



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA

Proceso de atención de enfermería en paciente femenino de 24 años con
colelitiasis más pancreatitis aguda.

AUTOR

Kiara Lisseth Vera Díaz

TUTOR

Lic. José Morán Calderón Mgs.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021 – 2022

INDICE GENERAL

| | |
|---|-------------------------------|
| DEDICATORIA | I |
| AGRADECIMIENTO | II |
| TEMA DEL CASO CLINICO..... | III |
| RESUMEN | IV |
| ABSTRAC..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| INTRODUCCION | VI |
| I. MARCO TEORICO | 1 |
| 1.1 JUSTIFICACION..... | 9 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 10 |
| 1.2.1 OBJETIVO GENERAL..... | 10 |
| 1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 10 |
| 1.3 DATOS GENERALES..... | 11 |
| II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO | 12 |
| 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE). | 12 |
| 2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)..... | 12 |
| 2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACIÓN CLINICA)..... | 13 |
| 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS..... | 16 |
| 2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO | 16 |
| 2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR..... | 17 |
| 2.7 INDICACIÓN DE LAS INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES. . | 23 |
| 2.8 SEGUIMIENTO | 24 |
| 2.9 OBSERVACIONES | 27 |
| CONCLUSIÓN | 28 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 29 |
| ANEXOS | 31 |

DEDICATORIA

En primero lugar, dedico mi estudio de caso clínico a Dios por brindarme las fuerzas y constancias para culminar con éxitos mis estudios.

A mis padres por ser mis pilares fundamentales para seguir adelante y tambien a quienes estuvieron siempre conmigo, para ayudarme a no renunciar a pesar de las dificultades que se me presentaron en toda mi trayectoria académica.

Kiara Lisseth Vera Díaz

AGRADECIMIENTO

En este día tan especial quiero agradecer inmensamente a Dios, por estar siempre conmigo y cubirme con su manto. Hoy he llegado a cumplir con esfuerzos y perseverancia mi meta que me propuse desde que inicié a estudiar.

Un agradecimiento especial a mi tutor y guía de mi estudio de caso, al Lic. José Morán Calderón por ofrecer de sus conocimientos, sabidurías y por tener la paciencia de poder enseñarme y guiarme durante este todo proceso de aprendizaje y enseñanzas.

Por último, agradezco a todos los catedráticos que forman parte de la Universidad Técnica de Babahoyo. Que gracias a su empeño en el ámbito laboral, sacrificio en su vida cotidiana, dedicación y esfuerzo en transmitirnos conocimientos, han hecho posible que cada uno de nosotros hayamos cumplido con nuestro propósito de ser un profesional y servirle a nuestro país.

Kiara Lisseth Vera Díaz

TEMA DEL CASO CLINICO

Proceso de atención de enfermería en paciente femenino de 24 años con
colelitiasis más pancreatitis aguda.

RESUMEN

El presente caso clínico está enfocado en un paciente femenino de 24 años de edad que acudió al área de emergencia por presentar un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de intensidad 10/10 localizado en epigastrio, acompañado de náuseas que llevan al vómito de cantidad moderada. Se procedió a la toma de constantes vitales donde se evidenció PA: 90/60mmHg, FC: 78xmin, FR: 20xmin, Axilar: 36.5°C, ST02: 96%. Talla: 162cm, peso: 61kg e IMC: 23,2 con un Glasgow de 15/15. Médico ordena realizar una ecografía de vías biliares debido a la localización del dolor y a la sintomatología que presenta el paciente. Al recibir los resultados médico se percata que presenta litos en colédoco de 7mm y manifiesta realizar colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE). Por último, médico refiere hospitalización inmediata en el área de medicina interna I, donde se recibió a la paciente y se procedió a la toma de constante vitales y a la valoración física. Empleando como procedimiento esencial los patrones funcionales de Marjorie Gordon con la única finalidad de poder identificar los patrones disfuncionales que están alterando y comprometiendo el estado de salud y bienestar del paciente. De igual manera, una vez estabilizado el paciente se procedió a la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería con la finalidad de elaborar un plan de cuidados, utilizando como herramientas las taxonomías Nanda, Nic y Noc, para lograr los objetivos propuestos en este estudio de caso clínico.

Palabras claves: Epigastrio, colangiopancreatografía, endoscopia, ecografía, proceso de atención de enfermería.

ABSTRAC

The present clinical case is focused on a 24-year-old female patient who came to the emergency area for presenting a clinical of evolution characterized by colicky abdominal pain of intensity 10/10 located in the epigastrium, accompanied by nausea that they lead to vomiting of moderate quantity. Vital signs were taken where BP: 90 / 60mmHg, HR: 78xmin, FR: 20xmin, Axillary: 36.5°C, STO2: 96% were evidenced. She's height: 162cm, weight: 61kg and BMI: 23.2 with a Glasgow of 15/15. The doctor orders an ultrasound of the bile ducts due to the location of the pain and the symptoms that the patient presents. Upon receiving the medical results, she noticed that she had 7mm common bile duct stones and manifested performing endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). Finally, the doctor refers immediate hospitalization in the area of internal medicine I, where the patient was received and vital signs were taken and a physical assessment was carried out. Using as an essential procedure the functional patterns of Marjorie Gordon with the sole purpose of being able to identify the dysfunctional patterns that are altering and compromising the health and well-being of the patient. Similarly, once the patient was stabilized, the Nursing Care Process was developed in order to develop a care plan, using the taxonomies Nanda, Nic and Noc as tools, to achieve the objectives proposed in this study of clinical case.

Key words: Epigastrium, cholangiopancreatography, endoscopy, ultrasound, nursing care process.

INTRODUCCION

La colelitiasis se define como la presencia de uno o varios cálculos en la vesícula biliar. A nivel mundial la colelitiasis afecta alrededor del 10% a los adultos y el 20% a adultos mayores de 65 años. También debemos de mencionar que los cálculos biliares tienden a ser asintomáticos como sintomáticos. El cuadro clínico más común es el cólico biliar. Sin embargo, los cálculos no producen dispepsia, ni intolerancia a los alimentos (Lindenmeyer, 2020).

Unas de las complicaciones más comunes y graves son la colecistitis, obstrucción de las vías biliares y pancreatitis aguda o crónica. El diagnóstico idóneo es realizar una ecografía. No obstante, si la colelitiasis provoca sintomatología severa o complicaciones, está indicada de inmediato una colecistectomía (Lindenmeyer, 2020).

