



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA**

**Dimensión práctica del examen complejo previo a la obtención del
grado académico de licenciada en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE
39 AÑOS DE EDAD CON COLECISTITIS LITIASICA AGUDA”**

AUTORA

GENESIS NOEMI AREVALO BRAVO

TUTOR

DR. CONSTANTINO DARROMAN

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

2020

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 39 AÑOS DE EDAD CON COLECISTITIS AGUDA LITIASICA”	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
I. MARCO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
VESÍCULA BILIAR.....	1
COLECISTITIS	1
TIPOS	1
CAUSAS	1
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	2
DIAGNÓSTICO	3
TRATAMIENTO	3
QUIRÚRGICO	3
ANTIBIOTERAPIA.....	4
COMPLICACIONES.....	3
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	5
1.1 JUSTIFICACIÓN	6
1.2 OBJETIVOS	7

1.2.1	Objetivo general.....	7
1.2.2	Objetivos específicos.....	7
1.3	DATOS GENERALES	8
II.	METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	9
2.1	ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	9
2.2	PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	9
2.3	EXAMEN FÍSICO.....	10
2.3.1	VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).	10
2.4	INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS 9	
2.5	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	14
2.6	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	14
2.7	INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	19
2.8	SEGUIMIENTO.....	19
2.9	OBSERVACIONES.....	19
	CONCLUSIONES.....	20
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA	21

DEDICATORIA

La elaboración de este caso clínico está dedicada a:

A mis amados padres Oswaldo Manuel Moyano Zuñiga y Ana Eleuteria Bravo Mendez los cuales con su amor, paciencia y esfuerzo me han incentivado a culminar mi carrera como enfermera profesional.

A mi querido hermano Luis Alfredo Arévalo Bravo por su gran cariño, entrega y apoyo incondicional, en este largo caminar, por darme la mano y nunca dejarme desmayar, hasta lograr mi objetivo.

Por ultimo quiero dedicar este caso clínico a mis amigas, docentes y demás familiares, por ser parte de mi evolución y formación académica.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi inmensa gratitud a Dios, por proveerme de sabiduría y fortaleza en este largo caminar a la conquista de una meta propuesta.

A mis padres Oswaldo Manuel Moyano Zuñiga y Ana Eleuteria Bravo Mendez gracias por ese ejemplo de lucha y entrega que siempre me han inculcado para nunca darme por vencida y así luchar por mis sueños siempre.

A mi compañero de juegos y ahora mi más fiel amigo a ti mi querido hermano Luis Alfredo Arévalo Bravo por ser mi pilar, mi apoyo en cada momento, gracias por siempre estar ahí para mí.

Finalmente quiero agradecer al Dr. Constantino Darroman, por ser mi guía en la elaboración de este estudio de caso, gracias por su paciencia y entrega.

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE
39 AÑOS DE EDAD CON COLECISTITIS LITIASICA AGUDA”**

RESUMEN

La Colecistitis Aguda litiásica es una de las patologías más espectaculares y se da por la inflamación que se produce en las paredes de la vesícula biliar, que puede derivar en una colecistitis crónica, esta es la causa de más cuadros de dolor abdominal en urgencias. En el 95% de casos se produce principalmente por cálculos que bloquean el conducto cístico el otro porcentaje se da por inflamación de la mucosa del conducto o por otros factores como son la ingesta de alcohol, traumas, diabetes, siendo este el 5% la colecistitis aguda alitiásica. Estos casos anualmente se incrementan, en el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos ocupa el cuarto lugar de mortalidad en edades de 25 a 40 años, mostrándose que es más propenso en las mujeres que en los hombres, estos riesgos aumentan en el sexo femenino en el embarazo, al usar anticonceptivos y en el periodo de la menopausia por tratamientos hormonales, mientras que en el sexo masculino esta patología se condiciona por consumo de alcohol, incremento del peso, el tabaco y desorden metabólicos. Aplicando el proceso de atención de enfermería en la paciente de 39 años de edad con colecistitis aguda litiásica, se evidenciará por medio de los patrones de M. Gordon, los patrones alterados y planificar los cuidados e intervenciones de enfermería basando estas acciones en la teoría de V. Henderson se logrará restablecer los patrones alterado y las necesidades afectadas y así mejorar el confort del paciente mientras se haya ingresada.

