

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE MIRIZZI

Camejo Giménez, Rafael A⁽¹⁾
Ereu Montaña, Buendys Desiree⁽²⁾

(1) Licenciado en Enfermería. Magister en Educación, Mención Educación Superior. Docente del Programa de Enfermería en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. UCLA Barquisimeto Venezuela.

(2) TSU en Enfermería. Estudiante del VII Semestre del Programa de Enfermería en la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado UCLA Barquisimeto – Venezuela.

CONTACTO

desybem@gmail.com
rafael.camejo@ucla.edu.ve

Recibido: Enero 2017

Publicado: Julio 2017



RESUMEN

La enfermedad de vía biliar es una de las patologías más frecuentes en el servicio de Cirugía. El Síndrome de Mirizzi es una de las complicaciones poco frecuente de estas patologías, más frecuente en países en vías de desarrollo, alcanzando en Latinoamérica entre el 4,7 y 5,7 % de los casos. La presente investigación tiene como objetivo identificar dominios y clases afectadas a un paciente con Síndrome de Mirizzi. Estudio de caso en paciente femenina de 45 años de edad con antecedentes de ictericia obstructiva secundaria a coledocolitiasis que había precisado colocación de prótesis plástica mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para asegurar drenaje de la vía biliar, ante la imposibilidad de su extracción mediante arrastres con balón de Fogarty. Se objetivó también litiasis en conducto cístico que inicialmente no condicionaba obstrucción de la vía biliar principal, en una institución de salud del sector público de Barquisimeto, Lara, Venezuela. Se administraron los cuidados de enfermería a través del proceso enfermero, realizando la valoración de enfermería con la Taxonomía II de Diagnósticos de enfermería, se describen los dominios y clases afectadas en el periodo postoperatorio, implementándose el plan de cuidados de enfermería con las interrelaciones diagnósticos, intervenciones y resultados. Resultados: Después de administrar los cuidados de enfermería a través del Proceso de Enfermería durante la estadía hospitalaria de la paciente, evolucionó favorablemente Conclusiones: Al finalizar la investigación del caso, se observó la importancia de llevar a cabo el plan de cuidados de enfermería con las respectivas interrelaciones para brindar atención de calidad.

Palabras clave: Síndrome de Mirizzi, Proceso Enfermero, NANDA, NIC-NOC.

CARE FOR A PATIENT WITH MIRIZZI SYNDROME

ABSTRACT

Bile duct disease is one of the most common pathologies in the Surgery Department. Mirizzi Syndrome is one of the uncommon complications of these pathologies. It is more frequent in developing countries, reaching in Latin America between 4.7% and 5.7% of the cases. The present investigation aims to identify domains and affected classes to a patient with Mirizzi Syndrome. Case study in a 45-year-old female patient with a history of obstructive secondary jaundice to choledocholithiasis who had required placement of a plastic prosthesis using endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) to ensure drainage of the biliary tract, due to the impossibility of extracting it through trawls with Fogarty's ball. Lithiasis in cystic duct that initially did not condition obstruction of the main biliary tract was also observed in a public health institution in the city of Barquisimeto, Lara State, Venezuela. Nursing care was administered through the nursing process. Nursing assessment was performed with the Nursing Diagnostics Taxonomy II. The domains and affected classes were described in the postoperative period; the nursing care plan was implemented with the diagnostic interrelationships, interventions and results. **Results:** The patient progressed unfavorably, dying after 60 days due to complications. **Conclusions:** At the end of the investigation of the case, it was observed the importance of carrying out the nursing care plan with the respective interrelations to provide quality care.

Key words: Mirizzi Syndrome, Nurse Process, Nanda, Nic and Noc.



