CASO CLÍNICO

PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE SUBOCLUSIÓN INTESTINAL, VESÍCULA BILIAR ESCLEROATRÓFICA

Marisol SOTELO ROSALES¹, Carmen BARTOLO ESTRELLA²

1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Nombre del usuario: O. C. J.

Fecha de nacimiento: 16/12/1930

Edad: 79 años

Fecha de ingreso al servicio: 02/05/2010

Hospital: Emergencias Grau.

Servicio: emergencia: sala UCE (Unidad de Cuidados de Emergencia)

Forma de llegada: camilla

N° de cama: 429

Peso: 85 kg

Talla: 1.75 cm

Fuente de información: Paciente e historia clínica.

Fecha de la valoración: 04/05/2010

Diagnóstico médico: Suboclusión intestinal, vesícula biliar escleroatrófica.

Motivo de ingreso: Desde hace 2 días (30/04/2010) nota distensión abdominal, dificultad respiratoria, se observa abdomen distendido y los ruidos hidroaéreos están disminuidos, por lo cual deciden hospitalizarlo en el Hospital Emergencias Grau.

2. INDICACIÓN MÉDICA: Día: 04/05/2010

- NPO - SNG a gravedad
 - Dextrosa 5% AD 1000cc
 - Cl Na 20% (1 amp.)
 - Cl K 20% (1 amp.)
 - Ceftriaxona 2g EV c/24hrs
 - Metronidazol 500mg EV c/8hrs
 - Metoclopramida 1amp. EV c/8hrs
 - Ranitidina 50mg EV c/8hrs
 - CFV
 - BHE
- } 45 gt. x'

3. EXÁMENES DE LABORATORIO

3.1 HEMOGRAMA COMPLETO: (03/05/2010)

Leucocitos: 6570.00mil/mm3	(VN: 5,000-10,000mm3)
Eritrocitos: 3840.00mill/mm3	(VN: 4'500,000-5'500,000mm3)
Hemoglobina: 12.7g/dl	(VN: 14-16 gr/dl)
Hematocrito: 37%	(VN: 42-48%)
Plaquetas: 208.000.00mil/mm3	(VN: 150.000 a 450.000/mm3)

¹ Licenciada en Enfermería, Especialista en Emergencias y Desastres, Docente de la Universidad Peruana Unión

² Estudiante del 4° año de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión

Fórmula diferencial:

Abastados: 1%	(VN: 1-4%)
Eosinófilos: 1%	(VN: 1-4%)
Linfocitos: 13%	(VN: 20-40%)
Monocitos: 3%	(VN: 4-8%)
Basófilos: 0%	(VN: 0-1%)

INTERPRETACIÓN:

- Los eritrocitos se encuentran disminuidos: **eritrocitopenia**.
- La hemoglobina se encuentra disminuida: anemia leve.
- El hematocrito se encuentra disminuido. La hemoglobina y el hematocrito reflejan los resultados de la concentración de eritrocitos, y como los eritrocitos están disminuidos, entonces también la hemoglobina y el hematocrito se encuentran disminuidos.
- Disminución de linfocitos: **linfopenia**. Disminución de los niveles de linfocitos puede indicar enfermedades que afectan el sistema inmunológico, en este caso se debe a la administración de Ceftriaxona, el cual tiene como efecto adverso linfopenia.

3.2 FOSFATASA ALCALINA (03/05/10): 233UI/L (VN: 44-147UI/L)

Se encuentra aumentado, lo cual indica anemia, obstrucción biliar.

3.3 GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (03/05/10): 82UI/L (VN: 0-51UI/L)

Se encuentra aumentado, y esto indica colestasis biliar.

3.4 AGA (04/05/2010)

PH: 7.492	B	(VN: 7.35-7.45)
PO2: 55.1mmHg	A	(VN: 80-100mmHg)
PCO2: 25.8mmHg	B	(VN: 35-45mmHg)
HCO3: 22mmol/L	N	(VN: 22-26mmol/L)
SatO2: 92.7%	↓	(VN: 95-100%)
Na: 139 mmol/L	N	(VN: 135-145mmol/L)
K: 2.9 mmol/L	↓	(VN: 3.5-5mmol/L)
Ca: 0.88 mg/dl	↓	(VN: 8.5-10.5mg/dl)

Equilibrio ácido base: Alcalosis respiratoria no compensada.

