



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“ENFERMEDADES BILIARES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENFOCADOS  
A LOS PACIENTES Y COMPLICACIONES AÑADIDAS”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

**Autora:** Quisaguano Doicela Mercy Ximena

**Tutor:** Dr. ESP. Moreno Martin Gustavo

**Ambato-Ecuador**

**Abril - 2017**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“ENFERMEDADES BILIARES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENFOCADOS A LOS PACIENTES Y COMPLICACIONES AÑADIDAS”, de Mercy Ximena Quisaguano Doicela estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato-Septiembre.2016

**EL TUTOR:**

.....

**Dr. ESP. Moreno Martin, Gustavo**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “ENFERMEDADES BILIARES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENFOCADOS A LOS PACIENTES Y COMPLICACIONES AÑADIDAS”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato-Septiembre.2016

### **LA AUTORA**

.....

**Quisaguano Doicela, Mercy Ximena**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de Investigación.

Cedo los derechos en líneas patrimonial es de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la Reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las Regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato-Septiembre.2016

## **LA AUTORA**

.....

**Quisaguano Doicela, Mercy Ximena**

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “ENFERMEDADES BILIARES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENFOCADOS A LOS PACIENTES Y COMPLICACIONES AÑADIDAS”, de, Mercy Ximena Quisaguano Doicela, Estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato - Abril 2017

Para constancia firman

.....

**PRESIDENTE/A**

.....

**1ER. VOCAL**

.....

**2 DO VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Este Trabajo fruto de un largo, arduo y esforzado sacrificio, va dedicado primero a Dios por ayudare a llegar a la meta espera, por hacer de mí una persona noble, con amor y vocación a mi Carrea, va dedica para mis padres puesto que ellos son los forjadores de mis estudios, quienes con su ejemplo maravillosos de fe, amor, perseverancia, sacrificio incomparable me han inculcado metas y valores hacia el éxito es así que siempre me han brindado su apoyo, comprensión, confianza y creyendo en mí y en mi capacidad .

Quisaguano Doicela Mercy Ximena

## **AGRADECIMIENTO**

Dios, amor y vida.

Son muchos los seres especiales a quienes me gustaría agradecer: primero Agradezco a Dios por haberme dado la vida, salud y sabiduría, agradezco a mis Padres por el apoyo incondicional que me brindaron y por los valores inculcados hacia mí, también agradece por dar un ejemplo de vida, amor y armonía familiar, a mis hermanas y hermano por el apoyo moral y de perseverancia, a mis amigas por hacer de esta carrera una aventura llena de retos y firmeza apuntando hacia nuestra meta y al éxito y con una expresión de gratitud a mis distinguidos Maestros, que con nobleza y entusiasmo, vertieron todo su apostado en mi alma.

Quisaguano Doicela Mercy Ximena

## ÍNDICE

### Contenido

<b>APROBACIÓN DEL TUTOR.....</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....</b>	<b>iii</b>
<b>DERECHOS DE AUTOR.....</b>	<b>iv</b>
<b>APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....</b>	<b>v</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>vi</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Objetivo General.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Objetivos Específicos: .....</b>	<b>2</b>
<b>III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES.....</b>	<b>3</b>
<b>3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLES .....</b>	<b>3</b>
<b>3.2 INFORMACIÓN NO DISPONIBLE .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2.2 VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.....</b>	<b>19</b>
<b>1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE. ....</b>	<b>19</b>
<b>2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE .....</b>	<b>20</b>
<b>3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES ...</b>	<b>20</b>
<b>4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA.....</b>	<b>21</b>
<b>5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.....</b>	<b>22</b>
<b>6. NECESIDAD DE ELEGIR ROPA ADECUADA VESTIRSE Y DESVESTIR. 23</b>	
<b>7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE. ....</b>	<b>23</b>
<b>8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL. ....</b>	<b>24</b>



9.	NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS. ....	25
10.	NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.....	25
11.	NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS. ....	26
12.	NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL. ....	27
13.	NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS...27	
14.	NECESIDAD DE APRENDER DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES.....	28
IV.	DESARROLLO.....	29
4.1	DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO .....	29
4.2	DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	31
4.3	ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....	32
4.4	IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:.....	33
4.5	OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	34
4.6	PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO:.....	35
	INTRODUCCIÓN.....	36
	OBJETIVOS: .....	37
	GENERAL.....	37
	ESPECÍFICOS.....	37
	JUSTIFICACIÓN .....	37
V.	CONCLUSIONES:.....	38
VI.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS:.....	39
	LINKOGRAFÍA.....	39
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTA.....	40
VII.	ANEXOS:.....	42
	ECOMAPA.....	42
	ANÁLISIS ECOMAPA.....	43
	TABLAS DE EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EN EL HOSPITAL PROVINCIA GENERAL LATACUNGA.....	45
	TABLA N° 1. BIOMETRÍA HEMÁTICA 08/02/2016.....	45
	TABLA N° 2. BIOMETRÍA HEMÁTICA 09/02/2016.....	45
	TABLA N° 3 QUÍMICA SANGUÍNEA 09/02/2016 .....	46

<b>TABLA N°4. SEROLOGÍA 09/02/2016.....</b>	<b>46</b>
<b>TABLA N° 5. BIOMETRÍA HEMÁTICA 12/02/2016.....</b>	<b>46</b>
<b>TABLA N°6. ENZIMAS 12/02/2016.....</b>	<b>47</b>
<b>TABLA N°7. QUÍMICA SANGUÍNEA 15 /02/2016 .....</b>	<b>47</b>
<b>TABLA N°8.QUÍMICA SANGUÍNEA 18 /02/2016 .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO 1. HOJA DE REFERENCIA.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO 2. EXÁMENES DE LABORATORIO DEL DÍA 29/01/16 REALIZADO EN EMERGENCIA .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO 3. ECO DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 4. EXÁMENES DE LABORATORIO PRE-ANESTÉSICO .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 5. INFORME DE CPRE.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 6. RESULTADOS DE TAC DE ABDOMEN Y PELVIS .....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 7. EXÁMENES DE LABORATORIO DE CONTROL DE ELECTROLITOS. ....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO 7. PLAN DE ALTA.....</b>	<b>53</b>
<b>(ANEXO 9). NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE.....</b>	<b>54</b>
<b>(ANEXO 10). NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.....</b>	<b>55</b>
<b>(ANEXO11). NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES .....</b>	<b>56</b>
<b>(ANEXO 12) NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR. ....</b>	<b>57</b>
<b>(ANEXO 13) .NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES. ....</b>	<b>58</b>
<b>(ANEXO 14).NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL .....</b>	<b>59</b>
<b>(ANEXO 15) EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 16 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 17.....</b>	<b>63</b>

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“ENFERMEDADES BILIARES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA  
ENFOCADOS A LOS PACIENTES Y COMPLICACIONES AÑADIDAS”**

**Autora:** Quisaguano Diocela Mercy Ximena

**Tutor:** Dr. ESP. Moreno Martin Gustavo

**Fecha:** Septiembre 2016

**RESUMEN**

El presente análisis se realizó acerca de las enfermedades biliares y sus complicaciones sabiendo que las patologías biliares son muy frecuentes en nuestros medios y es la principal causa de hospitalización en cirugía. Es una enfermedad que se encuentra en la mayoría de personas en edad adulta y con mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino. Además de los factores asociados como: alcohol, medicamentos, tóxicos, enfermedades sistémicas, infecciosas, inmunológicas, genéticas,

Este análisis de caso se realizó en una paciente femenina de 72 años quien consumía alcohol en reuniones sociales durante toda su vida hasta antes de ser hospitalizada por coledocolitiasis, llevaba una vida sedentaria y mantenía una dieta rica en carbohidratos y grasa animal.

La información fue recopilada mediante una entrevista al paciente y revisando la historia clínica, la cual es muy útil para realizar este trabajo.

Este análisis de caso se realizó con el fin de identificar problemas en la paciente y mediante el uso de conocimiento adquiridos en cuanto a su patología y problemas percibidos, poder ayudar a mejorar su calidad de vida, llevar una dieta adecuada y poder evitar complicaciones futuras.

**PALABRAS CLAVE:** FACTORES DE RIESGO, ENFERMEDADES BILIARES, COMPLICACIONES, CUIDADOS

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
NURSERY CAREER**

**"BILIARY DISEASES AND NURSING CARE FOCUSED TO PATIENTS  
AND ADDED COMPLICATIONS"**

**Author:** Quisaguano Diocela Mercy Ximena

**Tutor:** Dr. ESP. Moreno Martin Gustavo

**Date:** September 2016

**ABSTRACT**

This analysis was performed on the biliary disease and its complications knowing that biliary diseases are very common in our media and is the leading cause of hospitalization in surgery. It is a disease found in most people in adulthood and most prevalent in females than in males. In addition to the associated factors such as alcohol, drugs, toxic, systemic diseases, infectious, immunological, genetic.

This case study was performed in a female patient of 72 years who consumed alcohol at social gatherings throughout his life until before being hospitalized for choledocholithiasis had a sedentary lifestyle and maintaining a diet rich in carbohydrates and animal fat.

The information was collected through an interview and reviewing patient medical history, which is very useful for this work.

This case study was conducted in order to identify problems in the patient and by using knowledge gained in their pathology and perceived problems, to help improve their quality of life, a proper diet and to avoid future complications.

**KEYWORDS:**

RISK FACTORS, GALLBLADDER DISEASE, COMPLICATIONS, CARE

## I. INTRODUCCIÓN

Son varios los trastorno que afectan el árbol biliar e impiden la expulsión normal de la bilis en el duodeno, la inflamación del sistema biliar obstruye el árbol biliar, no obstante, las enfermedades de la vesícula biliar con formación de cálculos constituyen la patología más común, si bien no todos los casos de inflamación de la vesícula dependen de cálculos. Burnner y Suddarth (1985)

Estos trastornos biliares afectan a millones de personas en todo el mundo, Entre un 5 y un 15% de la población occidental presenta litiasis biliar. La mayoría de los cálculos están compuestos por colesterol y se forman en el interior de la vesícula, desde donde pueden migrar a la vía biliar, causando eventualmente cuadros obstructivos. Se presenta en el 20 % de las mujeres y el 10 % de los hombres.

En América Latina se informa que entre el 5 y el 15 % de los habitantes presentan litiasis vesicular, y existen poblaciones y etnias con mayor prevalencia, como la caucásica, la hispánica o los nativos americanos. Países como Estados Unidos, Chile, Bolivia se encuentran entre los de mayor número de personas afectadas por esta enfermedad.

La alta prevalencia de la patología biliar en nuestro país hace que esta sea una causa frecuente de consulta médica por dolor abdominal. Aproximadamente el 90% de las enfermedades del tracto biliar están relacionadas con los cálculos biliares, que clínicamente suele manifestarse mediante los llamados cólicos biliares. (Humberto Flisfisch F 2009) Para la presencia de los trastornos biliares se atribuye diferentes factores de riesgo tales como, edad obesidad género, etnia, el uso de drogas entre otras.

La importancia de este Análisis está en la elaboración de una guía dirigida al cuidador, enfocado a mejorar la calidad de vida de la paciente ya que existe un gran porcentaje de complicaciones por enfermedades biliares los cuales afectan al paciente y su entorno familiar

## **II. OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo General**

Identificar las complicaciones en pacientes con enfermedades biliares sometidos a colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía mujeres del Hospital Provincial Generala Latacunga.

### **1.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad.
- Determinar actividades que contribuyan a mejorar la calidad de vida y concluir en el estado de salud actual del paciente.
- Elabora una guía de atención de enfermería dirigida al cuidador en pacientes con colédocolitiásis.

### **III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES.**

#### **3.1 INFORMACIÓN DISPONIBLES**

La información se adquirió mediante el uso de la historia clínica, misma que proviene del Hospital Provincial General Latacunga, lugar donde la paciente fue evaluado en el área de emergencia, valorado e ingresado al área de cirugía mujeres de acuerdo a su clínica.

De la cual se obtuvo información: antecedentes Patológicos personales como familiares, el motivo de consulta, Sintomatología que presento, el ingreso de hospitalización con algunos exámenes de laboratorio, eco y evolución correspondiente de la patología, lo cual permitió llegar a un diagnóstico definitivo e intervenir inmediatamente con tratamiento, con el fin de contrarrestar la enfermedad.

Otra información bibliografía fue recopilada de la biblioteca de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, también de las páginas de internet, así mismo se obtuvo más información mediante la revisión de los protocolos de atención del Ministerio de Salud Pública las mismas que fueron utilizadas como referencia para el análisis de caso.

#### **29/01/2016 INGRESO A EMERGENCIA**

Paciente que es atendida en el Centro de Salud Saquisilí en el área de emergencia con signos vitales y medias antropométricas registrado en la hoja de referencia; **(ANEXO 1)** temperatura de 36,6 °C; presión arterial 120/70 mmHg; Frecuencia cardiaca 80 X'; frecuencia respiratoria 24 X'; peso 45 kg talla 150m acude a esta casa asistencial (Hospital Provincial General Latacunga) al área de Emergencia, por presentar dolor abdominal de gran intensidad a nivel de hipocondrio derecho.

Paciente refiere dolor abdominal en hipocondrio derecho hace 6 días, de inicio esporádico, sin náuseas, sin vómitos ni fiebre, refiere además micciones normales, tras realizar un eco de hígado y vías biliares confirma Colédocolitiásis.

## **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente femenina de 70 años con signos vitales temperatura dentro de parámetros normales, consiente orientado, acude por presentar, cuadro de dolor abdominal de moderada intensidad, localizado en cuadrante abdominal derecho, acompañado de náuseas, paciente al momento poco algica, presenta ictericia subcutánea, afebril, tórax expansible, pulmones ventilado, abdomen Murphy + con exámenes de laboratorio (**ANEXO 2**). Se realiza eco de hígado y vías biliares, guía enfermedad colédocolitiásis, (**ANEXO 3**), antecedentes patológicos personales (APP) no refiere, antecedentes patológicos familiares (APF) no refiere, antecedentes quirúrgicos no refiere, antecedentes Gineco-obstétricos Menarquía 15 años; Menopausia: 50 años; Gestas: 3; Partos: 3; Aborto: 0; Cesáreas: 0; hijos vivos: 2. alergias no refiere. Hábitos: alimentación 3 v/d (veces al día), comidas ricas en carbohidratos Micción: 2-3 v/d Defecación: 1 v/d, Alcohol: consume solo en eventos sociales, Tabaquismo: no consume.