INTRODUCCION

El síndrome de Mirizzi es una patología benigna de la vesícula y vías biliares si se trata a tiempo, donde un proceso inflamatorio, agudo o crónico, secundario al impacto de un gran cálculo, o varios en la vesícula producen la compresión de la vía biliar. El síndrome de Mirizzi ocurre en menos del 1% de los pacientes operados y la incidencia es de 0,7 a 1,4% de las colecistitis operadas.⁽¹⁾ Clínicamente puede cursar con dolor, ictericia y colangitis y en ocasiones puede presentarse con fístula colecistocolédociana asociada. En 1948 Pablo Mirizzi describió las características de la entidad que ahora lleva su nombre⁽²⁾ encontrándose en tan sólo 0,7 a 1,4% de las colecistectomías realizadas en la mayoría de series publicadas⁽³⁾. Con un tratamiento fundamentalmente quirúrgico, hoy en día técnicas endoscópicas basadas en la colangioscopia ofrecen alternativas en determinados casos.

Según la American Journal of Gastroenterology la definición de este síndrome incluye cuatro componentes principales: variación anatómica del ducto cístico de tal manera que este corra paralelo al conducto hepático común; impactación de un lito biliar en el ducto cístico o cuello de la vesícula biliar; obstrucción mecánica del conducto hepático común secundaria a un efecto mecánico (litiasis biliar) o por inflamación; e ictericia tanto constante como intermitente causada posiblemente por colangitis recurrente y, en su defecto, cirrosis biliar secundaria. La distorsión de la anatomía y la presencia de una fístula de este carácter incrementan el riesgo de daño de la vía biliar durante una colecistectomía⁽⁴⁾.

En 1905 Kehr describió la colestasis extrahepática como resultado de la compresión mecánica benigna de la vía biliar por un lito enclavado en el cístico y Ruge en 1908. La existencia de una fístula colecisto biliar fue descrita en primera instancia por Puestow en 1942. Corlette y Bismuth clasificaron el síndrome de Mirizzi en tipo I, cuando la fístula se encontraba entre a vesícula biliar y el conducto hepático común, y en la tipo II, cuando la fístula era más extensa y conectaba la vesícula biliar y el hepático común en la "trayectoria del ducto cístico", en cuyo caso que no se encontrara el mismo⁽⁵⁾. En el año 1947, el cirujano argentino Pablo Mirizzi describió el síndrome del hepático funcional en cuadros de ictericia obstructiva, atribuyendo los síntomas a un espasmo del esfínter hepático, condicionado por un cístico paralelo a la vía biliar. Posteriormente, en 1982

Mc Sherry comprobó que en realidad esta ictericia obstructiva era causada por la compresión mecánica del mismo cálculo, que luego de repetidos procesos; por lo que propuso la denominación de Síndrome de Mirizzi (SM) a esta patología inflamatoria da lugar a la desaparición del conducto cístico hasta quedar establecida una fístula colecistocolédociana. Por otro lado, Csendes et al, clasificaron el síndrome de Mirizzi en cuatro tipos. Su clasificación consiste en categorizar la fístula colecistocolédocal de acuerdo a su grado de destrucción.^{(6), (7)} Entre los factores predisponentes se pueden encontrar: conducto cístico largo y paralelo al conducto biliar común, inserción baja del conducto cístico en el conducto biliar y Colecistitis recurrente⁽⁸⁾. El síndrome de Mirizzi puede ser producido por la presencia de un cístico largo que entra en forma paralela al hepático común haciendo una formación en doble cañón, de tal forma que un cálculo que obstruya y dilate la porción distal del cístico, hará una compresión externa del hepatocolédoco es importante el hacer un recordatorio y es que el Síndrome de Mirizzi muy raramente va a ser producido por una colecistitis aguda.^{(9), (10)}

Existen algunas situaciones clínicas que se explican a continuación: 1.- La enfermedad litiasica (un único lito de gran tamaño o múltiples pequeños impactados en la bolsa de Hartmann o en el infundíbulo y conducto cístico) determina la generación de inflamación tanto aguda como crónica de la vesícula biliar. Que podrá ocasionar compresión. 2) Los impactos recurrentes de cálculos biliares dan lugar a episodios repetidos de colecistitis aguda y determinarían que la vesícula biliar, inicialmente distendida, evolucione hasta convertirse en un órgano con paredes gruesas e inflamadas, que eventualmente se convertirá en atrofica con paredes fibróticas. La presión del cálculo y las paredes inflamadas de la vesícula biliar, también explica la compresión extrínseca de la vía biliar. 3.- El proceso inflamatorio puede finalizar con la degeneración de las paredes vesiculares y la adherencia de las mismas a los cálculos biliares contenidos, o la deformación del infundíbulo y del cístico, creando un habitáculo común entre la vesícula biliar y la vía biliar principal, que se observa en las expresiones del S. de Mirizzi tipo 2A y 2B, obstruyendo en forma parcial o total el flujo biliar. 4.- La proximidad de la inflamación vesicular con el conducto biliar común, contribuiría a la fusión de sus paredes mediante un proceso que finalizará en la fibrosis. Esto también causará la obstrucción del conducto y la clínica: ictericia obstructiva.

