



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión práctica del examen complejo previo a la obtención del grado  
académico de licenciado(a) en enfermería**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO:**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO CON  
COLEDOCOLITIASIS**

**AUTOR:**

**ERICKA IBETH MOSQUERA MINDIOLAZA**

**TUTOR:**

**DR. ALEX DÍAZ BARZOLA**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2022**

## INDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO .....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCIÒN.....	VI
<b>I. MARCO TEÒRICO .....</b>	<b>1</b>
1.1. Justificaci3n .....	6
1.2. Objetivos.....	7
1.2.1. Objetivo general.....	7
1.2.2. Objetivos espec3ficos.....	7
1.3. Datos generales.....	7
<b>II. METODOLOGIA DEL DIAGNÒSTICO .....</b>	<b>8</b>
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. (Historial Cl3nico del paciente).....	8
2.2. Principales datos cl3nicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	9
2.3. Examen f3sico (exploraci3n cl3nica) .....	9
2.4. Informaci3n de exámenes complementarios realizados .....	12
2.5. Formulaci3n del diagn3stico presuntivo y diferencial.....	13
2.6. Análisis y descripci3n de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	14
2.7. Indicaciones de las razones cient3ficas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	17
2.8. Seguimiento .....	17
2.9. Observaciones .....	19
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

## **DEDICATORIA**

El siguiente caso clínico está dedicado principalmente a Dios por sus bendiciones y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres quienes a lo largo de mi vida me han inculcado buenos hábitos y valores y me brindan apoyo incondicional en cada decisión que tome, ellos han sido el pilar fundamental para seguir adelante en mis estudios universitarios.

A mi hermano por también brindarme su apoyo para culminar mi carrera universitaria.

**Ericka Ibeth Mosquera Mindiolaza**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento a Dios por bendecirme con salud y vida para poder iniciar y culminar una de las etapas más importantes, mi profesión.

A mis padres por el apoyo incondicional que me han brindado en todo momento para continuar con mis estudios universitarios y hacer que mis anhelos se estén cumpliendo de a poco.

A mi familia por la fortaleza y consejos que me han brindado a lo largo de este camino.

A los docentes por brindarme sus conocimientos a lo largo de la carrera universitaria.

Al Hospital de Especialidades De Las Fuerzas Armadas N°1 por haberme permitido desarrollar mis conocimientos adquiridos en la Universidad Técnica de Babahoyo.

**Ericka Ibeth Mosquera Mindiolaza**

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**  
**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO**  
**CON COLEDOCOLITIASIS**

## RESUMEN

La coledocolitiasis se define como la presencia de litos o también llamados cálculos que se encuentran en la vía o conducto biliar. Entre los síntomas mas comunes que se pueden evidenciar se encuentra el dolor abdominal que puede ser similar al de litiasis biliar y en ocasiones los pacientes también pueden presentar ictericia.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es uno de los procedimientos mas utilizados para el tratamiento de la coledocolitiasis.

El objetivo principal de este estudio de caso fue desarrollar el proceso de atención de enfermería en una paciente atendida en el Hospital de Especialidades de Las Fuerzas Armadas N°1 con diagnóstico de coledocolitiasis.

Con el tratamiento médico y las intervenciones de enfermería adecuadas se le brindo a la paciente una atención de calidad y calidez, satisfaciendo sus necesidades y logrando una recuperación efectiva.

**Palabras claves:** proceso de atención de enfermería, coledocolitiasis, dolor, litos.

## **ABSTRACT**

Choledocholithiasis is defined as the presence of stones or also called calculations that are found in the bile duct or pathway. Among the most common symptoms that can be evidenced is abdominal pain that can be similar to gallstones and sometimes patients can also have jaundice.

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is one of the most used procedures for the treatment of choledocholithiasis.

The main objective of this case study was to develop the nursing care process in a patient treated at the Specialty Hospital of the Armed Forces No. 1 with a diagnosis of choledocholithiasis.

With the medical treatment and the appropriate nursing interventions, the patient was given quality care and warmth, satisfying her needs and achieving an effective recovery.