Indicaciones médicas: **1** Ingreso a cirugía mujeres ,**2** Nada por vía oral, **3** Lactato Ringer Pasar 130 mililitros cada hora, **4** ampicilina más sulbactam 1.5 gramos intravenoso cada 6 horas, **5** tramal 50 miligramos intravenoso cada 8 horas ,**6** omeprazol 40 miligramos intravenoso cada 24 horas, **7** vitamina K 1 ampolla intravenosa diaria, **8** tramitar CPRE, **9** chequeo cardiológico, **10** medidas antitrombolicas, **11** novedades.

## **NOTA DE INGRESOS**

Paciente femenino de 70 años que acude por presentar cuadro de dolor abdominal de moderada intensidad, localizado en cuadrante abdominal derecho se acompaña de náuseas, Al momento Abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación, Paciente poco algica, ictericia subconjuntiva, afebril, Murphy positivo. Leucocitosis: 9.4, Neutrofilis: 80%, Bilirrubina Total: 3.6, Amilasa: 169 U/L, Eco: hepatocolodoco cálculo de 9.8 mm.



## **EXAMEN FÍSICO**

Cabeza: normocefálica.

Ojos: pupilas isocóricas, reactivas a la luz y acomodación.

Escleras: Ictéricas.

Fosas Nasales: permeables.

Boca: Mucosas orales semi-húmedas, sin dentadura, en regular condición.

Cuello: Movilidad activa y pasiva conservada.

Tórax: Expansibilidad conservada.

Murmullo vestibular: Conservado, pulmones ventilado no ruidos sobreañadido.

Corazón: Ruidos cardiovasculares rítmicos no soplos.

Abdomen: Blando depresible doloroso a nivel de hipocondrio derecho, presenta Murphy (+) positivo, RHA (+).

Extremidades superiores: Flexión y extensión conservada no edema.

Extremidades inferiores: Tono y actividad conservada no edema.

Diagnóstico de ingreso: Colelitiasis colédocolitiásis.

Diagnostico por Descartar: Colangitis y Pancreatitis Aguda.

Indicaciones médicas: nada por vía oral, Lactato Ringer pasar a 130 mililitros cada hora, ampicilina más sulbactan 1.5 gramos intravenoso cada 6 horas, tramal 50 miligramos intravenoso cada 8 horas, omeprazol 40 miligramos intravenoso cada 24 horas, vitamina K una ampolla intravenoso diario, tramitar CPRE, chequeo cardiológico, Medidas antitromboticas, Comunicar novedades.

### **30/01/2016 CIRUGÍA MUJERES**

Paciente con diagnóstico de ingreso colédocolitiásis y colecistitis Con diagnósticos por descartar colangitis y pancreatitis aguda, con signos vitales: T°: de 36.1 °C, T/A: 126/69 mmHg, FC: 69X, FR: 21X', paciente consciente orientada afebril, hidratada lucida, cabeza: normo-cefálica, escleras ictéricas, tórax: simétrico expansibilidad conservada, murmullo vesicular normal, corazón: ruidos cardiovasculares rítmicos, Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación en una escala del dolor 3/10 en hipocondrio derecho, extremidades simétricas sin edema pulsos distales presentes, llenado capilar 2/5.

Indicaciones médicas: **1.** Nada por vía oral, **2.** Control de signos vitales, **3.** Lactato Ringer 1000 mililitros intravenosos cada 12 horas, **4.** Ampicilina + sulbactam 1.5 gramos cada 6 horas, **5.** Tramadol 50 miligramos intravenosos por razones necesarias, **6.** Tramitar colangiografía retrograda pancreática (CPRE), **7.** Omeprazol 40 miligramos intravenosos diario, **8.** Observaciones

### **31/01/2016**

Paciente, en su primer día de hospitalización con signos vitales: T°: 36 °C, T/A: 100/70mmHg FC: 90X', FR: 21X', consciente, orientada, afebril, hidratada, autonomía respiratoria conservada, abdomen suave, depresible doloroso a la palpación profunda a nivel de hipocondrio derecho en una escala de 2/10, extremidades no edema, se mantiene en nada por vía oral, pendiente tramita Colangiografía Retrograda Pancreática (CPRE), pendiente valoración de cardiología.

### **01-02-2016**

Paciente con signos vitales: T°: 36.9 °C, T/A: 103/63mmHg, FC: 96X', FR: 21X', consciente, orientada, hidratada, con buena autonomía respiratoria, paciente al momento no refiere ninguna molestia, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de hipocondrio derecho, vía periférica permeable, se administra medicación prescrita, diuresis espontanea, pendiente trámite para CPRE.

Indicaciones médicas: **1.** Dieta líquida estricta, **2.** Dextrosa en solución salina 0.9 % 2000 mililitros endovenosos en 24 horas + 10 miliequivalentes de electrolito potasio, **3.** Ampicilina + sulbactam 1.5 gramos cada 6 horas, **4.** Tramadol 50 miligramos intravenosos cada 8 horas, **5.** Omeprazol 40 miligramos intravenosos cada 24 horas, **6.** Vitamina K 1 ampolla intravenosa diaria, **7.** Medidas antitrombóticas, **8.** Pendiente tramitar CPRE.

Valoración cardiológica: paciente femenina de 71 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, hábitos tabaquismo no y alcohol en eventos sociales, paciente asintomática con respecto a problemas cardiovasculares, presión arterial 100/60 mmHg saturación 86% ruidos cardiacos rítmicos 2 tiempos normofonéticos, sin soplos, sin signos congestivos, al electro cardiograma bloqueó incompleto de rama derecha, con indicaciones médicas: Enoxaparina 30 miligramos subcutáneos desde la noche anterior a la cirugía.

Durante los días 2/3/02/2016 de estadía en cirugía mujeres, con signos vitales dentro de parámetros normales, dieta blanda, descansa tranquila asintomática sin molestias abdomen suave depresible doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, se realiza valoración por fisioterapia respiratoria, en donde encuentra campo pulmonar murmullo vesicular conservado, no se observa ruidos sobre añadidos ni retransmitidos Indicaciones, **1.** Gimnasia respiratoria, **2.** Utilización de incentivometro 10 minutos cada hora. , pendiente enviar parte operatorio y tramitando CPRE.

Indicaciones médicas: **1.** Dieta blanda, **2.** dispositivo intravenoso sin heparina (Dish), **3.** Ampicilina + sulbactam 1.5 gramos cada 6 horas, **4.** Omeprazol 40 miligramos intravenosos cada 24 horas, **5.** Vitamina K 1 ampolla intravenosa diaria, **6.** Metamizol 1 gramo por razones necesarias **7.** Medidas antitrombóticas, **8.** Pendiente tramitar CPRE, **9.** Novedades.

**04/02/2016**

Al sexto día de hospitalización se prepara a la paciente para cirugía a realizarse el día siguiente se mantiene en NPO, durante la noche la paciente refiere dolor en escala de 4/10, con signos vitales: T°: 36.8 °C, T/A: 130/75mmHg, FC: 72X', FR: 22X' facies semipálidas, mucosas orales húmedas, con buena autonomía respiratoria abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio, diuresis espontanea.

Indicaciones médicas: **1.** Nada por vía oral, **2.** Lactato Ringer 100 mililitros intravenosos cada hora, **3.** Ampicilina + sulbactan 1.5 gramos cada 6 horas, **4.** Omeprazol 40 miligramos intravenosos cada 24 horas, **5.** Vitamina K 1 ampolla cada 12 horas, **6.** Metamizol 1 gramo intravenoso cada 8 horas, **7.** tramal 60 miligramos intravenosos cada 8 horas, **8.** Pendiente tramitar CPRE, **9.** Novedades.

19 horas con 20 minutos visita pre-anestésico paciente con grupo sanguíneo ORH (+) con exámenes de laboratorio (**ANEXOS 4**), con saturación de oxígeno 84% a 86% murmullo vesicular conservado, con T/A 100/60mmHg, pulso 90 X', con diagnóstico preoperatorio colédocolitiásis y colecistitis.

Indicaciones médicas pre-anestésicas: **1.** nada por vía oral desde las 22 horas, **2.** Bajar a quirófano a la hora indicada.

**05/02/2016**

Paciente refiere dolor abdominal y malestar general, signos vitales: T°:36.5 °C, T/A: 115/60mmHg, FC: 88X', FR: 22X', orientada, afebril, hidratada, icterica, abdomen suave depresible, doloroso a la palpación refiere dolor en una escala de 4/10, paciente en condición regular, con vía periférica permeable, se administra medicación prescrita, permanece en espera de procedimiento quirúrgico.

Indicaciones médicas: **1.** Nada por vía oral, **2.** Bajar a quirófano previo llamado, **3.** Lactato Ringer 100 mililitros intravenosos cada hora, **4.** Ampicilina + sulbactan 1.5 gramos cada 6 horas, **5.** Omeprazol 40 miligramos intravenosos cada 12 horas, **6.** Vitamina K 1 ampolla cada 12 horas, **7.** Metamizol 1 gramo intravenoso cada 8 horas, **7.** Pendiente realizar CPRE, **9.** Novedades.

A las 10 Horas con 20 minutos de la mañana paciente de 71 años de edad baja a quirófano, se encuentra orientada en tiempo y espacio, afebril con buena autonomía respiratoria, facies normales, mucosas orales semihidratadas, vía periférica permeable, abdomen suave depresible doloroso ala palpación, diuresis espontanea, no presenta edema en miembros superiores e inferiores, con signos vitales dentro de los parámetros normales, con insumos completos.

### **NOTA POST QUIRÚRGICA**

A las 10 horas con 50 minutos Paciente es intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico de colecistitis y colédocolitiásis, Según el Protocolo Operatorio, cirugía pregrabada, se realiza colecistectomía laparoscópica más exploración de vías biliares, hallando una vesícula de paredes engrosadas, de 12x6x5 centímetros (cm), con lito pequeño en su interior, adherencia entre vesícula, epiplón y el hígado, con drenaje (colecistostomia ), el procedimiento operatorio se realiza en orden y bajo normas de: **1.** asepsia y antisepsia ,**2.** Colocación de campos operatorios, **3.**colocación de puerto N° 1 mediante técnica directa, **4.**formación de neumoperitoneo ,**5.**Laparoscopia diagnostica, **6.**colocacion de puertos 2 y 3, **7.**Identificación de fondo vesicular, **8.**drenaje del mismo, **9.**colocacionnde sonda Foley, **10.**control de hemostasia, **11.**liberación de neumoperitoneo, **12.**estracion de puestos N°. 1, 2 y 3, **13.** síntesis de planos. Luego de una hora de cirugía se procede a cerrar los sitios de incisión, con un sangrado de aproximadamente 20 mililitros, sin muestra de histopatológico.

Indicaciones médicas: **1.** Nada por vía oral, **2.** Control de signos vitales, **3.** Semifowler **4.** Control + cuantificación de drenaje de colecistostomia **5.** Lactato Ringer 1000 mililitros (ml) intravenosos pasar 120ml cada hora, **6.** Ampicilina + sulbactan 1.5 gramos cada 6 horas, **7.** Omeprazol 40 miligramos intravenosos cada día, **8.** Vitamina K 1 ampolla cada 12 horas, **9.** Tramadol 60 ml intravenoso en 100 mililitros de solución salina 0.9% pasar lento cada 8 horas, **10.** Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas, **11.** Metamizol 1 gramo solo por razones necesarias, **12.** Calcular ingesta y excreta, **13.** Novedades.

Paciente ingresa a la sala de recuperación con signos vitales: T°:36.5 °C, T/A: 110/65mmHg, FC: 82X', FR: 19X' , al momento icterica, consiente, desorientada en tiempo, espacio, orientad en persona, con apoyo de oxigeno 2 litros por mascarilla saturando 93% mucosas orales hidratadas, abdomen suave, con leve distención ala palpación, con presencia de apósitos limpios y secos a nivel de hipocondrio derecho presenta dren sonda Foley, eliminando liquido biliar 100 mililitros, vía periférica permeable pasando Lactato Ringer.

A las 12horas con 30 minutos paciente egresa de sala de recuperación, abdomen suave depresible, doloroso a la palpación en escala de 4/10, Aldrete de 10/10.

13horas con 40minutos, paciente al momento consciente orientada ingresa a la sala de cirugía mujeres, luego de procedimiento quirúrgico facies semipálidas, mucosas orales semihidratadas, con saturación de oxigeno 84% se administra oxigeno 2 litros por minuto por cánula nasal, abdomen suave depresible, doloroso a la palpación en escala de 3/10, apósitos limpios y secos, con presencia de drenaje a nivel de hipocondrio derecho, eliminando liquido bilioso, con vía periférica permeable.

Al día 9 de hospitalización y 2 día postquirúrgico se mantiene en NPO, paciente refiere leve dolor en sitio quirúrgico, con dren cuantificando (300ml), presenta edema a nivel de miembros inferiores, se realiza fisioterapia respiratoria se realiza control de ingesta y excreta en donde se puede valorar ingresos: 3400ml, eliminaciones: 600 ml, que nos indica una retención de líquidos, diuresis espontanea.

Indicaciones médicas: **1.** Nada por vía oral, **2.** Control de signos vitales, **3.** Semifowler **4.** Control + cuantificación de drenaje **5.** Lactato Ringer 1000 mililitros (ml) intravenosos pasar 120ml cada hora, **6.** Ampicilina + sulbactan 1.5 gramos cada 6 horas, **7.** Omeprazol 40 miligramos intravenosos cada día, **8.** Vitamina K 1 ampolla cada 12 horas, **9.** Tramadol 60 ml intravenoso en 100 mililitros de solución salina 0.9% pasar lento cada 8 horas, **10.** Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas, **11.** Metamizol 1 gramo solo por razones necesarias, **12.** Calcular ingesta y excreta, **13.** Fisioterapia respiratoria **14.** Novedades.

**8/2/02/2016**

Al 10 día de hospitalización y 3 día por quirúrgico con signos vitales: T°:36.4°C, T/A: 104/53mmHg, FC: 92X', FR: 22X', indicando vía oral dieta líquida estricta, con buena autonomía respiratoria al aire ambiente, abdomen doloroso a la palpación a nivel de herida quirúrgica sin signos de infección, ruidos hidroaereos presentes con dren eliminado líquido bilioso de características oscuras, edema en miembros inferiores, se realiza fisioterapia respiratoria, con balance hídrico: ingresos 3625ml, eliminaciones: 1604 ml, en donde se puede ver una retención de líquidos, Se realizar examen de control donde evidencia leucocitos dentro de los parámetros normales, neutrófilos 86.0% Hemoglobina y hematocrito dentro de parámetros normales, bilirrubina directa elevada 2.01 mg/dl, Bilirrubina indirecta normal, Bilirrubina total esta elevada 2.60 mg/dl esta puede relacionarse con colelitiasis secundaria a obstrucción biliar, aunque bien puede presentarse como respuesta a algunos estados sépticos. (**TABLA 1**).