Palabras Claves:

Colecistitis, litiasis, metabólicos, colangiografía, supervivencia

ABSTRACT

Acute lithiasic cholecystitis is one of the most spectacular pathologies and is caused by the inflammation that occurs in the walls of the gallbladder, which can lead to chronic cholecystitis, this is the cause of more abdominal pain in the emergency room. In 95% of cases it is produced mainly by stones that block the cystic duct, the other percentage is due to inflammation of the duct mucosa or other factors such as alcohol intake, trauma, diabetes, this being 5% cholecystitis acute alliasis. These cases increase annually, in Ecuador according to the National Institute of Statistics and Censuses it occupies the fourth place in mortality in ages 25 to 40 years, showing that it is more prone in women than in men, these risks increase in sex female in pregnancy, when using contraceptives and in the menopause period due to hormonal treatments, while in males this pathology is conditioned by alcohol consumption, weight gain, tobacco and metabolic disorders. Applying the process of nursing care in the 39-year-old patient with acute lithiasic cholecystitis, it will be evidenced through the patterns of M. Gordon, altered patterns and planning nursing care and interventions basing these actions on the theory of V. Henderson will be able to restore the altered patterns and the affected needs and thus improve the comfort of the patient while they have been admitted.

Keywords:

Cholecystitis, lithiasis, metabolic, cholangiography, survival

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda “es una distensión de la vesícula biliar” (Koti, Davidson, & Davidson, 2015). Esta representa el mayor porcentaje de sucesos por complicaciones que se presentan por colecistitis litiásica (colelitiasis), casi siempre se ocasionan por un cálculo que obstruye el conducto cístico, causando inflamación, infección bacteriana secundaria y distensión abdominal. (Halpin, 2014)

El porcentaje restante representa a una colecistitis sin litiasis confirmada (colecistitis alitiásica), su causa puede ser por varios factores, se determinan por una vulnerabilidad incrementada a la proliferación microbiana en una bilis fija, en algunas ocasiones dentro de este entorno los individuos con afección sistémica aguda (Halpin, 2014). En un reducido porcentaje las colecistitis pueden ser por tumores obstructivo del conducto cístico.

Esta enfermedad llega a ocasionar diferentes complicaciones entre las cuales están la gangrena, la ruptura de la vesícula y el empiema, esto causa otras afecciones de gran complejidad como son: las fístulas, la peritonitis generalizada y los abscesos perivesiculares, los tratamientos terapéuticos se basan en los cuidados especializados del equipo de salud quienes determinaran los protocolos a seguir, ya sea un proceso quirúrgico (colecistectomía) o antibioterapia (Gallos Cueto, 2012).

El siguiente caso clínico dará a conocer como la aplicación del PAE en la paciente de 39 años de edad con colecistitis aguda litiásica, ayuda a restablecer los patrones disfuncionales con cuidados e intervenciones de enfermería y así promover el confort de la paciente durante su tiempo de hospitalización.

I. MARCO TEÓRICO

VESÍCULA BILIAR

Este órgano presenta una apariencia de saco ubicado inferior al hígado la cual cumple el cargo del almacenamiento biliar, dicho fluido y permite la asimilación de los nutrientes. Esta se encuentra incorporada a través del tubo cístico al colédoco el cual procede del hígado, y de esta manera se crea la bilis, para culminar en el duodeno. (Centeno Fornies , 2017)

Al digerir alimentos, esta visera se estrecha y produce fluido biliar para apoyar al diferimiento de los alimentos y así poder absorber los macronutrientes.