La pancreatitis aguda se define como la condición inflamatoria del páncreas. En la mayoría de los usuarios tienden a tener un curso leve durante su proceso. Sin embargo, también puede provocar una disfunción orgánica y necrosis pancreática con potencial infección al paciente (Garro & Gutiérrez, 2020)

El cuadro clínico parte del dolor en la parte alta del abdomen que se extiende hasta la espalda, hipertermia, náuseas, emesis, sensibilidad al palpar el cuadrante del abdomen, déficit de peso y esteatorrea (M. CLINIC, 2020).

El diagnóstico idóneo se ejecuta con una combinación de la presentación clínica, exámenes de laboratorio y estudios complementarios. El tratamiento dependerá según la severidad del cuadro clínico y puede ir desde un manejo sintomático, hasta intervención quirúrgica y uso de antibióticos (Garro & Gutiérrez, 2020).

El presente estudio fue desarrollado en una paciente de 24 años que fue diagnosticada en el área de emergencia con colelitiasis más pancreatitis aguda. Inmediatamente fue hospitalizada y se procedió a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, para restaurar su bienestar y salud y que pueda reintegrarse a la comunidad.

I. MARCO TEORICO

CONCEPTO DE COLELITIASIS

Se conoce como colelitiasis a la presencia de cálculos en la vesícula biliar (GPC, 2018). Esto por lo regular ocurre cuando se bloquea el drenaje de la vesícula biliar. Motivo por cual, puede presentarse de forma aguda y causar un dolor severo en el abdomen. O también puede ser crónica, la cual provocará edema e irritación a largo plazo (ACR, 2021).

EPIDEMIOLOGIA

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) manifiesta que en los últimos cinco años (2012 y 2017), la colelitiasis prosigue como la segunda causa de enfermedad en el país, con un total de 36.522 casos y una tasa de 21,77 por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, a nivel nacional se registró en el año 2017 un total de 1'143.765 casos con una tasa de mortalidad de 14,27% (INEC, 2018).

En Norteamérica la prevalencia de colelitiasis se predomina que entre el 10 y 15 %, de la cual, del 10 al 18 % cursa con sintomatología y que solo el 7% requiere intervención quirúrgica inmediatas (Erreyes, 2019).

No obstante, en Latinoamérica la prevalencia es sumamente alta. En Chile se presentó un 44% en mujeres y 25% eran mayores de 20 años. En Colombia se halló una prevalencia de 8.6% y en Ecuador el 17% (Erreyes, 2019).

FISIOPATOLOGÍA

La colelitiasis empieza debido a una incapacidad para mantener determinados solutos biliares (fundamentalmente colesterol y sales de calcio) en estado solubles. Sin embargo, la sobresaturación de la bilis con bilirrubina no conjugada va a favorecer la formación de cálculos negros.

De igual manera, la sobresaturación de la bilis con colesterol va a favorecer la formación de cálculos de colesterol. Motivo por cual la infección y la estasis biliar propician los cálculos marrones (Lindenmeyer, 2020).

Por aquello, debe considerarse una enfermedad primariamente metabólica, cuya patogenia se desarrolla al menos en tres etapas secuenciales;

- Se inicia con un defecto en la secreción de lípidos que resulta en una sobresaturación biliar de colesterol, determinando una solución físico químicamente inestable.
- En seguida por la precipitación de cristales de colesterol: el fenómeno llamado nucleación es favorecido por factores nucleantes e inhibido por factores antinucleantes presentes en la bilis.
- Los cristales se asocian a otros constituyentes de la bilis (mucus, bilirrubina, calcio)
- Por agregación y crecimientos se constituyen los cálculos macroscópicos (Lindenmeyer, 2020).

FACTORES DE RIESGOS DE LA COLELITIASIS

Modificables

- Patologías subyacentes; síndrome metabólico, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad.
- Fármacos: Tiazida, Ceftriaxona, Hormonas femeninas.
- Disminución de la actividad física.
- Pérdida de peso.
- Dieta/ nutrición parenteral total.
- Falta de información de las enfermedades crónicas: Cirrosis, enfermedad de Crohn.

No Modificables

- Historia familiar.
- Predisposición Genética.
- Sexo.

- Edad (Erreyes, 2019).

CAUSAS PRINCIPALES DE LA COLELITIASIS

Unas de las causas que conllevan a la inflamación de la vesícula son:

- Cálculos biliares.
- Tumor.
- Obstrucción de las vías biliares.
- *Infecciones*: El sida y ciertas infecciones virales pueden ocasionar la inflamación de la vesícula.
- Problemas en los vasos sanguíneos (M. CLINIC, 2020).

CLASIFICACIÓN DE LA COLELITIASIS

Grado I (leve)

- Se presenta en un paciente previamente sano. Sin ninguna disfunción orgánica o cambios inflamatorios moderados en la vesícula (Díaz, Ortiz, & Mena, 2020).

Grado II (moderada)

- Leucocitosis > 18,000/mm³.
- Masa palpable en cuadrante superior derecho.
- Duración de los síntomas > 72 h.
- Inflamación local marcada (gangrena, absceso perivesicular o hepático, enfisema, empiema, etc.) (Díaz, Ortiz, & Mena, 2020).

Grado III (severa)

- Disfunción cardiovascular.
- **Disfunción neurológica**: Alteración de la conciencia.
- **Disfunción respiratoria**: PaO₂/FiO₂ ratio < 300.
- **Disfunción renal**: Oliguria, creatinina > 2.0 mg/dl.
- Disfunción hepática.

- **Disfunción hematológica:** Conteo plaquetario < 100,000/mm³ (Díaz, Ortiz, & Mena, 2020).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA COLELITIASIS

Colelitiasis no complicada:

- Signo de Murphy positivo.
- Masa en cuadrante superior derecho.
- Dolor en cuadrante superior derecho.
- Dolor que se extiende al hombro derecho o a la espalda.
- Resistencia muscular en cuadrante superior derecho.
- Náusea y Vómito (GPC, 2016).

Colelitiasis aguda complicada:

- Vesícula palpable.
- Hipertermia mayor de 39° C.
- Escalofríos.
- Inestabilidad hemodinámica (GPC, 2016).

DIAGNÓSTICO Y EXAMENES DE LABORATORIO

Lo más recomendable para detectar una colelitiasis es la ecografía. El cual es un estudio radiológico con una sensibilidad y especificidad del 85% al 95% (Molina, 2016).