Indicaciones médicas: en NPO suspendiendo omeprazol e indicado ranitida 50 miligramos intravenosos, las demás indicaciones igual.

**9/02/2016**

Al día 11 de hospitalización y 4 día postquirúrgico con signos vitales: T°:36.6°C, T/A: 132/61mmHG, FC: 78X', FR: 19X, abdomen suave depresible a la palpación, refiere dolor en escala de 3/10, colecistostomía productiva, eliminado líquido seroso oscuro, edema en miembros inferiores ++/+++ que deja fovea, se administra medicación prescrita con balance hídrico: ingresos 2600 ml, eliminaciones: 1620 ml, en indicaciones médicas se suspende tramal y se indica paracetamol 1 gramo intravenoso cada 8 horas. Exámenes de laboratorio: Biometría Hemática (**TABLA 2**), Química Sanguínea, (**TABLA 3**) y Serología (**TABLA 4**).

**10/02/2016**

Al día 12 de hospitalización y 5 día postquirúrgica se suspende la dieta y se mantiene en NPO, con signos vitales dentro de parámetros normales, refiere dolor a nivel de colecistectomía en escala de 3/10 se administra medicación y se da el dolor, drenaje productivo líquido seroso oscuro, edema en miembros superiores e inferiores ++/+++, bajo prescripción médica se administra, Lactato Ringer 1000 mililitros intravenosos + 20 miligramos de furosemida pasar cada 12 horas, balance hídrico: ingresos 1000 ml, eliminaciones: 750 ml. presentado una leve retención de líquidos.

Paciente viaja a Quito a realiza el examen de CPRE, (**ANEXO 5**), el informe revela: colédoco dilatado mide 1.4 centímetros (cm) colédocolitiásis (un cálculo de 1.3 cm), bajo Protocolo, el día 10 de febrero del 2016, se le realiza papilotomía (se introduce la canastilla y se extrae el cálculo) se mantiene en NPO.

Indicaciones médicas: **1.** dieta líquida suspendida / en NPO, **2.** Control de signos vitales, **3.** Control ingesta y excreta **4.** Control + cuantificación de dren **5.** Lactato Ringer 1000 mililitros intravenosos + 20 miligramos de furosemida pasar cada 12 horas, **6.** Paracetamol 1 gramo intravenoso cada 8 horas **7.** Incentivometro respiratorio 10 minutos cada hora, **8.** Vitamina K 1 ampolla cada 12 horas, **9.** Ampicilina + sulbactan 1.5 gramos cada 6 horas, **10.** Hoy CPRE **11.** Novedades.

**11/02/2016**

Al día 13 de hospitalización, 6 día postquirúrgico y 1 día del CPRE, con signos vitales: T°:36.3°C, T/A: 137/75mmHg, FC: 80X', FR: 20X', se inicia dieta líquida amplia que tolera bien, abdomen suave depresible doloroso en hipocondrio derecho y epigastrio, edema en miembros superiores e inferiores de ++/+++. Se administra Lactato Ringer mas una ampolla de furosemida en 24 horas, suspendido ampicilina más sulbactan con mismas indicaciones anteriores. Balance hídrico: ingresos 2210 ml, eliminaciones: 1350 ml.

Alas 23hoas con 50 minutos al momento pálida, decaída, con saturación de oxígeno 60 % se comunica al médico y al instante se administra oxígeno 3 litros de oxígeno



por minuto, se monitoriza a la paciente, se administran medicación indicada, paciente se estabiliza.

Indicaciones médicas: **1.** Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada 24 horas **2.** RX de control mañana a las 6 de la mañana **3.** Oxígeno 3 litros / bigotera **4.** Monitorización de constantes vitales **5.** Lactato Ringer 400 ml en este momento.

**12/02/2016**

Al día 14 de hospitalización, 7 postquirúrgico 2 CPRE. Se indica Nada por Vía oral, diagnóstico por descartar complicación post CPRE, permanece con apoyo de oxígeno 3 litros por minuto saturando 90%, refiere molestia general, abdomen suave depresible doloroso a la palpación en región de colecistostomía en escala de 4/10, a nivel de epigastrio en escala de 2/10, con producción de líquido bilioso del dren en poca cantidad 23/ml, en miembros inferiores con edema ++/+++ que deja fovea, se escuchan estertores sobre-crepitantes base pulmonar izquierda por lo que se realiza fisioterapia respiratoria más incentímetro. Se inicia ceftriaxona 2 gramos intravenosa cada 12 horas, diuresis horaria, por lo que se coloca sonda vesical, balance hídrico: ingresos 1600 ml, eliminaciones: 1333ml, Se realiza exámenes de laboratorio: Biometría Hemática (**TABLA 5**), Enzimas (**TABLA 6**).

Indicaciones Médicas: **1.** nada por vía oral, **2.** Control de signos vitales + curva térmica **3.** Control de ingesta y excreta **4.** Control + cuantificación de dren **5.** Lactato Ringer 1000 mililitros intravenosos cada 12 horas, **6.** Oxígeno por bigotera 3 litros por minuto **7.** Hemoglobina más hematocrito **8.** Fisioterapia respiratoria + incentímetro **9.** ceftriaxona 2 gramos intravenoso cada 12 horas, **10.** Diuresis horaria, **11.** colocar sonda vesical **12.** tramal 50 miligramos intravenosos cada 8 horas, **13.** Metamizol 1.5 gramos por razones necesarias **14.** Vitamina K 1 ampolla cada 12 horas, **15.** Omeprazol 40 miligramos intravenoso día.

13 horas con 30 minutos Se realiza tomografía simple de abdomen donde se puede evidenciar abundante aire libre en cavidad abdominal, ubicado la mayor cantidad a nivel subfrénico, peri-hepático y adyacente a la pared abdominal anterior, en menor cantidad se observa cerca de la segunda porción del duodeno. La vesícula parcialmente distendida se observa calcula en el interior cerca del cuello vesicular y externo distal

del catéter del drenaje (colosistostomía) la pared vesicular se encuentra engrosada y rodeada de líquido libre. Líquido libre en moderada cantidad a nivel periesplénico y en corredera izquierda, Riñón izquierdo disminuido de tamaño con gruesas calcificaciones en el interior, que provoca pérdida de estructura normal del mismo. Se observa cambios inflamatorios en la grasa mesentérica, disminución de la densidad de la cabeza del páncreas sugestiva a cambios inflamatorios relacionada con la clínica. **(ANEXO 6)**

Por lo mismo se comunica a familiares para informar el resultado y la necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia, debido a la posible perforación duodenal, evidenciada en la TAC. Al analizar el estudio realizado y bajo pedido de familiares se decide manejo conservador de la patología. Manejada con Ceftriaxona y metamizol quien al paso de los días va mejorando favorablemente.

Entre el día 15, 16 y 17 de hospitalización y 8, 9 y 10 postquirúrgico, con diagnósticos: colelitiasis, colecistitis litiasica aguda, colédocolitiásis, trauma abdominal post CPRE, diagnóstico postquirúrgico colecistectomía y derrame pleural bilateral, se continúa NPO, signos vitales hemodinámicamente estables con monitorización permanente, con soporte de oxígeno 3 litros por minuto, al día 17 indicado oxígeno terapia 1 litro por bigotería saturando 91 %, se escucha estertores en bases pulmonares, abdomen suave, depresible doloroso en epigastrio que extiende hasta mesogastrio en escala de 5/10, al día 17 paciente refiere dolor a nivel epigastrio en escala 2/10, colesistostomía productiva eliminando líquido biliosos en poca cantidad, con sonda vesical permeable, miembros superiores e inferiores con edema que deja fóvea, balance hídrico de los tres: ingresos 6230ml, eliminaciones: 5960ml, con una diferencia de 270ml mismo que nos permite valorar la eliminación de líquidos en especial el día 17 que elimina 2520 con una ingesta de 1950, con indicaciones dextrosa en solución salina 0.9% 100 mililitros más 20 mililitros de cloruro de sodio cada 12 horas, se indica familiares permanente y continúa indicaciones anteriores exámenes de laboratorio de día 15/02/2016. **(TABLA 7)**

Durante los días 16-17-18/02/16 siguientes de hospitalización la paciente fue normalizando paulatinamente con signos vitales dentro de los parámetros normales,

consiente hidratada, afebril, cabeza normocefalica, cabello sin rigidez ni adenopatías, facies semipálidas con oxígeno terapia 1 litro por minuto por bigotera , saturando 90 %, 17/02/16 paciente permanece tranquila con tórax simétrico, expansibilidad conservada, pulmones sonido rítmico murmullo vesicular disminuido, abdomen suave depresible a la palpación, permanece con dren, por el cual no hay eliminación, con exámenes de laboratorio de control de electrolitos (**ANEXO 7**), Sodio en suero: 135 mmol/l, Potasio en suero: 2.7 mmol/l, Cloruro en suero: 103 mmol/l, que nos da como resultado que el sodio y el cloruro están dentro de los parámetros normales y el potasio esta disminuido, se suspende : control y cuantificación de dren, ceftriaxona, tramadol, metamizol, diuresis horaria y retirar sonda vesical, el 18 /02/16 paciente descansa tranquila sin molestias, consiente, orientada, hidratada, afebril, se inicia dita la , misma que tolera bien, abdomen suave depresible poco doloroso en sitios quirúrgicos, los mismos que se hallan en buen estado, dren no productivo, se indicas resultados de exámenes de control electrolitos (**TABLA 8**), más biometría hemática (**TABLA 9**) posterior a compensación de potasio a las 6 horas, indicado Dextrosa al 5% en solución salina 09% 1000 mililitros + potasio 15 mililitros cada 12 horas, Solución salina 0.9% 300 mililitros más 15 mililitros de potasio pasar en 4horas dieron como resultado: glóbulos blancos 7.800K/ul, neutrófilos 80%, linfocitos 16% hemoglobina 11.2 g / dl, hematocrito 36.0% . Sodio en suero 135 mmol/l, Potasio en suero 3.1 mmol/l, Cloruro en suero 101 mmol/l, con todos estos datos de referencia se estableció la recuperación de la paciente,

Las 24 horas siguientes, paciente con signos vitales hemodinamicamete estables, con dieta líquida amplia que tolera bien y el día 20 /02/16 Dieta blanda hipograsa + albumina / huevo, paciente consiente, orientada, facies semipálidas, con buena autonomía respiratoria abdomen suave, depresible ruidos hidroaereos presentes, ligero dolor en sitio quirúrgico durante la palpación. Presencia de dren que no hay eliminación. Manteniendo únicamente tratamiento sintomático hasta el alta hospitalaria del día 21 de febrero del 2016.

**21/02/2016**

Paciente es dada de alta con signos vitales: T°:36.4°C, T/A: 113/59 mmHg, FC: 83X', FR: 20X', sin medicación, con indicaciones sobre el autocuidado en la alimentación, cuidado de la colesistostomia, indicando que debe acudir al centro de salud en caso de presentar, salida de dren o liquido purulento, si hay signos de infección, pero no fue necesario acudir, control por consulta externa a los 15 días para valora evolución recuperación y retirar colesistostomia.

Indicaciones médicas: 1. Dieta general 2. Alta 3. Consulta externa en 15 días 4. Sonda de colecistostomia dejar hasta la consulta.

12 Horas Paciente consiente orienta afebril es dada de alta, se entrega plan de alta se indica medidas generales, (**ANEXO 8**).

### **3.2 INFORMACIÓN NO DISPONIBLE**

Es toda información que no se pudo obtener en las historias clínicas, se la obtuvo mediante una entrevista al paciente con el propósito de conseguir toda la información que se encuentre al alcance, misma que se la elaboro mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson, y luego en base a la información adquirida realizar la priorización de los problemas utilizando como guía la pirámide de Maslow y poder enfocar los cuidados de enfermería correspondientes. Al igual que alguna información que tampoco se encontraba claramente en las historias clínicas se la obtuvo mediante preguntas a varios profesionales de la salud.

#### **3.2.1 TEORIZANTE DE ENFERMERÍA SEGÚN FLORENCE NIGHTINGALE “TEORÍA DEL ENTORNO”.**

**PERSONA.** - Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. Ella hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente, sobre

las elecciones y las conductas personales. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social.

- Un paciente de 72 y dos años, es un ser que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia, ya que se ve afectada por la edad, dolores a nivel de cintura (lumbalgia) y en miembro inferior derecho a nivel de rodilla, lo que le impide desenvolverse en su medio y realizar las actividades con normalidad, además tiene un déficit visual del ojo derecho, por lo que requiere adecuar el entorno físico, para evitar lesiones y contribuir en su recuperación.

**ENTORNO.** - Según Nightingale describe el entorno como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. No se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente. Aconsejaba a las enfermeras a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación.

Creía que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente de las mejoras del entorno. Las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas.

- El medio en el que ella se encuentra no es adecuado para su edad, su domicilio es una humilde, vivienda un poco cerrada sin ventanas, piso de tierra y paredes de bloque, no cuentan todos los servicios básicos, no hay alcantarillado, agua potable, no tiene el acceso inmediato a una casa asistencial o farmacia vive a unos 12 kilómetros, recibe visitas domiciliarias, además no cuenta con servicio de transporte en todo momento y requiere de la compañía de un familiar para acudir a dicha casa asistencial, vive en un ambiente tranquilo en donde se siente bien, el mismo que ayudo en su recuperación pues se siente libre de un ambiente estresante como lo considera al medio hospitalario, en cuanto al entorno es su relación personal es dinámico, se lleva bien con los vecinos, tiene muy buena relación familiar e espiritual, pero refiere que tiene miedo a la enfermedad y la muerte.

**SALUD.** - Definió salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. Este empleo se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social.

- Es una persona con leve dependencia, a pesar de sentir dolor en miembro inferior derecho y cadera, con leve limitación visual del ojo derecho, manifiesta que no se siente limitada y realiza las cosas leves en la casa, esto le hace sentir útil en la sociedad y llevar una vida normal, siente dolor a nivel de incisiones quirúrgicas a pesar de que ya ha pasado siete meses de la intervención refiere que gracias A Dios se va sintiendo mejor día tras día , el entorno en el que ella se encuentra es influyente en su salud siente cooperación familiar en cuanto a su cuidado y controles de salud.

**ENFERMERÍA.** - Para Nightingale, toda mujer, en algún momento de sus vidas, ejercería de enfermera de algún modo, la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas.

Su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Las enfermeras con formación debían realizar una vigilancia continua.