Se producen patologías biliares por las siguientes causas:

- Cálculos en el conducto colédoco,
- Cálculos en la vesícula biliar
- Inflamación biliar

COLECISTITIS

La colecistitis es producida por una hinchazón de la vesícula biliar cuyo cuadro clínico termina con la presencia de dolor de alta intensidad localizado en región hipocondría derecha, que va hasta 24 horas de evolución acompañado de estado pirético de 37.5°C. (Gargallo Puyuelo, Aranguren, & Simón Marco)

TIPOS

Colecistitis aguda:

Se produce cuando súbitamente la vesícula se inflama causando gran dolor en el área del hipocondrio derecho la cual se irradia a los omóplatos. Cuando aparecen complicaciones la vesícula biliar puede perforarse, causando que el jugo biliar se esparza en la cavidad abdominal. Poniendo en grave

peligro la vida del paciente debiendo el equipo de salud actuar inmediatamente (Colecistitis, 2017)

Colecistitis crónica:

Casi siempre es causada por cuadros repentinos de colecistitis aguda, produciendo que la vesícula se contraiga y ensanche perdiendo su funcionalidad. (Colecistitis, 2017)

CAUSAS

La litiasis biliar es la causa más frecuente para desarrollar una colecistitis aguda, presentándose en un 90% el grado y el tiempo que perdure la obstrucción la que afirmara el desarrollo evolutivo de esta patología.

Esta complicación en algunas ocasiones es parcial o de prolongación corta donde la persona siente cólicos biliares de gran intensidad, por otra parte, tubo conducto cístico presenta obstrucción total y conserva una durabilidad evolutiva extensa de origen inflamatoria aguda esto se debe a la irritación en la mucosa sumada al aumento de la presión vesicular (Tejedor Bravo & Albillos Martinez, 2012).

Cuando se produce el bloqueo del conducto cístico y un bajo flujo vascular se origina una colecistitis aguda en la persona, el curso que lleva esta afección en un 50% de los sucesos se evidencian que han sido producidos por organismos microscopicos como: *Streptococcus faecalis*, *enterobacter spp*, *enterobacter spp* y *Escherichia coli*, *enterobacter spp*, en algunas ocasiones se encuentran eventos más severos como la presencia de anaerobios tales como: *Clostridium perfringens* , *Bacteroides fragilis*, la cual secundariamente produce infección biliar. (Galloso Cueto, 2012)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síntoma más mencionado de esta patología es el dolor con intensidad grave en hipocondrio derecho y se irradia al omoplato, el cual se puede

relacionarse con febrícula, arcadas y emesis, cuando se detecta este más el signo de Murphy, y al analizar los exámenes complementarios hay leucocitosis y proteína C reactiva, sin descubrir un incremento de las amilasas ni lipasas séricas (Monestes & Galindo, 2009).

DIAGNÓSTICO

Se valorará al paciente al realizar un conteo de PCR, hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, enzimas hepáticas, tiempo de coagulación, lipasa y electrolitos. Además, de realizarse exámenes complementarios de laboratorio e imágenes que podrán evidenciar el riesgo quirúrgico. (Gargallo Puyuelo, Aranguren, & Simón Marco)

Para realizar un mejor diagnostico se debe evidenciar generalizada o local, focal y revisar la ecografía abdominal para contribuir a la afirmacion de la colecistitis, de debe detectar si existe edema en las paredes vesiculares u inflación vesicular, por otra parte los signos de “Murphy positivo, con diferente juicio clinico se debe realizar una gammagrafia” (Colecistitis, 2017).

Los individuos que padecen esta afectación en su salud presentan en su recuento sanguíneo leucocitosis con valores que comprenden 12000 o 15000 más aumento en los neutrófilos. Puede haber la probabilidad de una colecistitis gangrenosa o una perforación colangitis si el recuento de glóbulos blancos es mayor a 20000 (Reyes Diaz, y otros, 2012).

