 años de edad y las que reciben una dosis de mayor de 50 microgramos de estrógenos.
- Antecedentes familiares de litiasis biliar.
- Obesidad.
- Pérdida rápida de peso.
- Nutrición parenteral.
- Diabetes mellitus.
- Cirrosis hepática.
- Enfermedad del íleon.
- Dislipidemias.
- Enfermedades hepáticas y metabólicas.

2.4.3 Diagnóstico clínico

- Signo de Murphy positivo (el hecho de que la pared de la vesícula se encuentre inflamada condiciona la aparición de irritación peritoneal).
- Masa en cuadrante superior derecho.
- Dolor en el cuadrante superior derecho.
- Resistencia muscular en el cuadrante superior derecho,
- Náuseas.
- Vómito.
- Vesícula palpable.
- Fiebre mayor a 39 c°.
- Calosfríos.
- Inestabilidad hemodinámica.

2.4.4 Diagnóstico diferencial

- Apendicitis aguda.
- Obstrucción intestinal.
- Úlcera péptica perforada
- Hernia de hiato.
- Pancreatitis aguda.
- Cólico renal o biliar.
- Colangitis aguda bacteriana.

- Pielonefritis
- Hepatitis aguda.
- Dolores neuromusculares
- Angina de pecho.
- Infarto de miocardio.
- Rotura de aneurisma aórtico.
- Tumores de abscesos hepáticos
- Herpes zoster.

2.4.5 Complicación

- Empiema (pus en la vesícula biliar).
- Colecistitis enfisematosa (se caracteriza por la presencia de gas en la luz y en la pared de la vesícula biliar).
- Perforación. ocurre como consecuencia de la gangrena debido al proceso inflamatorio (IMSS, 2009).
- Pancreatitis aguda biliar (la impactación de un cálculo en la ampolla de Váter dificulta el drenaje de la secreción pancreática, ocasionando un cuadro de inflamación del páncreas) Tejedor, (2012 p 487).

2.4.6 Tratamiento

- Estudios de laboratorio y gabinete
- Biometría hemática en la cual se puede encontrar leucocitosis.
- Proteína C reactiva la cual puede encontrarse elevada y es de utilidad para confirmar proceso inflamatorio.

Ante la presencia de fiebre y sospecha de proceso infeccioso el médico cirujano solicitara

- Hemocultivo y cultivo de secreciones.

Para identificar la gravedad

- Bilirrubina. Creatina, tiempo de protrombina y amilasa sérica.

Gabinete

- Ultrasonido abdominal es positivo en el 98% (engrosamiento de la pared vesicular mayor de 5mm).
- Gammagrafía de vías biliares con derivados del ácido iminodiacético marcados con tecnecio radiactivo Tc-HIDA.
- Resonancia magnética.
- Tomografía axial computarizada.

Tratamiento farmacológico.

- Ácido ursodesoxicólico para la destrucción de los litos.
- Administración de AINES (antiinflamatorios no esteroideos) en pacientes con cólico biliar, es recomendable para prevenir la aparición de colecistitis aguda.
- La selección del antibiótico dependerá: de la susceptibilidad local del germen conocida por medio del antibiograma, la administración previa de un antibiótico y la presencia o no, de disfunción renal o hepática.
- Tratamiento antimicrobiano se usará de acuerdo a la gravedad de la colecistitis.
 - Grado I.....un antibiótico.
 - Grado II.....doble antibiótico.
 - Grado III.....doble antibiótico.

Agregar metronidazol cuando se detecta o se sospecha presencia de anaerobios. Puede ser necesario emplear piperacilina tazobactam. Para el manejo de dolor es necesario incluir narcóticos como la meperidina, en presencia de dolor intenso.

Tratamiento quirúrgico

- Colecistectomía segura o abierta. La vesícula es removida. Atraves de una incisión grande en la piel del abdomen en el lado derecho. Después se entra al peritoneo o cavidad abdominal. Luego se saca la vesícula biliar (The patient education institute, 2012, p 2, 3 e IMSS, 2009).
- Colecistectomía laparoscópica. La vesícula biliar es removida con instrumentos colocados dentro de cuatro incisiones pequeñas que se hacen en el abdomen se emplea un endoscopio, este es un tubo largo, iluminado y flexible conectado a una computadora y un monitor de televisión. El endoscopio se inserta en el abdomen (The patient education institute, 2012, p 2, 3 e IMSS, 2009).

2.4.7 Rehabilitación.

- La herida debe permanecer tapada y seca durante las primeras 48 horas.
- El personal de enfermería le ayudara a sentarse en la cama, suspender las piernas sobre el lado y luego pararse y empezar a caminar.
- La primera curación se debe de realizar dentro de las primeras 48 horas.
- Es muy importante la higiene diaria (ducha si lo desea).
- Debe mantener seca y limpia la incisión

Debe vigilar los signos de alarma como:

- Calor en el área de la incisión.
- Enrojecimiento.
- Sensibilidad anormal
- Pus, derrame, hemorragia.
- Olores desagradables.

Al retirarse los puntos la herida debe de permanecer limpia en la línea de sutura. Al secar no se debe de friccionar con fuerza, debe secar con presión leve.

- Debe evitar esfuerzos físicos.
- Se debe de seguir una dieta progresiva, en principio blanda, introduciendo progresivamente alimentos a lo largo de 3-5 días. La dieta

que debe seguir es una dieta pobre en grasas, baja en colesterol y no debe tomar productos lácteos.

- Los hábitos higiénicos deben ser los de una persona sana (Empresa pública Hospital Costa del Sol, Consejería de Salud. (s.f.)).

2.4.8 Cuidados de enfermería

- Secretaria de Salud de Jalisco (2010, p 13) Promover un adecuado control del uso de hormonas en mujeres con vida sexual activa y en aquellas que están en climaterio e:
- (Secretaria de Salud de Jalisco, 2010, p17) Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante el embarazo, según la norma oficial mexicana menciona NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido como atención prenatal a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico (Secretaria de Salud, 2012).
- Instruir acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo (Secretaria de Salud de Jalisco (2010, p 23).
- Enseñar a la paciente a una dieta fraccionada.
- Educar a la apersona y su familia a controlar, disminuir los factores de riesgo que se encuentren en los alimentos ricos en grasa.
- Instruir a la paciente acerca de alimentos con alto contenido de fibra.
- Asegurar la ingesta adecuada de líquidos.

- Promover la educación nutricional y la práctica de actividad física en la población general de riesgo de una colecistitis.
- Comentar sobre la colecistitis usando términos comprensibles para la persona y familia.

2.6 PRINCIPALES FACTORES

2.6.1 Embarazo

Durante el embarazo Almora, et al (2012) refiere en su investigación que la motilidad vesicular cambia desde el primer trimestre, esto es debido a que es favoreciendo la estasis (acumulación) de la bilis, es decir; hay un aumento de la secreción hepática de colesterol, lo que se traduce por la secreción de una bilis sobresaturada con colesterol que favorece la aparición de cálculos. Debido a que las hormonas del embarazo, fundamentalmente la progesterona, hacen que los tejidos musculares se relajen y esto también afecta a la vesícula biliar.