El **K** se encuentra **disminuido**

El **Ca** se encuentra **disminuido**, lo cual indica según la literatura deficiencia de vitamina D, fallo renal, hipoparatiroidismo, mala absorción intestinal y pancreatitis, pero en el caso del paciente se debe a la mala absorción intestinal.

Hemoglobina: El paciente presenta una hemoglobina de 12.7 g/dl, lo cual indica que el paciente tiene anemia y este valor tiene que ver mucho con la oxigenación, ya que la hemoglobina es la encargada de transportar al oxígeno, entonces si no hay suficiente hemoglobina en la sangre, no va a ver el adecuado transporte de oxígeno hacia las células.

SatO2: La saturación de oxígeno mide el porcentaje de O2 que es transportado por la hemoglobina. La saturación se encuentra disminuida: 92%, esto se debe a la anemia leve (Hb12.7 g/dl) que presenta el paciente.

Curva de disociación de la Hemoglobina:

PH: 7.49
T°: 36°C
PCO2: 25.8mmHg

La curva se encuentra hacia la izquierda, esto significa que la Hemoglobina no libera al O2 con facilidad, lo cual puede producir hipoxia tisular.

PO2 Esperado: $21 \times 5 = 105$ mmHg

El PO2 esperado es de **105mmHg**, pero el paciente presenta un PO2 de 55.1mmHg, esto indica que el paciente tiene una hipoxemia no corregida.

PaFiO2: $55.1 / 0.21 = 262.4$

El PaFiO2 es de **262.4mmHg**, lo cual indica que el paciente presenta una lesión pulmonar por el resultado de la PaFiO2 es menor a 300mmHg.

Shunt: $(550 - 262.4 / 100) \times 5 = 14.4\%$

Existe un **14%** de gasto cardiaco que está ingresando a la circulación general sin ser debidamente oxigenado, ya que lo normal del Shunt es menor de 10.

4. CARACTERÍSTICAS SIGNIFICATIVAS POR PATRONES FUNCIONALES

PATRÓN PERCEPCION-CONTROL DE LA SALUD

Factores de riesgo: consumo de tabaco, consumo de alcohol.

Estado de higiene: regular

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?:

- “Sólo sé que tuve un cólico en el estómago, pero en sí no sé cuál es la causa”.

PATRÓN DE RELACIONES – ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: Empleado (trabajó en transporte en ferrocarril)

Estado civil: Casado

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Preocupaciones principales: Se preocupa por su casa del Cusco y por su esposa que también está enferma.

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

A la palpación abdominal, refiere dolor en Fosa iliaca izquierda en grado 5 según la escala del dolor del 1 al 10.

PATRÓN ACTIVIDAD – EJERCICIO

Actividad respiratoria:

F.R: 23 respiraciones x'

Secreciones: paciente refiere “que presenta en poca cantidad”.

SatO2: 92%

Actividad circulatoria:

F.C: 94 pulsaciones x'

P.A.: 130/70 mmHg

Presencia de líneas invasivas: Sí, catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo colocado el 02/05/2010.

Ejercicio: Capacidad de autocuidado

Grado II

PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

T°: 37°C axilar

Peso: 85 kg

Piel:

Hidratación: seca

Al evaluar la turgencia de la piel se demora en regresar 5”.

Dentadura: Incompleta

Mucosa oral: no hidratada

Estado de higiene bucal: mala, lengua saburral

Apetito: anorexia

SNG: sí, para drenaje. En el turno de 6 horas presenta 100cc de secreción biliosa.

Alimentación: NPO
Abdomen: distendido, timpánico
Ruidos hidroaéreos: ausentes

PATRÓN DE ELIMINACIÓN
Hábitos intestinales

Nº de deposiciones / día: 0, paciente refiere que hace 4 días no hace deposiciones.
Hábitos vesicales: Sonda vesical (02/05/10) presenta 400cc de orina colúrica en el turno de la mañana.

5. ANÁLISIS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Características que lo definen	Rótulo/problema
<ul style="list-style-type: none">• SatO2: 92%• Ph: 7.49• PO2: 55.1mmHg• PCO2: 25.8mmHg	Deterioro del intercambio gaseoso: Alteración por exceso o déficit en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono en la membrana alveolar-capilar.
Factor Relacionado	Enunciado
<ul style="list-style-type: none">• Desequilibrio ventilación-perfusión	Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado por SatO2:92%, ph: 7.49, PO2: 55.1mmHg y PCO2: 25.8mmHg.