Sin embargo, si el paciente presenta síntomas (cólico biliar) nos ayudará la clínica y la exploración física durante su consulta. Es recomendable también realizar exámenes de laboratorio como: (Fernández & Dorrego, 2017).

- Ultrasonografía: sensible y específica
- Radiografía abdomen
- Colangiografía RMN
- Colangiografía transparietohepática
- Colangiopancreatografía retrógrada (Fernández & Dorrego, 2017).

TRATAMIENTO ADECUADO PARA LA COLELITIASIS

- Dieta especial baja en grasa.
- Analgésico y antibióticos.
- Cirugía laparoscópica.
- Cirugía abierta.
- Colecistotomía percutánea.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
- Colangiografía transhepática percutánea (CTHP) (ACR, 2021).

COMPLICACIONES DE LA COLELITIASIS

- Perforación de la vesícula.
- Absceso pericolecístico.
- Fístula.
- Peritonitis generalizada.
- Septicemia.
- Agravamiento de una enfermedad previa, con descompensación cardíaca, pulmonar, renal o hepática.
- Muerte (GPC, 2020),

PANCREATITIS AGUDA

CONCEPTO

La pancreatitis aguda se define como una condición inflamatoria del páncreas que suele causar injuria local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico y muerte (Guidi, Curvale, & Pasqua, 2019).

EPIDEMIOLOGIA DE LA PANCREATITIS AGUDA

Según el INEC en Ecuador manifestó que la pancreatitis aguda tuvo un aumento de incidencia en el año 2016 y una tasa de letalidad alrededor del 2.9% (INEC, 2018).

La mortalidad de la pancreatitis aguda va desde 5 al 17%. Y se observan variedad de variaciones acorde al tipo de pancreatitis que se presenta. Siendo de un 3% en la pancreatitis intersticial y el 17% necrotizante. Por otro lado, la mortalidad también varía según la presencia de falla orgánica, siendo de 0% en ausencia de falla orgánica, 3% con falla de un solo órgano y 47% con la falla multiorgánico (MORALES & MACAS, 2017).

FISIOPATOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA

La pancreatitis aguda empieza desde que se produce una inflamación del órgano secundaria a la activación intraglandular de las enzimas pancreáticas. Estas producen alteraciones de la microcirculación: vasoconstricción, estasis capilar, disminución de la saturación de oxígeno e isquemia progresiva. Sin embargo, estas anomalías van a aumentar la permeabilidad vascular y producirán edema de la glándula. Además, pueden producir extravasación del fluido intravascular rico en proteínas al peritoneo (NIETO & RODRÍGUEZ, 2018).

Debemos de saber que en la pancreatitis aguda, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica es muy frecuente, eventualmente mediado por las enzimas pancreáticas y citocinas activadas y liberadas a la circulación desde el páncreas inflamado. No obstante, algunos pacientes con daño pancreático grave suelen desarrollar complicaciones sistémicas, poniendo en peligro su vida.

Cabe mencionar, que en el curso de una pancreatitis aguda, probablemente por isquemia intestinal, se rompe la barrera intestinal, permitiendo la translocación bacteriana desde el intestino, lo que provocará una infección local y sistémica, causando un daño irreversible al paciente (NIETO & RODRÍGUEZ, 2018).

FACTORES DE RIESGO

Algunos de los factores principales que incrementan el riesgo de pancreatitis son:

- Litiasis biliar.
- Fibrosis quística

- Cálculos biliares.
- Edad (> 55 años).
- Obesidad (IM > 30).
- Cirugía abdominal.
- Alcoholismo.
- Ingesta excesiva de alcohol.
- Lesión en el abdomen.
- Cáncer de páncreas.
- La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: un procedimiento utilizado para tratar cálculos biliares, también puede provocar pancreatitis (GPC, 2019).

CLASIFICACIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA

1. **Pancreatitis aguda leve (PAL):** Se caracteriza debido a la ausencia tanto de la necrosis pancreática, como de fallo orgánico.
2. **Pancreatitis aguda moderada (PAM):** Se caracteriza por presentar cualquier tipo de necrosis pancreática estéril o algún fallo orgánico transitorio.
3. **Pancreatitis aguda grave (PAG):** Se suele caracteriza por presentar cualquier grado de necrosis pancreática infectada o fallo orgánico persistente.
4. **Pancreatitis aguda crítica (PAC):** Se caracteriza por presentar necrosis pancreática infectada y fallo orgánico persistente (Poma & Dellinger, 2016).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA

- Náuseas y emesis.
- Diaforesis y disnea.
- Ictericia y polipnea.
- Esteatorrea y distensión abdominal.
- Distensión abdominal.
- Distensión abdominal e íleo adinámico reflejo.
- Masa Abdominal.
- Hipertermia y dolor pleurítico.
- Oliguria, relacionado a shock hipovolémico (GPC, 2018).

DIAGNÓSTICO Y EXAMENES DE LABORATORIO

Lo recomendable sería primero obtener la anamnesis de la paciente por medio de la entrevista a su persona o al familiar. De igual manera ayudará mucho el examen físico (inspección, auscultación, percusión, palpación).

Laboratorio:

- Hemograma.
- PCR.
- Glucemia.
- Perfil Hepático.
- Función renal.
- Ionograma.
- Calcio.
- Proteínas – Albumina.
- Coagulo grama.
- Triglicéridos – colesterol.

Marcadores enzimáticos: Amilasa, Lipasa.

- Ecografía abdominal o radiografía abdominal.
- TAC abdominal con contraste.
- Ultrasonido de vías biliares y páncreas (Guidi, Curvale, & Pasqua, 2019).

TRATAMIENTO PARA LA PANCREATITIS AGUDA.

Es importante mencionar que la pancreatitis leve, se puede tratar de manera ambulatoria con analgesia oral. No obstante, se debe siempre tomar en cuenta que la mayoría de los pacientes van a requerir hospitalización.

- Manejo del dolor y Fluidoterapias.
- Nutrición.
- Antibióticos y otros medicamentos.
- Endoscopía y tratamiento quirúrgico (Rodríguez, Yáñez, Zapata, & Novoa, 2020).

COMPLICACIONES DE LA PANCREATITIS AGUDA.

- Hipotensión y muerte por shock.
- Derrame pericárdico.
- Derrame pleural.
- Hemorragia digestiva.