Almora en su información menciona que la colestasis del embarazo es asociada a la aparición de cálculos y por la hipotonía de la pared del músculo liso de la vesícula, es decir; se retarda el tiempo de vaciado que además es frecuentemente incompleto. La bilis puede ser más espesa, y la estasis biliar puede llevar a la formación de cálculos biliares. Un tercio de estos cálculos diagnosticados en el postparto inmediato mediante la ecografía pueden desaparecer sin dar síntomas dentro de los primeros meses del puerperio.

Alcañiz, (2012) hace referencia que la enfermedad de la vesícula durante el embarazo se confunde en muchas ocasiones con las náuseas y vómito ya que estos síntomas son muy comunes en la gestación.

2.6.2 Posparto

Castro, Chiguilla, Escobar, Galicia & Murcia (2013) realizaron una investigación en la que exponen que el embarazo es el proceso mediante el cual el feto crece y se desarrolla en el interior del útero; este período, se inicia cuando termina la implantación, es decir cuando el embrión se adhiere a la pared del útero, y finaliza con el parto, posteriormente inicia el periodo postparto, basados en la Organización Mundial de la Salud. A su vez el período postparto se divide en tres fases: posparto inmediato, mediato y tardío.

Prieto realizó un estudio en el año (2012) con un enfoque más cultural, define esta etapa como: la etapa del puerperio conocida popularmente como la “dieta” en los lugares de América del sur y “la cuarentena” en el territorio mexicano, ya que es un periodo muy importante madre-hijo que se ha visto influenciado por múltiples prácticas y creencias culturales. Los cuidados culturales, toman en consideración, la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social. Los estilos de vida influyen en el cuidado cultural y es un factor importante para mantener la salud de la embarazada y la de su hijo.

Nieto y Linares (2008, p 110) en sus apuntes mencionan que durante el embarazo el organismo de la mujer se ajusta a diferentes cambios físicos, y el puerperio se ve forzado a reaccionar con mayor rapidez a los cambios que se

están produciendo. También el tipo de parto influye mucho (vaginal o cesárea), y las circunstancias que han rodeado a éste, es decir; puede influir significativamente en la aceleración con que el organismo materno vuelva a la normalidad pregrávida. Se debe de valorar el estado de la vejiga urinaria, una vejiga distendida y palpable por encima de la sínfisis del pubis puede inferir en la normal contracción uterina y poner a la mujer en riesgo de hemorragia. El tono de la vejiga esta disminuido y puede existir una menor sensibilidad ante una mayor presión, mayor capacidad vesical y su vez disminuye el deseo de miccionar.

2.6.3 Cambios físicos en el posparto

Involución uterina:

Inmediatamente después del alumbramiento de la placenta el útero es un órgano abdominal que llega a mitad de distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis, pero en las horas sucesivas (2-4 horas tras el parto), y seguramente por la presencia de coágulos intracavitarios, así como por los cambios en el sistema ligamentario de sostén, el fondo uterino asciende y alcanza el nivel del ombligo. En estos momentos el útero pesa 1 Kg, es un órgano firme, aplanado en forma de pera invertida y fácilmente movable.

La firmeza se debe a una contractura constante de sus fibras musculares lisas, entrelazadas en una forma arquitectónica única, que comprimen y eventualmente trombosan los numerosos vasos sanguíneos que las atraviesan.

Progresivamente se produce la reducción del tamaño del útero de tal forma que:

- Al final de la primera semana el útero tiene el tamaño de una gestación de 12 semanas y su fondo se palpa inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis. Su peso es de 500 grs.
- Al final de la segunda semana es un órgano totalmente intrapélvico, por tanto no se puede palpar. Su peso es de unos 350 grs.
- Al final de la sexta semana su tamaño es casi igual que el del útero no gestante siendo su peso de unos 100 grs Nieto y Linares (2008, p 111).

Nieto y Linares (2008, p 111) en sus apuntes refiere que durante este período el útero disminuye su volumen hasta 100 veces y su peso 10 veces, los cambios se deben principalmente a la reducción de la longitud del útero pues el diámetro transversal permanece relativamente constante durante el puerperio.

Las contracciones uterinas durante el puerperio o posparto son proporcionalmente más intensas que durante el parto, pero a la vez menos dolorosas ya que no se dilata el cuello uterino ni se estira el suelo de la pelvis. Durante los primeros días del puerperio o posparto se perciben algunos episodios intermitentes de dolor localizados en la región hipogástrica, a los cuales se les denomina entuertos, es decir; son contracciones uterinas potentes que ocurren en el posparto y que tienen como objetivo reducir la matriz a su tamaño normal.

Cuando la matriz disminuye al tamaño normal en el útero ocurre una regeneración del endometrio, entre el 2º y 3º día después del parto:

- Una capa superficial necrótica, que se descama progresivamente, forman parte de los loquios.
- Una capa profunda, situada en contacto con el miometrio, que contiene los fondos de las glándulas endometriales, cuya proliferación da lugar al nuevo endometrio.

Loquios.

El término loquios hace referencia a la secreción vaginal postparto que se origina en la cavidad uterina, sangrado que sucede tras el parto. Los loquios están compuestos de sangre, tejido necrótico, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie desnuda de la cavidad uterina. Se estima que el peso total de loquios expulsados durante el puerperio es de 500 grs con un volumen total de 200 a 500 ml. En la 1ª semana se eliminan 3/4 partes del total y su composición se modifica a lo largo del tiempo.

Atendiendo a su aspecto y color se clasifican en loquios rojos que duran 2 o 3 días, contienen casi exclusivamente sangre con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales como vérmix caseoso y meconio Nieto y Linares (2008, p112).

Los loquios rosados se mantienen hasta el 10º día aproximadamente, se vuelven más pálidos, rosados y su composición principal es de exudado, leucocitos y decidua en estado de degeneración grasa, contienen menos sangre. A medida que aumenta el número de leucocitos, junto con el moco y microorganismos, los loquios se convierten en cremosos y se denominan loquios blancos, de tal forma que alrededor de la 5ª semana después del parto cesa la expulsión de los loquios.

Los loquios tienen olor característico y depende del tipo de flora bacteriana de cada mujer Nieto y Linares (2008, p 112).

A nivel gastrointestinal

Nieto y Linares (2008, p 117) también remarcan en sus apuntes que el tono y la motilidad gastrointestinal se normalizan en el plazo de 2 semanas. Los dos o tres primeros días del puerperio la mujer esta sedienta, tal vez por las restricciones de líquidos durante el parto y la redistribución de los líquidos extravasculares. La motilidad gastrointestinal puede reducirse durante el embarazo debido a los niveles aumentados de progesterona. El tránsito alimenticio a lo largo del tracto gastrointestinal puede ser tanto más lento que más agua de la normal se reabsorbe y lleva al estreñimiento, entendiéndose que; el estreñimiento es común durante el puerperio, se debe a la relajación intestinal durante el embarazo y a la distensión de los músculos abdominales.

La evacuación intestinal puede retrasarse dos o tres días después del parto. El dolor por hemorroides, laceraciones o episiotomía contribuyen a que no se produzca la evacuación (Nieto y Linares, 2008, p117).