TRATAMIENTO

QUIRÚRGICO

La extracción quirúrgica vesicular es el procedimiento quirúrgico más se lleva a cabo debido a que su recuperación es más eficaz, muchos de los cirujanos practican este abordaje quirúrgico por los siguientes beneficios: menor tiempo de ingreso hospitalario, las molestias de la intervención son leves, baja morbilidad a causa de esta patología, pronto retorno a sus actividades diarias y pocas infecciones. (Pereñiguez, Egea, & Carballo, 2016,

pág. 467)

Este proceso quirúrgico lo realiza con éxito por primera vez Lagenbuch en 1881, luego de varios años los cirujanos Mouret y Dubois (francese) y McKernany Reddick (Estadounidense) desarrollan el abordaje laparoscópico en la colelitiasis sintomática, que al comienzo fue vista como un proceso negativo, en los años 90 se editaron estudios manifestando lo favorable, segura y eficaz que resultaba esta técnica, hoy en día es tratamiento quirúrgicos de primera opción (Galoso Cueto, 2012).

Los cálculos biliares es una de las primeras causas de la colelitiasis, y su tratamiento quirúrgico hoy en día es el abordaje laparoscópico; aunque aún se interpreta la operación precoz, tratando de mantener a la paciente por un periodo de unas 6 a 8 semanas previo a realizar el tratamiento quirúrgico sin distensión temprana (Pereñiguez López, Egea Valenzuela, & Carballo Alvarez, 2016).

ANTIBIOTERAPIA

Siempre es necesario la utilización de la antibioterapia antes y después de la intervención quirúrgica, aunque no se presente signos de infección.

La piperacilina-tazobactam, la ceftriaxona son farmacos de amplio espectro que se aplican para proteger de los microorganismos anaerobios y gramnegativos, estos medicamentos pueden colocar individual o unido al metronidazol y el levofloxacino (Halpin, 2014).

COMPLICACIONES

Entre estas se presentan las siguientes:

- Dolor de gran intensidad a la palpación local en el hipocondrio derecho
- Hipertermia
- inflamación de la pared vesicular más leucocitos elevados
- Gangrena o perforación de la vesícula, (González Sánchez, 2011)

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El PAE es una herramienta sistemática y que cumple un orden para dar cuidados individuales, evidenciando los problemas y alteraciones que dañe la salud del individuo a lo cual se derivan acciones (Rosales Barrera & Reyes Gómez, 2004).

Los pasos a seguir son:

- Valoración
La cual se logra por medio de la entrevista, observación y exploración física del individuo.
- Diagnostico
Con la información obtenida en la valoración se evidencian los patrones alterados y las necesidades que se requieren suplir con las actuaciones del departamento de enfermería.
- Planificación
Es el paso donde se concreta las intervenciones y cuidados a realizar para restablecer las necesidades del individuo.
- Ejecución
Desarrollo de las actividades antes concretadas.
- Evaluación.
Aquí vamos a verificar si se ha logrado recuperar o restablecer los patrones o necesidades propuestas en el diagnóstico, de no ser así se debe reconsiderar la planificación de cuidados a realizar.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El estudio de este caso clínico se desarrolla para establecer los cuidados individualizados para concretar los objetivos propuestos para la paciente de 39 años diagnosticada con colecistitis aguda litiásica.

Debido al llevar una dieta alta en grasa más una vida sedentaria a logrado un aumento en este padecimiento, incrementándose los ingresos en centros hospitalarios sean privados o públicos.

Es una enfermedad que se observa más en pacientes femeninas, debido a la inestabilidad hormonal que se dan ya sea en el embarazo, administración de anticonceptivos y el periodo menopaúsico.

Utilizaremos la taxonomía NANDA, NIC y NOC para elaborar las intervenciones y metas que se llevaran a cabo en el PAE aplicado a la paciente de 39 años de edad con colecistitis aguda litiásica.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

- ❖ Describir la aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente de 39 años con Colecistitis Aguda Litiásica.

1.2.2 Objetivos específicos

- ❖ Determinar los patrones alterados utilizando el modelo de M. Gordon.
- ❖ Establecer los diagnósticos de enfermería basándonos en los patrones y necesidades alteradas del paciente.
- ❖ Evaluar que los cuidados de enfermería proporcionados a la paciente hayan logrado recuperar los patrones y necesidades alteradas.