- Se aplica esta teoría tomando en cuenta que es indispensable los cuidados directos de enfermedad en la patología de la colédocolitiásis más aun cuando es complicada, así como brindar en el apoyo emocional y psicológico que permite mantener a la paciente estable y obtener la colaboración en cuanto a sus cuidados , la enfermería es una profesión multifuncional y disciplinaria que nos permite educar en base a sus necesidades e inquietudes ayudar aceptar su tratamiento, a superar sus miedos, a aceptar su enfermedad, en cuanto a la familia educar para que sean el pilar en el cuidado del paciente para su pronta recuperación.

### **3.2.2 VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.**

#### **1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE.**

Paciente refiere que no presenta problemas de respiración durante la deambulaci3n, al caminar r1pido presenta leve dificultad respiratoria, en muy raras ocasiones siente una ligera agitaci3n al subir terrenos, No ha fumado en ning3n momento de su vida.

De acuerdo a la puntuaci3n adquirida se evidencia, disnea mu leve que se nota apenas acorde a escala grafica a mayor puntuaci3n la disnea. (ANEXO 9)

Seg3n estudios realizase en el 2005 por Medwave. Se1ala que. Las personas con mayor riesgo, de prevalecer de disnea en la poblaci3n general adulta, provenientes de distintos estudios, con un bastante significativo, incluyendo la mayor1a a hombres y mujeres (s3lo uno fue efectuado exclusivamente en hombres), indican que la prevalencia de disnea oscila entre 3 y 15% en hombres y entre 6 y 21% en mujeres. Asociado con la edad avanzada, afectando entre 40 y 50% de los mayores de 60 a1os, Sexo femenino. Residencia rural: se asocia a mayor frecuencia de disnea, lo que quiz1s se deba a que la gente de la ciudad tiene menos oportunidades para percibir el s1ntoma, por ser m1s sedentarias. La obesidad es un factor muy importante; sobre 60% de los pacientes con 1ndice de masa corporal (IMC) sobre 30 kg/m<sup>2</sup> presentan este s1ntoma. Lo que nos se1ala que los pacientes con enfermedades relacionados con la disnea son m1s frecuentes en personas de tercera edad y sexo femenino.

Medwave, (2005) ESTUDIO DEL PACIENTE CON DISNEA I: GENERALIDADES, ETIOPATOGENIA. Del Hospital Cl1nico Universidad de Chile.

<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/medicina/2005/8/2532>

## **2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE**

Paciente con riesgo nutricional según evaluación de estado nutricional de assessment “MNA” porque carece de dentadura lo que le limita a comer alimentos duros o sólidos y riesgo de bajo peso de acuerdo al índice de masa corporal en un adulto mayor (IMC):19,2 Alimentación 3 veces al día a la observación presenta mucosas orles hidratadas, signos de pliegue normal, realiza 1 deposiciones al día, de características normales, refiere que consume un vaso de agua al día o cuando sienta sed. Consume café negro un vaso diariamente.

Según escala de valoración de assessment “MNA” (ANEXO 10) utilizada en adultos mayores, tras la aplicación nos da como resultado de la puntuación global 21 que nos indica riesgo de desnutrición siendo el estado nutricional normal de 24 a 30 puntos.

Estudios demuestran en el (2008) que una importante proporción de los pacientes con patología quirúrgica de las vías biliares y páncreas sufren desnutrición. Esta se produce en muchos casos desde antes de la intervención, por la propia enfermedad. Además, en muchos casos la cirugía comporta la imposibilidad de utilización de la vía oral durante días. Y en ocasiones, la necesidad de un tratamiento adyuvante postoperatorio hace que los pacientes no sean capaces de mantener una ingesta adecuada.

C. Loínaz Seguro y F. Ochando Cerdán (2008) “MANEJO NUTRICIONAL DEL PACIENTE POSTCIRUGÍA DE VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS”, de la Fundación Hospital Alcorcón. Y Hospital Madrid Norte Sanchinarro. España. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23s2/original6.pdf>

## **3. NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES**

Paciente independiente en relación a sus necesidades fisiológicas (micción y deposiciones), según de Barthel presenta diaforesis por las noches, refiere realizar deposiciones 1 vez al día que presenta disminución de volumen de heces, de características sólidas de color negruzco y micciones 2- 3 veces al día de características normales.



Al realizar valoración tras utilizar escala Barthel (**ANEXO11**), de grado de Dependiente leve: 95 que nos indica dependencia leve.

Según estudios la define como la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces y también a través de la transpiración, respiración pulmonar y la menstruación. Tiene una gran importancia para la vida ya que con ella mantenemos el equilibrio de líquidos y sustancias del medio interno, y al eliminar las sustancias de desecho mantenemos un funcionamiento adecuado de los diferentes órganos.

Higuera, M. (2010). Dietas y eliminación. *Revista Cubana de Enfermería*, 81(03) 12

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062010000300002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000300002)

#### **4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ADECUADA.**

Paciente con dependencia leve de acuerdo al índice de Barthel porque refiere que presenta dolor a nivel de cintura y en miembro inferior derecho a nivel rodilla lo que limita sus movimientos, prefiere estar sentada o acostada porque ahí pierde el dolor, mantiene postura adecuada, puede poner se pie y caminar con uso de bastón, pero no realiza actividad física. Puede realizar movientes de flexión, extensión, aducción, rotación, pulso 82 por minuto, con una tensión arterial 130/80 mmHg.

Según la escala tiene un alto riesgo de caída mientras mayor es la puntuación menor es el riesgo.

Según estudios realizados en el 2007 por Gladys Mora Bautista Las deficiencias en rango de movimiento son consecuencia de alteraciones estructurales en el sistema osteomuscular, incluyen tanto al esqueleto óseo como los elementos estabilizadores articulares. En la estructura ósea, se evidencia una pérdida de la masa del hueso por un desequilibrio en la absorción

y reabsorción del calcio conocida como osteopenia, hasta llegar a compromisos más importantes como la osteoporosis secundaria a la inmovilización. A nivel de los estabilizadores articulares la pérdida de fibras colágenas y elásticas, modifica las propiedades mecánicas, visco elasticidad y anisotropía, disminuyendo la capacidad estructural de soportar cargas. Lo que nos indica que con el paso del tiempo se va deteriorando nuestro organismo y no permite sintetizar los nutrientes y esto hace que vaya afectando su funcionamiento.

Gladys Mora Bautista (2007) “EL ENVEJECIMIENTO Y LA ACTIVIDAD FÍSICA”. Fisioterapeuta. Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Terapia Manual. Escuela Colombiana de Rehabilitación.

<http://www.efisioterapia.net/articulos/el-envejecimiento-y-la-actividad-fisica>

## **5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.**

Paciente refiere que duerme 12 horas, se despierta durante el sueño a eso de las 3.30 de la mañana, sufre de insomnio, pero se siente descansada al despertar, no requiere de medicamentos para conciliar el sueño.

Bajo la puntuación adquirida Según escala de Escala Epworth (**ANEXO 12**) tiene como puntuación (14) se puede valora que tiene un insomnio leve.

Según estudios realizados El insomnio es el trastorno del sueño más común. La prevalencia ha sido estimada en aproximadamente un tercio de la población adulta (3-7). El insomnio es 1.3 veces más frecuente en la mujer que en el hombre y la incidencia se incrementa con la edad ya que es 1.5 veces más frecuente en individuos mayores de 65 años que en los menores de esta edad (8-11). El insomnio es una condición heterogénea y puede ser causado por una variedad de factores. Entre las causas de insomnio transitorio y ocasional tenemos: cambios en el ambiente para dormir, cambios en el horario de trabajo, ruido excesivo, eventos que producen estrés como pérdida de la pareja o familiar, pérdida de empleo, enfermedad aguda médica o quirúrgica y medicamentos (12). El insomnio crónico puede ser causado por el uso crónico de drogas o alcohol, una variedad de trastornos médicos o psiquiátricos y diversos trastornos primarios del sueño (12-14). Por lo tanto, es fundamental para una terapia adecuada establecer la condición subyacente

Pacheco Quesada, Gerardo Manuel; Rey De Castro Mujica, Jorge (2003) "INSOMNIO EN PACIENTES ADULTOS AMBULATORIOS DE MEDICINA INTERNA" del, Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2003000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2003000200005&script=sci_arttext)

## **6. NECESIDAD DE ELEGIR ROPA ADECUADA VESTIRSE Y DESVESTIR.**

Paciente independiente al elegir las prendas de vestir se puede cambiar de ropa sola, realiza todos al igual que su la ropa interior, pero refiere tener disminución de la capacidad visual del ojo derecho.

La paciente no tiene grado de dependencia moderada según la puntuación de la escala de Barthel a mayor puntuación mejor independencia.

## **7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE.**

Paciente expuesta a cambios temperatura ambiente externa, que de acuerdo a su edad es un factor de riesgo para su salud ya que es más vulnerable para adquirir enfermedad respiratoria, manifiesta que se enfrenta a estos cambios utilizando vestimenta de acuerdo al clima, temperatura ambiental fría, dormitorio de piso de tierra, el entorno no es adecuado para mantener una temperatura ambiental normal. Paciente con temperatura corporal de 36. °C.

Según estudios relatan que el centro regulador de la temperatura se encuentra en el hipotálamo, consta de 2 centros y actúa como termostato: el hipotálamo anterior rige la pérdida de calor a través de la vasodilatación de la piel y sudoración cuando se eleve la temperatura del organismo. El hipotálamo posterior se encarga de la concentración del calor, así, como de producir más calor cuando la temperatura del organismo desciende mediante una vasoconstricción; el paciente nos refiere que siente frío y comienza a tener escalofríos. La sensación de calor y frío dependen en gran parte de la temperatura cutánea y, por lo tanto, del riego sanguíneo de la piel; cuando los

vasos sanguíneos se dilatan, se siente calor; cuando se contraen, se siente frío, independientemente de la temperatura central del organismo.

Cabrera Montesinos, R. (2007). Regulación de la temperatura corporal. *Revista Cubana de Enfermería*, 13(02)

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191997000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191997000200004)

## **8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.**

A pesar de que la higiene es primordial, se baña tres veces a la semana, pero refiere que le realizan aseo diario sin embargo se observa falta de higiene, uñas largas.

Según estudios refiere que la aparición de infección nosocomial en el periodo posoperatorio constituye una complicación frecuente que, independientemente de todas las medidas de prevención y control, aumenta la morbilidad y mortalidad posquirúrgicas; pues, además de comprometer los resultados de las intervenciones, favorecen la aparición de otras complicaciones, en ocasiones fatales, con repercusiones socioeconómicas muy desfavorables para el enfermo y las instituciones sanitarias.

Las infecciones de los sitios quirúrgicos producen grandes desequilibrios fisiopatológicos, que determinan el aumento de procesos morbosos y letales. Es conocido el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) de origen infeccioso; manifestación de respuesta inflamatoria sistémica generalizada, exagerada, que traduce la participación activa y agresiva del huésped ante la infección como una reacción asociada a la hiperproducción de mediadores proinflamatorios, los cuales generan graves cambios hemodinámicos y trastornos del homeostasis, que fácilmente progresan hacia la disfunción orgánica. La respuesta inflamatoria sistémica masiva desencadena mecanismos compensadores, que pueden llegar a ser igualmente excesivos y generar una marcada inmunosupresión o estado de anergia; esta es la denominada fase de "parálisis inmunológica" o síndrome de respuesta antiinflamatoria compensadora (CARS,

por sus siglas en inglés) que ocasiona una poderosa desactivación de macrófagos y células linfoides.

Dra. Izvieta Despaigne Alba, Dr. Zenén Rodríguez Fernández. (2013) "CONSIDERACIONES ACTUALES SOBRE LAS INFECCIONES POSOPERATORIAS" Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400016)

## **9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS.**

Paciente con 72 años sin medidas de seguridad en su hogar, no toma medidas de prevención de caídas, paciente consiente orientada en tiempo y persona con dolor moderado en miembro inferido derecho.

Según estudios en nuestros días, hay cada vez más enfermedades y riesgos para la salud que se relacionan con el medio ambiente y los estilos de vida. Por tal motivo hay que considerar, desde el punto de vista ético y moral, el derecho de cada ciudadano a una buena salud, así como su deber y responsabilidad de velar por ella. Esto conlleva al deber de cuidar y proteger el medio ambiente, lo cual exige apoderarse de una formación ambientalista, tener conciencia de los factores ambientales que constituyen un riesgo para la salud y promover medidas y acciones que preserven la supervivencia de las generaciones presentes y futuras.

Cuéllar Luna, L. (2010). Peligros ambientales evitando lesionarse. Revista Cubana de Enfermería, 48(03)

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032010000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000300011)

## **10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.**

Cuando se dialoga con la paciente se le entiende con facilidad, ya que tiene buena comunicación con la familia, tiene una buena relación con su hija quien la visita todos los días, se siente a gusto en el lugar donde vive, pero a veces se siente sola a pesar de encontrarse en compañía de su esposo.

Según escala de APGAR familiar tenemos una puntuación de 20 la cual indica que la familia es altamente funcional. (ANEXO13)

Según estudios refiere Al interior y fuera de la familia, el ser humano, el individuo, se convierte en actor de la segurización de su existencia y de la planificación de su vida para acceder al mercado laboral, con lo que da prioridad a sus propias metas y define su identidad propia en términos de atributos personales más que de identificación con su grupo familiar y social. La familia ha dejado de ser el punto de referencia estable de un mundo definido por la movilidad geográfica y social de los individuos y participa de la misma fragmentación de fluidez de la sociedad contemporánea, ya que como parte integrante de los diferentes procesos históricos no es ni un receptor pasivo de los cambios sociales, ni un elemento inmutable en un mundo en constante transformación. La familia actual vive definida por la diversidad y también por la cohesión y la Solidaridad. El individuo tiene en mayor medida que en el pasado capacidad de elección en cuanto a sus formas de vida y de convivencia.

Jadue, G. (2009). Riesgo de transformaciones familiares. Revista Cubana de Enfermería, (29)

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052003000100008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052003000100008)

## **11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS.**

Paciente es cristiana, refiere que acude a los cultos cada sábado, manifiesta que teme a la muerte a la enfermedad, refiere que Gracias a Dios se ha curado y está superando su enfermedad, su religión en parte si influye en su vida cotidiana.

## **12. NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL.**

Se siente muy útil en su casa, realiza actividades pequeñas ya que si no lo realiza estresa con facilidad al no hacer nada, su familia no le impide que realice tareas, por el momento no aporta económicamente en la casa debido a su condición, toma decisiones relacionadas a su salud, pero requiere del apoyo familiar para acudir a la casa asistencial.

Según cuestionario de DUKE –UNC tiene un total de 47 puntos que equivalen a un apoyo normal. (ANEXO 14)

Según estudios realizados manifiestas que, El anciano afronta problemas característicos relacionados con el aislamiento, la pérdida de familiares y amigos, la inseguridad económica, la dependencia de parientes, las enfermedades crónicas y la cercanía de la muerte (36,37). Todas estas son situaciones provocadoras de tensión y se presentan a menudo durante los últimos años de la vida. con esto podemos entender que las personas adultas mayores son más propensas a adquirir alguna enfermedad y a sufrir de estrés.