Maldonado, en la investigación que realizo en el año 2010 remarca que el embarazo es una etapa delicada desde el punto de vista nutricional con necesidades de nutrientes elevadas y en ocasiones difíciles de cubrir, refiriéndose al nivel económico con el que se cuenta y en las regiones en las que se habita por la disponibilidad de alimentos, por lo que es necesario, que las mujeres embarazadas adapten los hábitos de alimentación durante este periodo lo más completo que se pueda.

De esta manera se tendrá el correcto crecimiento y desarrollo de su familia, además de conservar un óptimo nivel de energía a lo largo del embarazo, el parto y el post parto. El estilo de vida de la madre, así como la alimentación y hábitos de consumo, son muy importantes para el desarrollo del feto, se debe de evitar todas aquellas sustancias que puedan ser dañinas para el feto ya que todo lo que se consuma lo consume el producto.

Mantener una alimentación saludable antes, durante y después del embarazo, es fundamental para la gestante y el producto, ya que en esta etapa los nutrientes que tiene el cuerpo son absorbidos por la nueva vida que está en desarrollo, por lo que se debe vigilar la nutrición de la madre desde por lo menos tres meses antes de la planeación de éste. Una buena alimentación reduce las complicaciones del embarazo en un 50 por ciento (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

Especialistas en nutrición del instituto mexicano del Seguro Social (IMSS, 2013) recomiendan que la dieta de la madre deba aumentar aproximadamente 300 calorías. El tener una mala nutrición propicia productos de bajo peso, que son más susceptibles a enfermedades. El embarazo a su vez es una etapa determinante en la vida de una mujer, ya que su cuerpo sufre diversos cambios pues en su vientre se está gestando una nueva vida. Es común pensar que la futura madre debe “comer por dos”, ella y su bebé y más en lugares donde se tienen arraigados costumbres y tradiciones, es decir; no comer más o mucho más de lo debido, no se deben de abusar de los alimentos.

Se debe de consumir en abundancia los productos frescos, fundamentalmente cereales ricos en fibra, frutas, verduras, pescado, carne, huevos y lácteos, todos ellos en forma moderada, sin caer en los excesos, evitando principalmente el consumo de grasas, los refrescos y bebidas azucaradas, y dulces (IMSS, 2013, Junio).

“La mujer embarazada necesita poner especial atención en el consumo de alimentos ricos en energía y proteínas” (Secretaría de salud, 2008, p. 56). La sal es un mineral importante, no debe evitarse pero si controlar su consumo. Las vitaminas y los minerales desempeñan una labor importante en todas las funciones del cuerpo. El hierro y el ácido fólico son componentes indispensables para la formación de la sangre tanto de la madre como del futuro hijo o hija (IMSS, 2013, Junio).

Almora, et al (2012) menciona que los anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos influyen para el padecimiento de colecistitis. Los niveles elevados de estrógenos séricos activan la secreción de bilis sobresaturada de colesterol, en este caso con mayor riesgo en mujeres menores de 40 años y las que reciben una dosis mayor de 50 microgramos de estrógenos y la administración exógena de estrógenos incrementa la frecuencia de colelitiasis, es decir; la progesterona es un relajante del músculo liso que también inhibe a la colecistocinina, esto da por resultado disminución del vaciamiento de la vesícula biliar y aumento del volumen residual en la misma (Valcárcel, (s.f.)).

La progesterona se hace más y más crucial para el desarrollo del feto y para mantener la adecuada circulación de sangre en el útero. La progesterona es una hormona esteroide que es vital en el proceso reproductivo, regularmente se produce en los ovarios y el cerebro durante el ciclo menstrual por un proceso químico que descompone las moléculas de colesterol a través de la oxidación doble (Progesterona, (s.f)).

En cuanto a los anticonceptivos “los niveles elevados de estrógenos séricos activan la secreción de bilis sobresaturada de colesterol, y los niveles de progesterona causan estasis vesicular” refiere Mendoza (2012) en su investigación de tesis. Las hormonas femeninas parecen jugar un rol especialmente entre los 20 y 30 años de edad en la formación de colelitiasis. Su administración exógena, como los anticonceptivos, se ha asociado con un aumento de la frecuencia de colelitiasis (Bajwa et al., 2010 citado en Mendoza, 2012).

2.6.4 La obesidad

La obesidad constituyen los principales factores de riesgo para desarrollar la litiasis biliar, advirtieron expertos en cirugía general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Jalisco (Azteca noticias, 2011). Stampfer y Amaral, citado en Valdés y Egea (2008 p 17) Se menciona que la obesidad es un factor de riesgo, esto es debido al aumento de la síntesis de

colesterol y secreción biliar, el riesgo es particularmente en mujeres y más en pacientes con obesidad mórbida.

Las dislipidemias son un factor de riesgo para padecer una colecistitis biliar, ya que son alteraciones que se manifiestan en concentraciones anormales de algunas grasas en la sangre, principalmente colesterol y triglicéridos. Su causa puede deberse a factores hereditarios, pero también puede ser por una alimentación inadecuada rica en grasas y la inactividad física.

2.6.5 Género

Quizás sea el factor de riesgo más poderoso en la formación de colelitiasis, el cual es más común en mujeres durante sus años fértiles, pero esta diferencia de prevalencia entre géneros disminuye con el incremento de la edad. Los cálculos biliares son de dos a tres veces más frecuentes en mujeres que en hombres, resultando en una alta incidencia de colecistitis calculosa en el sexo femenino por un incremento en la saturación biliar atribuida al efecto de los estrógenos sobre el metabolismo hepático del colesterol, además al papel de las hormonas femeninas en la regulación de la motilidad vesicular.

2.6.6 Genes

El hecho de que la colecistitis pueda presentarse en asociación familiar y que el riesgo de colecistitis aumente en familiares de pacientes portadores de

cálculos biliares, sugiere que las alteraciones metabólicas involucrados en la patogenia de la colelitiasis puedan ser heredados (Bajwa et al., 2010 citado en Mendoza, 2012).

2.6.7 Multiparidad

Es un factor de riesgo independiente, que aumenta con la multiparidad (\geq 2 partos) Mendoza (2012), es decir; el riesgo está relacionado con la frecuencia y el número de embarazos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Se realizó la presente investigación, mediante la observación de la problemática durante el año de servicio social en el periodo de Julio del 2012 a Septiembre del 2013 en el Hospital de la Mujer en la ciudad de Morelia Michoacán perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No 1. Detectando la gran incidencia de colecistitis biliar en mujeres en periodo posparto, por el cual se realiza esta investigación monográfica.

- La metodología de investigación implementada en la realización de Memoria de experiencia de servicio social, se basó en la revisión bibliográfica, análisis bibliográfico así como su sistematización y su redacción. El cual incluye los siguientes pasos:
 1. Reunión de información bibliográfica sobre la colecistitis biliar, para ello se consultaron libros en algunas bibliotecas, así como la información que se encontró en red de estudios reconocidos por la comunidad científica y por medio de tesis (Libros de Google Académico, Normas Oficiales Mexicanas, páginas de la Secretaria de Salud, páginas del Instituto Mexicano del Seguro Social, periódicos en línea como Azteca noticias, presentaciones en PowerPoint entre otras fuente de información).