**Keywords:** nursing care process, Choledocholithiasis, pain, litho

## INTRODUCCIÒN

La coledocolitiasis se define como la presencia de cálculos en la vía biliar principal. Cuando éstos se originan en la misma vía biliar, se denomina “primaria”, mientras que el término de “secundaria” se utiliza para designar a la migración de cálculos a la vía biliar desde la vesícula. La incidencia de la coledocolitiasis sintomática es de 10-20%. La obstrucción de la vía biliar es incompleta en 90% de los casos, mientras que en el resto existe obstrucción completa. Las complicaciones más importantes de la coledocolitiasis son pancreatitis, estenosis de papila, colangitis, abscesos hepáticos y cirrosis biliar secundaria. (GONZALES, 2018)

El diagnóstico y manejo de la litiasis de los conductos biliares sigue en evolución considerablemente. Inicialmente se dejaba a su libre evolución esperando la expulsión espontánea de los cálculos, sin embargo, muchos de estos pacientes morían por complicaciones. Los avances tecnológicos en los métodos diagnósticos terapéuticos mínimamente invasivos desarrollados en los últimos 25 años: la CPRE y esfinterotomía endoscópica (EE), modifican sustancialmente el planteamiento del diagnóstico - terapéutico de la coledocolitiasis, ya que son el tratamiento de elección que revolucionan el manejo no operatorio de las enfermedades biliares y pancreáticas sobre todo en pacientes de edad avanzada o elevado riesgo quirúrgico. (Barreto, Soler, & Montalvan, 2010)

El presente estudio de caso hace referencia a una paciente de 38 años de edad con antecedentes personales de colecistectomía, en la consulta médica es diagnosticada con coledocolitiasis. Una vez diagnosticada su patología se aplicará el proceso de atención de enfermería con referencia a los patrones funcionales de Maryory Gordon, obteniendo una planificación ordenada y sistemática para realizar intervenciones oportunas, garantizando la recuperación del paciente.



## I. MARCO TEÒRICO

### COLEDOCOLITIASIS

#### La bilis

La bilis se produce en el hígado, se almacena en la vesícula biliar y luego es expulsada hacia el intestino delgado a través de los conductos biliares, el principal se llama colédoco y participa en la digestión de los alimentos. Llamamos litiasis biliar a la presencia de cálculos o piedras en la vesícula biliar o en los conductos biliares.

Los cálculos son formaciones cristalinas constituidas por los diversos componentes de la bilis. Hay 3 tipos de cálculos: colesterol, mixtos y pigmentarios. Los dos primeros son los más frecuentes en todo el mundo occidental. Es una enfermedad muy frecuente en todos los países y su frecuencia aumenta con la edad. En nuestro país aproximadamente el 10% de los hombres y el 15% de las mujeres adultas tienen cálculos en la vesícula. (Gallo & Morales, 2017)

#### ¿QUÉ ES EL COLÉDOCO?

El colédoco es un conducto biliar, tiene como función principal conducir hasta el duodeno el líquido biliar que se almacena y se produce en la vesícula biliar, y así, favoreciendo el proceso de digestión y absorción de las grasas de los alimentos.

#### ¿QUÉ ES LA COLEDOCOLITIASIS?

La coledocolitiasis es la formación de litos o cálculos en el colédoco o conducto biliar, esta formación de cálculos produce es la que produce la obstrucción biliar.

#### ¿CÓMO SE PRODUCEN LOS CÁLCULOS?

La mayoría de los cálculos que encontramos en el colédoco se han formado inicialmente en la vesícula (vesícula: un saco con forma de pera localizado debajo del hígado donde se almacena y concentra la bilis producida en el hígado,

necesaria para la digestión y absorción de las grasas). Desde la vesícula, los cálculos alcanzan el colédoco mediante un mecanismo de migración. No obstante, una pequeña parte de los cálculos del colédoco pueden también formarse en el propio conducto (colédoco), sobre todo en pacientes que anteriormente han sido operados de la vesícula (colecistectomizados) o en los que años atrás se les ha realizado la extracción de cálculos del colédoco mediante endoscopia (esfinterotomía). (Moreira & Ramos Zabala, 2017)

## **TIPOS DE CÁLCULOS BILIARES**

Entre los tipos de cálculos o litos biliares que se pueden formar en vesícula biliar se encuentran los siguientes:

**Cálculos biliares de colesterol.** Este tipo de litos biliares es el más frecuente, están compuestos de colesterol no disuelto y presenta un color amarillo, a pesar de ser cálculos de colesterol pueden contener otros compuestos.