Pilar Segura, (2008) “ESTRÉS EN PACIENTES AMBULATIVOS DESCRIPCIÓN DE FACTORES ESTRESANTES BIOPSICOSOCIALES”

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S003474502,200010000>

## **13. NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Entorno desprovisto de actividades recreativas, es analfabeta lo que no le permite leer, obtiene apoyo necesario raramente, Paciente refiere que cuando sale los jueves al mercado en compañía de su esposo se distrae, esto le ayuda a olvidar las cosas que le preocupan, entre ellas es su enfermedad, entre semana la mantienen entretenida con cosas que le gusta hacer en la casa, tiene interacción con miembros de la familia siempre en principal con su hija.

Estudios de muestras en el año (2008) Los procesos de envejecimiento y el cúmulo de pérdidas psicosociales que acontecen durante la vejez parecen determinar en algunos ancianos su incapacidad para percibir sus competencias y habilidades y, desde luego, los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. En este sentido, existen hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima decrece con la edad. Esta autoestima o autosatisfacción puede considerarse, según Schwart (1975 en Fernández-Ballesteros, 1999), como el eje de la calidad de vida de los ancianos. Madox (1982 en Fernández Ballesteros, 1999) basado en investigaciones realizadas durante los años 70, señalaba que la mayoría de los adultos mayores permanecen socialmente integrados, son competentes y las posibilidades de que presenten deficiencias en algunos aspectos pueden ser modificables. Más aun, recientes investigaciones como la recopiladas por Mroczek y Kolarz (1998) han llegado incluso a conclusiones tales como que el afecto negativo (infelicidad) es más alto entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores. Lo que nos indica que, con unas actividades de recreación, e integración social en la vida adulta es muy buena para tener un buen nivel de salud.

Jorge D'Appolonio (2010) “BIENESTAR SUBJETIVO EN EL ADULTO MAYOR AMBULATORIO” psicólogo Universidad San Sebastián.  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_artxt&pid=S07182228-200400010007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artxt&pid=S07182228-200400010007)

#### **14. NECESIDAD DE APRENDER DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES**

Paciente refiere no haber asistido a la escuela por lo tanto es analfabeta, sobre su enfermedad las decisiones las toma con su familia nunca sola, realiza su tratamiento adecuadamente gracias a la ayuda de su hija quien vive cerca y visita todos los días.



## **IV. DESARROLLO.**

### **4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO**

Paciente femenina de 70 años, nacida en Toacaso y residente en Saquisilí parroquia Cochapamba, Barrio Chillapatacalera, ocupación Ama de casa, estado civil casada, instrucción ninguna, religión católica, Grupo cultural indígena. No refiere antecedentes patológicos: personales, familiares ni alergias, hábitos: alimentación 3 v/d (veces al día), comidas ricas en carbohidratos Micción: 2-3 v/d Defecación: 2 v/d, Alcohol: consume solo en eventos sociales, Tabaquismo: no consume.

Paciente que es atendida en el Centro de Salud Saquisilí con indicios de dolor abdominal, recibiendo atención sintomática es enviada a casa con tratamiento vía oral, al no pasar el dolor abdominal acude a una casa asistencial privada, donde se realiza un eco de hígado y vías biliares y diagnostican colelitiasis +colédocolitiásis. Paciente refiere que con este diagnóstico y eco acude nuevamente al Centro de Salud de donde es referida al segundo nivel de atención (Hospital Provincial General Latacunga) al área de Emergencia, con signos vitales hemodinamicamente estables, a la valoración paciente refiere que acude por presentar dolor abdominal de gran intensidad a nivel de hipocondrio hace 6 días, de inicio esporádico, sin náuseas, sin vómitos ni fiebre, refiere además micciones normales, al momento pálido, algico Murphy (+) positivo con exámenes de laboratorio Leucocitosis: 9.4 ,Neutrofilis: 80% ,Bilirrubina Total: 3.6, Amilasa: 169 U/L , Eco: hepatocolédoco cálculo de 9.8 mm mediante estudios realizados establecen Diagnóstico de ingreso: Colelitiasis colédocolitiásis y Diagnostico por Descartar: Colangitis y Pancreatitis Aguda deciden su internación en el área de Cirugía Mujeres.

Durante el transcurso de su hospitalización se pudieron evidenciar importantes variaciones en el estado clínico de la paciente, por lo que se relata de manera concreta los aspectos más importantes del mismo, y el manejo dado por el personal médico y de enfermería del Hospital.

En los primeros 7 días de hospitalización no se evidencian cambios importantes en su estado de salud, presenta dolor abdominal a la palpación a nivel de hipocondrio derecho en una escala de 2/10. Se le realiza la valoración por cardiología donde se reporta ruidos cardiacos rítmico normales sin soplos, electrocardiograma bloqueo incompleto de rama derecho, con indicación Enoxaparina 30 miligramos subcutánea una noche antes del procedimiento quirúrgico. también realiza valoración por fisioterapia respiratoria, en donde encuentra campo pulmonar murmullo vesicular conservado, no se observa ruidos sobre añadidos ni retransmitida paciente, con dieta blanda, con gimnasia respiratorio utilizando intencivometro.

Al sexto día de hospitalización se prepara a la paciente para cirugía a realizarse el día siguiente se mantiene en NPO, durante la noche la paciente refiere dolor en escala de 4/10.

El día 05 de febrero del 2016, paciente es intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico de colecistitis y colédocolitiásis a las 10 horas con 50 minutos. Según el Protocolo Operatorio, se le realiza una colecistectomía en el cual se explora los conductos biliares y vías biliares y se encuentra vesícula de paredes engrosadas, hidrópica de 12x6x5cm con lito pequeño en su interior, adherencia entre vesícula, epiplón y el hígado con drenaje del mismo.

12horas con 40minutos, se administra oxígeno 2 litros por minuto por cánula nasal paciente con saturación de 84%, con control de ingesta y eliminación, y manteniendo en NPO.

Después de las 72 horas de intervención quirúrgica, se indica vía oral dieta líquida estricta Paciente refiere leve dolor en sitio quirúrgico, ruidos hidroaereos presentes, con dren cuantificando, presenta edema a nivel de miembros en indicaciones control de ingesta y excreta en la que se obtiene un balance hídrico positivo al paso de los días y administración medica indicada.

Al día 12 de hospitalización se suspende la dieta y se mantiene en NPO, con signos vitales dentro de parámetros normales, y se administra tras indicación médica Lactato Ringer 1000 mililitros intravenosos + 20 miligramos de furosemida cada 12 h. este

mismo día acude a Quito a realiza el examen de CPRE el informe revela: colédoco dilatado mide 1.4 centímetros (cm) colédocolitiásis (un cálculo de 1.3 cm).

Al siguiente día se inicia dieta líquida, paciente presenta dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, edema en miembros superiores e inferiores de ++/+++. Se administra Lactato Ringer más una ampolla de furosemida en 24 horas, Alas 23horas paciente agrava, pálida con saturación de oxígeno 60% por lo que se administra oxígeno 3 litros por bigotera, se monitoriza a la paciente, se administra Enoxaparina 40 miligramos cada 24 horas, se pasa Lactato Ringer en bolo 400 mililitros en ese momento. Se suspende dieta, se indica exámenes de laboratorio además se realiza tomografía simple (TAC) del abdomen y pelvis donde se observa presencia de líquido en la cavidad abdominal y la región retroperineal, los mismos que se guían hallazgos son a una perforación duodenal, se informar a familiares y tras analizar el caso se decide manejo conservador de la patología. Utilizando con ceftriaxona, metamizol, tramadol y cuidados estrictos en enfermería además se coloca una sonda vesical para controlar diuresis horaria.

Durante los 8 días siguientes de hospitalización la paciente fue recuperando paulatinamente

Tras realizar estudios de laboratorio del día 18/02/16 mismo que sirvieron como datos de referencia de la recuperación de la paciente, este mismo día se inicia vía oral tolerando normal, manteniendo únicamente tratamiento sintomático hasta el alta hospitalaria del día 21 de febrero del 2016, sin complicaciones.

## **4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Entre los factores de riesgo que contribuyeron para que desarrolle las enfermedades biliares en la paciente fueron.

### **4.2.1 FACTORES DE RIESGO PERSONALES**

Un factor de riesgo considerable es la edad y el género debido a que en nuestro país se encuentra en la mayoría de personas en edad adulta y con mayor frecuencia sin que

exista un claro predominio del sexo femenino. Otro punto importante a destacar es que en nuestro país esta patología tiene mayor agresividad. La mortalidad asociada se encuentra entre un 2 a un 4% en mayores de 60 años. Se establece que el tamaño de los cálculos tendría valor pronóstico: mayor de 3 cm. se asocia a cuadro vesiculares agudos y cáncer; mientras que aquellos menores a 3 cm. se asocian a coledocolitiasis y pancreatitis aguda.

#### **4.2.2 MALOS HÁBITOS.**

El consumo de alcohol por parte de la paciente en reuniones sociales tiende a ser otro factor de riesgo para su salud ya que el ingerir alcohol desarrolla el riesgo de padecer enfermedades hepáticas que con el paso del tiempo incrementa los mismos.

#### **4.2.3 FACTORES DIETÉTICOS.**

La paciente posee una dieta rica en carbohidratos y grasas animales, los cuales constituyen un factor dietético. Por lo contrario, una dieta rica en fibra, baja en calorías y en grasa animal puede reducir el riesgo. La deficiencia de algunos micronutrientes específicos como folatos, vitamina E y D también incrementa el riesgo.

### **4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Paciente acude al centro de salud Saquisilí, después de presentar sintomatología quien tuvo la oportunidad de ser atendida inmediatamente pero primera instancia diagnosticado como dolor abdominal ya que no presentaba otra sintomatología, es enviada a casa con medicación que no ayuda a la mejora clínica, por lo que paciente decide acudir a una casa de salud privada por su propia cuenta en donde realizan un eco de hígado y vías biliares que permite diagnosticar su enfermedad, luego acude nuevamente a dicha casa de salud con el resultado del eco y es transferido por emergencia al Hospital Provincial General Latacunga, la paciente tuvo una atención rápida al acudir a esta casa asistencial, a pesar de que no fue diagnosticada oportunamente la enfermedad en el Centro de Salud porque no realizaron exámenes

de laboratorio o de imaginología que ayuden a diagnosticar su enfermedad, fue atendida y tratada en el Hospital Provincial General Latacunga y gracias a al equipo multidisciplinario de salud fue evolucionada favorablemente día tras día hasta ser dada de alta .

#### **4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:**

Con los datos obtenidos en la encuesta aplicada a la paciente se realiza la valoración de enfermería en base a la pirámide de Maslow los que nos permiten identificar problemas principales.

##### **4.4.1 RIESGO DE DESNUTRICIÓN:**

En base a la entrevista realizada a la paciente se puede observar un riesgo de desnutrición debido a que no consume una dieta equilibrada por falta recursos económicos, también menciona que no consume algunos alimentos como por ejemplo el huevo ya que tiene temor a enfermarse, otros de los factores importantes es que no consume alimentos sólidos o duros porque carece de dentadura. Tomando como datos de referencia el índice de masa corporal = 21.

##### **4.4.2 DOLOR EN EL SITIO DE COLECISTECTOMIA:**

Durante la entrevista paciente refiere que en ocasiones presenta dolor tipo punzante en el lugar de colecistostomía, lo cual le impide realizar actividades de esfuerzo en su hogar, al mismo tiempo manifiesta que tiene miedo a enfermarse de nuevo lo que le mantiene siempre preocupada y un poco deprimida.

##### **4.4.3 RIESGO DE LESIONES:**

Al realizar la visita domiciliar y entrevista a la paciente se puede evidenciar que el entorno ambiental no es propicio, para una paciente de 72 años de edad que además camina con apoyo de un bastón debido al dolor que presenta en miembro inferior derecho

#### 4.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA

<b>OPORTUNIDAD DE MEJORA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>Nutrición.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ proporcionar al paciente información sobre una dieta equilibrada de sólidos y líquidos en horas adecuadas.</li> <li>✓ Determinar las preferencias de comidas del paciente.</li> <li>✓ Fomentar una dieta equilibrada que ayude a consumir alimentos de calidad mas no de cantidad adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.</li> <li>✓ Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales de acuerdo a su edad y patología.</li> <li>✓ Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.</li> <li>✓ Proporcionar información sobre alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados.</li> <li>✓ Analizar con el paciente y la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.</li> </ul>
<b>Manejo del dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar terapias de relajación.</li> <li>✓ Manejo del dolor</li> <li>✓ Realizar una valoración exhaustiva que, del dolor que inclúyanla localización, características aparición duración, frecuencia intensidad y factores que desencadenan.</li> <li>✓ Mantener al paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas, lo que disminuye la contractura muscular de la pared abdominal y la compresión nerviosa.</li> <li>✓ Valoración del nivel de dolor con escala objetiva EVA 0 (no dolor) a 10 (dolor insoportable).</li> <li>✓ Mantener al paciente en la postura antiálgica que le resulte más cómoda.</li> <li>✓ Explicar al paciente técnicas de alivio: limitar el movimiento de la pared abdominal sujetando con las</li> </ul>

	manos al toser, control de la respiración, flexión de las rodillas.
<b>Entorno físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acciones personales que previenen las autolesiones personales.</li> <li>✓ Identificar déficit cognoscitivo o físico, que puedan aumentar la posibilidad de lesionarse.</li> <li>✓ Identificar conductas o factores que afecten el riesgo de caídas.</li> <li>✓ Controlar la marcha, el equilibrio, y el cansancio de la deambulación.</li> <li>✓ Instruir al paciente que pida ayuda para moverse si lo presida.</li> <li>✓ Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente</li> </ul>

#### **4.6 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO:**

Se elaborará una guía de manejo para el cuidador en paciente con colédocolitiásis, enfocado en los principales problemas percibidos de la paciente que servirán para mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar. **(ANEXO 17)**

## INTRODUCCIÓN

Esta guía es elaborada pensando en el papel fundamental que ejerce el cuidador en la vida del paciente, cuidar significa tener en cuenta también a los miembros de la familia durante el proceso de cuidados, en especial cuando los cuidados se realizan en casa.

La coledocolitiasis es la presencia de por lo menos un cálculo biliar en el conducto colédoco. Es decir en la vía biliar principal, dicho cálculo puede estar formado de pigmentos biliares (Es un líquido que es producido y secretado por el hígado y almacenado en la vesícula biliar), o de sales de calcio y de colesterol. La mayoría de los cálculos están compuestos por colesterol y se forman en el interior de la vesícula, desde donde pueden migrar a la vía biliar, causando eventualmente cuadros obstructivos.