2. Se ordenó la información sobre la base de un criterio temático con el fin de llevar acabo el análisis propuesto en relación con los objetivos señalados.
3. A través del análisis de la información bibliográfica se llevó a cabo la búsqueda de elementos comunes o diferencias de los diversos estudios realizados con respecto a los factores de riesgo para una colecistitis biliar en mujeres en período posparto.
4. Se redactó la información obtenida de las investigaciones.
5. Se citaron las obras de aquellos cuyas ideas, teorías o investigaciones han influido directamente en el trabajo, con la utilización del formato APA- quinta edición y el manual de publicaciones sexta edición.
- En el proceso de revisión bibliográfica no se encontró mucha información por parte del área de enfermería relacionada a la patología de colecistitis biliar, pero si por parte del área médica.

CAPÍTULO IV

SUGERENCIAS A IMPLEMENTAR

De esta manera surge la propuesta a implementar mediante sugerencias para la solución del problema y por consiguiente prevenir o evitar que la colecistitis recaiga en una intervención quirúrgica. En cuanto a enfermería se refiere es necesario sugerir alternativas de solución que ayuden a resolver el padecimiento de colecistitis biliar:

- ❖ Se debe de realizar protocolos de enfermería o investigaciones dirigidos a mujeres gestantes en relación al padecimiento de colecistitis en el periodo posparto porque no hay demasiada información.
- ❖ Es necesario determinar las características de las pacientes con padecimiento de una colecistitis biliar empleando la observación y la entrevista, por consiguiente; se debe de considerar el grado de conocimiento sobre la enfermedad ya que ayudara a proporcionarle educación preventiva y de esta manera saber cómo es que se iniciara la información en las pacientes. En este caso identificar si son de comunidades o pueblos o si perteneces a lugares más urbanos.
- ❖ De igual manera es necesario identificar los estilos de vida que lleva una mujer durante la gestación, es decir; mencionar sus actividades, sus costumbres, tradiciones, el entorno en el que habita y la factibilidad

económica. Porque de esta manera se emplearan actividades que ayuden a llevar una etapa prenatal adecuada.

- ❖ Es necesario la promoción de consultas durante la gestación e instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante el embarazo, y los riesgos si no se llevaran a cabo, mediante pláticas, folletos, carteles, etc. para que se vigile que el aumento de peso sea el adecuado, se revise la presión arterial, el crecimiento del niño; se le proporcione sulfato ferroso desde el inicio del embarazo y se le aplique la vacuna contra el tétanos.
- ❖ Informar un adecuado control del uso de hormonas en mujeres con vida sexual activa y en aquellas que están en climaterio. Promover que las familias participen en programas de planificación familiar mediante pláticas que sean interesantes y que les llame la atención.
- ❖ Instruir acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo y enseñar a la paciente a una dieta fraccionada. Agregar a partir del cuarto mes un plato más de comida a su alimentación diaria, con alimentos disponibles en el hogar y la localidad. La alimentación en una mujer embarazada se divide en tres fases trimestrales, ubicándola del primero al tercer mes, del cuarto al sexto mes y del séptimo al noveno mes de gestación, en

donde cada uno cuenta con características propias al desarrollo. Es importante respetar el horario de las comidas dividiéndolas en cinco tiempos que corresponden al desayuno, al medio día un refrigerio, la comida, a media tarde un refrigerio ligero y por último la cena.

- ❖ Promover la educación para la salud a la apersona y su familia a controlar, disminuir los factores de riesgo que se encuentren en los alimentos ricos en grasa. E Instruir a la paciente acerca de alimentos con alto contenido de fibra, es conveniente aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y agua.
- ❖ Disminuir el consumo de alimentos grasosos, muy condimentados o con mucho chile, porque pueden provocar agruras.
- ❖ Incluir en la alimentación diaria: alimentos de origen animal, como hígado y huevo; frijoles, lentejas y verduras de hoja verde.
- ❖ Sugerir la práctica de actividad física en la población general de riesgo de una colecistitis. Comentar sobre la colecistitis usando términos comprensibles para la persona y familia.
- ❖ Sugerir pruebas de diagnóstico en cada consulta prenatal como una ecografía o ultrasonido que permite la visualización del feto y de entorno

de los órganos que se encuentran alrededor este para la detección temprana de esta enfermedad, que acceda a la aplicación de un tratamiento mucho más beneficioso. Este tipo de estudio no produce ningún daño al embrión o al feto.

- ❖ Sugerir que la mujer no se embarace hasta que por lo menos hayan pasado dos años después de su último parto, para lograr su recuperación.
- ❖ Una sugerencia mas es impulsar al personal de enfermería y médicos el realizar estudios de investigación a nivel nacional sobre la colecistitis biliar, pues es una patología frecuente en nuestra sociedad y más si uno de los factores de riesgo es la obesidad ya que nuestro país ocupa el primer lugar de obesidad a nivel mundial.
- ❖ Recordarles a las mujeres que durante su embarazo normal, o de bajo riesgo se recomienda realizar tres ecografías por lo menos:
 - La primera entre la 11 y 14 semana, con el objetivo de ver si hay uno o más embriones y si están vivos, confirmar el tiempo aproximado de embarazo. De igual manera recomendar observar órganos que se encuentren alrededor para prevenir una colecistitis biliar.

- La segunda alrededor de la 20-22 semanas, cuyo principal objetivo es detectar anomalías morfológicas físicas en el feto y observar la presencia de líquido amniótico.
- La tercera entre 32 y 36 semanas, que nos informara, principalmente, del crecimiento fetal, la posición de la placenta y la cantidad de líquido amniótico. Hospital universitario (2010, p 8)

Se recomienda en una mujer embarazada adaptarse a sus características doblemente especiales a realizar ejercicio factor determinante de la calidad de vida.

- ya que reduce la gravedad y frecuencia de los dolores de espalda asociados al embarazo y ayuda a mantener una mejor postura corporal.
 - Facilita la recuperación posparto.
 - Mejora la digestión y reduce el estreñimiento al estimular al tránsito intestinal. Se recomienda disminuir el consumo de grasas que favorecen una colecistitis biliar.
- ❖ Así mismo sugerir a la Facultad de Licenciatura en Enfermería a que se tenga más práctica profesional o sugerir más campos clínicos. Se sugiere que los cursos de seminario de titulación duren por lo menos de tres a cuatro meses.

4.1 EXPERIENCIAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

El servicio social, en lo particular; lo lleve a cabo en el Hospital de la Mujer de la ciudad de Morelia Michoacán, como su nombre lo menciona es un Hospital dedicado a la atención de la mujer, cuyo propósito principal es la atención de pacientes en las especialidades de Ginecología, Obstetricia básicamente, así como atención a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en la unidad Medicina Interna, atención a pacientes con patologías que requieren intervención quirúrgica y de traumatología en la unidad de Cirugía general, atención a pacientes en terapia intensiva y la Atención Neonatal de los recién nacidos en el Hospital.