**Cálculos biliares de pigmento.** Estos cálculos se conocen por su contenido de bilirrubina, pueden presentarse de color marrón o negro

## **¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS CÁLCULOS?**

Existen varios factores que incrementan el riesgo de formar litos biliares entre ellas: la edad, la genética familiar, embarazo, obesidad, diabetes, cirrosis y la toma de ciertos medicamentos. Las mujeres presentan más probabilidad de formar cálculos. (Gallo & Morales, 2017)

## **¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE LA COLEDOCOLITIASIS?**

Si la obstrucción del conducto biliar es leve, es decir, si la cantidad de cálculos formados es reducida la coledocolitiasis no presenta síntomas, sin embargo, en

otros casos los pacientes pueden presentar dolor tipo cólico a nivel de hipocondrio derecho, ictericia y también una leve o intensa coloración oscura de la orina.

La obstrucción del colédoco pues causar una contaminación bacteriana, convirtiéndose en una colangitis, esto provocara malestar general, hipertermia y escalofríos. (Moreira & Ramos Zabala, 2017)

## **¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA COLEDOCOLITIASIS?**

Para el diagnostico de la coledocolitiasis se debe realizar una exploración física y análisis de sangre en los que incluya hemograma, pruebas bioquímicas hepáticas, amilasa, estos permitirán verificar si existe alteraciones sugestivas de obstrucción del conducto biliar, infección o sospecha de pancreatitis.

Como complemento, también se realiza una prueba de imagen que mostrará si existe signos de obstrucción del colédoco o cálculos en el colédoco. Para ello, la prueba más sencilla es la ecografía de abdomen, que en un porcentaje significativo confirmara el diagnóstico. Sin embargo, si en el examen de imagen no se evidencia la presencia de cálculos y existe una sospecha clínica de parte del equipo de salud de que exista una coledocolitiasis, se debe realizar alguna de estas 2 exploraciones:

- Resonancia magnética de la vía biliar: permite prácticamente en todos los casos confirmar el diagnóstico. Esta prueba es más cara y precisa de una mayor colaboración del paciente al realizarla.
- Ecoendoscopia: en esta prueba se obtiene la imagen del colédoco mediante un endoscopio especial que realiza una ecografía desde el interior del estómago y duodeno, permitiendo visualizar el colédoco y la existencia de coledocolitiasis de forma nítida, sin interferencias. Esta exploración, al tener un componente endoscópico, es invasiva, molesta y requiere sedación del paciente. (Espinel & Pinedo, 2011)

## TRATAMIENTO DE LA COLEDOCOLITIASIS

La coledocolitiasis requiere un tratamiento relativamente urgente según la forma de presentación y evolución, principalmente si está presente el componente de infección (colangitis). Hoy en día está establecido que la CPRE (una técnica endoscópica combinada con radiología) es el tratamiento de elección ya que permite, en un elevadísimo porcentaje de pacientes, extraer los cálculos del colédoco sin necesidad de cirugía. Esta técnica permite acceder mediante un endoscopio al duodeno y después al colédoco. Mediante la realización de una esfinterotomía (corte y ampliación del orificio por donde el colédoco desemboca en el duodeno) se extraen los cálculos con una alta tasa de éxito y escaso porcentaje de complicaciones. Cuando la coledocolitiasis no se puede extraer, podemos optar por ampliar la desembocadura del colédoco en el duodeno con balones que dilatan el conducto y favorecen la extracción, emplear utensilios que fragmenten los cálculos (litotriptores), o valorar una extracción mediante cirugía. (Bolívar Rodríguez, 2007)

## PREVENCIÓN

Si queremos prevenir la colelitiasis deberemos prevenir y tratar su principal factor de riesgo modificable, la obesidad. Además, habrá que aliarse con otros posibles factores protectores, como podría ser el café.

Puedes reducir el riesgo de padecer cálculos biliares si sigues las siguientes recomendaciones:

**No te saltees comidas.** Intenta atenerte a tus horarios de comidas a diario. Saltarse comidas o ayunar puede aumentar el riesgo de cálculos biliares.

**Baja de peso paulatinamente.** Si necesitas perder peso, hazlo en forma gradual. La pérdida de peso rápida puede aumentar el riesgo de cálculos biliares. Apunta a perder 1 o 2 libras (aproximadamente 0,5 a 1 kilogramo) por semana.