La colédocolitiasis es una patología que tiene más incidencia en mujeres que en hombres, Se presenta en el 20 % de las mujeres y el 10 % de los hombres, siendo origen desconocido, cabe también mencionar que tiene más prevalencia en paciente de tercera.

En esta patología es muy indispensable tener una dieta adecuada y equilibra, prohibiendo cierto alimento que puedan contribuir a una incidencia en los cálculos.

Se han informado una incidencia general de coledocolitiasis entre el 8 a 18% en aquellos sometidos a colecistectomía por colecistitis aguda o crónica (Parra V, y cols. 2007), entre el 1 a 2% de todos los pacientes que se someten a colecistectomía presentan litiasis residual en el conducto biliar común que requieren nueva intervención o extracción de la litiasis por medio de endoscopia intervencionista. (Velásquez, y cols. 2010)



## **OBJETIVOS:**

### **GENERAL**

Elaborar una guía de cuidados de enfermería dirigida al cuidador en pacientes con colédocolitiasis.

### **ESPECÍFICOS**

- Aplicar cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades biliares (Coledocolitiasis)
- Identificar que alimentos son saludables para que el paciente post colecistectomía pueda consumirlos.
- Desarrollar actividades que ayuden a mejorar la calidad de vida y eviten complicaciones mediante esta guía.

### **JUSTIFICACIÓN**

Esta guía es elaborada basándose en las necesidades percibidas de la paciente para su recuperación y alcanzar una vida más saludable, y así mediante los cuidados que brindara su cuidador basándose en los cuidados de enfermería, podremos contribuir a mejorar su vida y alcanzar un nivel de bienestar en la vida cotidiana.

Además, es de utilidad porque se trata de buscar el bienestar de la paciente y del cuidador, y así disminuir un ambiente de estrés, que no contribuye en su recuperación parcial o total.

La guía es factible ya que se ha palpado los problemas de la paciente, se ha dado la apertura para poder contribuir en su mejora.

Es de interés porque contiene información clara, viable y legible que facilitara al momento de aplicar los cuidados a la paciente.

## V. CONCLUSIONES:

- Al concluir con el análisis sistemático del caso, he podido percibir que las complicaciones de colédocolitiásis en paciente sometida a colecistectomía laparoscópica han sido, el trauma duodenal y derrame bilateral izquierdo, siendo el CPRE, un procedimiento invasivo, que a pesar y aunque ha demostrado a través del tiempo su seguridad, no está libre de complicaciones.
- Los factores de riesgo que desencadenaron la enfermedad, es la propia edad misma ya que al correlacionar con la bibliografía indica que los pacientes con el transcurso de la edad son más propensos a padecer una colelitiasis, que desencadena en una colédocolitiásis u otros problemas biliares, otro factor de riesgo es la mala alimentación, porque la paciente consumía alimentos ricos en carbohidratos y grasas animal, también podemos mencionar el sexo ya que el sexo femenino tiene un índice más alto con esta enfermedad que el sexo masculino, que aunque no se demuestra el origen pero las mujeres son más propensas a desarrollar esta enfermedad.
- Los factores pronósticos que ayuden a mejorar la calidad de vida y supervivencia de las pacientes afectadas por colédocolitiásis, es tener una buena predisposición para contribuir en su tratamiento puesto que una paciente que acepta el tratamiento contribuye con todas sus actividades en el autocuidado.

## VI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS:

### Bibliografía

- Beare, P., Myer, J. Tratado de la Enfermería. MOSBY. Vol. 4. España. Edición Hacourt Brace; 1998.
- Ellen Bailly, Maria Lloyd, Lynn Claire - entre otros, Manual de enfermería Oceano / Centrum (1 ed.), págs. 261-263.
- MSP. Coordinacion deneral de desarrollo estrategico en Salud 2012. Ecuador: MSP, Publica MdS.; 2012.
- Suzanne, C. Smeltzer, Breda G, Bare. Manual de enfermería médico quirúrgico (10 ed). Voll.

### LINKOGRAFÍA

- Federico De Simone. (2004), Litiasis biliar y sus complicaciones disponible en:[https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudaspracticasy45\\_Ca culos biliare y sus complicaciones.pdf](https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudaspracticasy45_Ca%20culos%20biliare%20y%20sus%20complicaciones.pdf)
- Gallego-Rojo (2010) Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (cpre). Identificación, prevención y manejo. Publicado en 04 Febrero 2010, disponible en: [https://www.sapd.es/revista/article.php?file=vol33\\_n1/04](https://www.sapd.es/revista/article.php?file=vol33_n1/04)
- Jiménez A, Simón M. Seminario Enfermedades De La Vía Biliar. 30 de Enero de 2013. Disponible en: <http://ajimenezb.blogspot.com/2013/01/seminario-enfermedades-de-la-via-biliar.html>
- MPS (2008). Guías De Atención De Enfermería, Departamento De Cirugía disponible en:

[http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA\\_ATENCION\\_ENFERMERIA\\_CIRUGIA%202008.pdf](http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA_ATENCION_ENFERMERIA_CIRUGIA%202008.pdf)

- OMS. (2011) Manual De Manejo En Urgencias, disponible en. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20urgencias%20tomo%20II.pdf>
- Ronald Rafael Bocanegra Del Castillo y María Eliana Córdova Cuadros (2007 – 2011) Colectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años, publicado en junio. 2013, disponible en. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292013000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292013000200003&script=sci_arttext)

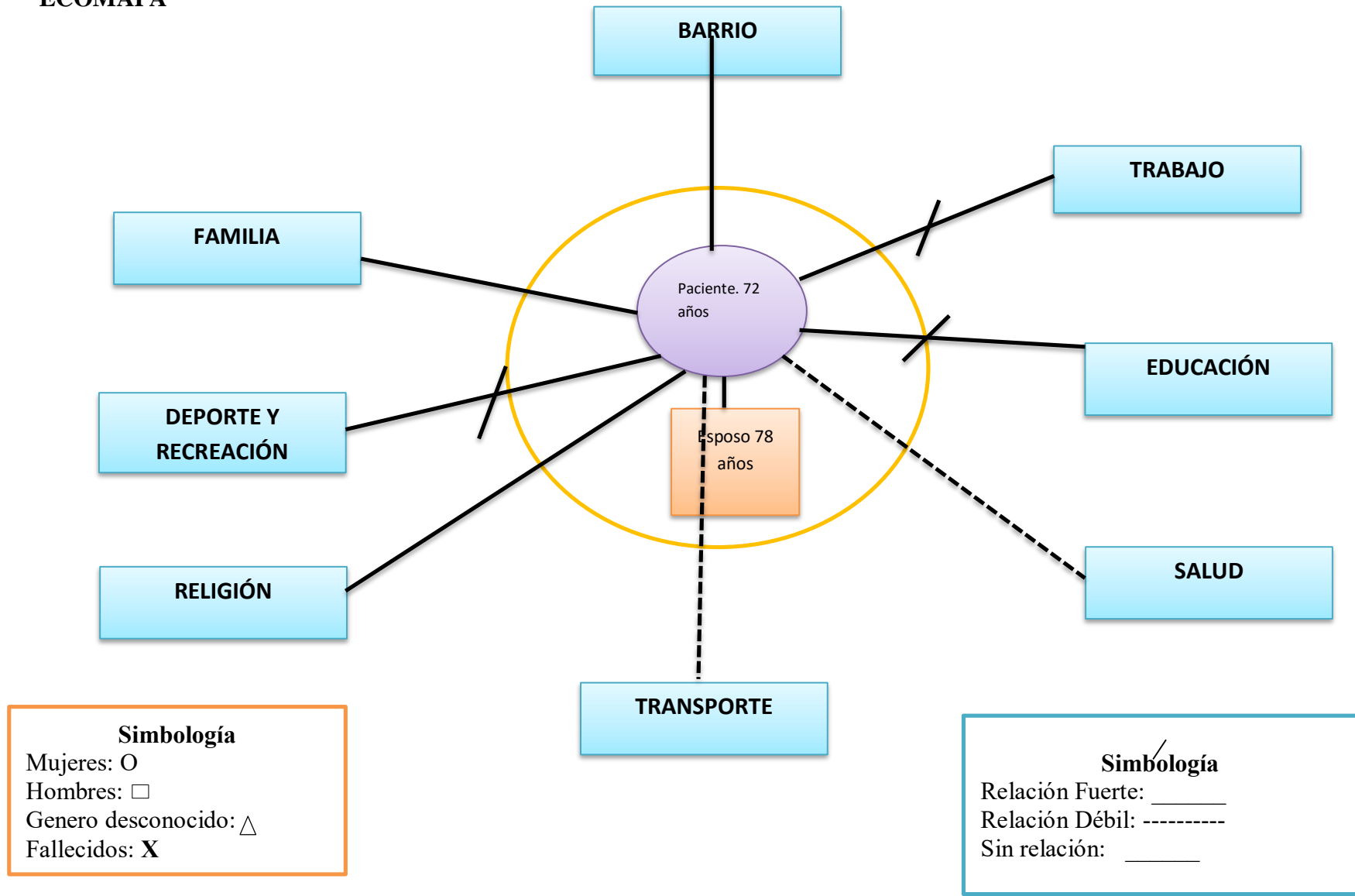
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTA

- BURNNER y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, valoración y manejo paciente con trastornos biliares. (Ed 12), pags.1169-1195.
- Celi H., Tintín D., Mier, S. Colectomía por minilaparotomía en el Hospital de Yaruquí. LILACS, 14. Educ. méd. contin;( ;55):10-4, abr. 1997. disponible en. <http://bvs-ecuador.homolog.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/scripts/>
- EBRARY, Albany, NY ,2003 informe de enfermería in salud en el mundo: forjemos el futuro. USA: World Health Organization (WHO), 2003. ProQuest ebrary. Web 11 desde March 2016 : <http://side.ebrary.com/lib/uta/detail.action?docID=10053625>
- EBOCOHOST: Rivero, R. Marinho, R. Sánchez, J. 2013 enfermedades Hepaticas cronicasvol. 60. Mexico.Pp1336-1344d. Desde <http://ebcohost.eb.com/bps/search?=&ALCOHOLICOS>

- Ibañez I, Escalona A. Colecistectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 - Nº 1, febrero 2007; págs. 10-15. Obtenido en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071840262007000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071840262007000100004)
- ProQuest: El manejo de la vesícula biliar explora alternativas. Diario Médico 2015 Sep 14:25 [Consultado 24 de enero del 2016]; 25. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1711369868?accountid=36765>.
- ProQuest: Options and Strategies for the Management of Choledocholithiasis. World J Surg 1998. [Consultado 4 de febrero del 2016]; 22(11):1125-32. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/995513930/4A600EF07E1B4E12PQ/2?accountid=36765>
- ProQuest: Señalan expertos factores asociados a piedras en vesícula biliar. NOTIMEX 2010, [Consultado 4 de febrero del 2016]; 23. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/820961275/4EF6139C4BC84642PQ/15?accountid=36765>

## VII. ANEXOS:

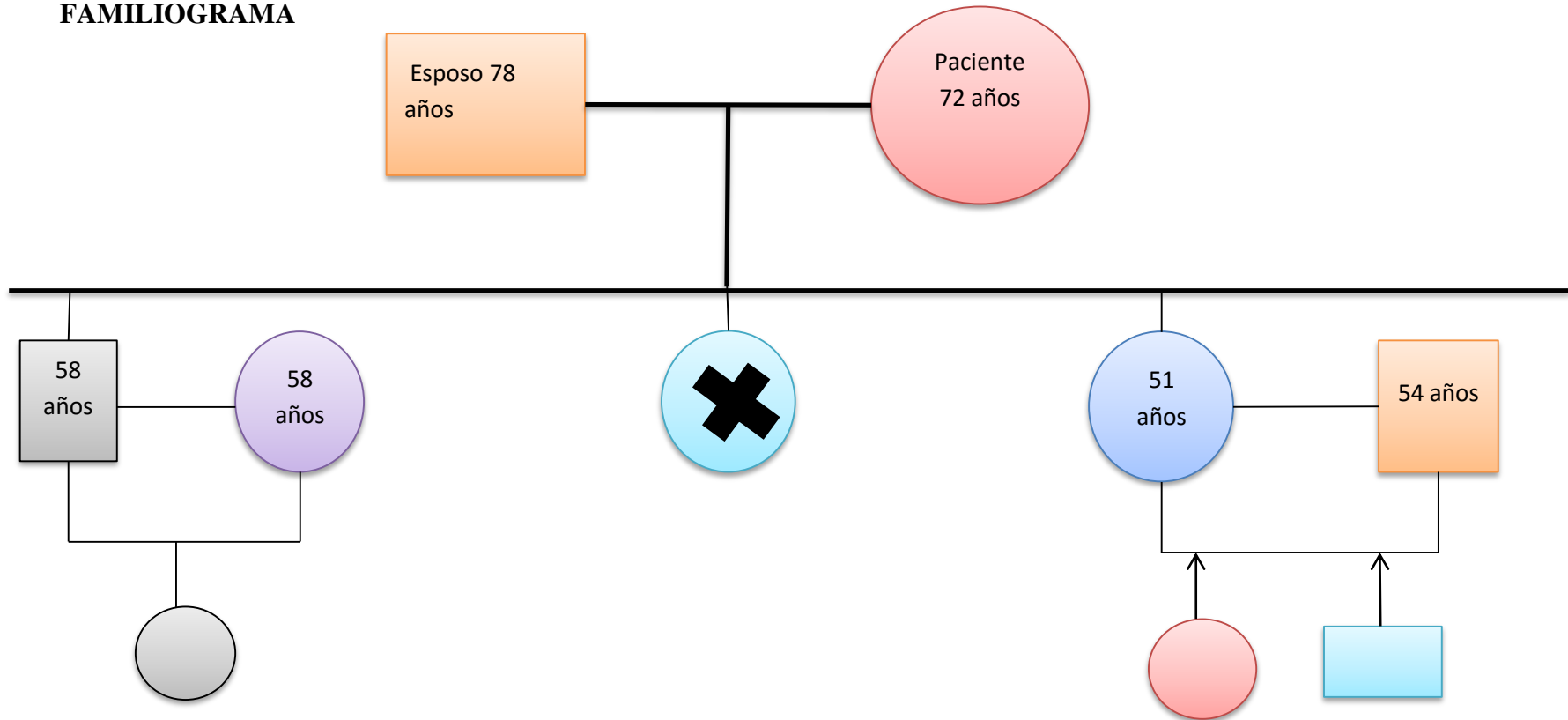
### ECOMAPA



## ANÁLISIS ECOMAPA

<b>Familia</b>	Tiene una relación muy buena en su familia, todos los días se ven, viven en el mismo barrio. La hija vive a una cuadra de su casa
<b>Educación</b>	Sin ninguna instrucción escolar, los hijos estudiaron hasta terminar la secundaria por problemas económicos
<b>Trabajo</b>	No trabaja tras su enfermedad y depende de su esposo e hijos
<b>Salud</b>	Medio ambiente limpio, el acceso al centro de salud es deficiente debido a que vive en un lugar donde no hay un centro de salud y además depende de la hija, porque ella no puede acudir sola
<b>Religión</b>	En cuanto a la religión es buena son cristianos y asisten a su Iglesia todos los sábados
<b>Recreación y deporte</b>	No realiza por su condición y edad
<b>Barrio</b>	Tiene muy buena relación se lleva con todos los vecinos participa en las actividades culturales y costumbres del barrio.