El síndrome de Mirizzi puede clasificarse en cuatro tipos. Su clasificación consiste en categorizar la fístula colecistocolédocal de acuerdo a su grado de destrucción. La lesión tipo I: es aquella compresión externa del conducto hepático común dada por un lito impactado en el cuello de la vesícula biliar o en el ducto cístico. La lesión tipo II: es una fístula colecistobiliar que resulta de la erosión de la pared anterior y lateral del conducto hepático común por litos impactados, cuya fístula compromete menos de un tercio de la circunferencia del conducto hepático común. La lesión tipo III: es una fístula colecistobiliar con una erosión del conducto hepático común que compromete hasta los dos tercios de su circunferencia. La lesión tipo IV es aquella con una destrucción completa de la pared del conducto hepático común⁽¹¹⁾.

En publicaciones, tal caso Csendes et al. (2007) sugieren que la historia natural del síndrome de Mirizzi no termina con el desarrollo de una fístula colecistobiliar, sino que el proceso inflamatorio continuo podría y que resultar en fístulas más complejas que involucran vísceras adyacentes, por tal motivo propone una nueva clasificación añadiendo un quinto tipo a su clasificación inicial, donde se incluyen las fístulas colecistoentéricas⁽¹²⁾. El síndrome de Mirizzi tipo V se desarrolla en pacientes con enfermedad vesicular de larga data, siendo más frecuente, en mujeres en la sexta década de la vida. Su incidencia es mayor en lugares donde no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz de la patología litiasica de la vesícula biliar⁽¹³⁾. Starling subdividió el tipo I en: A, si se encuentra un conducto cístico largo que corre paralelo a la vía biliar y se encuentra obstruido por litos y B cuando el cístico es corto, se encuentra completamente obliterado por los litos y no hay fístula, Tipo II cuando se asociaba con fístula colecistocolédociana⁽¹⁴⁾. De acuerdo a esta clasificación fisiopatológica e integrando las tres áreas del ser humano (bio-psico-espiritual) del paciente como respuesta ante su enfermedad, se considera la actuación del equipo de salud, en este caso de Enfermería.

Es así que, basados en estas respuestas y la clínica descrita, los Profesionales de Enfermería deben sustentar su labor a través de la Administración de los cuidados utilizando la metodología de proceso enfermero como herramienta científica, ya que le permite realizar valoraciones dirigidas de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los pacientes que estén bajo su cuidado. La estandarización de planes de cuidados de enfermería, constituyen una

guía y su aplicación dependerá de las necesidades del paciente y el contexto en la que se brinde la atención. Utilizar la interrelación NANDA, NOC y NIC, lleva a una mejor planificación de los cuidados que se otorgan, ya que permite evaluar de una manera dinámica cada uno de los resultados que se plantean y valorar la eficacia de las intervenciones que se planearon. En una institución de salud del sector público de Barquisimeto, Lara, Venezuela, se encontraba hospitalizada una paciente femenina de 45 años de edad diagnosticada con Síndrome de Mirizzi, asignada a estudiante de del VI Semestre del Programa de Enfermería para realizar los cuidados y apoyarse el instrumento metodológico proceso enfermero.

METODOLOGÍA.