1.3 DATOS GENERALES

- ✓ **Historia clínica:** xxxxxxxxxxx8
- ✓ **Apellidos y nombres:** Laura Montes (nombre ficticio)
- ✓ **Edad cumplida:** 39 años
- ✓ **Sexo:** Femenino
- ✓ **Nivel de escolaridad:** Secundaria
- ✓ **Fecha de nacimiento:** Recinto la Unión, 14 de abril de 1981
- ✓ **Procedencia:** Babahoyo
- ✓ **Ocupación u oficio:** Comerciante
- ✓ **Estado civil:** Casada
- ✓ **Hijos:** 2 hombres de 8 y 10 años

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 39 años de edad de sexo femenino llega al área de emergencia acompañada por su marido, se observa consciente, orientada en tiempo, persona y espacio, manifiesta sentir dolor en boca del estómago que se va hacia el hipocondrio de derecho, de tipo punzante e intenso 8/10 en escala de EVA, el cual no desaparece con la colocación de analgésico, presenta cuadros de emesis con restos alimentarios más jugo bilioso, por lo que se sugiere hospitalización inmediata en esta casa asistencial. El esposo indica que ella lleva una alimentación alta en grasa, no alergias y los dos ingieren alcohol frecuentemente.

ANTECEDENTES FAMILIAR.

Padre Diabético (x) VIH () Hepatitis ()
Madre Presión Alta (x) Tío Gastritis (x) Otros ()

ANTECEDENTES PERSONALES.

Hepatitis () Diabetes () Gastritis (x)
VIH () Hipotensión () Otros (x)

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

ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente de 39 años de edad ingresa a esta casa de salud con dolor

abdominal punzante y de gran intensidad, más arcadas y emesis repetitivas, malestar total, ictericia en piel y conjuntivas, médico tratante sugiere hospitalización inmediata.

2.3 EXAMEN FÍSICO.

VALORACIÓN CEFALO-CAUDAL

A la valoración cefalo- caudal paciente consciente, orientada en tiempo, persona y espacio, con afectación general, manifiesta que realiza deposiciones arcillosas y esteatórricas. Se observa abdomen doloroso y distendido con intensidad de 8/10.

Cráneo: simétrico con presencia de seborrea.

Cara: facies pálida, boca reseca, mucosa deshidratada, ojos ictericos

Boca: presenta placa dentaria superior y piezas dentarias inferiores incompletas.

Cuello: no presenta adenopatías refiere que la saliva tiene un sabor amargo (bilioso).

Tórax: senos simétricos sin presencia de nódulos visibles o palpables.

Miembros superiores: normales en brazo izquierdo presencia de vía periférica permeable y limpia.

Abdomen: a la palpación doloroso que va desde boca del estómago y se irradia a hipocondrio derecho, distendido y más de ruidos hidroáreos.

Miembros inferiores: se observa varices.

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

1. Percepción y manejo de la salud

Paciente consciente y orientada en tiempo, persona y espacio, es ingresada a esta casa asistencial por presentar dolor intenso en área abdominal alta

de intensidad 8/10, manifiesta que su estado de salud ya viene presentando complicaciones meses atrás siendo tratada con infección diarreica no sabía que tenía litiasis biliar, ingesta de alcohol frecuentemente, no alergias.

Su estado de salud se encuentra comprometido por la intensidad del dolor, al momento con farmacoterapia: Butilescopolamina, Omeprazol, Keterolaco, Ceftriaxona.

2. Nutricional y metabólico.

Con sobrepeso, lleva una alimentación alta en grasa, poca ingesta de verduras y frutas, come de tres a cuatro veces al día, la coloración icterica de su piel además visiblemente deshidratada, tiene cuadros de fiebre con una temperatura de 38°C, en brazo izquierdo presenta vía periférica permeable y limpia colocación de terapia del dolor e hidratación. Por prescripción médica paciente en NPO

3. Eliminación.

Paciente dice hacer deposiciones de color arcilloso y esteatorreicas, desde hace varios meses con incontinencia urinaria moderada utiliza toallas, no presenta problemas al miccionar. Varias emesis con restos alimentarios.

4. Actividad y ejercicio.

No tiene la costumbre de ejercitarse, es independiente en sus actividades aunque ahora requiere del apoyo de su esposo.