## FAMILIOGRAMA



En el Familiograma se puede apreciar que:

tiene buena relación es unida y muy buena comunicación la hija se hace cargo en cuanto a tomar decisiones para la atención de su madre, es una familia funcional. Está conformada por pareja de esposos dos hijos vivos y un muerto, los cuales no dependen ya de sus padres.

LOS SIBOLOS DE INDIVIDUOS	
hombre	□
mujer	○
muerte	x
aborto	•
matrimonio	—
unión libre	- - - - -
hijo de la pareja	┌┐
divorcio	┌//┐



**TABLAS DE EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EN EL HOSPITAL PROVINCIA GENERAL LATACUNGA.**

**TABLA N° 1. BIOMETRÍA HEMÁTICA 08/02/2016**

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Rangos de referencia</b>
Glóbulos blancos	8.0 k/ul	5-10
Neutrófilos %	86.0%	40-70
Linfocitos %	10.0%	20-45
Monocitos %	1.0 %	0-12
Eosinofilos %	3.0%	0.5-4
Basófilos	0.1 k/ul	0-2
Hemoglobina	11.1 g/ dl	12-16
hematocrito	32.2%	37-48
Plaquetas	412	150-450

**TABLA N° 2. BIOMETRÍA HEMÁTICA 09/02/2016**

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Rangos de referencia</b>
Glóbulos blancos	9.0 k/ul	5-10
Neutrófilos %	74.0%	40-70
Linfocitos %	20.0%	20-45
Monocitos %	4.0 %	0-12
Eosinofilos %	2.0%	0.5-4
Basófilos	0.1 k/ul	0-2
Hemoglobina	11.5 g/ dl	12-16
hematocrito	37%	37-48
Plaquetas	412	150-450

**TABLA N° 3 QUÍMICA SANGUÍNEA 09/02/2016**

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Rangos de referencia</b>
Bilirrubina directa	2.01mg/dl	Hasta 0.25
Bilirrubina indirecta	0.59mg/dl	Hasta 0.75
Bilirrubina total	2.60mg/dl	Hasta 1.0
Glicemia basal	83 mg/dl	70/100

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.

**TABLA N°4. SEROLOGÍA 09/02/2016**

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Rangos de referencia</b>
Tiempos de trombina (Tp )	13 segundos	12-14 segundos
Tiempos de protrombina (TTP )	32 segundos	25-35 segundos

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.

**TABLA N° 5. BIOMETRÍA HEMÁTICA 12/02/2016**

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Rangos de referencia</b>
Glóbulos blancos	14.1.0 k/ul	5-10
Neutrófilos %	81.70%	40-70
Linfocitos %	14.5.%	20-45
Monocitos %	2.7 %	0-12
Eosinofilos %	1.0%	0.5-4
Basófilos	0.1 k/ul	0-2
Hemoglobina	9.3 g/ dl	12-16
hematocrito	30.2%	37-48
Plaquetas	412	150-450

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.

**TABLA N°6. ENZIMAS 12/02/2016**

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Rangos de referencia</b>
Amilasa	102,70	Hasta 120 U/L
Lipasa	130,00	Hasta 60 U/L

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.

**TABLA N°7. QUÍMICA SANGUÍNEA 15 /02/2016**

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Rangos de referencia</b>
Sodio en suero	135 mmol/l	135-145
Potasio en suero	2.5 REPETDO mmol/l	3.1- 5.1
Cloruro en suero	100 mmol/l	98-107

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.

**TABLA N°8.QUÍMICA SANGUÍNEA 18 /02/2016**

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Rangos de referencia</b>
Sodio en suero	135 mmol/l	135-145
Potasio en suero	3.1 mmol/l	3.1- 5.1
Cloruro en suero	101 mmol/l	98-107

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.

**TABLA N°9. BIOMETRÍA HEMÁTICA 18/02/2016.**

<b>Parámetros</b>	<b>Resultados</b>	<b>Rangos de referencia</b>
Glóbulos blancos	7.800o k/ul	5-10
Neutrófilos %	80%	40-70
Linfocitos %	18%	20-45
Monocitos %	2 %	0-12
Eosinofilos %	2%	0.5-4
Hemoglobina	11.2 g/ dl	12-16
hematocrito	38.0%	37-48

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.

## ANEXO 1. HOJA DE REFERENCIA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA											
FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA											
<b>I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA</b>											
Apellido paterno		Guangop		Matrícula		07 02		Nacimiento		1945	
Edad		71		Sexo		M		Cédula de Ciudadanía o Pasaporte		1708297716	
Nacionalidad		E		País		FRANCIA		Lugar de residencia actual		Calle Principal y Secundaria	
Dirección Domicilio		Calle Principal y Secundaria		N° Telefónico				Calle Principal y Secundaria		Calle Principal y Secundaria	
<b>II. REFERENCIA: 1 <input checked="" type="checkbox"/> DERIVACIÓN: 2 <input type="checkbox"/></b>											
<b>1. Datos Institucionales</b>											
Entidad del sistema		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área			
M.S.P.		027339		Bartolomé de Luján Saquisilí		C		Saquisilí			
Refiere o Deriva a:		M.S.P.		H.F. 6 L		Servicio		Especialidad		Fecha	
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad		Fecha		29 01 2016	
<b>2. Motivo de la Referencia o Derivación:</b>											
Limitada capacidad resolutive		1 <input type="checkbox"/>		Ausencia temporal del profesional		2 <input type="checkbox"/>		Falta de profesional		3 <input type="checkbox"/>	
Saturación de capacidad instalada		4 <input type="checkbox"/>		Otros /Específico:		5 <input type="checkbox"/>					
<b>3. Resumen del cuadro clínico</b>											
Este paciente presenta datos obstruccionales de gran intensidad en el control de hipercondensación derecha. E.F.F. 50 cm/m, patología clínica Murphy (+) T1D120/70 70/80 F.F. 20 70%											
<b>4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>											
P.P. V.P.O. C.S.U. - UACBS 70/80 1000 ml / 12/24 - Diastolico 75 mm Hg 120											
<b>5. Diagnóstico</b>											
1		CIE-10		PRE		DEF		CIE-10		PRE	
2											
<b>III. CONTRAREFERENCIA: 3 <input type="checkbox"/> REFERENCIA INVERSA: 4 <input type="checkbox"/></b>											
<b>1. Datos Institucionales</b>											
Entidad del sistema		Hist. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio	
<b>2. Resumen del cuadro clínico</b>											
<b>3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos</b>											
<b>4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados</b>											
<b>5. Diagnóstico</b>											
1		CIE-10		PRE		DEF		CIE-10		PRE	
2											
<b>6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad</b>											
Hospital General de Saquisilí MAESTRO EN URGENCIAS MÉDICAS MSP. L. 3 - P. 31 - N.º 32											
Nombre del profesional especialista:		Código MSP:		Firma:							

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.  
Elaborado por: Centro De salud Saquisilí

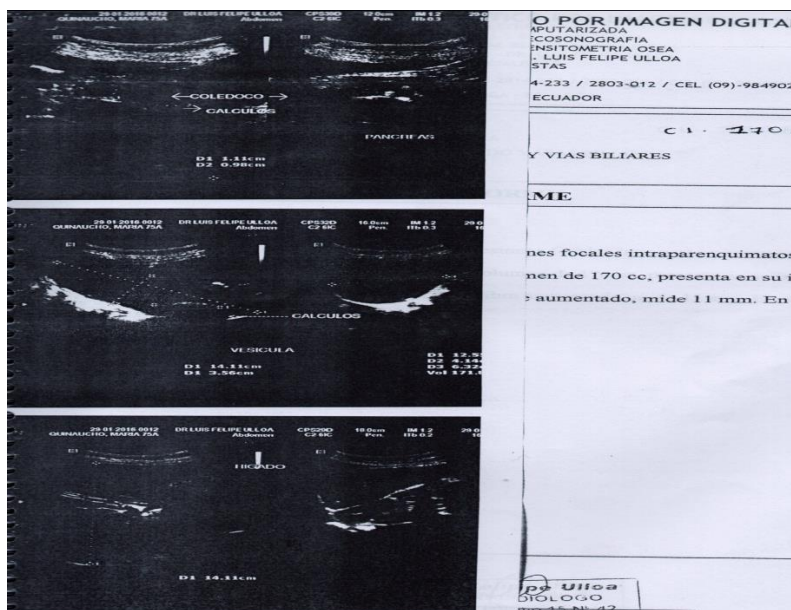
## ANEXO 2. EXÁMENES DE LABORATORIO DEL DÍA 29/01/16 REALIZADO EN EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIO		RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA																																																																																																																									
<b>HEMATOLOGÍA</b>																																																																																																																												
FECHA VALIDACION: 29/01/2016 21:05:00																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">NOMBRE DEL ESTUDIO</th> <th>RESULTADO</th> <th colspan="2">RANGO DE REFERENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">GRUPO SANGUINEO</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">*G* POSITIVO</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> </td> </tr> <tr> <td>GLOBULOS BLANCOS</td> <td>9.4</td> <td>K/uL</td> <td colspan="2">5 - 10</td> </tr> <tr> <td>NEUTROFILOS %</td> <td>80.6</td> <td>%</td> <td colspan="2">40 - 70</td> </tr> <tr> <td>LINFOCITOS %</td> <td>10.7</td> <td>%</td> <td colspan="2">20 - 45</td> </tr> <tr> <td>MONOCITOS %</td> <td>7.7</td> <td>%</td> <td colspan="2">0 - 12</td> </tr> <tr> <td>EOSINOFILOS %</td> <td>1.0</td> <td>%</td> <td colspan="2">0.5 - 4</td> </tr> <tr> <td>BASOFILOS %</td> <td>0.0</td> <td>%</td> <td colspan="2">0 - 1</td> </tr> <tr> <td>NEUTROFILOS</td> <td>7.68</td> <td>K/uL</td> <td colspan="2">1.8 - 8.5</td> </tr> <tr> <td>LINFOCITOS</td> <td>1.01</td> <td>K/uL</td> <td colspan="2">0.8 - 4.5</td> </tr> <tr> <td>MONOCITOS</td> <td>0.72</td> <td>K/uL</td> <td colspan="2">0 - 1.8</td> </tr> <tr> <td>EOSINOFILOS</td> <td>0.09</td> <td>K/uL</td> <td colspan="2">0 - 1.8</td> </tr> <tr> <td>BASOFILOS</td> <td>0.00</td> <td>%</td> <td colspan="2">0 - 1</td> </tr> <tr> <td>RECUENTO DE G. ROJOS</td> <td>4.84</td> <td>M/uL</td> <td colspan="2">4 - 5</td> </tr> <tr> <td>HEMOGLOBINA</td> <td>13.7</td> <td>g/dl</td> <td colspan="2">12 - 16</td> </tr> <tr> <td>HEMATOCRITO</td> <td>43.7</td> <td>%</td> <td colspan="2">37 - 48</td> </tr> <tr> <td>VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO</td> <td>94</td> <td>f</td> <td colspan="2">75 - 101</td> </tr> <tr> <td>HEMOGLOBINA</td> <td>31.2</td> <td>pg</td> <td colspan="2">25 - 33</td> </tr> <tr> <td>CONCENTRACION HB CORPUSCULAR</td> <td>33.2</td> <td>g/dl</td> <td colspan="2">30 - 36</td> </tr> <tr> <td>ANCHO DE DISTRIBUCION G. ROJOS</td> <td>11.8</td> <td>%</td> <td colspan="2">11 - 16</td> </tr> <tr> <td>PLAQUETAS</td> <td>294</td> <td>10<sup>9</sup>/mm<sup>3</sup></td> <td colspan="2">150 - 450</td> </tr> <tr> <td>VOLUMEN PLAQUETAS MEDIO</td> <td>8.8</td> <td>f</td> <td colspan="2">5 - 13</td> </tr> </tbody> </table>					NOMBRE DEL ESTUDIO		RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA		GRUPO SANGUINEO					*G* POSITIVO										GLOBULOS BLANCOS	9.4	K/uL	5 - 10		NEUTROFILOS %	80.6	%	40 - 70		LINFOCITOS %	10.7	%	20 - 45		MONOCITOS %	7.7	%	0 - 12		EOSINOFILOS %	1.0	%	0.5 - 4		BASOFILOS %	0.0	%	0 - 1		NEUTROFILOS	7.68	K/uL	1.8 - 8.5		LINFOCITOS	1.01	K/uL	0.8 - 4.5		MONOCITOS	0.72	K/uL	0 - 1.8		EOSINOFILOS	0.09	K/uL	0 - 1.8		BASOFILOS	0.00	%	0 - 1		RECUENTO DE G. ROJOS	4.84	M/uL	4 - 5		HEMOGLOBINA	13.7	g/dl	12 - 16		HEMATOCRITO	43.7	%	37 - 48		VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	94	f	75 - 101		HEMOGLOBINA	31.2	pg	25 - 33		CONCENTRACION HB CORPUSCULAR	33.2	g/dl	30 - 36		ANCHO DE DISTRIBUCION G. ROJOS	11.8	%	11 - 16		PLAQUETAS	294	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 450		VOLUMEN PLAQUETAS MEDIO	8.8	f	5 - 13	
NOMBRE DEL ESTUDIO		RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA																																																																																																																									
GRUPO SANGUINEO																																																																																																																												
*G* POSITIVO																																																																																																																												
GLOBULOS BLANCOS	9.4	K/uL	5 - 10																																																																																																																									
NEUTROFILOS %	80.6	%	40 - 70																																																																																																																									
LINFOCITOS %	10.7	%	20 - 45																																																																																																																									
MONOCITOS %	7.7	%	0 - 12																																																																																																																									
EOSINOFILOS %	1.0	%	0.5 - 4																																																																																																																									
BASOFILOS %	0.0	%	0 - 1																																																																																																																									
NEUTROFILOS	7.68	K/uL	1.8 - 8.5																																																																																																																									
LINFOCITOS	1.01	K/uL	0.8 - 4.5																																																																																																																									
MONOCITOS	0.72	K/uL	0 - 1.8																																																																																																																									
EOSINOFILOS	0.09	K/uL	0 - 1.8																																																																																																																									
BASOFILOS	0.00	%	0 - 1																																																																																																																									
RECUENTO DE G. ROJOS	4.84	M/uL	4 - 5																																																																																																																									
HEMOGLOBINA	13.7	g/dl	12 - 16																																																																																																																									
HEMATOCRITO	43.7	%	37 - 48																																																																																																																									
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	94	f	75 - 101																																																																																																																									
HEMOGLOBINA	31.2	pg	25 - 33																																																																																																																									
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR	33.2	g/dl	30 - 36																																																																																																																									
ANCHO DE DISTRIBUCION G. ROJOS	11.8	%	11 - 16																																																																																																																									
PLAQUETAS	294	10 <sup>9</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 450																																																																																																																									
VOLUMEN PLAQUETAS MEDIO	8.8	f	5 - 13																																																																																																																									