Estudio de caso en paciente femenina de 45 años de edad con antecedentes de ictericia obstructiva secundaria a coledocolitiasis que había precisado colocación de prótesis plástica mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para asegurar drenaje de la vía biliar, ante la imposibilidad de su extracción mediante arrastres con balón de Fogarty. Se objetivó también litiasis en conducto cístico que inicialmente no condicionaba obstrucción de la vía biliar principal. En CPRE de revisión para recambio de prótesis biliar se objetiva reducción del calibre coledociano a nivel de la implantación del cístico, con una litiasis en su interior, lo que unido a los hallazgos de la técnica previa hacía sugerir el diagnóstico de Sd. de Mirizzi tipo II en una institución de salud del sector público de Barquisimeto, Lara, Venezuela. Se aplicó el proceso enfermero, realizando la valoración de enfermería con la Taxonomía II de Diagnósticos de enfermería, integrada por 13 dominios y 47 clases, estableciéndose la interrelación con los diagnósticos de enfermería (NANDA), con los resultados (NOC), y con las intervenciones de enfermería (NIC) además se describen los dominios y clases afectadas en el periodo hospitalario, se aplicó el plan de cuidados de enfermería con las interrelaciones diagnósticos, intervenciones y resultados, considerando los aspectos éticos establecidos en el comité de bioética del centro hospitalario y el código deontológico de enfermería, consentimiento informado.

RESULTADOS

Valoración de datos objetivos y subjetivos

Datos Socio Demográficos: Paciente femenina de 45 años de edad, procedente de la localidad, casada de profesión costurera, vive con el esposo, tiene 5 hijos, hospitalizada en la Unidad de Cirugía General con diagnóstico médico actual de Síndrome de Mirizzi.

Resumen de Ingreso: Se trata de una paciente femenina de 45 años con 30 días de evolución con antecedentes de ictericia obstructiva secundaria a coledocolitiasis que había precisado colocación de prótesis plástica mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para asegurar drenaje de la vía biliar, ante la imposibilidad de su extracción mediante arrastres con balón de Fogarty. Se objetivó también litiasis en conducto cístico que inicialmente no condicionaba obstrucción de la vía biliar principal. En CPRE de revisión para recambio de prótesis biliar se objetiva reducción del calibre coledociano a nivel de la implantación del cístico, con una litiasis en su interior, lo que unido a los hallazgos de la técnica previa hacía sugerir el diagnóstico de Sd. de Mirizzi tipo II.

Antecedentes personales niega DM, HTA, Asma, alergia medicamentosa. Ingresa al servicio de Cirugía General el día 13/11/2016 con un diagnóstico médico de 1) Pancreatitis 2) Síndrome de Mirizzi. Al momento de la entrevista y previo consentimiento informado refiere: "no sé por qué me dio esta enfermedad y no sé qué es" "tengo miedo de morir".

Alérgica al metronidazol. La paciente refiere "no quiero comer casi" "me da miedo comer porque dure muchos días en dieta absoluta" "no me gusta la comida que me dan aquí porque siempre esta fría y yo como comida es caliente" "siento la boca seca" "tengo mucha sed" "me siento muy cansada, débil" "necesito ayuda para ir al baño" "siento las piernas débil cuando camino" "necesito ayuda para bañarme, ir al baño, vestirme y sentarme"

"no se bien que es lo que tengo" "desde que estoy aquí nadie me dice que es lo que tengo" "siento que me voy a morir" "quiero que me digan que es lo que tengo" "tengo muchos días aquí y siento que no estoy mejorando". A los signos vitales pulso 80ppm, respiración 20 rpm, tensión arterial 120/70 mmHg, Temperatura 37°C. al examen físico postura encamada, fascia de ansiedad, piel con tinte icterico y sudoración, llenado capilar 3 segundos, pliegue cutáneo (+), normocefálica, cabello oscuro, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz, escleras con tinte icterico, pabellón auricular bien implantado sin presencia de lesiones, fosas nasales permeables, labios agrietados, mucosa oral deshidratada, Tórax (anterior): elíptico, normoexpansible, simétrico, presencia de vía central, Abdomen: globoso, RHA (+), presencia de herida operatoria supraumbilical transversa con puntos capitores sin signos de infección, cubierta con apósito limpio y seco, presencia de drenaje pasivo en hipocondrio derecho conectado a cistoflo con 80 cc de contenido sanguinolento y drenaje pasivo en hipocondrio izquierdo conectado a cistoflo con 100cc de líquido biliar. Valoración Músculo-Esquelética: fuerza muscular disminuida en miembros inferiores. Resto del examen físico dentro de los parámetros normales.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las 14 necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital; las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SINDROME DE MIRIZZI