**Come más alimentos ricos en fibra.** Incluye más alimentos ricos en fibra en su dieta, como frutas, verduras y cereales integrales.

**Mantén un peso saludable.** La obesidad y el sobrepeso pueden aumentar el riesgo de cálculos biliares. Esfuérzate para lograr un peso saludable reduciendo el número de calorías que ingieres y aumentando la cantidad de actividad física que realizas. Una vez que alcances un peso saludable, trabaja para mantener ese peso continuando con tu dieta saludable y haciendo ejercicio. (Espinel & Pinedo, 2011)

### **¿Qué puede ocurrir después de la extracción de la coledocolitiasis?**

Tras la extracción de la coledocolitiasis es posible que, a largo plazo, un pequeño porcentaje de pacientes puedan volver a tener coledocolitiasis. Esta posibilidad disminuye si a aquellos que tienen cálculos en la vesícula se les realiza posteriormente una colecistectomía (extirpación quirúrgica de la vesícula). La extirpación de la vesícula está indicada realizarla, salvo que el paciente sea muy anciano o presente un alto riesgo quirúrgico. (Mendoza, 2012)

### **1.1. Justificación**

El presente estudio de caso se desarrolla con la finalidad de informar a las personas que acciones tomar en caso de presentar coledocolitiasis. Inicialmente un paciente puede presentar colelitiasis llegando a complicarse y desarrollar una colecistitis aguda y así, coledocolitiasis.

La coledocolitiasis se presenta en 10-20% de los pacientes que presentan colecistitis. Hasta un 50% de los casos se presenta de manera asintomática, y el resto con alguna de sus principales manifestaciones como ictericia o dolor abdominal. (ARMAS, 2019)

La coledocolitiasis conlleva a un mayor riesgo de complicaciones como colangitis aguda, pancreatitis aguda, abscesos hepáticos, cirrosis biliar secundaria, todas con una alta morbimortalidad. En la mayoría de los casos, la coledocolitiasis se resuelve por vía endoscópica, por medio de la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y esfinterotomía endoscópica, por medio de la cual el 80%-90% de los casos son resueltos. En el 10%-20% de los casos, no es posible la resolución, aumentando el riesgo de complicaciones. (Pinto, 2009-2011)

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo general**

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente con coledocolitiasis aplicando la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, para mejorar la calidad de vida del mismo.

### **1.2.2. Objetivos específicos**

- Valorar los problemas y necesidades de la paciente para formular diagnósticos correctos de enfermería.
- Establecer un plan de cuidados de enfermería que cumpla las necesidades del paciente con diagnóstico de coledocolitiasis
- Evaluar la evolución del paciente y verificar la eficacia del plan de cuidados de enfermería propuesto

## **1.3. Datos generales**

**Nombres y Apellidos:** NN

**Fecha de nacimiento:** 12/09/1983

**Nacionalidad:** ecuatoriana

**Sexo:** femenino

**Raza:** mestizo

**Estado civil:** casada

**Grupo sanguíneo:** O+

**Lugar de nacimiento:** Quito

**Lugar de residencia:** Quito

**Nivel sociocultural/económico:** medio

## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. (Historial Clínico del paciente).**

Paciente femenino de 38 años de edad acude al servicio de emergencias del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas de la ciudad de Quito orientada en tiempo y espacio con cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal, hipertermia, náuseas y vómitos.

#### **Antecedentes patológicos personales:**

No refiere

#### **Alergias**

No refiere

#### **Hábitos**

No fuma, no bebe

#### **Antecedentes quirúrgicos personales:**

Colecistectomía hace 8 años

#### **Antecedentes patológicos familiares:**

Hipertensión



## **2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)**

Paciente femenino de 38 años de edad acude por emergencia al Hospital de especialidades de las Fuerzas Armadas N.1 de la ciudad de Quito con cuadro clínico de 24 horas de evolución presentando dolor medido en escala EVA 10/10 en hipocondrio derecho, paciente refiere que el dolor inicia a partir de una colecistectomía laparoscópica hace 8 años, el dolor se presentaba de forma leve y en pocas ocasiones, pero se vuelve más persistente hace 15 días después de realizarse una EDA + biopsia en un centro de salud privado. Actualmente el dolor se acompaña de náuseas, vómitos e hipertermia. La paciente también refiere haber notado sudoración icterica. Paciente ingresa con presión arterial 140/90, frecuencia cardiaca 105 latidos por minuto, temperatura de 38°C, frecuencia respiratoria 18 por minuto y saturando 98% al ambiente, se explica a los familiares sobre la situación y se procede a resolución quirúrgica.