Análisis:
El paciente en estudio presenta deterioro del intercambio gaseoso, esto es debido a la distensión abdominal lo cual origina un desequilibrio ventilación-perfusión en el paciente, ya que el paciente empieza a hipoventilar por la presión abdominal. Se sabe que la ventilación se encuentra regulada por quimiorreceptores periféricos, éstos responden a la hipoxemia, haciendo que el paciente hiperventile. Esto genera una alcalosis respiratoria, manifestada en lo siguiente SatO2:92%, Ph:7.49, PO2:55.1mmHg y PCO2: 25.8mmHg.

Hallazgos	Complicación potencial
<ul style="list-style-type: none">• K: 2.9 mmol/L• Turgor de la piel: 5"• Mucosa oral deshidratada• Piel seca• Orina colúrica	CP: Desequilibrio hidroelectrolítico
Enunciado	
CP: Desequilibrio Hidroelectrolítico	

Análisis:
El paciente en estudio presenta como Complicación potencial: Desequilibrio hidroelectrolítico, esto es debido a su patología, la cual es suboclusión intestinal, La oclusión del intestino delgado produce acumulación de líquidos y gases en la porción proximal de la obstrucción, lo que produce distensión del intestino, que es iniciada por el líquido ingerido, secreciones digestivas (entre 6 y 8 litros al día) y gas intestinal. Uno de los acontecimientos más importantes es la pérdida de agua y electrolitos. En la oclusión intestinal hay distensión intestinal. Esta distensión persiste como consecuencia del aumento de secreción intestinal y la disminución de la absorción. Estos fenómenos dan como resultado la acumulación de líquidos en el intestino proximal a la obstrucción, que aumenta la deshidratación. La obstrucción proximal produce pérdida de agua, Na, Cl, H y K. lo que causa deshidratación con hipokaliemia y alcalosis. También se manifiesta la deshidratación en el turgor de la piel: 5", en la mucosa oral deshidratada, en la piel seca y en la orina colúrica. Se considera prioritaria, ya que si no se trata esta complicación puede originar cambios hemodinámicos (taquicardia, disminución de la PVC y del GC), que al final desencadenarán hipotensión y shock hipovolémico.

Factor de riesgo	Complicación potencial
• Ausencia de motilidad gástrica (RHA)	CP: Peritonitis
Enunciado	
CP: Peritonitis	

Análisis:

El paciente en estudio presenta como alto riesgo Peritonitis, esto es debido a que en la oclusión intestinal ocurre proliferación rápida de las bacterias intestinales. Normalmente el intestino delgado contiene cantidades pequeñas de bacterias y a veces está casi estéril. Una de las causas que provoca la escasez de la proliferación bacteriana en el intestino delgado es la importante peristalsis en condiciones normales. Pero durante la estasis del intestino, las bacterias proliferan con rapidez, pudiendo producir translocación bacteriana y sepsis. Si la oclusión persiste, el aumento de la presión intraluminal del segmento afecto puede superar la presión de los vasos submucosos y producir isquemia, perforación y peritonitis generalizada, esta complicación potencial se considera como tercer diagnóstico debido a las grandes consecuencias que tiene. Como factor de riesgo se encuentra la ausencia de motilidad.

6. PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- a) **Deterioro del intercambio gaseoso** relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado por SatO2:92%, ph: 7.49, PO2: 55.1mmHg y PCO2: 25.8mmHg.
- b) **CP: Desequilibrio Hidroelectrolítico.**
- c) **CP: Peritonitis.**
- d) **Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto** relacionado con NPO secundario a suboclusión intestinal.
- e) **Estreñimiento relacionado con enfermedad:** Suboclusión intestinal evidenciado por dolor abdominal en escala 5, anorexia, paciente hace 4 días no hace deposiciones, ruidos hidroaéreos ausentes y abdomen timpánico y distendido.
- f) **Dolor agudo** relacionado con la presión causada por la distensión abdominal evidenciado por dolor a la palpación en la fosa iliaca izquierda en escala 5.
- g) **CP: Gastritis.**
- h) **Riesgo de infección** relacionado con presencia de catéter venoso periférico en MSI, sonda vesical, sonda nasogástrica y estancia hospitalaria.
- i) **Deterioro de la mucosa oral** relacionado con presencia de sonda nasogástrica y deshidratación evidenciado por mucosa oral seca y lengua saburral.
- j) **Déficit del autocuidado** relacionado a grado de dependencia II evidenciado por la incapacidad para bañarse, para usar el baño y para vestirse.

7. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN			EVALUACIÓN
				M	T	N	
Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión evidenciado por SatO2:92%, ph: 7.49, PO2: 55.1mmHg y PCO2: 25.8mmHg	O.G: <ul style="list-style-type: none">• Paciente presentará buen intercambio gaseoso al finalizar el turno. R.E: <ul style="list-style-type: none">• Paciente presentará una SatO2 de 95 a 100% en el turno.• Paciente presentará Ph de 7.35 a 7.45 en el turno.• Paciente presentará una PCO2 de 35 a 45mmHg en el turno.• Paciente presentará una PO2 de 80 a 100mmHg en el turno.• Paciente presentará hemoglobina de 14-16g/dl al finalizar el turno.	1. Colocar al paciente en posición semifowler en el turno.	1. La posición semifowler es importante porque permite mayor espacio en la caja torácica cuando el diafragma desciende por gravedad. Por lo tanto, los pulmones se expanden y tienen un buen intercambio gaseoso sin dificultad.	1. M – T – N			Objetivo no alcanzado: Paciente presenta SatO2: 92%, Hb: 12.7g/dl y los resultados del AGA no se evaluaron ya que no tenía un examen actual.
		2. Valorar el Patrón respiratorio: frecuencia, ritmo, intensidad en cada turno.	2. Es importante ya que el patrón respiratorio anormal nos indica un deterioro del intercambio de gases.	1. M – T – N			
		3. Valorar resultados de AGA, especialmente P02, PCO2 y Ph, en cada turno.	3. El análisis de gases arteriales permite determinar el equilibrio ácido – base. Los valores normales son: PH: 7.35 – 7.45, PCO2: 35 a 45 mmhg, PO2: 80 a 100 mmhg.	1. M – T – N			
		4. Monitorizar la SatO2 en cada turno.	4. La saturación es el porcentaje de hemoglobina que es saturada o que tiene oxígeno.	1. M – T – N			
		5. Valorar la coloración de la piel en cada turno.	5. La hipoxemia es la falta de oxígeno en la sangre, que a su vez conlleva a la falta de O2 en los tejidos. Primero se evidencia en los miembros superiores e inferiores y labios. La cianosis es el signo principal de éste (hipoxia). Se pueden observar también palidez e hipotermia.	1. M – T – N			
		6. Administrar Oxigenoterapia según indicación médica.	La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia.	1. M – T – N			
		7. Valorar los niveles de Hb en cada turno.	7. La hemoglobina cumple la función biológica de conducir a los tejidos el oxígeno necesario para la respiración de las células. Los valores normales de Hb en una mujer es de 12 a 14 g/dl, en un varón es de 14 a 16 g/dl.	1. M – T – N			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN			EVALUACIÓN
				M	T	N	
CP: Desequilibrio hidroelectrolítico	O.G: • Recuperar el equilibrio hidroelectrolítico durante la estancia hospitalaria.	1. Realizar control de funciones vitales especialmente la FC y PA en cada turno.	1. La presión arterial elevada puede indicar sobrehidratación, la hipotensión la disminución de líquidos, y la valoración de FC, la capacidad del corazón para compensar los cambios en el volumen de líquidos.	1. M – T – N			Objetivo no alcanzado: Paciente presenta piel seca, mucosa oral deshidratada, orina colúrica, turgencia de la piel de 5" y K: 2.9mmol/l.
		2. Controlar balance hídrico estricto en cada turno.	2. La medición y registro de entrada y salida de líquidos durante un periodo de 24hrs nos proporciona un dato importante sobre el equilibrio hidroelectrolítico del paciente para poder actuar a tiempo.	1. M – T – N			