- Fracaso del riñón (fracaso renal agudo).
- Numerosas alteraciones metabólicas del azúcar, el calcio (Bustamante, García, & Barrientos, 2018).

1.1 JUSTIFICACION

Durante la trayectoria de investigación – seguimiento del siguiente estudio de caso clínico, se justifica que tiene como propósito principal dar a conocer a los usuarios que acuden al hospital y a los pacientes hospitalizados acerca de las complicaciones tanto a corto como a largo plazo al ser diagnosticada con colelitiasis y pancreatitis aguda.

Es importante especificar que la colelitiasis es conocida comúnmente a nivel mundial como piedras en la vesícula biliar. Las cuales pueden causar una obstrucción del conducto biliar de drenaje, el cual comparten la vesícula biliar y el páncreas. Lo que terminará bloqueando el drenaje adecuado de bilis y enzimas pancreáticas. Y ocasionando en la mayoría de ocasiones una pancreatitis aguda al paciente.

Por último, tiene como finalidad proceder a la Elaboración de un Proceso de Atención de Enfermería en paciente femenino de 24 años que fue diagnosticada con colelitiasis más pancreatitis aguda después de haber realizado los exámenes correspondientes acorde a la sintomatología que presenta el paciente al llegar por emergencia, más la exploración física realizada por el médico.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente femenino de 24 años con colelitiasis más pancreatitis aguda

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el cuadro clínico presente en una paciente con diagnóstico de colelitiasis más pancreatitis aguda.
- Analizar los patrones disfuncionales presentes en paciente femenino de 24 años con colelitiasis más pancreatitis aguda.
- Elaborar un plan de cuidados acorde a la patología que presenta nuestra paciente.
- Evaluar los resultados obtenidos mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente femenino de 24 años de edad con colelitiasis más pancreatitis aguda.

CASO CLINICO

1.3 DATOS GENERALES

| | |
|--|------------------------------|
| • Nombre y Apellidos | XXXX |
| • Numero de historia clínica | 5410298 |
| • Edad | 24 años. |
| • Sexo | Femenino |
| • Lugar de nacimiento | Chillanes. |
| • Fecha de nacimiento | 2018 – 01 – 02 |
| • Etnia | Mestiza. |
| • Estado civil | Soltera |
| • Lugar de residencia | Chillanes, sector Bellavista |
| • Nivel de estudios | Bachiller. |
| • Ocupación | Quehaceres domésticos |
| • Nivel sociocultural/económico | Bajo |
| • Grupo Sanguíneo | Rh O+ |
| • Religión | Católica |

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad acude en compañía de su madre al hospital por el área de emergencia, por presentar un cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de intensidad 10/10 en escala de EVA, localizado en epigastrio y acompañado de náuseas que llevan a la emesis de cantidad moderada.

Menciona que acudió al centro de salud Chillanes donde es valorada y dada de alta el día de ayer. Sin embargo, horas más tarde cuadro clínico reaparece con intenso dolor.

| | |
|--|---|
| Antecedentes quirúrgicos | Ninguno. |
| Alergias a medicamentos o alimentos | Ninguno. |
| Antecedentes personales | No refiere |
| Antecedentes familiares | No refiere. |
| Antecedentes ginecológicos | Menarquia 12 años Ciclos menstruales. Regulares Inicio de vida sexual 19 años Parejas sexuales No especifica Gestas 0 Partos 0 Cesárea 0 Aborto 0 ITS No refiere. Inmunizaciones Influenza |

2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Recibo paciente de sexo femenino de 24 años por presentar un cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de

intensidad 10/10 en escala de EVA, localizado en epigastrio y acompañado de nauseas que llevan a la emesis de cantidad moderada.

Medico ordena realizare exámenes de laboratorio, para comprobar posible colecistitis y signos de pancreatitis acorde al cuadro clínico e inspección general de la paciente. Se procede a realizar la transferencia del paciente al área de hospitalización de Cirugía I en NPO con cloruro de sodio 0.9 300ml + 300mg tramadol IV a 15ml/h, plan de hidratación, antibióticos y en compañía del personal de enfermería.

EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

- **Cabeza:** Simétrica, cabello de implantación acorde al sexo y edad.
- **Ojos:** Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz y acomodación, escleras anictéricas.
- **Nariz:** Fosas nasales permeables.
- **Oído:** Pabellones simétricos y agudeza auditiva en óptimas condiciones.
- **Boca:** Mucosa orales semihumedas, orofaríngea no eritematosa, no congestiva.
- **Cuello:** Cilíndrico, móvil sin presencia de adenopatías.
- **Tórax:** Simétrico, expansibilidad conservada.
- **Corazón:** Ruidos cardiacos rítmicos, tono e intensidad normal sin presencia de soplos.
- **Pulmones:** Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- **Abdomen:** Suave, depresible, doloroso en marco colónico. Dolor acentuado en epigastrio con irradiación a región lumbar.
- **Genitales:** Conservados.
- **Extremidades:** Superiores e inferiores simétricas con presencia de vía periférica permeable en miembro superior izquierdo calibre #16.
- **Glasgow:** 15/15

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 61.5Kg
- **Talla:** 162cm
- **IMC:** 23,2

SIGNOS VITALES

- **Presión arterial:** 90/60mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 78lxm.
- **Frecuencia respiratoria:** 20rxm.
- **Temperatura axilar:** 36.5°C
- **Saturación de Oxígeno:** 96%

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Se observa en la paciente náuseas, emesis y dolor abdominal tipo cólico de intensidad 10/10 localizado en la zona del epigastrio. Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio se encuentra preocupada por la intervención quirúrgica que tendrá en unas horas. Refiere que no es alérgica a ningún medicamento y que no tiene malos hábitos. Paciente queda en compañía de su madre y al cuidado del personal de enfermería.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL / METABÓLICO

Paciente de 24 años de edad con peso: 61.5K, talla: 162cm e índice de masa corporal: 23,2 presenta episodios de náuseas y emesis en moderada cantidad. Refiere que normalmente ingiere de 3 a 4 comidas diarias y que no es alérgica a ningún medicamento o alimento. No hay hipertermia, pero su temperatura tiene intervalos de 36° a 37°C. Por el momento, se encuentra en NPO, recibiendo plan de hidratación de cloruro de sodio 0.9% 1.000ml I.V a 40ml/h, cloruro de sodio 0.9% 300ml + 300mg tramadol IV a 15ml/h, Metamizol 1gr IV C/6h, Metoclopramida 10mg IV C/8h y Omeprazol 40mg IVC/d.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO:

Paciente refiere que realiza sus necesidades fisiológicas con normalidad (deposiciones 1 – 2 veces al día). Durante sus manifestaciones clínicas

presentó episodios consecutivos de náuseas y emesis con restos alimentarios y jugo biliar.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD / EJERCICIO

Paciente refiere que no realiza ejercicios y se le indica que está en estado de sedentarismo. No obstante, se encuentra en movilidad limitada por el dolor abdominal tipo cólico, localizado en la zona del epigastrio.