## **2.3. Examen físico (exploración clínica)**

### **Signos vitales**

Presión arterial: 140/90

Frecuencia cardiaca: 105 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 18 por minuto

Temperatura: 38°C

Saturación de oxígeno: 98%

### **Medidas antropométricas**

Peso: 56 kg

Talla: 156 cm

### **Evaluación cefalocaudal:**

- **Cabeza:**

Normo cefálica sin presencia de masa, cabello abundante, color negro, bien implantado.

- Ojos: simétricos, pupilas isocóricas.
- Orejas: simétricas, oídos con conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica íntegra, blandas y flexibles.
- Nariz: simétrica, sin presencia de secreciones nasales amarillentas. Buena permeabilidad de las vías aéreas.
- Boca: labios simétricos. Mucosa oral semihúmedas.
- Cuello: no hay presencia de adenomegalias palpables en la parte anterior del cuello. Presencia del pulso carotídeo a la palpación. No ingurgitación yugular.

- **Tórax:**

Simétrico, buena expansibilidad pulmonar, sin ruidos sobreañadidos, frecuencia respiratoria normal, ruidos cardíacos rítmicos regulares.

- **Abdomen:**

Depresible, doloroso a la palpación, RHA con tonos regulares, con presencia de herida quirúrgica, cubierta con apósitos.

- **Genitales:**

Presencia de catéter vesical, diuresis amarillenta.

- **Extremidades:**

**Superiores:** simétricos, sin presencia de edemas, activas al manejo, piel hidratada, pulsos distales presentes, presencia de vía periférica permeable en mano derecha para la administración de la medicación IV.

**Inferiores:** sin presencia de edemas, activo y reactivo al manejo, tono normal, pulsos distales presentes.

## **Valoración de patrones funcionales**

### ➤ **Patrón 1. Percepción de Salud – Manejo de Salud**

Paciente femenino de 38 años, ingreso a la unidad hospitalaria presentando dolor abdominal de alta intensidad, hipertermia, náuseas y vómitos, se realizó procedimiento quirúrgico de manera satisfactoria. Al momento paciente se encuentra en condiciones clínicas delicadas.

### ➤ **Patrón 2. Nutricional – Metabólico**

Paciente al momento se alimenta de líquidos en poca cantidad, también presenta inapetencia, náuseas que en ocasiones llegan al vomito, mantiene un índice de masa corporal de 23.01 (peso normal).

### ➤ **Patrón 3. Eliminación**

Paciente con catéter vesical, diuresis amarillenta, heces líquidas, canaliza flatos.

### ➤ **Patrón 4. Actividad – Ejercicio**

Paciente no puede realizar actividad física ni deambulación por herida quirúrgica dolorosa, permanece en cama y se realiza cambios posturales para evitar úlceras por presión.

### ➤ **Patrón 5. Sueño – Descanso**

Paciente refiere que puede conciliar el sueño con normalidad.

### ➤ **Patrón 6. Cognitivo – Perceptual**

Paciente escucha y responde muy bien a cualquier pregunta, toma decisiones por sí mismo sin ningún problema.

### ➤ **Patrón 7. Auto percepción – Autoconcepto**

La paciente refiere ser una persona humilde, honesta y responsable con su familia, al momento se encuentra deprimida debido a su estado de salud.

➤ **Patrón 8. Rol – Relaciones**

La paciente vive con su esposo y sus dos hijos, no presenta problemas económicos.

➤ **Patrón 9. Sexualidad y Reproducción**

Paciente tiene dos hijos y refiere mantener relaciones sexuales con una sola persona.

➤ **Patrón 10. Adaptación – Tolerancia al estrés**

Paciente se encuentra intranquila por su intervención quirúrgica, además, siente la necesidad de moverse y caminar, pero el dolor le impide hacerlo.

➤ **Patrón 11. Valores y Creencias**

Paciente refiere ser de religión católica.