| (2) DIAGNÓSTICOS (NANDA) | | RESULTADOS (NOC) | | (4) INTERVENCIONES (NIC) ACTIVIDADES DE ENFERMERIA | | (5) EVALUACIÓN (NOC) (ESCALA DE LIKER) |
|--------------------------|---|------------------|--|--|---|---|
| Cod | DOMINIO 4: Actividad / Reposo Clase 3: balance energético Fatiga r/c afección fisiológica (anemia) m/p la paciente "me siento muy cansada, débil, siento las piernas débiles cuando camino" | Cod | (5) tolerancia de la actividad: | 0200 | Campo 3 fisiológico básico Clase A: control de actividad y ejercicio Fomento de ejercicio Enseñar al paciente los diferentes ejercicios que puede realizar. Enseñar al paciente la forma de gastar menos energía. Enseñar de acuerdo a la capacidad del paciente sobre su enfermedad y porque tiene la intolerancia a la actividad | La paciente se encontraba en una escala de liker 1 extremadamente comprometido en cuanto a su intolerancia a la actividad luego de las intervenciones de enfermería avanza a una escala de liker 2 sustancialmente comprometido |
| 00093 | | 1830 | | 1870 | | |
| 00126 | DOMINIO 5, Percepción / Cognición | | Conocimiento: Proceso De La Enfermedad | | | |

| | | | | | | |
|-------|--|--------------|--|--------------|--|---|
| 00146 | <p>Clase 4: Cognición Conocimiento deficiente R/C falta de exposición M/P "aquí nadie me explica lo que tengo y cuando escucho hablar a los médicos me da la impresión de que estoy muy grave y sé que me van a operar otra vez pero no sé porque, siento que me voy a morir"</p> <p>DOMINIO 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés</p> | 1402 | Autocontrol de la ansiedad. | 5540 | física. | Al comenzar el turno el paciente se encontraba en una escala de inadecuado y tras las intervenciones de enfermería se deja en sustancialmente adecuado al verbalizar una mejor comprensión de su situación de salud |
| 00148 | <p>Clase 2: Afrontamiento Ansiedad r/c Amenaza de muerte y amenaza de cambio en el estado de salud m/p "siento que me voy a morir" "siento que no voy a poder curarme" "quiero que me digan que es lo que tengo"</p> | 1404 | Control del miedo | 5270 | <p>Campo 3: conductual Clase S: educación de los pacientes</p> <p>FACILITAR EL APREDIZAJE *Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente *Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso *Responder a las preguntas de forma clara y concisa</p> | La paciente se encuentra en la escala de Likert el 5 siempre demostrado y al realizar las acciones de enfermería se ubica en la misma escala con una puntuación de 2 raramente demostrado las manifestaciones de una conducta de ansiedad |
| 00046 | <p>Temor R/C amenaza de muerte por la enfermedad E/P "siento que me voy a morir"</p> | 1102 | Curación De La Herida: Por Primera Intención | 0021 | <p>POTENCIACION DE LA DISPOSICION DE APRENDIZAJE Ayudar al paciente a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfardad.</p> | La paciente se encuentra en una escala de liker 2 en cuanto al temor que tenía luego de las intervenciones de enfermería avanza a una escala de liker 3 moderadamente comprometido. |
| 00214 | <p>Dominio 11: seguridad y protección Clase 2: lesión física Deterioro de la integridad cutánea R/C agentes mecánicos (fuerza de cizallamiento) E/P cicatriz transversa supra-umbilical, con salida de secreciones hemáticas, inodoras, con drenaje del lado derecho con 226 cc de secreción oscuras provenientes de la vía biliar, y drenaje del lado izquierdo, con 124 cc de contenido oscuro.</p> <p>Dominio 12: confort Clase 1: confort físico Disconfort R/C síntomas relacionados con la intervención quirúrgica M/P "tiene malestar y se siente incómoda por la herida y en las mañanas le pega mucho el sol en la cara."</p> | 2100 2109 | Nivel de comodidad Nivel de Malestar | 6482 0221 | <p>Campo 3: Conductual Clase T: Fomento de la comodidad psicológica: Disminución de la ansiedad Proporcionar información objetiva en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Animar la a manifestación de sentimientos, percepciones y miedos Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. Campo 3: Conductual Clase S: Educación de los pacientes</p> <p>Enseñanza: Procedimiento/Tratamiento Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento Proporcionar información sobre lo que oirá, vera, gustara o sentirá durante el procedimiento /trata miento. Implicar a la familia/ser querido, si resulta oportuno. Campo 3 conductual clase R ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</p> <p>Apoyo emocional Escuchar Al paciente sobre el temor que tiene. Explicar de acuerdo a su entendimiento sobre su enfermedad. Realizar ejercicios de relajación con la respiración Animar en cuanto lo positivo y según su creencia. Campo 2 fisiológico complejo Clase L: control de la piel/heridas</p> | Al comenzar el turno la paciente se encontraba en un estado gravemente comprometido, y tras las intervenciones de enfermería se encontraba en un estado sustancialmente comprometido al tener apósitos limpios y un sello apropiado en los drenajes |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | <p>CUIDADOS DE LA HERIDAS *Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas *Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje *Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida Campo1: Fisiológico básico Clase F: Facilitación de los cuidados</p> <p>CUIDADO DEL DRENAJE *Cambiar bolsas de drenajes *Realizar un sello hermético en la unión de los drenajes para evitar la salida de fluidos *Cuantificar cantidad de líquido en los drenajes -evaluar el contenido drenado. Campo 1 fisiológico básico Clase E: Fomento de la comodidad física. Manejo ambiental: comodidad -crear condiciones ambientales que proporcionen comodidad -cambios de posición (sentada, acostada) cuando sienta incomodidad Campo 1 fisiológico básico Clase A control de actividades y ejercicios Terapia de ejercicios: deambulacion. -Deambulacion asistida</p> | <p>La paciente se encuentra en una escala de 4 sustancialmente comprometido, al realizar las acciones de enfermería se dejó en un nivel de 3, moderadamente comprometido.</p> |
|--|--|--|--|--|---|---|