5. Sueño - descanso.

Descansa bien normalmente pero ahora no puede conciliar el sueño por el dolor que siente y miedo al procedimiento quirúrgico.

6. Cognitivo - perceptual.

Paciente consciente y orientada, refiere sentirse angustiada por la terapéutica a tratar de la enfermedad, utiliza lentes de lectura, con dolor intenso 8/10 valorada en EVA.

7. Auto percepción - autoconcepto.

Manifiesta sentirse preocupada por el procedimiento terapéutico a seguir ya que ella es quien atiende a sus hijos.

8. Rol - relaciones.

Reside en su domicilio con su esposo e hijos.

9. Adaptación - tolerancia al estrés.

Aunque siempre reacciona de forma positiva ante cualquier cambio en su vida ahora se siente angustiada.

10. Valores - creencias.

Tiene fe en Dios, pero no practica ninguna religión.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS.

- nutricional - metabólico.
- eliminación.
- sueño - descanso.
- cognitivo - perceptual.
- autopercepción - autoconcepto.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

- Biometría hemática
- Ecografía Abdominal
- Colangiografía Magnética

BIOMETRÍA HEMÁTICA

PRUEBA	VALOR	VALOR REFERENCIAL
Leucocitos	9.20	5 – 10
Hemoglobina	12.5	12 – 16
Hematocrito	37.5	38 – 47

Neutrófilos	5.26	2.2 – 4.8
Basófilos	0.07	0 – 1
Plaquetas	278	150 – 400
Amilasa	215	28 – 100
Lipasa	285	13 – 60
AST (SGOT)	398	0 – 40
ALT (SGPT)	745	0 – 41

Nota: Elaboración Propia con datos de exámenes de laboratorio del paciente

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Hígado con tamaño normal, distinción de vías biliares hepáticas, se observa filtraciones de grasa, no se observa lesión focal.

Vesícula: distendida que mide 89 x 37 mm, con presencia de litiasis en su interior las cuales miden 15 mm, sus paredes tienen 5 mm, el colédoco que mide 14.9 mm. La porción distal no se pudo observar.

Páncreas: uniforme que mide 21 mm

Riñones: tamaño regular, riñón izquierdo con litiasis en cáliz medio de 5 mm.

Bazo mide 90 mm.

Conclusión: se observa colecistitis aguda litiásica, con distensión de vías biliares, litiasis renal en riñón izquierdo, hígado graso etapa I.

COLANGIORESONANCIA MAGNÉTICA

Se evidencia inflamación del conducto colédoco con un diámetro 15 mm. Se encuentra alterado por la presencia de dos cálculos vesiculares en la región proximal uno de 8 mm y otro en la porción más distal que mide 8 mm.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Con todos los cuadros clínicos antes expuestos los diagnósticos presuntivos pueden ser:

- ✓ Apendicitis Aguda
- ✓ Pancreatitis Aguda,
- ✓ Enfermedad Ulcerosa Péptica
- ✓ Hepatitis,

Píelo Nefritis De Riñón Derecho

Diagnóstico definitivo:

Colecistitis aguda litiásica

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

Valorando los datos obtenidos observamos los problemas reales y potenciales que se presentan en la paciente con colecistitis aguda litiásica.

PROBLEMAS REALES

- Arcadas y emesis
- Temperatura 38°C
- Dolor punzante 8/10 EVA

PROBLEMAS POTENCIALES

- Pancreatitis

DESARROLLO DEL PAE

Valoración:

Paciente muy abierta a la entrevista, se observa expresión de dolor y se nota diaforética, con temperatura de 38°C, no conocía de su padecimiento se siente preocupada y angustiada con los procedimientos que le van a realizar. Tiene una familia muy unida.

Con la valoración de los exámenes complementarios realizados se muestra un problema potencial de pancreatitis, por lo que el doctor tratante recomienda no dar nada por vía oral (NPO).