PATRÓN 5. SUEÑO / REPOSO

Paciente se encuentra en reposo por dolor abdominal de intensidad 10/10 localizado en la zona del epigastrio. Manifiesta que logra descansar de 3 a 5 debido al dolor y a la preocupación de la intervención quirúrgica, impidiéndole conciliar el sueño.

PATRÓN 6. COGNITIVO / PERCEPTIVO

Paciente se encuentra estable, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Durante la entrevista no se evidencia dificultad al comunicarse, ni señales de alteraciones perceptivas, ni neurológicas. Aunque refiere sentirse intranquila por estar hospitalizada y tener que pasar por proceso quirúrgico.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Paciente menciona que su estado de salud le preocupa y además que está preocupada, angustiada y nerviosa por la intervención quirúrgica de Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE).

PATRÓN 8. ROL / RELACIONES

Paciente se encuentra en una relación estable y que es muy feliz con su novio. Vive con sus padres. Menciona que ayuda a realizar los quehaceres domésticos y a cuidar a sus hermanos menores con las tareas.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Paciente menciona tener una vida sexual activa. Por el momento, no está en sus planes tener hijos. Refiere que nunca ha contraído una ITS. Su menarquia fue a los 12 años con ciclos regulares.

PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente refiere que se siente angustiada y preocupada debido al estrés que le está causando toda esta situación de su salud.

PATRÓN 11. VALORES / CREENCIAS

Paciente cree en Dios y menciona que asiste a la iglesia católica.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

| BIOMETRIA HEMATICA | | | |
|---|-------|---------------------------|-------------------|
| Nombre | Valor | Unidad factor | Valor referencial |
| Glóbulos blancos | 28.13 | 10 ³ / μ l | 4.59 – 11.00 |
| Glóbulos rojos | 5.49 | 10 ³ / μ l | 4.50 – 5.00 |
| Hemoglobina | 15.9 | g/dl | 12.0 – 16.0 |
| Hematocrito | 47.5 | % | 37 – 54 |
| V.C.M: Volumen Corpuscular Medio | 86.5 | fl | 89.0 – 100.0 |
| H.C.M: Hemoglobina Corpuscular Media | 31.0 | pg | 27 – 32.0 |
| C.H.C.M: Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media | 35.0 | g/dl | 31.0 – 37.0 |
| Plaquetas | 351 | 10 ³ / μ l | 150.000 – 450.000 |
| FORMULA LEUCOCITARIA | | | |
| Neutrófilo | 88 | % | 50.0 – 73.0 |
| Linfocito | 10 | % | 39.0 – 38.0 |
| Monocito | 2 | % | 0.0 – 12.0 |

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Se observan en valores referenciales que los glóbulos blancos están por debajo del rango normal con un 28.13 (4.59 – 11.00) al igual que los neutrófilos con 88% (50 – 73.0). A diferencia de los linfocitos que se encuentran por debajo de los rangos normales con un 10% (39.0 – 38.0).

Todos estos aumentos y déficit de resultados nos llevan a la conclusión de que está cursando por un proceso infeccioso muy severo, lo cual deberá ser tratado con urgencia, debido a los agentes oportunistas como las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **Diagnostico presuntivo:** Cálculos en la vesícula biliar más hipertermia por proceso infeccioso.
- **Diagnóstico diferencial:** Colecistitis aguda alitiásica.
- **Diagnóstico definitivo:** Colelitiasis más pancreatitis aguda en paciente femenino de 24 años edad.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

ANALÍTICA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Luego de haber realizado un minucioso seguimiento y elaboración del siguiente estudio de caso clínico, basado en paciente de 24 años de edad que fue diagnosticada en el área de emergencia con Colelitiasis más pancreatitis, puedo declarar con certeza que el origen del problema fue causado por *Litos en colédoco* de más o menos 7MM que se evidenciaron en un eco de vías biliares. Razón por cual, paciente fue hospitalizada al área de Cirugía I para realizarle una Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE).

Procedimientos a realizar por parte del personal de enfermería

- Control de las constantes vitales.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Disminuir los factores que aumenten o potencien el dolor.
- Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada
- Mantener en NPO, si requiere intervención quirúrgica.
- Limpieza y cuidado de drenajes, o fluidos.
- Posicion semifowler para disminuir la presión del diafragma por la distensión abdominal.

Patrones disfuncionales a tratar:

- Seguridad/protección.
- Confort.
- Actividad/reposo
- Afrontamiento y tolerancia al estrés.

NANDA: 00004
NOC: 1924
NIC: 6540

Dominio 11: Seguridad y protección **Clase 2:** Lesión física
Etiqueta 00004 **Dx:** Riesgo de Shock

E/P: Aumento de glóbulos blancos y eosinófilos, déficit de leucocitos.

M
E
T
A
S

R/C: Procedimientos quirúrgicos

DOMINIO 4: Conocimiento y conducta de Salud

CLASE T: Control de riesgo y seguridad

ETIQUETA 1924: Control del riesgo: Proceso infeccioso.

CAMPO 4: Seguridad

CLASE V: Control de riesgos

ETIQUETA 6540: Control de infecciones

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

| INDICADORES | Antes | | Después | | |
|---|-------|---|---------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 192426: Identifica los factores de riesgo de infección | X | | | | X |
| 192405: Identifica signos y síntomas de infección | X | | | | X |
| 192411: Mantiene un entorno limpio | | X | | | X |
| 192412: Utiliza estrategias para desinfectar objetos | X | | | | X |
| 102415: Practica la higiene de manos | | X | | | X |

- ACTIVIDADES**
- Toma de constante vitales.
 - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
 - Orientar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
 - Poner en práctica precauciones universales.
 - Verificar que se haya administrado los antibióticos profilácticos adecuados.
 - Mantener un ambiente aséptico, mientras se cambian los circuitos de los equipos de venoclisis.
 - Instruir al paciente y a familiares acerca de los signos y

NANDA: 00132
NOC: 2102
NIC: 2210

Dominio 12: Confort **clase 1. Confort físico**
Etiqueta: 00132 **Dx: Dolor agudo**

E/P: Expresión facial, dolor abdominal tipo cólico de intensidad 10/10 en escala de EVA, localizado en epigastrio.