DISCUSIÓN

En el caso estudiado se trata de un Paciente femenina de 45 años de edad, procedente de la localidad con Síndrome de Mirizzi, es una patología benigna de la vesícula y vías biliares si se trata a tiempo, donde un proceso inflamatorio, agudo o crónico, secundario al impacto de un gran cálculo, o varios, en la vesícula produce la compresión de la vía biliar. Los hallazgos se contrastan y coinciden con la bibliografía donde los síntomas clínicos, diagnósticos de enfermería son similares tal es el caso, que el síndrome de Mirizzi ocurren en menos del 1% de los pacientes operados y la incidencia es de 0,7 a 1,4% de las colecistitis operadas ⁽¹⁾. Clínicamente puede cursar con dolor, ictericia y colangitis y en ocasiones puede presentarse con fístula colecistocolédociana asociada ⁽²⁾.

A continuación se realiza un análisis según las necesidades y problemas detectados y la intervención de enfermería al paciente durante la hospitalización en un servicio de cirugía de un

hospital de la localidad, la estandarización de planes de cuidados de enfermería, constituyen una guía y su aplicación dependerá de las necesidades del paciente y el contexto en la que se brinde la atención en este caso en el diagnóstico. Fatiga r/c afección fisiológica (anemia) m/p la paciente "me siento muy cansada, débil, siento las piernas débiles cuando camino". La paciente verbalizaba cansancio y debilidad para realizar las actividades, motivado probablemente a la anemia producto de la pérdida de sangre a través del drenaje. La actividad física se ha propuesto como una intervención no farmacológica efectiva y segura para promover el bienestar psicológico durante y después de cualquier tratamiento ⁽¹⁵⁾.