Durante los primeros meses de mi servicio social estuve en el área de cuidados intensivos neonatales y cuidados intermedios del recién nacido, en el cual se brindan cuidados a pacientes recién nacidos pretérmino, a término y pos término con diversas patologías.

Después me asignaron la unidad de urgencias. En esta unidad es donde empieza mi interés de conocer la patología de colecistitis biliar, debido a que llegaban muchas pacientes del sexo femenino que durante el puerperio o postparto, referían dolor intenso del lado derecho y por debajo de las costillas, presentaban vómito, fiebre y en algunas pacientes se manifestaba una Coloración amarillenta en su piel y ojos. Pero también llegaban pacientes que solo presentaban dolor intenso después de consumir alimentos muy grasos.

La enfermedad se confirmaba con estudios de gabinete como un ultrasonido y laboratorios. Cuando la patología era confirmada se les realizaba una intervención quirúrgica de urgencia.

Después me asignaron la unidad de ginecología y obstetricia. En esta unidad llegan pacientes de las cuales presentan alguna enfermedad del sistema reproductor femenino, y pacientes que necesitan atención durante embarazo, parto y puerperio. Lo que me llamo la atención es que las mujeres después de haber tenido a su hijo (a) presentaban estreñimiento, estaban sedientas, por lo que referían que sus evacuaciones en algunos de los casos no eran exitosos. Mi curiosidad aumentaba cuando a las pacientes se les realizaba un ultrasonido de rutina y al momento de observar la proyección de imagen del producto los médicos se enfocaban solo en el producto y no a los órganos que se encontraban alrededor por lo que me motivo a iniciar esta investigación.

Cuando acabe mi aprendizaje en la unidad de Ginecología y Obstetricia me asignaron la unidad de Cirugía General, en este servicio llegan pacientes de traumatología, pacientes de la unidad de urgencias a las cuales se les realizo una colecistectomía de urgencia y están solo en recuperación, y en este caso pacientes en periodo postparto quienes se les practicara una intervención quirúrgica por una colecistitis aguda o crónica. En los servicios en los que estuve me gustaron mucho y me llamaron la atención todas patologías que puede ver, y escuchar. Pero es en esta unidad donde me intereso más en la

patología y se me da el tiempo de identificar las características y manifestaciones clínicas.

Cuando realizaba mis cuidados de enfermería me daba la oportunidad de preguntarles a las pacientes que presentaban la patología de colecistitis biliar del porqué de su estancia en el hospital y respondían que era porque presentaron dolor muy intenso días después o algunos meses después de haber tenido a su bebe y posteriormente de haber consumido alimentos muy grasos, el dolor se presentaba de lado derecho por debajo de las costillas y se irradiaba a la espalda. Los médicos confirmaban esta patología con diversos estudios y finalmente cuando estaban seguros de la enfermedad se les realizaba una intervención quirúrgica abierta o laparoscópica de acuerdo a la comodidad del cirujano y del paciente.

Para realizar esta investigación inicia con un curso se seminario de titulación de un grupo de 10 alumnos, el seminario tuvo una duración de dos meses, se nos proporcionaron algunos temas de cómo empezar la investigación por nuestra asesora de seminarios de titulación, mediante presentaciones, ejercicios y tareas, por consiguiente; se formuló nuestra investigaion en base a un tema de interés de las experienciencias de nuestro servicio social, en este caso y en lo particular fue la patología de colecistitis biliar.

Esta investigación fue complicada por tener muy poca literatura sobre la colecistitis biliar en cuanto a nivel local, nacional, e internacional y más si el

enfoque es en el periodo posparto. La información obtenida es por parte del área médica, mientras en el área de enfermería la información es muy escasa. El tiempo que se nos dió para mí fue muy poco debido a la escases de la de información.

CONCLUSIÓN

Se realizó un análisis bibliográfico de los factores de riesgo que predisponen una colecistitis biliar en mujeres en periodo posparto, en el cual se llegó a la conclusión siguiente:

La colecistitis es una inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, esta enfermedad es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias y en la consulta externa de cirugía general del (Instituto mexicano del seguro social) IMSS. Es sin duda una de las enfermedades más comunes que afecta a millones de personas especialmente a los habitantes de Chile. La colecistitis se presenta con más frecuencia en mayores de 40 años tanto en hombres como mujeres, siendo la mas frecuente en el sexo femenino.

La mujer embarazada está sujeta a todas las enfermedades quirúrgicas de las mujeres no embarazadas y de la patología de las vías biliares. Cobra más importancia cuando se presenta durante el embarazo, es decir; la enfermedad de la vesícula durante el embarazo se confunde en muchas ocasiones con las náuseas y vómito ya que estos síntomas son muy comunes en la gestación. Hay un aumento de la secreción hepática de colesterol, lo que se traduce por la secreción de una bilis sobresaturada con colesterol que favorece la aparición de cálculos. Debido a que las hormonas del embarazo,

fundamentalmente la progesterona, hacen que los tejidos musculares se relajen y esto también afecta a la vesícula biliar, la motilidad vesicular cambia desde el primer trimestre, esto es debido a que es favorecido la estasis (acumulación) de la bilis. En algunos casos, los síntomas de la enfermedad de la vesícula aparecen entre dos a cuatro meses después del parto. Esto se debe a que se está recuperando el tono muscular, y la vesícula se ve más afectada por los cambios que se sufren durante el embarazo. En el periodo posparto el cuerpo empieza a recuperarse ya que se producen una serie de cambios. En muchas ocasiones el significado que le asigna a la mujer al cuidado cultural durante el puerperio es influenciado en gran medida por el componente cultural así como de las costumbres, creencias y estilo de vida que se ve reflejada en el cuidado de sí misma.

A su vez el riesgo está relacionado con la frecuencia y el número de embarazos. Los antecedentes familiares juegan un papel de gran importancia ya que el riesgo de tener colecistitis aumenta en familiares de pacientes portadores de cálculos biliares.

Los anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos influyen para el padecimiento de colecistitis. Los niveles elevados de estrógenos séricos activan la secreción de bilis sobresaturada de colesterol.

La obesidad es un factor de riesgo, esto es debido al aumento de la síntesis de colesterol y secreción biliar, el riesgo es particularmente en mujeres y más en pacientes con obesidad mórbida.

Mantener una alimentación saludable antes, durante y después del embarazo, es fundamental para la gestante y el producto, ya que en esta etapa los nutrientes que tiene el cuerpo son absorbidos por la nueva vida que está en desarrollo, por lo que se debe vigilar la nutrición de la madre desde por lo menos tres meses antes de la planeación de éste. Una buena alimentación reduce las complicaciones del embarazo en un 50 por ciento

Podemos decir que la gestación no es una enfermedad, es un proceso completamente natural, que genera cambios fisiológicos en el organismo de la mujer. El personal de salud no debe desatender al paciente enfocándose solamente al feto sino también hacer importancia a todo el organismo y en especial, aprovechar las ecografías que permite la visualización del feto y de entorno a los órganos que se encuentran alrededor.

GLOSARIO

Acolia: Ausencia o disminución de flujo de bilis al intestino delgado. El síntoma es la pérdida de color de las heces, que se vuelven blanquecinas.