Con la valoración de Marjory G. determinamos los siguientes patrones disfuncionales:

- ✓ Nutricional y metabólico.
- ✓ Eliminación
- ✓ Sueño y descanso.
- ✓ Cognitivo y perceptual.
- ✓ Autopercepción y autoconcepto

Diagnósticos de Enfermería:

Para la realización de mis diagnósticos de enfermería me basare en la teorizante Kalish la cual implementa mejoras a la pirámide de Maslow al dividir las necesidades fisiológicas en dos necesidades de supervivencia y de estimulación, en la primera encontramos la respiración, alimentación, nivel de dolor, temperatura, entre otras en la segunda la exploración, el sexo y otros. Los cuales están orientados en la satisfacción de las necesidades de supervivencia:

- ✓ Nutrición - metabólico.
- ✓ Cognitivo y perceptual.
- ✓ Autopercepción y autoconcepto

NANDA: (00132)
NOC: (1605)
NIC: (1400)

**DOLOR AGUDO
(00132)**

R/C: Agentes lesivos biológicos
(Colecistitis Aguda Litiásica)

E/P: Dolor intenso en abdomen alto que va hipocondrio derecho, expresión de dolor y manifestación verbal

M
E
T
A
S

Dominio IV: Conocimiento y conducta

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
(160502) Reconoce el comienzo del dolor		x		x	
(160505) Utiliza los analgésicos de forma apropiada		x			x
(160509) Reconoce síntomas asociados del dolor			x		x
(160511) Refiere dolor controlado		x		x	

Clase Q: Conducta de salud

Etiqueta: Control del dolor (1605)

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

Campo 1: Fisiológico Básico

Clase F: Fomento de la comodidad física

Etiqueta: Manejo del dolor (1400)

- ACTIVIDADES**
- Enseñar los principios del manejo del dolor
 - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa
 - Utilizar medidas de control del dolor antes de que este sea severo
 - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

NANDA: (00146)
NOC: (1402)
NIC: (5820)

M
E
T
A
S

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

ANSIEDAD (00146)

R/C: Grandes cambios en el estado de salud

Dominio III: Salud psicosocial

Clase O: Autocontrol

Etiqueta: Autocontrol de la ansiedad (1402)

Campo 3: Conductual

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica

Etiqueta: Disminución de la ansiedad (5820)

E/P: Ansiedad y angustia por los procedimientos terapéuticos

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
(140207) Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	x			x	
(140204) Busca información para reducir la ansiedad		x			x
(140216) Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad		x			x
(140217) Controla la respuesta de ansiedad			x		x

ACTIVIDADES

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación

NANDA: (00195)
NOC: (0800)
NIC: (3740)

M
E
T
A
S

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

RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICOS (00195)

R/C: Enfermedad (proceso infeccioso por Colecistitis biliar)

E/P: temperatura de 38°C, piel caliente al tacto, dolor de cabeza

Dominio II: Salud fisiológica

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
(080001) Temperatura cutánea aumentada			x		x
(080003) Cefalea		x			x
(080007) Cambios de coloración cutánea		x		x	
(080014) Deshidratación			x		x

Clase I: Regulación metabólica

Etiqueta: Termorregulación (0800)

- ACTIVIDADES**
- Humedecer los labios y la mucosa nasal secos
 - Controlar la temperatura y otros signos vitales.
 - Administrar medicamentos o líquidos i.v. (p. ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos).
 - Observar el color y la temperatura de la piel
 - Aplicar compresas de agua fría

Campo 2: Fisiológico Complejo

Clase M: Termorregulación

Etiqueta: Tratamiento de la Fiebre (3740)

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

Los cuidados de enfermería son los procesos que realiza el personal de enfermería para brindar confort al paciente durante su estancia hospitalaria, dentro de estas actividades se basaran en satisfacer las necesidades de sobrevivencia de la paciente de 38 años de edad con colecistitis aguda litiásica.

Estos cuidados estarán dirigidos a controlar el nivel de dolor, desequilibrio electrolítico, y ansiedad.

2.8 SEGUIMIENTO.

Con la ejecución de las actividades y cuidados de enfermería se logra mejorar el nivel del dolor 2/10, reducir la ansiedad al brindar apoyo emocional e información clara de su patología y por medio de la administración de medicina prescrita controlar el desequilibrio electrolítico.