**Patrones funcionales alterados**

Patrón Percepción / Manejo de la Salud

Patrón Auto percepción – Autoconcepto

Patrón Eliminación

Patrón Actividad – Ejercicio

Patrón Auto percepción – Autoconcepto

Patrón Adaptación – Tolerancia al estrés

**2.4. Información de exámenes complementarios realizados**

<b>Biometría Hemática</b>		
<b>EXAMEN</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>VALORES REFERENCIALES</b>
Plaquetas	194.000 mm <sup>3</sup>	150 – 450
Leucocitos	5.83 mm <sup>3</sup>	4.00 – 10.00
Hemoglobina	14.40 g/dl	12.00 – 15.00 g/dl
Hematocrito	42.5 %	38.0 – 48.0 %
Linfocitos	29.1	20.5 – 45.5 %

Neutrófilos	60.5 %	43.0 – 65.0 %
<b>Química Sanguínea</b>		
Glucosa	87.5 mg/dl	70.0 – 100.0 mg/dl
Urea	14.3 mg/dl	10.0 – 50.0 mg/dl
Creatinina	0.80	0.70 – 1.30 mg/dl
Ácido Úrico	5.3	2.40 – 5.70 mg/dl
TGO / AST Aspartato aminotransferasa	331	0 – 38 U/l
TGP / ALT Alanina aminotransferasa	499	5 – 42 U/l
Bilirrubina Total	1.65	0.20 – 1.20 mg/ dl
Bilirrubina Directa	1.00	0.00 – 0.20 mg/dl
Bilirrubina Indirecta	0.65	0.20 – 0.60 mg/dl
LDH	224	50 – 150 U/l
GGT Gamma-Glutamil transferasa	512	5 – 40 U/L
Fosfatasa Alcalina	291	35 – 104 U/L
Amilasa	53	40 – 140 U/L
Lipasa	51	0 – 160 U/L

## 2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

- **Diagnóstico presuntivo:** hepatitis, coledocolitiasis
- **Diagnóstico diferencial:** Pancreatitis, hernia umbilical, coledocolitiasis.
- **Diagnóstico definitivo:** Se diagnostica coledocolitiasis

## **2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.**

Paciente de sexo femenino de 38 años, refiere haber iniciado con hipertermia y dolores abdominales intensos hace aproximadamente 24 horas, entre los antecedentes personales la paciente presenta una colecistectomía hace 8 años, indica que tiempo después de dicha cirugía comenzó a presentar dolores abdominales ligeros y en pocas ocasiones. Alrededor de 15 días antes de la consulta médica la paciente se realiza una Endoscopia digestiva alta + biopsia, luego del procedimiento el dolor aumentaba progresivamente, provocándole una fuerte molestia por lo que acude a la casa de salud. Mediante el análisis y respectivos exámenes se determina coledocolitiasis y se procede a realizar cirugía.

### **Medicación:**

- Cloruro de sodio 0.9% intravenoso 40 gotas por minuto.
- Paracetamol 1 gr intravenoso cada 8 horas.
- Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg intravenoso cada día.
- Ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas.

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**NANDA:** 00133

**NOC:** 1605

**NIC:** 1400

### 00133 DOLOR CRÓNICO

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, con inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres

**R/C:** Agente lesivo biológico

**E/P:** Autoinforme de intensidad del dolor usando la escala EVA, alteración en la habilidad para continuar con las actividades previas, expresión facial del

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio (4):** Conocimiento y conducta de salud

**Clase:** Conducta de salud (Q)

**Etiqueta:** 1605 Control del dolor

### ESCALA DE LIKERT

INDICACIONES	1	2	3	4	5
Reconoce el comienzo del dolor			X		
Reconoce los factores causales del dolor		X			
Utiliza los analgésicos de forma apropiada			X		
Reconoce síntomas asociados al dolor		X			
Refiere dolor controlado		X			

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

**Campo:** Fisiológico: Básico

**Clase:** Fomento de la comodidad física (E)

**Etiqueta:** 1400 Manejo del dolor

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, intensidad o gravedad del dolor y actores desencadenantes.
2. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
3. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
4. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones).
5. Encontrar junto al paciente factores que ayuden a disminuir el dolor.
6. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor.