Anastomosis: Es una conexión quirúrgica entre dos estructuras. Generalmente quiere decir una conexión creada entre estructuras tubulares, como los vasos sanguíneos o las asas del intestino.

Aneurisma: Es un ensanchamiento o abombamiento anormal de una porción de una arteria debido a una debilidad en la pared del vaso sanguíneo.

Climaterio: Es un periodo de tiempo que comienza años antes de la menopausia y termina años después de ella. Durante el climaterio, el cuerpo de una mujer sufre varios cambios debido a que disminuye la producción de las hormonas reproductivas.

Colangitis: Es una infección del conducto colédoco, el conducto que transporta la bilis desde el hígado hasta la vesícula biliar y los intestinos.

Colangioenterostomía: Anastomosis quirúrgica entre un conducto biliar y el intestino.

Coledocolitotomía: incisión del colédoco para la extracción de cálculos biliares.

Coledocoduodenostomía: anastomosis que se realiza entre el colédoco y la primera porción del duodeno, con el fin de realizar una derivación biliar.

Colecistitis enfisematosa: La colecistitis enfisematosa es una infección aguda de la vesícula biliar causada por organismos productores de gas.

Colecistocinina: Es una hormona producida en el intestino delgado, específicamente en el duodeno y el yeyuno. su función es estimular la producción de enzimas del páncreas y de bilis almacenada en la vesícula biliar, produciendo que se contraiga, estimulando la relajación y apertura del esfínter de Oddi (canal que conecta el páncreas con el duodeno), liberando las enzimas digestivas. Ésta participa en la regulación hormonal o endocrina de la digestión en la cual también participan otras hormonas como la gastrina y la secretina.

Colestasis: Es cualquier afección en la que se reduce u obstruye el flujo de la bilis del hígado.

Coluria: es la presencia de bilirrubina en la orina, es un signo común de enfermedades hepáticas como la hepatitis y la cirrosis. Puede ser descrita como orina de coloración oscura o marrón, también se la compara con el color de la "Coca-Cola".

Condral: relativo o perteneciente al cartílago.

Convexa: es la zona que se asemeja al exterior de una circunferencia o una superficie esférica, es decir, que tiene su parte sobresaliente dirigida al observador.

Decidua: En obstetricia se usa el término decidua para la recubierta uterina (endometrio) específicamente durante la gestación, el cual da origen a la porción materna de la placenta.

Dislipidemias: Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades asintomáticas que tienen la característica común de tener concentraciones anormales de las lipoproteínas sanguíneas.

Ecografía: La ecografía o ultrasonido aprovecha las ondas sonoras de alta frecuencia para observar órganos y estructuras dentro del cuerpo. Los profesionales de la salud los usan para ver el corazón, los vasos sanguíneos, los riñones, el hígado y otros órganos. Durante el embarazo, los médicos usan las pruebas con ultrasonido para examinar el feto.

Empiema: Es una acumulación de pus en el espacio que se encuentra entre el pulmón y la superficie interna de la pared torácica (espacio pleural).

Enfermedad de Caroli: es un raro desorden hereditario caracterizado por la dilatación de los ductos biliares intrahepáticos.

Estenosis: es un término utilizado para denotar la constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal. Puede ser de origen congénito o adquirido por tumores, engrosamiento o hipertrofia, o por infiltración y fibrosis de las paredes o bordes lumbinales o valvulares.

Estrógenos: Los estrógenos son hormonas sexuales esteroideas de tipo femenino principalmente, producidos por los ovarios, la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales.

Hemodinámica: Es aquella parte de la biofísica que se encarga del estudio de la dinámica de la sangre en el interior de las estructuras sanguíneas como arterias, venas, vénulas, arteriolas y capilares así como también la mecánica del corazón propiamente dicha mediante la introducción de catéteres finos a través de las arterias de la ingle o del brazo.

Hipomotilidad: es la disminución de la capacidad de movimiento; bien en las articulaciones, o bien en las úlceras huecas.

Hipotonía: Disminución del tono muscular (grado de contracción que siempre tienen los músculos aunque estén en reposo). También se conoce como flacidez.

Ictericia: Es una coloración amarilla en la piel, las membranas mucosas o los ojos. El color amarillo proviene de la bilirrubina, un subproducto de los glóbulos rojos viejos. La ictericia puede ser un signo de otros problemas de salud.

Intracavitarios: Interior de una cavidad o espacio, como el abdomen, la pelvis o el pecho.

Lipasa pancreática: es una enzima que se produce en el páncreas y se secreta en el intestino delgado donde ayuda a descomponer las grasas (lípidos) que comemos para convertirlas en ácidos grasos y glicerol.

Litiasis: es la formación de cálculos en alguna vía excretora (urinaria, biliar, pancreática, salivales, lagrimales, etc.). Los cálculos se denominan más específicamente según el órgano donde se forman

Micela: es una formación geométrica de moléculas, o bien; al conjunto de moléculas que constituye una de las fases de los coloides.

Peritoneo: es la membrana que envuelve la mayor parte de los órganos del abdomen. Está compuesto de una capa de mesotelio que descansa sobre una capa delgada de tejido conectivo.

Pielonefritis: Infección urinaria alta es una enfermedad de las vías urinarias que ha alcanzado la pelvis renal. Normalmente, los microorganismos ascienden desde la vejiga hasta el parénquima renal.

Polimerización: Reacción química en la que varias moléculas se combinan para formar otra, de elevado peso molecular, y en la que se repiten unidades

estructurales identificables con las moléculas que la originaron (llamadas monómeros).

Progesterona: es una hormona esteroide que es vital en el proceso reproductivo, regularmente se produce en los ovarios y el cerebro durante el ciclo menstrual por un proceso químico que descompone las moléculas de colesterol a través de la oxidación doble

Prurito: Es un hormigueo o irritación de la piel que provoca el deseo de rascarse en el área afectada. El prurito o picazón puede ocurrir en todo el cuerpo o solamente en un lugar.

Signo de Murphy: El signo de Murphy se refiere al dolor y la posterior apnea (cese de la respiración) que siente el paciente cuando éste realiza una inspiración profunda mientras se realiza una palpación o compresión por debajo del reborde costal derecho, es decir, en el área de la vesícula biliar en el hipocondrio derecho, que es debido al contacto entre la palma de la mano y la vesícula biliar inflamada.

Solubilización: es cuando un compuesto denominado soluto (ya sea sólido, líquido o gaseoso) se disuelve en otro (solvente), es decir, entre los dos pasan a formar una sola fase homogénea (se ve como si solo fuera un solo compuesto) el solvente es el que se encuentra en mayor cantidad, generalmente es un líquido,

Triglicéridos: son un tipo de grasa presente en el torrente sanguíneo y en el tejido adiposo. Un exceso en este tipo de grasa puede contribuir al endurecimiento y el estrechamiento de las arterias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almora, C.C.L., Arteaga, P.Y., Plaza, G.T., Prieto, F.Y. & Hernández, H.Z. (2012). Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. En *Rev. Ciencias Médicas de pinar del Rio*, 16(1). Recuperado el 26 de Noviembre de 2013, desde scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942012000100021

Alcañiz, L. (2012, Abril). *Enfermedad de la vesícula durante el embarazo*. Recuperado el 21 de Noviembre 2013, desde BabyCenter: <http://espanol.babycenter.com/a900748/enfermedad-de-la-ves%C3%ADcula-durante-el-embarazo>.