R/C: Agente lesivos biológicos (colelitiasis más pancreatitis aguda)

DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud

CLASE S: Conocimientos sobre la salud

ETIQUETA 2110: Nivel del dolor

CAMPO 2: Fisiológico complejo

CLASE H: Control de fármacos

ETIQUETA 2210: Administración de analgésicos

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

| INDICADORES | Antes | | Después | | |
|--|-------|---|---------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 210201: Dolor referido | X | | | X | |
| 210206: Expresiones faciales del dolor | X | | | | X |
| 210223: Irritabilidad | | | | | X |
| 210224: Muecas del dolor | X | | | X | |
| 210226: Diaforesis | | X | | | X |
| 210228: Nauseas y emesis | | X | | | X |

- ACTIVIDADES**
- Control de signos vitales y del dolor por medio de la escala de EVA
 - Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
 - Comprobar el historial de alergias del paciente.
 - Administrar vía IV los medicamentos, mejor absorción.
 - Administrar los analgésicos a la hora determinada, para evitar picos y valles de la analgesia.
 - Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
 - Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

NANDA: 00096
NOC: 0004
NIC: 1850

Dominio 4. Actividad / reposo **Clase 1:** Sueño y reposo
Etiqueta: 00096 **Dx:** Deprivación del sueño

M
E
T
A
S

R/C: Absceso cutáneo en región temporomandibular derecho más vía periférica

E/P: Aumento de la sensibilidad del dolor, inquietud, irritabilidad y malestar.

Dominio I: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

| INDICADORES | Antes | | Después | | |
|---|-------|---|---------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 000402: Horas de sueño cumplidas | | X | | | X |
| 000403: Patrón del sueño | | X | | | X |
| 000421: Dificultad para conciliar el sueño | X | | | | X |
| 000406: Sueño interrumpido | X | | | | X |
| 000425: Dolor | X | | | X | |

Clase A: Mantenimiento de la energía

Etiqueta 0004: Sueño

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo 2: Fisiológico básico

- ACTIVIDADES**
- Monitorizar signos vitales.
 - Observar las circunstancias físicas y psicológicas que interrumpen el sueño.
 - Agrupar las actividades de cuidados para minimizar el número de despertares.
 - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño del paciente.
 - Instruir al familiar acerca de los factores que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.

Clase F: Facilitación del autocuidado

Etiqueta 1850: Mejora de sueño

NANDA: 00146
NOC: 1211
NIC: 5828

DOMINIO 9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés **CLASE 2.** Respuestas de afrontamiento
ETIQUETA. 00146 **DX:** Ansiedad

R/C: Alteración en el estado de salud

E/P: Inquietud, estrés, preocupación e irritabilidad

DOMINIO III: Salud psicosocial.

CLASE M: Bienestar psicológico.

ETIQUETA 1211: Nivel de ansiedad.

CAMPO III: Conductual.

CLASE T: Fomento de la comodidad psicológica.

ETIQUETA 5820: Disminución de la ansiedad

ESCALA DE LIKERT

(1) Grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno

| INDICADORES | ANTES | | DEPUES | | |
|--|-------|---|--------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 121105: Inquietud | X | | | X | |
| 121106: Tensión muscular | | X | | X | |
| 121108: Irritabilidad | X | | | | X |
| 121121: Aumento de la frecuencia respiratoria | | X | | | X |

ACTIVIDADES

- Monitorización de constantes vitales.
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad al paciente.
- Explicar los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
- Animar a los familiares a permanecer con el paciente.
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.
- Escuchar con atención al paciente.
- Administrar medicamentos que disminuyan la ansiedad.
- Instruir al paciente sobre técnicas de relajación.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

2.7 INDICACIÓN DE LAS INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Luego del todo el proceso de investigación – seguimiento en paciente femenino de 24 años con colelitiasis más pancreatitis aguda, relaciono el siguiente estudio de caso con la teoría de entorno/paciente de Florence Nightingale, porque su teoría engloba 3 fundamentos esenciales:

- **Entorno – paciente:** Vamos a entrar en contacto con aquellos elementos externos que comprometen el estado de salud del paciente.
- **Enfermera – entorno:** Aquí se presentará diferentes modos, para la manipulación del entorno del paciente que nos ayudará en el trascurso de su recuperación.
- **Enfermera – paciente:** Este último fundamento es el más esencial de todos, porque va a ver cooperación y colaboración mutua con el paciente durante su recuperación.

2.8 SEGUIMIENTO

Recibo paciente femenino de 24 años de edad con cuadro de 5 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de intensidad 10/10 en escala de EVA, localizado en epigastrio y acompañado de náuseas que llevan a la emesis de cantidad moderada.

Es transferida en NPO y con cloruro de sodio 0.9 300ml + 300mg tramadol IV a 15ml/h, plan de hidratación y antibióticos. Se realiza control de signos vitales donde se evidencia una presión arterial de 90/60mmHg, frecuencia cardiaca 78lpm, frecuencia respiratoria 20rpm, STO₂; 96%, T°: 36.5°C. Peso: 61.5Kg y talla: 162cm con un índice de masa corporal de 23,2.

Se realizan exámenes de laboratorio, donde se pudo observar que los valores referenciales de los glóbulos blancos estaban por debajo del rango normal con un 28.13 (4.59 – 11.00) al igual que los neutrófilos con 88% (50 – 73.0). A diferencia de los linfocitos que se encontraban con un 10% (39.0 – 38.0).

Una vez que se analizaron todos los aumentos y déficit de los valores con el personal de salud, se llegó a la conclusión de que está cursando por un proceso infeccioso muy severo y que la paciente presenta colelitiasis más pancreatitis aguda. Lo cual deberá ser tratado lo antes posible, debido a agentes oportunistas como lo son las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

Se administra tratamiento farmacológico:

- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml IV a 80ml/h
- Solución Salina 0.9% 500ml + 2 ampollas de Tramadol + 1 ampolla de Metoclopramida IV, pasar a 10gts/min.
- Metamizol 1gr IV C/6h.
- Metoclopramida 10mg IV C/8h.
- Omeprazol 40mg IV C/d y paracetamol 1gr IV C/8h.