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**NANDA:** 00004

**NOC:** 1902

**NIC:** 6550

### 00004 RIESGO DE INFECCIÓN

Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la

**R/C:** Procedimiento invasivo / procedimiento quirúrgico.

**E/P:**

M  
E  
T  
A  
S

**Dominio:** Conocimiento y conducta de salud (4)

**Clase:** Control del riesgo y seguridad (T)

**Etiqueta:** 1902 Control del riesgo

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

**Campo:** Seguridad (4)

**Clase:** Control de riesgos (V)

**Etiqueta:** 6550 Protección contra las infecciones

### ESCALA DE LIKERT

INDICACIONES	1	2	3	4	5
Identifica los factores de riesgo			X		
Reconoce los factores de riesgo personales		X			
Controla los factores de riesgo personales		X			
Se compromete con estrategias de control de riesgo			X		
Modifica el estilo de vida para control de riesgo			X		

### ACTIVIDADES

1. Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
2. Inspeccionar el estado de la herida quirúrgica.
3. Proporcionar los cuidados adecuados de la piel en la herida quirúrgica.
4. Fomentar un aumento de la movilidad.
5. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección.
6. Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como ha prescrito el médico.
7. Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.



## **2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

Una de las teorías utilizadas en el desarrollo de este caso clínico es la de Virginia Henderson, tomando en cuenta sus 14 necesidades para la valoración del paciente y plasmando en la práctica su concepto sobre enfermería.

Según Virginia Henderson, enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyan a la salud, su recuperación o a una muerte en paz y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. (Hernandez, 2016).

Por otra parte, también se aplicó la teoría de Maryory Gordon con sus patrones funcionales.

Emplear los patrones funcionales para realizar un proceso de atención de Enfermería resulta muy beneficioso, ya que permite identificar e integrar condiciones de las personas que deben mantenerse o tender al equilibrio para recuperar o conservar la salud.

Además, son una herramienta muy útil de valoración, pues al estar jerarquizados de acuerdo a los dominios de la NANDA, agilizan el proceso de diagnóstico y por consecuencia disminuyen el tiempo entre la valoración y la ejecución de las intervenciones. (Martinez, Perez, & Montelongo, 2014)

## **2.8. Seguimiento**

### **DÍA 1**

Paciente femenina de 38 años, ORH+, acude al servicio de emergencia con cuadro clínico de 24 horas de evolución presentando dolor en hipocondrio derecho, paciente refiere que el dolor inicia a partir de una colecistectomía laparoscópica hace 8 años, el dolor se presentaba de forma leve y en pocas ocasiones, pero se vuelve más persistente hace 15 días después de realizarse una Endoscopia digestiva alta + biopsia en un centro de salud privado. Actualmente el dolor se acompaña de náuseas, vómitos e hipertermia.

Paciente es ingresada a hospitalización a cargo del servicio de gastroenterología para realización de exámenes complementarios, también se tramita la realización de una colangiografía.

## **DÍA 2**

Se obtiene resultados de exámenes de sangre que demuestran citolisis + colestasis, al momento paciente tolera la dieta, y refiere leve epigastria por lo que médicos indican protección gástrica. En los exámenes realizados la paciente mantiene elevadas enzimas hepáticas y hay descenso de bilirrubinas. Además, paciente mantiene dolor en hipocondrio derecho mismo que cede a analgesia. Se mantiene pendiente colangiografía.

## **DÍA 3**

En el día 3 de hospitalización la paciente refiere lesiones dérmicas eritematosas pruriginosas localizadas en miembros superiores e inferiores, menciona que dichas lesiones dérmicas aparecen luego de la administración de paracetamol y desaparecen 1 hora después, médicos del servicio base prescriben loratadina y solicitan valoración por alergología.

Realizan colangiografía en donde se evidencia presencia de litos en el conducto hepático derecho de 8,2 mm y en el izquierdo 6.3 mm. Con dichos resultados los médicos confirman diagnóstico de coledocolitiasis y programan CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). Sin embargo, por la presencia del rash alérgico queda pendiente autorización del procedimiento por el servicio de alergología.

En la valoración por alergología paciente se encontraba con escasas lesiones dérmicas y sin presencia de prurito, realizan un test de hipersensibilidad alérgica a fármacos en donde descartan sensibilidad farmacológica y autorizan que se realice la CPRE con previa administración de corticoide.