Aborto médico (2011, Noviembre 14). “*Sorano de Éfeseo; padre de la ginecología*”. Recuperado 3 Diciembre de 2013, desde: <http://abortomed.blogspot.mx/2011/11/sorano-de-efeso-padre-de-la-ginecologia.html>

Azteca noticias. (2011, Diciembre 27) *Mujeres, más propensas a padecer litiasis biliar NOTIMEX*. Recuperado el 6 de febrero de 2014 desde <http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/salud/88110/mujeres-mas-propensas-a-padecer-litiasis-biliar>

Carbajo, F. A. J. (s.f.). Litiasis biliar. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría*. p 263. Recuperado el 6 de febrero del 2014. Desde https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-litiasis_biliar.pdf

Castro, R.D.A., Chiguilla, E.S.Y., Escobar, R.J.C., Galicia, F.L.L. & Murcia, C.J.G. (2013). “*Atención en la consejería que se proporciona a la mujer postparto en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia de Atiquizaya, en el periodo de Febrero a Septiembre de 2013*”. Investigación Operativa, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Santa Ana, Recuperado el 5 de Diciembre de 2013, desde <http://unasa.edu.sv/main/procesosdegrado/articulos/2013/enfermeria/articulo-consejeria-posparto.pdf>

Cevallos, M.J.P. (2010) *Complicaciones postquirúrgicas por colecistectomía laparoscópica*. Hospital IESS. (Tesis de grado). Facultad de salud pública escuela de medicina. Escuela superior politécnica de Chimborazo. Riobamba Ecuador. Recuperado el 11 de febrero de 2014, desde <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1896/1/94T00075.pdf>

Empresa pública Hospital Costa del Sol, Consejería de Salud. (s. f.). Recuperado el 17 de Diciembre de 2013, desde: <http://www.hcs.es/sites/default/files/ALTA%20cole.pdf>

Fisiología de la secreción biliar. (s.f.). Recuperado el 11 de febrero de 2014. Desde <http://med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/fisio/2011/013.pdf>

Galiano, G.J.M. (s.f.). *Colecistectomía segura mito o realidad*, p 3-4. Recuperado el 2 de Diciembre de 2013 desde: <http://files.sld.cu/cirured/files/2011/07/colecistectomia-1.pdf>

Gutierrez, B.C.A., Zaldívar, R.F.R., Reyes, G.N., Hurtado, L.L.M., Athié, G.C. (2013, Abril 01). Identificación de flora bacteriana en cultivos de bilis de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de México. En: *Revista Médica del Hospital General de México*, 76(2), 61-62 recuperado el el 26 de Noviembre de 2013, desde: <http://www.elsevier.pt/es/revistas/revista-medica-del-hospital-general-mexico-325/artigo/identificacion-flora-bacteriana-cultivos-bilis-pacientes-sometidos-colecistectomia-90208285>

Harrison, R.T. (2008) Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares. En: Braunwald, E., Fauci, S.A., Kasper, L.D., Hauser, L.S., Longo, L.D., Jameson, J.I., Loscalzo, J. (Ed.), *Harrison. Principios de medicina interna*, (17 ed., Vol. 2, p.1991-2001). Mexico: McGraw Hill Interamericana. Recuperado el 16 de Enero de 2013, dede <http://www.mediafire.com/download/gtyedzsq8jhaqyr/17+Edicion++Vol.+2.rar>

Hernández, A.I., Aguirre, O.X., Pedraza, G.L.A. (2001, Abril 4). Colecistectomía laparoscópica en el embarazo. Experiencia de cinco años en el Hospital Español de México y revisión de la bibliografía. En: *Rev. Ginecología y Obstetricia de México*, 79 (4), 201. Recuperado el 14 de Noviembre de 2013, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom114e.pdf>

Hospital universitario 12 de octubre (2010, noviembre) información y recomendaciones para embarazadas, embarazo, parto, posparto y lactancia, p 8. Recuperado el 20 de Febrero de 2014, desde: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271941037606&ssbinary=true>

Instituto mexicano del seguro social. (2009). *Guía práctica clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis* (Publicado por CENETEC) México, Gobierno federal. Recuperado el 14 de Noviembre de 2013, desde: <http://www.saludbcs.gob.mx/PDF/GuiasClinicas/IMSS-237->

09_Colecistitis_Colelitiasis/GRR%20COLECISTITIS%20Y%20COLELITIASIS.pdf

Instituto mexicano del Seguro Social IMSS. (2013, Junio). *Mujeres embarazadas deben vigilar su peso, recomienda nutriólogas del IMSS*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, desde: <http://www.imss.gob.mx/delegaciones/edomexponente/Documents/3196-EDOMEXPTTE-%20PESO%20Y%20EMBARAZO.pdf>.

Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. (2013, Julio 9) *Consumo de ácido fólico reduce hasta en 50% complicaciones en el embarazo*. Recuperado el 20 de Enero de 2014, desde: <http://imssedomexpte.wordpress.com/2013/07/09/consumo-de-acido-folico-reduce-hasta-en-50-complicaciones-en-el-embarazo/>

Latarjet, M., Ruiz, L.A., (2008). *Vías biliares*. 4ª ed. 6ª reimp, 1402, 1408. Recuperado 16 de Noviembre de 2014, desde Google académico: <http://books.google.com.mx/books?id=5Rpr4aSnC5gC&pg=PA1408&dq=vesicula+biliar+anatomia&hl=es419&sa=X&ei=PMWdUobyK6r02gWL7oDQAQ&ved=0CDkQ6AEwAg#v=onepage&q=vesicula%20biliar%20anatomia&f=false>.

Maldonado, A.M.A. (2010). *Influencia de la inadecuada alimentación en mujeres durante el periodo gestacional, que acuden al subcentro Lucha Obrera No. 1 de Babahoyo, Provincia de los Ríos, en el periodo de junio – Diciembre de 211*. (Tesis de Grado), Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Tecnología Médica carrera de Nutrición y Dietética, Universidad Técnica de Babahoyo. (véase fichero, tesis marina maldonado.docx). Recuperado el 16 de Diciembre de 2013, desde <http://190.63.130.199:8080/handle/123456789/1668>.

McAneny, D., (2008). Colecistectomía abierta. En: *Rev. Clínica Quirúrgica de Norteamérica*, 88, 1273-1275. Recuperado el 3 de Diciembre de 2013, desde: www.cirugiahcg.com/fm/fmArchives/getFile/75

MedlinePlus. (2011, Noviembre 8). *Colecistitis aguda*. Recuperado el 16 de Enero de 2014, desde <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000264.htm>

Mendoza, R.H.J. (2012). *Relación entre los factores de riesgo de la colecistitis y los tipos de litiasis en pacientes colecistectomizados Hospital Octavio Mongrut año 2010- 2011* (Tesis de Maestría). Facultad de medicina Humana, Universidad Mayor de San Marcos. Lima – Perú. Recuperado el 30 de Enero de 2014, desde: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2950/1/mendoza_rh.pdf.