Es indispensable mantener un estado físico en la paciente a pesar de su diagnóstico se puede fomentar una actividad limitada. Otro hallazgo fue Conocimiento deficiente R/C falta de exposición M/P "aquí nadie me explica lo que tengo y cuando escucho hablar a los médicos me da la impresión de que estoy muy grave y sé que me van a operar otra vez pero no sé por qué y siento que me voy a morir". La paciente presentaba poca

información acerca de la enfermedad, refiriendo que no sabía lo que tenía, suponiendo solo a través de las conversaciones del personal de salud, lo que demuestra una carencia de información sobre la enfermedad y su estado de salud, en los pacientes; probablemente debido a falta de comunicación del personal de salud y la paciente o uso de estrategias de comunicación e información deficientes.

Es imprescindible, modificar la estrategia educativa con los pacientes para mejorar la adherencia y su adaptación a las terapias invasivas y no invasivas en la búsqueda de restablecer su salud, a través de mejores estrategias de información evitamos descompensaciones y las complicaciones de la enfermedad ⁽¹⁶⁾. Así mismo, la paciente demostró Ansiedad r/c Amenaza de muerte y amenaza de cambio en el estado de salud m/p "siento que me voy a morir" "siento que no voy a poder curarme" "quiero que me digan que es lo que tengo". La paciente manifestaba en todo momento aprehensión y sensación de muerte. La ansiedad es respuesta humana de alta prevalencia entre los pacientes ingresados por causas orgánicas. Utilizando los criterios diagnósticos las cifras de prevalencia oscilan del 6 al 17 % para ansiedad. Es importante mantener acciones que reduzcan los niveles de ansiedad lo cual contribuirá a una mejor adaptación del paciente al ambiente terapéutico con una mayor probabilidad de éxito ⁽¹⁷⁾. Así mismo se evidencio Temor R/C amenaza de muerte por la enfermedad E/P "siento que me voy a morir".

Esta habilidad para manejar las emociones propias y a la vez interpretar las de los demás, es especialmente útil en el desempeño de las funciones de enfermería, ya que la capacidad para evaluar y distinguir entre respuestas emocionales de los pacientes puede ser decisiva en el establecimiento de una relación eficaz y significativa entre el profesional de enfermería y su paciente ⁽¹⁷⁾. Es necesario incluir la humanización de los cuidados, donde a través de una relación de ayuda, confianza, amor y cariño, el paciente pueda sentir cobijo y seguridad bajo los cuidados y así disminuir la sensación de temor. Deterioro de la integridad cutánea R/C agentes mecánicos (fuerza de cizallamiento) E/P una cicatriz transversa supra-umbilical, con salida de secreciones hemáticas, inodoras, con un drenaje del lado derecho con 226 cc de secreción oscuras provenientes de la vía biliar, y un segundo drenaje del lado izquierdo, con 124 cc de contenido oscuro, similar al anterior. Es necesario mantener una intervención oportuna de enfermería en las heridas post operatorias. Estas intervenciones fueron orientadas a restablecer la salud tisular de

la paciente partiendo desde una visión integral. La cicatrización de una herida no solo comprende aspectos fisiológicos y biológicos. También involucra elementos psicosociales y económicos, a los que se añade la complejidad de las heridas. Investigadores de diferentes lugares de Europa se congregaron para perfilar un documento titulado "Posicionamiento", en donde reflejaron los aportes más actualizados sobre el tema ⁽¹⁸⁾. Finalmente, un hallazgo no menos importante se encuentra el disconfort R/C síntomas relacionados con la intervención quirúrgica M/P "tiene malestar y se siente incómoda por la herida y en las mañanas le pega mucho el sol en la cara."

El cuidado de enfermería para los pacientes implica la realización de intervenciones orientadas a suplir las necesidades expresadas por el paciente, que apoyan la recuperación de la salud o el mantenimiento de la condición clínica. Se incluye entre otros, elementos de carácter integral con el fin de preservar y fomentar la salud física y mental, favoreciendo aspectos como el ambiente, descanso, el sueño, nutrición, higiene y la dignidad. Curtis y Wiseman indican que mantener estos elementos a través del cuidado es una responsabilidad fundamental de los profesionales de enfermería, porque tienen un impacto significativo en los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes ⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Los cuidados otorgados a la paciente rondaron en pro a mantenerla cómoda y equilibrada con su entorno.