## **DÍA 4**

En el día 4 la paciente recibe la visita pre anestésica para realizar CPRE, paciente se encuentra tranquila y con buena respuesta a tratamiento de corticoides por cuadro alérgico.

## **DÍA 5**

Paciente con diagnóstico de coledocolitiasis, post valoración de las distintas especialidades que autorizan realizar CPRE es llevada a quirófano para cumplir con el procedimiento, el mismo que es efectuado con normalidad y sin ninguna complicación. Luego del procedimiento la paciente se mantiene en observación por el personal de turno.

## **Día 6**

Paciente con diagnóstico de coledocolitiasis resuelta con CPRE, posterior al procedimiento se encuentra tranquila y sin referencias de molestias. Paciente sin presencia de complicaciones aparentes al pase de visita los médicos encargados dan alta y programan cita en consulta externa luego de ocho días para valorar evolución post operatoria.

## **2.9. Observaciones**

Durante todo el periodo de hospitalización se le brindó a la paciente y a los familiares información sobre el estado de salud y los procedimientos a realizar para resolver la enfermedad. También se le explico sobre el consentimiento informado, el mismo que la paciente firmó autorizando la realización de los respectivos procedimientos.

Luego de ocho días la paciente acude al control post hospitalización por coledocolitiasis, misma que fue resuelta con una Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE), procedimiento en el que se extrajeron 2 litos, sin complicaciones. Paciente al momento de la consulta refiere leve dolor tipo

punzante en hipocondrio derecho, se presenta de forma continua, pero leve intensidad, EVA 2.

Se realiza exámenes de laboratorio de control y se observa que existe descenso en las enzimas hepáticas.

## **CONCLUSIONES**

- Inicialmente, se valoró al paciente tomando en cuenta los problemas y las necesidades que presentaba, se describió el estado de salud a través de los patrones funcionales de Maryory Gordon, se obtuvo como diagnóstico médico coledocolitiasis y se aplicaron diagnósticos enfermeros como dolor crónico y riesgo de infección.
  
- Se estableció un plan de cuidados de enfermería para cumplir con las necesidades y disminuir las dolencias del paciente; y así, mejorar y/o recuperar el estado de salud del mismo.
  
- Finalmente se evalúa la eficacia de las actividades realizadas a través del estado de salud del paciente. Se observa que mediante la ayuda del tratamiento terapéutico y el plan de cuidados de enfermería el paciente presenta mejoría y recuperación eficaz, obteniendo una mejor calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARMAS, F. (01 de 03 de 2019). *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ*. Obtenido de UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ:  
<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/5901/Tesis E.FM.2019.Validaci%C3%B3n.Armas.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=JUSTIFICACI%C3%93N.,como%20ictericia%20o%20dolor%20abdominal>
- Barreto, E., Soler, L., & Montalvan, A. (2010). Coledocolitiasis: diagnóstico y terapéutica mediante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, v.14 n.6.
- Bolívar Rodríguez, M. (2007). Coledocolitiasis. *Rev Med UAS; Vol. 7*, 137-155.
- Espinel, J., & Pinedo, E. (2011). Servicios de Aparato Digestivo y Radiodiagnóstico. *Rev. esp. enferm. dig. vol.103 no.7*, 1130-0108.
- Gallo, & Morales. (2017). El íleo biliar. *Revista de Gastroenterología de México*, 248-254.
- GONZALES, L. (2018). Factores de riesgo de la coledocolitiasis asintomática. *Cirujano general Cir. gen vol.40 no.3 Ciudad de México jul./sep. 2018*, 3.
- Hernandez, M. (2016). *UVa*. Obtenido de El Modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17711>
- Martinez, Perez, & Montelongo. (2014). Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enfermería Universitaria*, 36-43.
- Mendoza, J. (2012). Relación entre los factores de riesgo de la Colelitiasis. *Los tipos de Litiasis en pacientes colecistectomizados*, 1-20.
- Moreira, V., & Ramos Zabala, F. (2017). El íleo biliar. *Revista de Gastroenterología*, 248-254.
- Pinto, R. (2009-2011). *Repositorio Digital*. Obtenido de Repositotio Universidad Del Rosario:  
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4148/PintoCarta-Renzo-2013.pdf;jsessionid=3A95335D216172C4CC68B3A14BFFC55B?sequence=1>