		3. Monitorizar los electrolitos séricos cada 24 horas.	3. Permite determinar la osmolaridad, el estado de hidratación y el ph de los líquidos corporales. Los electrolitos séricos son: Na, K, Cl, HCO3, Ca, Mg, PO4 y la alteración en ellos produce: Hipo o hipernatremia, hipo o hiperpotasemia, hipo o hipercloremia, alteraciones ácido-básicas, hipo o hipercalcemia, hipo o hipermagnesemia, hipo o hiperfosfatemia, respectivamente.	1. M			
		4. Valorar los signos de deshidratación: disminución de la turgencia de la piel, sequedad de mucosas orales, piel seca, sensación de sed del paciente.	4. La deshidratación puede aumentar la filtración glomerular de manera que la diuresis es insuficiente para eliminar los residuos adecuadamente. Asimismo la pérdida de líquido se manifiesta con sequedad de piel, mucosas, sensación de sed del paciente y la disminución del turgor de la piel.	1. M – T – N			
		5. Realizar control de diuresis en cada turno.	5. Los riñones son los principales reguladores del equilibrio hidroelectrolítico. Alrededor de 180 lt de plasma son filtrados a diario. De este volumen alrededor de 1000ml se elimina (orina) al día. Por hora alcanza un límite medio de 40-80 ml en los adultos.	1. M – T – N			
		6. Administrar dextrosa 5% + 1 amp. Hipersodio + 1 amp kalium a 45 gt X'.	6. La administración de la dextrosa más electrolitos ayudarán a compensar los electrolitos perdidos..	1. M – T – N			
		7. Controlar el peso diariamente.	7. La disminución del peso rápido es un indicador de deshidratación.	1. M			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN			EVALUACIÓN
				M	T	N	
CP: Peritonitis	O.G: Se evitará peritonitis durante la estancia hospitalaria.	1. Controlar funciones vitales: T°, FC, PA en cada turno.	1. La reacción febril suele presentarse como resultado de la exposición del cuerpo a microorganismos infectantes, complejos inmunitarios u otras causas de inflamación. Taquicardia e hipotensión indican deshidratación grave, peritonitis o ambas.	1. M	- T	- N	Objetivo alcanzado: Paciente evita peritonitis durante la estancia hospitalaria..
		2. Valorar el hemograma: leucocitos en el turno.	2. Los leucocitos son células que se activan como mecanismo de defensa del organismo cuando hay infección. Sus valores normales son de 5.000- a 10.000 mm3.	1. M	- T	- N	
		3. Valorar si existen signos locales de infección: náuseas y vómitos, fiebre, aumento de la sensibilidad o distensión abdominal y líquido en el abdomen, en cada turno.	3. Los síntomas más comunes de la peritonitis son náuseas, vómitos, fiebre, distensión abdominal y presencia de líquido en el abdomen. La valoración de los síntomas es de vital importancia, ya que las complicaciones pueden ocurrir rápidamente.	1. M	- T	- N	
		4. A la palpación valorar si existe dolor abdominal en el turno.	4. La sensibilidad localizada, sensibilidad de rebote y defensa muscular involuntaria harán sospechar peritonitis, es uno de los síntomas más importantes.	1. M	- T	- N	
		5. Administrar Ceftriaxona 2g EV c/24hrs.	5. La ceftriaxona es un betalactámico, es bactericida y está indicado en el tratamiento de septicemia, infecciones intraabdominales, etc.	1. 42			
		6. Administrar Metronidazol 500mg EV c/8hrs.	6. El metronidazol es un antibiótico y antiparasitario que pertenece al grupo de los nitroimidazoles, Actúa sobre las proteínas que transportan electrones en la cadena respiratoria de las bacterias anaerobias, mientras que en otros microorganismos se introduce entre las cadenas de ADN inhibiendo la síntesis de ácidos nucleicos se usa en casos de sobrecrecimiento bacteriano intestinal.	1. 40	- 6	- 2	

8. CONFRONTACIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA PATOLOGÍA

SUBOCLUSIÓN INTESTINAL

Definición de oclusión intestinal

Según Felices y Cafarena (2000) la oclusión intestinal consiste en la detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto a lo largo del tubo digestivo.

Si dicha detención no es completa y persistente, hablaremos de suboclusión intestinal.

Etiología

Según el Manual de Patología Quirúrgica (2007), las causas de la oclusión mecánica del intestino son:

1. Estrechez intrínseca del lumen intestinal:

- Congénitas: atresias, estenosis, ano imperforado, otras malformaciones.
- Adquiridas: enteritis específicas o inespecífica, actínica, diverticulitis.
- Traumáticas.
- Vasculares.
- Neoplásicas.

2. Lesiones extrínsecas del intestino:

- Adherencias o bridas: inflamatorias, congénitas, neoplásicas.
- Hernias: internas o externas.
- Otras lesiones extraintestinales: tumores, abscesos, hematomas, otras.

3. Vólvulos

4. Obstrucción del lumen del intestino: cálculos biliares, cuerpos extraños, bezoares, parásitos, fecalomas, otros.

5. Misceláneos

Clínica:

Según Accarino (2003) la característica clínica fundamental tanto en la obstrucción como la pseudoobstrucción intestinal es la presencia de crisis suboclusivas.

Las crisis suboclusivas clínicamente se manifiestan por dolor abdominal de tipo cólico con distensión abdominal acompañado generalmente de náuseas y vómitos y ausencia de emisión de heces y gases. En la exploración física destaca un abdomen distendido, timpánico a la percusión, difusamente doloroso a la palpación sin signos de peritonismo y con ruidos intestinales aumentados, ausentes o disminuidos.

La analítica general puede ser normal, aunque puede existir leucocitosis, y alteraciones en la función renal y equilibrio ácido-base en los casos con repercusión sistémica o por presencia de complicaciones como la isquemia o la perforación.

El íleo paralítico generalmente se manifiesta como un cuadro de distensión abdominal con vómitos e intolerancia a la ingesta y falta de emisión de heces que aparece de forma agudo en el contexto de un cuadro general.

Tratamiento

Según Accarino (2003), el tratamiento de la oclusión intestinal si no existen signos de perforación es inicialmente médico independientemente de la etiología y la localización:

- Aspiración nasogástrica o nasoentérica para descomprimir el intestino.
- Reposición hídrica y electrolítica con control de equilibrio ácido-base.
- Antibióticos de amplio espectro, si existen signos de toxicidad sistémica.
- Control del paciente con evaluación clínica para detectar signos de peritonismo o deterioro del estado general.
- Si en 24-48h no hay mejoría clínica evidente o aparecen signos de perforación o isquemia intestinal se procederá a intervención quirúrgica urgente. La obstrucción intestinal es la causa del 20% de las intervenciones quirúrgicas urgentes.
- El tratamiento definitivo de la oclusión intestinal es en su mayor parte quirúrgico. Cuando existe obstrucción completa o signos de perforación o estrangulación se indicará cirugía urgente. En la obstrucción parcial se iniciará tratamiento de mantenimiento durante 24-48h con estrecha vigilancia del paciente; si tras 48h el paciente no ha mejorado se indicará tratamiento quirúrgico.

VESÍCULA BILIAR ESCLEROATRÓFICA

Según Pattillo (2005), la vesícula biliar escleroatrófica es un hallazgo macroscópico que representa una forma particular de presentación de la colecistitis crónica. La colecistitis crónica es una alteración histopatológica frecuente de la vesícula. Su evolución puede ser silenciosa o presentarse en pacientes con historia de múltiples episodios agudos de dolor de origen biliar. Es relevante destacarla debido a su asociación con el cáncer de vesícula, especialmente de la vesícula escleroatrófica y en porcelana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smeltzer, S. y Bare, B. *Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddart*. Volumen I y II; 10ma edición. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2002.
2. Carpenito, L. *Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería*. 4ta ed. España: Mc Graw-Hill interamericana; 2005.
3. Bajaña, S. y Bonilla, V. *Manual de la Enfermería*. Perú: Quebecor World Perú S.A.
4. NANDA - I. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*, 2007 - 2008. Elsevier: España, S.A.; 2008.
5. Hospital Universitario Ramón y Cajal-Dirección Enfermera. *Paciente con Obstrucción intestinal [en línea]* 9 de Octubre 2006. [Fecha de acceso 09 de Mayo del 2010]; URL disponible en: http://www.hrc.es/pdf/asistencia/enfermeria/planescuidado/pc14_OI.pdf
6. Dr. Pattillo J. *Patología biliar litiásica [en línea]* 2005. [Fecha de acceso 07 de Mayo del 2010]; URL disponible en <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualcirugia/html/patobiliar.htm>
7. Dr. Felices, M. y Dra. Cafarena, A. *Obstrucción intestinal [en línea]* 2007. [Fecha de acceso 12 de Mayo del 2010]; URL disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/obsintes.pdf>
8. Accarino, A. *Pseudoobstrucción crónica intestinal, íleo paralítico y oclusión intestinal [en línea]* Enero 2003. [Fecha de acceso 09 de Mayo del 2010]; URL disponible en: http://www.prous.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp?id_protocolo=12
9. Pontificia Universidad Católica de Chile-Escuela de Medicina. *Manual de Patología Quirúrgica. Obstrucción Intestinal [en línea]*. [Fecha de acceso 06 de Mayo del 2010]; URL disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/patolquir_016.html