CONCLUSIONES

Después de administrar los cuidados de enfermería a través del Proceso de Enfermería durante la estadía hospitalaria de la paciente, evolucionó favorablemente encontrándose tranquila, en etapa más adaptativa, consciente, orientada en sus tres esferas, signos vitales estables temperatura corporal de 37,5 °C, pulso 80 latidos por minutos, presión arterial de 120/80 mm de Hg., frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, ictérica, herida quirúrgica sin datos de infección y con drenaje activo. La paciente en todo momento mantuvo una actitud positiva lo cual contribuyo a su recuperación.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener ningún conflicto de intereses

REFERENCIAS

1. Johnson LW, Sehon JK, Lee WC, Zibari GB, McDonald JC. Mirizzi's syndrome: experience from a multi-institutional review. *Am Surg.* 2001 Jan;67(1):11-4
2. Karakoyunlar O, Sivrel E, Koc O, Denecli AG. Mirizzi's syndrome must be ruled out in the differential diagnosis of any patients with obstructive jaundice. *Hepatogastroenterology.* 1999 Jul-Aug; 46(28):2178-82
3. Schafer M, Schneiter R, Krahenbuhl L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003; 17:1186-1190
4. Hoyo A, Gómez P, Cruz González M, Ruiz Carballo S. Post-cholecystectomy biliary fistula. *Cir Esp.* 2015; 93(2): p. 127.
5. Schwartz. Principios de la Cirugía. Ocava ed. McGraw-Hill, editor.: Brunnicardo; 2006
6. Pinto P, López R. Evolución Natural de la Fístula Biliar Externa Postcirugía del quiste Hidatídico Hepático. *Rev. Cuilena de Cirugía.* 2010 Octubre; 62(5): p. 476-479.
7. Zuñiga A. Síndrome de Mirizzi. *Rev. Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX.* 2012; 603: p. 397-400.
8. Michelli M. Liver Cirrhosis. Hauppauge, US: Nova Biomedical. Ebrary. 2011.
9. Betanco D. Síndrome de Mirizzi Reporte de un caso clínico. *Rev. médica de Honduras.* 2007; 4
10. Gómez V. Síndrome de Mirizzi. Documento en línea disponible en: <http://blog.utp.edu.co/cirugia/files/2011/07/sindromedemirizzi1.pdf>
11. Roesch F, Pérez A, Martínez S, Remes J, Jiménez A, Romero G. Síndrome de Mirizzi (2013). Documento en línea disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc133k.pdf.
12. Robles, Pablo; Lancaster, Bernardo; Lara, Javier. Síndrome de Mirizzi, Abordaje Abdominal Laparoscópico. *Rev. Mexicana de cirugía Endoscópica.* 2004. Mayo; (15)
13. Rodríguez O. Resolución laparoscópica de litiasis vesicular complicada con fístula colecistobiliar y colecistoduodenal. Síndrome de mirizzi tipo V. a propósito de un caso complejo. *RFM.* 2009; 32(2).
14. Rodríguez C, Aldana G. El síndrome de compresión biliar extrínseca. *Rev Colomb Cir.* 2008; 23(1): p. 6-11.
15. Montse C, [Sevillano L](#), [Lunas V](#), Martín, J (2010). Síndrome de fatiga crónica, mucho más que fatiga. [Revista ROL de enfermería](#), ISSN 0210-5020, [Vol. 33, N.º. 12, 2010.](#)
16. Clarke D. M., Minas I. H., Stuart G. W . . . : The prevalence of psychiatric morbidity in general hospital inpatients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1991; (25): 322-9.
17. García-Caro MP, Cruz-Quintana F, Río-Valle JS, MuñozVinuesa A, Montoya Juárez R, Prados-Peña D, et al. Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de la enfermedad terminal. *Int J Clin Health Psychol.*2010; 10(1):57-73.
18. Fernández MJ. Heridas de difícil cicatrización. Instituto de angiología. 2011.
19. Curtis K. Back to basic - Essential nursing care in the ED, Part 2. . *Australian Emergency Nursing Journal.* 2008;11(2):95-9
20. Vollman K. Interventional patient hygiene: proactive (hygiene) strategies to improve patient's outcomes. *AACN News.* 2005;22(8)