Murillo, M.C. (2012). Gastroenterología Patología de las vías biliares y embarazo. En: *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 163-165 Recuperado el 21 de Noviembre de 2013, desde: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/601/art13.pdf>

Nieto, A.C., Linares, A.M. (2008). Puerperio normal. *Cuidados de enfermería. (Apuntes y notas de Enfermería Materno Infantil, curso Académico 2008/9)*, 110, 112, 117. Recuperado el 28 de Noviembre de 2013, desde: http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/apuntes__puerperio.pdf

Prieto, B.B.M. (2012). *Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias*. (Tesis de Maestría), Escuela de Enfermería, Universidad de Colombia, Bogotá. Recuperado el 16 de Diciembre de 2013, desde: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8930/1/05539469-2012.pdf>

Progesterona. (s.f.). Recuperado el 21 de Enero de 2014, desde: http://www.ehowenespanol.com/signos-sintomas-progesterona-embarazo-temprano-sobre_172943/

Quiroz, P.F. (2012). *Vesícula biliar*. En E. Acosta, B. Bandera, R. Camacho, I. Larios (Ed.), *Tratado de anatomía humana*, (43 ed., Vol.3, p198-201). México: PORRUA.

Ramos, B. T. (s.f.). *Vesícula*. Recuperado el 11 de febrero del año 2014 desde <http://www.slideshare.net/ar3ston3/fisiologia-vesicula>

Salinas, E.G., Zurita, V.R., Hernández, G.A.G., Padilla, Z.M.P., Gutiérrez, V.R., Sastré, N., Bertozzi, Z.S.M. (2011). Costos directos de Colecistectomías abierta y Laparoscópicas. En: *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(4), 353-354. Recuperado el 3 de Diciembre de 2013, desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im114b.pdf>

Seguro popular (2012) Colecistectomía Abierta y Laparoscópica. En: *Catalogo Universal de Servicios de Salud CAUSES*, 349-350, México, Gobierno Federal. Recuperado el 21 de Noviembre de 2012, desde: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/Causes/CAUSES2012.pdf>

Secretaria de Salud de Jalisco. (2010). *Plan de cuidados de enfermería estandarizado "PLACE" en pacientes en el tercer trimestre de embarazo*, p. 13, 17, 23. Jalisco: Gobierno de Jalisco. Recuperado 16 de Enero de 2014, desde: http://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/tercer_trimestre.pdf

Secretaria de salud de Puebla. (2013, Marzo 4). *Dislipidemias, colesterol y triglicéridos*. Recuperado el 19 de Marzo de 2014, desde:

<http://ss.pue.gob.mx/index.php/puebla-sana-port/2014-02-13-21-00-12/articulos/item/23-dislipidemias-colesterol-y-trigliceridos>

Secretaria de Salud. (2012, Noviembre 5). *PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*. (Publicado por Diario Oficial de la Federación, ver sección 3.5) México: Gobierno Federal. Recuperado el 20 de Enero 2014, desde: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276550&fecha=05/11/2012

Secretaria de salud. (2008). Alimentación de la mujer durante el embarazo. *Guía de Orientación Alimentaria*. 56-57. México: Dirección de Comunidades Saludables. Recuperado el 25 de Noviembre de 2013, desde: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/1-guia_orientacion_alimentaria.pdf

Tejedor, B.M., Albillos. M.A., (2012). Enfermedad litiasica biliar. *En: Rev. Medicine*, 11(8), 482, 487. Recuperado 21 de Noviembre 2013, desde: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v11n08a90128633pdf001.pdf>

The patient education institute (2012, Octubre 30) *Colecistectomía-abierta y laparoscópica*, p 2,3, recuperado el 20 de Febrero de 214 desde <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/cholecystectomyopenandlaparoscopicspanish/g0191s5.pdf>

Tortora, G.J., Derrickson, B. (2011). Hígado y vesícula biliar. *Principios de Anatomía y Fisiología*, (11ª ed. 6ª reimp, p 924-927). México, D.F: Médica panamericana.

Todolí, T.G. (2008). *Análisis del tratamiento de la coledocolitiasis por laparoscopia. Valoración de la Coledocoscopia* (Tesis doctoral), Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia. Recuperado el 2 de Diciembre de 2013, desde: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9608/todoli.pdf;jsessionid=6761D2DE44DBEA49E00A77E142034353.tdx2?sequence=1>.

Valdés, M.M., Egea, V. J., coledocolitiasis, *En: Rev. Servicios de Medicina y Aparato Digestivo*, 10 (8), p 508. Recuperado el 24 de Febrero de 2014 desde <http://www.mflapaz.com/Residencia/ARTICULOS%20PDF/Colelitiasis.pdf>

Valcárcel, S.M. (s.f.). *Colecistitis y gestación*. Recuperado el 21 de Enero de 2014, desde: http://issuu.com/olinad_2005/docs/coleccistitis-y-embarazo.

COMENTARIOS

La importancia de la investigación factores predisponentes para una colecistitis biliar en mujeres de 22-35 años en periodo posparto es, identificar los factores principales para el desarrollo de esta patología en mujeres y con base a la información obtenida formular nuevas investigaciones que ayuden a dar información a la población en general. Utilizando como medida la prevención de la salud. No está de más mencionar que el embarazo a su vez es una etapa determinante en la vida de una mujer ya que el cuerpo sufre diversos cambios, la explicación a esta patología es debido a que la enfermedad de la vesícula aparece entre dos a cuatro meses después del parto. Esto se debe a que se está recuperando el tono muscular, y la vesícula se ve más afectada por los cambios que se sufren durante el embarazo, es decir; la motilidad vesicular cambia desde el primer trimestre, esto es debido a que es favoreciendo la estasis (acumulación) de la bilis cuando la vesícula no se contrae lo suficiente, parte de la bilis no puede salir y se queda almacenada dentro de ella. Esto ocasiona que se formen sedimentos o incluso cálculos, se relaciona también con las hormonas del embarazo fundamentalmente la progesterona, hacen que los tejidos musculares se relajen y esto afecta a la vesícula biliar. Otro fenómeno relacionado con esta patología es que el embarazo se confunde en muchas ocasiones con las náuseas y vómito ya que estos síntomas son muy comunes en la gestación. Es necesario mencionar que

la mujer embarazada necesita poner especial atención en el consumo de alimentos ricos en energía y proteínas y poner menos atención en alimentos ricos en grasa ya que favorece en el desarrollo de esta patología.

La investigación que se llevó acabo se sustenta mediante una revisión bibliográfica, análisis bibliográfico, se llevó a cabo la búsqueda de elementos comunes o diferencias de los diversos estudios realizados con respecto a los factores de riesgo para una colecistitis biliar en mujeres en período posparto, por lo que se puede aplicar en un estudio con otra perspectiva.

La poca información que se tiene sobre la colecistitis biliar a un es problema de desconocimiento por muchos se ve reflejado en la gran incidencia en mujeres y que a su vez es una enfermedad frecuente en la población general.