2.9 OBSERVACIONES.

Paciente luego de estar con hidratación endovenosa y en NPO, además, de estar bajo vigilancia y control médico mejora su estado hemodinámico, para ser trasferida a otra casa asistencial donde procederán con el tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

Puedo mencionar los siguientes:

- La colecistitis aguda litiásica es más frecuente en mujeres que en los hombres, su causa es la litiasis biliar.
- Con el uso del modelo de valoración de M. Gordon identificamos los patrones alterados y mediante la pirámide de Kalish, evidenciamos las necesidades alteradas de supervivencia tales como son: el dolor, la temperatura y la ansiedad.
- Mediante los cuidados brindados a la paciente se logra reducir el nivel de dolor 2/10, además, de con el apoyo de medicación prescrita controlar la fiebre y mediante información claro sobre la terapéutica bajar el nivel de ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman , J. M., & Wagner, C. M. (2014). *NIC*. España: ELSIVER.

Centeno Fornies , X. (2017). *Vesicula Biliar*. Obtenido de CENTRO MEDICO TEKNON: <http://www.teknon.es/es/especialidades/centeno-fornies-xavier/vesicula-biliar>

Colecistitis. (23 de 01 de 2017). Obtenido de RadiologyInfo.org para pacientes: <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=cholecystitis>

Galoso Cueto, G. L. (08 de 08 de 2012). *Factores que influyen en la conversión de la colecistectomía video laparoscópica a cirugía tradicional*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400005

Gargallo Puyuelo, C., Aranguren, F., & Simón Marco, M. (s.f.). *Colecistitis Aguda*. *Elsiver*.

González Sánchez, J. (2011). *Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral*. Obtenido de Revista Latino Americana de Enfermagen: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100003

Halpin, V. (20 de 08 de 2014). *PubMed*. Obtenido de Biblioteca Nacional de Medicina: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144428/>

Heather Herdmar, T., & Kamitsuru, S. (2015). *NANDA*. España: ELSIVER.

Huitzi Egilegor, J. X., Elorza Puyadena, M. I., Urkia Etxabe, J. M., & Asurabarrena Iraola, C. (2014). Implantación del proceso de enfermería en un área de salud: modelos y . *Latino Americana de Enfermagem*, 772-777.

Koti, R., Davidson, C., & Davidson, B. (14 de 05 de 2015). *PubMed*.
doi:10.1007 / s00423-015-1306-a

López S, J., Iribarres B, O., Hermosilla V, R., Fuentes M, T., Astudillo M, E.,
López I, N., & González M, G. (2016). Resolución quirúrgica de la
colecistitis aguda. ¿Influye el tiempo de evolución? *Revista Chilena de
Cirugía*, 1-6.

Monestes, J., & Galindo, F. (25 de 07 de 2009). *Colicistitis Aguda*. Obtenido de
Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva:
<http://sacd.org.ar/ccuarentayuno.pdf>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2014). *NOC*. España:
ELSIVER.

Pereñiguez López, A., Egea Valenzuela, J., & Carballo Alvarez, L. F. (2016).
Protocolo terapéutico del cólico biliar y la colecistitis aguda. *Fundación
Dialnet*, 467-471. Obtenido de Dialnet.

Reyes Diaz, M., Díaz Milanés, J. A., López Ruíz, J. A., Del Rio Lafuente, F.,
Valdés Hernández, J., Sánchez Moreno, L., . . . Oliva Mompean, F.
(2012). Evolución del abordaje quirúrgico de la colecistitis aguda en una
unidad de cirugía de urgencias . *ELSEVIER*, 143-212.

Rosales Barrera, S., & Reyes Gómez, E. (2004). *Fundamentos de Enfermería*.
Bogota: Manual Moderno.

Tejedor Bravo, M., & Albillos Martinez, A. (04 de 2012). *Enfermedad Litiásica
Biliar*. Obtenido de ScienceDirect:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541212703347>

ANEXOS