Así como también a los cuidados generales por parte del personal de enfermería:

- Control de los signos vitales durante cada 3 horas, en especial la temperatura corporal.
- Administrar los analgésicos, antibióticos y antieméticos correspondientes.
- Administrar plan de hidratación.
- Balance hídrico, si requiere.
- Sonda vesical o nasogástrica, dependiendo del caso y la gravedad.
- Evitar movimientos innecesarios que puedan aumentar o potenciar el dolor del paciente.
- Vigilar minuciosamente signos de infección sistémica o localizada.
- Mantener en NPO, si requiere intervención quirúrgica.
- Limpieza y cuidado de drenajes o fluidos. Anotar la consistencia, color y aspecto en notas de enfermería.

Al día siguiente se le realiza a la paciente un video ecoendoscopio radial electrónico con el uso de los endokits (kit introductor de ecoendoscopico radial) acoplado al balón ecoendoscopico con ayuda del set descartable, para procesador de ultrasonido más el set de procesador de ecoendoscopia y se observa:

- El mediastino es normal. En la ventana gástrica las estructuras: Hígado, páncreas, bazo, riñón izquierdo y vasos no muestran alteraciones. En la ventana duodenal un colédoco con diámetro de 6MM con tres Litos de 4X3MM en su tercio distal. La cabeza del páncreas está normal. La vesícula biliar muestra abundantes Litos y Barro. La ampolla de Váter es normal y el resto se encuentra sin alteraciones.

Al día siguiente, paciente es trasladada al área de pre – operatoria donde se preparará a la paciente con el equipo de protección adecuado, para ser intervenida quirúrgicamente a una:

- Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica + esfinterectomía + retiro de Litos y barro.

Detalle de la intervención quirúrgica:

Bajo anestesia general se introduce el videocoledoscopio por vía oral hasta D2. La papila esta pequeña y bien implantada con el uso de un esfinterotomo

descartable acoplado al hilo, procedemos a cateterizar selectivamente la vía biliar bajo guía fluoroscópica, utilizando intensificador de imágenes. A la inyección de contraste identificamos la presencia de barro biliar en el interior del colédoco con el esfinterotomo descartable acoplado al set de unidad electroquirúrgica con endocorte, procedemos a realizar una Esfinterectomía selectiva.

Finalmente con el catéter balón extractor descartable (sonda balón limpieza de vía biliar) retiramos Barro biliar y microlitos. Se evidencia mínimo sangrado por lo que se realiza Escleroterapia utilizando un inyector endoscópico de escleroterapia descartable con solución con adrenalina 1:10000 en forma exitosa.

Conclusiones de la intervención quirúrgica:

- CPRE + Esfinterectomía + retirada de barro biliar y microlitos.

Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, cursa su cuarto día de hospitalización, obteniendo resultados positivos en cuanto a los exámenes de laboratorio.

Se realiza administración de medicamentos y los debidos cuidados de enfermería:

- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml IV a 80ml/h.
- Metamizol 1gr IV C/6h.
- Metoclopramida 10mg IV C/8h.
- Omeprazol 40mg IV C/d.
- Paracetamol 1gr IV C/8h.

Cuidados generales:

- Control de los signos vitales.
- Colocar el paciente en posición semifowler.
- Ejercer al deambulación para mejorar la circulación.
- Colaborar con el paciente a la hora su traslado al baño.
- Verificar la permeabilidad de la vía periférica y buscar signos de flebitis.
- Brindarle apoyo emocional y psicológico durante su estancia hospitalaria.
- Instruir al paciente a llevar una buena nutrición y también acerca de esta enfermedad.

Al día siguiente paciente fue dada de alta en compañía de su familiar.

2.9 OBSERVACIONES

Dentro de las observaciones a paciente con diagnóstico colelitiasis más pancreatitis aguda, tenemos:

- Intervención de Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) + Esfinterectomía + Retiro de Litos y Barro.
- No presentó complicaciones post – operatorias.
- Al principio se evidenció dolor intenso 10/10 valorado en la Escala Visual Analógica – EVA.
- Los antibióticos, analgésicos, antipiréticos y antieméticos dieron un resultado eficaz.
- Paciente se encuentra estable, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Durante su hospitalización se mostró siempre muy colaboradora con el personal de salud, a pesar de lo nerviosa y preocupada que se sentía por la intervención que debía realizarse.

CONCLUSIÓN

El siguiente estudio de caso fue realizado en paciente de sexo femenino de 24 años de edad que fue diagnosticada con colelitiasis más pancreatitis, por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de intensidad 10/10 en escala de EVA, localizado en epigastrio y acompañado de náuseas que llevan a la emesis de cantidad moderada.

Se consiguió cumplir con los objetivos propuesto en este estudio de caso, logrando identificar los patrones disfuncionales de seguridad/protección, confort, actividad/reposo y afrontamiento/tolerancia al estrés, que estaban comprometiendo la salud del paciente.

Al igual que también se logró elaborar el proceso de atención de enfermería empleando como apoyo las taxonomías Nanda, Nic y Noc, consiguiendo cumplir con los resultados esperados en este estudio de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACR. (23 de Marzo de 2021). Colelitiasis. *Radiological Society of North America, Inc. (RSNA)*, 1-6.
- Bustamante, D., García, A., & Barrientos, A. (12 de Marzo de 2018). Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. *Archivos de Medicina*, XIV(14). doi:doi: 10.3823/1380
- Díaz, J., Ortiz, O., & Mena, G. (14 de Marzo de 2020). Factores que condicionan severidad de colecistitis grado I vs. grado II en mujeres adultas. *Revista Medica*, 42(1), 6-12. doi:doi: 10.35366/92705
- Erreyes, G. (2019). *FACTORES DE RIESGO DE COLELITIASIS EN PACIENTES ADULTOS*. UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD, CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS. Machala - Ecuador: Editorial Universitaria S.A. Recuperado el 13 de Febrero de 2019, de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14032/1/SIGUENZA%20ERREYES%20GABRIELA%20ESTEFANIA.pdf>
- Fernández, D., & Dorrego, P. (19 de Agosto de 2017). Colelitiasis . *Revista Pediátrica Integral*, XIX(3), 214-223.
- Garro, V., & Gutiérrez, M. (07 de Abril de 2020). Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. (C. Guillermo, A. Lopez, & I. Ballester, Edits.) *Revista Médica Sinergia*, V(7), 2-16. Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/537>
- GPC. (12 de Febrero de 2016). Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis . *Guía de Práctica Clínica* , 4-5. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/237GRR.pdf>
- GPC. (20 de Marzo de 2018). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLELITIASIS, COLECISTITIS AGUDA Y COLEDOCOLITIASIS. *Instituto de Evaluación de tecnologías en Salud e Investigación*, I(GPC N° 11), 26-32. Obtenido de http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Exten sa.pdf
- GPC. (11 de Mayo de 2019). PANCREATITIS AGUDA Y GRAVE. *GUIA DE PRACTICA CLINICA*, 1-16.

- GPC. (21 de Septiembre de 2020). Colelitiasis. *MANUAL MSD: VERSION PARA PROFESIONALES*, 9-13.
- Guidi, M., Curvale, C., & Pasqua, A. (17 de Diciembre de 2019). Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Revista Latinoamericana de Gastroenterología*, 4(49), 307-323. Obtenido de <https://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2019/Vol-49-N4/Vol49N4-PDF06.pdf>
- INEC. (15 de Julio de 2018). La coledocistitis y apendicitis: Primera causa de morbilidad en el Ecuador. *Ministerio de Salud Pública*, 1-2. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-apendicitis-aguda-primera-causa-de-morbilidad-en-el-ecuador/>
- Lindenmeyer, C. (16 de Marzo de 2020). COLELITIASIS. *Manual MSD (Versión para profesionales)*, II(1), 1-4. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares/colelitiasis>
- M. CLINIC. (9 de Marzo de 2020). Pancreatitis Aguda. *Mayo Clinic Healthy Living*, 1-4.
- Molina, F. (08 de Octubre de 2016). COLECISTITIS CALCULOSA AGUDA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII*, 97-99. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161s.pdf>
- MORALES, R., & MACAS, T. (2017). "CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE NITRÓGENO UREICO Y SU RELACIÓN CON LA SEVERIDAD Y MORTALIDAD POR PANCREATITIS AGUDA. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. Quito: Editorial Universitaria Central.
- NIETO, J., & RODRÍGUEZ, S. (09 de Julio de 2018). Manejo de la pancreatitis aguda. *Guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible*, 76-96.
- Poma, M., & Dellinger, P. (07 de Julio de 2016). Clasificación Internacional y Multidisciplinaria de la Pancreatitis Aguda. (E. E. S.A, Ed.) *Revista de Medicina Intensiva*, 211-217.
- Rodríguez, M., Yáñez, A., Zapata, R., & Novoa, E. (20 de Mayo de 2020). Pancreatitis Aguda (PA). *RECIMUNDO*, 86-93. DOI: 10.26820/recimundo/4

ANEXOS

Formulario 020 - Signos Vitales. Incluye un gráfico de signos vitales con líneas de tendencia para temperatura, frecuencia cardíaca y presión arterial. Sección 2: BALANCE HÍDRICO. Sección 3: MEDICIONES Y ACTIVIDADES. Contiene datos de paciente y mediciones de signos vitales.

ANEXO 1. FORMULARIO 020 - SIGNOS VITALES

Examen de CPRE. Incluye una cuadrícula de imágenes endoscópicas que muestran el tracto biliar. Texto de procedimiento: "BAJO ANESTESIA GENERAL SE INTRODUCE EL VIDEOCOLEDOSCOPIO POR VIA ORAL HASTA DL. LA PAPILA ESTA PEQUEÑA BIEN DPLANTADA. CON EL USO DE UN ESFINTEROTOMO DESCARTABLE ACOPLADO AL HILO GUÍA METÁLICO DESCARTABLE PROCEDIMOS A CATERIZAR LAS VÍAS BILIARES...". Conclusión: "CPRE + ESFINTERECTOMIA + RETIRADA DE BARRO BILAR Y MICROLITOS + ESCLEROTERAPIA EL DIA DE HOY".

ANEXOS 2. EXAMEN DE CPRE

Formulario 005 - Notas de Enfermería. Sección 1: EVOLUCIÓN. Sección 2: PRESCRIPCIONES. Contiene notas de evolución nocturna y prescripciones de medicamentos como Cloruro de Sodio, Metamizol y Omeprazol.

ANEXO 3. FORMULARIO 005 - NOTAS DE ENFERMERÍA

Exámenes de Laboratorio. Incluye datos de paciente y una tabla de resultados de hemograma y fórmula leucocitaria. Tabla de resultados:

| Nombre | Valor | Unidad Factor | Valor Referencial | Usuario |
|-------------------------------|-------|---------------------|-------------------|---------|
| GLOBULOS BLANCOS (WBC) | 28.13 | 10 ³ /UL | 4.50 - 11.00 | ET |
| GLOBULOS ROJOS (RBC) | 5.49 | 10 ⁶ /UL | 4.50 - 5.00 | ET |
| HEMOGLOBINA (HGB) | 17.0 | g/dL | 12.0 - 16.0 | ET |
| HEMATOCRITO (HCT) | 47.5 | % | 37 - 54 | ET |
| VOL. CORP. MEDIO (MCV) | 86.5 | fL | 80.0 - 100.0 | ET |
| HENO. CORP. MEDIO (MCH) | 31.0 | pg | 27.0 - 32.0 | ET |
| CONC. HGB. CORP. MEDIO (MCHC) | 35.0 | g/dL | 31.0 - 37.0 | ET |
| VOL. PLAQ. MEDIO (MPV) | | fL | 37.0 - 51.0 | |
| DIST. GB ROJOS - SD | | % | 11.0 - 15.0 | |
| DIST. GB ROJOS - CV | | % | 150 - 450 | |
| PLAQUETAS | | 10 ³ /UL | 7.0 - 11.0 | |
| RETICULOSITOS | | % | 0.5 - 2.5 | |
| FORMULA LEUCOCITARIA | | | | |
| NEUTROFILO | 88 | % | 50.0 - 73.0 | ET |
| LINFOCITO | 10 | % | 30.0 - 38.0 | ET |
| MONOCITO | 2 | % | 0.0 - 12.0 | ET |
| EOSTIHOFILO | | % | 0.0 - 3.0 | |
| BASOFILO | | % | 0.0 - 1.0 | |

ANEXOS 4. EXAMENES DE LABORATORIO