NOMBRE DEL ESTUDIO		RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">NOMBRE DEL ESTUDIO</th> <th>RESULTADO</th> <th colspan="2">RANGO DE REFERENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FOSFATASA ALCALINA</td> <td>NHR</td> <td>U/ml</td> <td colspan="2">ADULTOS 50-136 0-16 AÑOS 85-400 &gt; 16 AÑOS 30-115</td> </tr> <tr> <td>TGP</td> <td>NHR</td> <td>U/L</td> <td colspan="2">22 - 37</td> </tr> <tr> <td>AMILASA EN SUERO</td> <td>169</td> <td>U/L</td> <td colspan="2">23 - 100</td> </tr> <tr> <td>TGO</td> <td>349</td> <td>U/L</td> <td colspan="2">10 - 38</td> </tr> <tr> <td>BUN</td> <td>18</td> <td>mg/dl</td> <td colspan="2">7 - 18</td> </tr> <tr> <td>CLORO EN SUERO</td> <td>99</td> <td>mmol/L</td> <td colspan="2">98 - 107</td> </tr> <tr> <td>CREATININA</td> <td>0.9</td> <td>mg/dl</td> <td colspan="2">0.8 - 1.3</td> </tr> <tr> <td>BILIRRUBINA DIRECTA</td> <td>NHR</td> <td>mg/dl</td> <td colspan="2">0 - 0.3</td> </tr> <tr> <td>GLICEMIA BASAL</td> <td>124</td> <td>mg/dl</td> <td colspan="2">70 - 100</td> </tr> <tr> <td>POTASIO EN SUERO</td> <td>3.5</td> <td>mmol/L</td> <td colspan="2">3.1 - 5.1</td> </tr> <tr> <td>SODIO EN SUERO</td> <td>132</td> <td>mmol/L</td> <td colspan="2">135 - 145</td> </tr> <tr> <td>BILIRRUBINA TOTAL</td> <td>3.5</td> <td>mg/dl</td> <td colspan="2">0 - 1.1</td> </tr> <tr> <td>ACIDO URICO EN SUERO</td> <td>NHR</td> <td>mg/dl</td> <td colspan="2">2.8 - 7.2</td> </tr> <tr> <td>BILIRRUBINA INDIRECTA</td> <td>0.0</td> <td>mg/dl</td> <td colspan="2">0-0.8</td> </tr> </tbody> </table>					NOMBRE DEL ESTUDIO		RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA		FOSFATASA ALCALINA	NHR	U/ml	ADULTOS 50-136 0-16 AÑOS 85-400 > 16 AÑOS 30-115		TGP	NHR	U/L	22 - 37		AMILASA EN SUERO	169	U/L	23 - 100		TGO	349	U/L	10 - 38		BUN	18	mg/dl	7 - 18		CLORO EN SUERO	99	mmol/L	98 - 107		CREATININA	0.9	mg/dl	0.8 - 1.3		BILIRRUBINA DIRECTA	NHR	mg/dl	0 - 0.3		GLICEMIA BASAL	124	mg/dl	70 - 100		POTASIO EN SUERO	3.5	mmol/L	3.1 - 5.1		SODIO EN SUERO	132	mmol/L	135 - 145		BILIRRUBINA TOTAL	3.5	mg/dl	0 - 1.1		ACIDO URICO EN SUERO	NHR	mg/dl	2.8 - 7.2		BILIRRUBINA INDIRECTA	0.0	mg/dl	0-0.8	
NOMBRE DEL ESTUDIO		RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA																																																																												
FOSFATASA ALCALINA	NHR	U/ml	ADULTOS 50-136 0-16 AÑOS 85-400 > 16 AÑOS 30-115																																																																												
TGP	NHR	U/L	22 - 37																																																																												
AMILASA EN SUERO	169	U/L	23 - 100																																																																												
TGO	349	U/L	10 - 38																																																																												
BUN	18	mg/dl	7 - 18																																																																												
CLORO EN SUERO	99	mmol/L	98 - 107																																																																												
CREATININA	0.9	mg/dl	0.8 - 1.3																																																																												
BILIRRUBINA DIRECTA	NHR	mg/dl	0 - 0.3																																																																												
GLICEMIA BASAL	124	mg/dl	70 - 100																																																																												
POTASIO EN SUERO	3.5	mmol/L	3.1 - 5.1																																																																												
SODIO EN SUERO	132	mmol/L	135 - 145																																																																												
BILIRRUBINA TOTAL	3.5	mg/dl	0 - 1.1																																																																												
ACIDO URICO EN SUERO	NHR	mg/dl	2.8 - 7.2																																																																												
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.0	mg/dl	0-0.8																																																																												
Carlos Lucio LABORATORISTA MSP. L 18 F.438 N° 1716																																																																															
<b>SEROLOGIA</b>																																																																															
FECHA VALIDACION: 29/01/2016 21:05:00																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">NOMBRE DEL ESTUDIO</th> <th>RESULTADO</th> <th colspan="2">RANGO DE REFERENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TP</td> <td>15</td> <td>seg</td> <td colspan="2">12-14 seg</td> </tr> <tr> <td>TPP</td> <td>38</td> <td>seg</td> <td colspan="2">25-35 seg</td> </tr> </tbody> </table>					NOMBRE DEL ESTUDIO		RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA		TP	15	seg	12-14 seg		TPP	38	seg	25-35 seg																																																													
NOMBRE DEL ESTUDIO		RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA																																																																												
TP	15	seg	12-14 seg																																																																												
TPP	38	seg	25-35 seg																																																																												

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.  
Elaborado por: Laboratorista del hospital

### ANEXO 3. ECO DE HÍGADO Y VÍAS BILIARES



**CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN DIGITAL**  
 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA  
 RAYOS X DIGITAL Y ECOSONOGRFIA  
 PANORAMICA DENTAL DENSITOMETRIA OSEA  
 DR. ALFREDO ULLOA - DR. LUIS FELIPE ULLOA  
 ESPECIALISTAS

CALLE GENERAL PROAÑO No. 10-30 Y HNOS. PAZMIÑO (03)-2814-233 / 2803-012 / CEL (09)-9849023 luisfeuloo@yahoo.es  
 LATACUNGA - ECUADOR

FECHA: 29/01/2016  
 NOMBRES:  C.I. 170829771-6  
 EXAMEN: HIGADO Y VIAS BILIARES  
 MEDICO QUE SOLICITA: DR.

**INFORME**

Hígado de forma y tamaño normal. No se observan lesiones focales intraparenquimatosas. Dilatación leve de las vías biliares intrahepáticas.  
 Vesícula biliar hidrópica, de paredes finas, con un volumen de 170 cc, presenta en su interior barro biliar y varios cálculos, el mayor de ellos de 35 mm.  
 El hepatocolédoco en su segmento visualizado de calibre aumentado, mide 11 mm. En su extremo distal se observa imagen sugestiva de cálculo de 9.8 mm.  
 Páncreas sin alteraciones ecográficas evidentes.

ID.

- Colelitiasis
- Coledocolitiasis.


Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.  
 Elaborado por: Centro de Diagnóstico por Imagen Digital Ulloa

## ANEXO 4. EXÁMENES DE LABORATORIO PRE-ANESTÉSICO

PRE-ANESTESICO											
OPERACION PROPUESTA		RIESGO				INFORMACION ESPECIAL				GRUPO SANGUINEO	
Colecistectomía		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					ORH (+)
		1	2	3	4	5	6				
REGION OPERATORIA	1	2	3	4	5	6					
	CABEZA	ORG. SENTIDOS	ENDOSCOPIAS	INTRADURAL	EXTRADURAL	CUELLO					
	7	8	9	10	11	12					
	EXTRATORACICAS	INTRATORACIC.	ABDOMEN	EXTREMIDADES	OBSTETRICAS	PERINEALES					
EXAMENES DE LABORATORIO											
UROANALISIS			HEMATOLOGICO			QUIMICA SANGUINEA					
Proteínas: 20-25/amo			Hemoglobina: 13.7			Bilirrubina total: 3.6					
Leucocitos: +			Hematocrito: 43.7%			Glicemia: 124					
			TP: 15			TGO: 349					
			TTP: 38			Creatinina: 0,9					
						Amilasa: 169					

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.  
Elaborado por: Especialistas de anestesiología

## ANEXO 5. INFORME DE CPRE



**CLÍNICA HARVARD**

Cel: 1708297716

FECHA: 10/02/2016

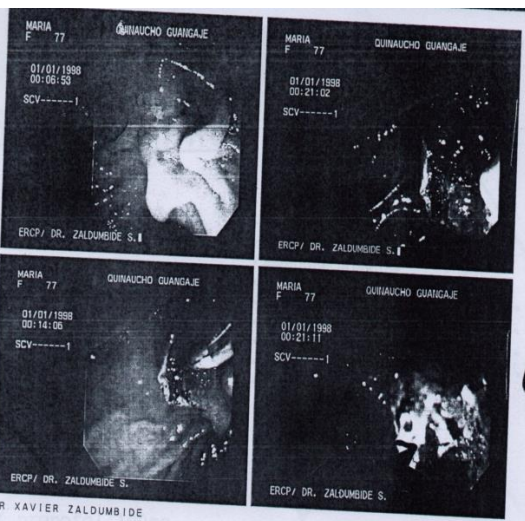
NOMBRES: Sra. María Q

REFERIDO POR: Hospital

MEDICACIÓN: Fentanilo 50ug/ propofol 100mg

OTROS: MEDIO DE CONTRASTE: Ioversol al 68%

ERCP: Papila de aspecto normal.



DR. XAVIER ZALDUMBIDE

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.  
Elaborado por: Especialista de la Clínica Harvard

**CLÍNICA HARVARD INSTITUTO RADIOLOGICO HARVARD**

**INFORME DE ERCP**

La Mayor Tecnología

- RESONANCIA MAGNÉTICA
- TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA
- MULTICORTE 16 Y DE ALTA RESOLUCIÓN
- CORONARIOGRAFIA T.A.C.
- ANGIOSCOPIA, BRONCOSCOPIA Y COLONOSCOPIA VIRTUALES
- ECOGRAFIA GENERAL Y 3D
- ECO DOPPLER COLOR
- RADIOGRAFIA DIGITAL - RAYOS X
- ANGIOGRAFIA DIGITAL
- MAMMOGRAFIA
- CATETERISMO CARDIACO
- RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
- CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA
- ABLACION POR RADIOFRECUENCIA
- ERCP

2: 1708297716

ECHA: 10/02/2016 RUP: 104588

OMBRES: s [REDACTED] DAD: 71

REFERIDO POR: Hospital Provincial General Latacunga

MEDICACIÓN: Fentanilo 50ug/ propofol 100mg  
 OTROS: MEDIO DE CONTRASTE: Ioversol al 68%  
 RCP: Papila de aspecto normal.

APILOTOMÍA: Si.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA: -Colédoco dilatado (mide 1.4cm).  
 -Colédocolitiásis (un cálculo de 1.3cm).  
 -Se realiza papilotomía, se introduce la canastilla, y se extrae el cálculo. (fotos # 3 y # 4 ).

RECOMENDACIONES: -NPO 24hs.

OTRO 1 papila  
 OTRO 2 papilotomía  
 OTRO 3 canastilla-cálculo  
 OTRO 4 cálculo extraído

Dr. Xavier Zaldumbide S.  
 GASTROENTEROLOGO-ERCP  
 MSP. LIBRO: 28 FOLIO: 248 NO. 802  
 INH. 17-08-0463  
 Dr. Xavier Zaldumbide S.

MARIANA DE JESÚS OEB-136 Y AV. AMÉRICA • TELFS.: 255-1904 / 222-9346 / 250-8528 CEL.: 099 9736-200 FAX: (593 2) 255-3062 • CASILLA (P.O. BOX) 17-21-1232  
 E-mail: iharvard@iuto.estnet.net

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.  
 Elaborado por: Especialista de la Clínica Harvard

### ANEXO 6. RESULTADOS DE TAC DE ABDOMEN Y PELVIS

DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD COTOPAXI

1708297716

NOM [REDACTED]

MEDICO REFERENTE:  
 ESTUDIO: TC ABDOMINAL SIMPLE  
 FECHA: Latacunga 12 de febrero del 2016

El estudio practicado demuestra abundante aire libre en la cavidad abdominal, ubicado en mayor cantidad a nivel subfrénico, peri hepático y adyacente a la pared abdominal anterior, en menor cantidad se observa cerca de la segunda porción del duodeno, corredera parietocólica derecha y en el retroperitoneo

Vesícula parcialmente distendida, en el interior se observa calculo cerca del cuello vesicular y extremo distal de catéter de drenaje (colestostomía), la pared vesicular se encuentra engrosada y rodeada de líquido libre.

Líquido libre en moderada cantidad a nivel periesplénico y en corredera izquierda

Riñón izquierdo disminuido de tamaño con gruesas calcificaciones en el interior que provocan pérdida de la estructura normal del riñón

Cambios inflamatorios en la grasa mesentérica

Disminución de la densidad de la cabeza del páncreas sugestiva de cambios inflamatorios a correlacionar con clínica y laboratorio

Hígado de forma y tamaño y densidad conservada, sin lesiones focales.

No se evidencia dilataciones de las vías biliares intra, ni extrahepáticas.

Riñón derecho adrenales y bazo de características normales. Asas intestinales no valorable por falta de medio de contraste.

Atentamente,  
 Dr. Pedro Sanguil LI.  
 RADILOGISTA EN RADIOLOGIA DIAGNOSTICA E IMAGEN  
 MSP 12m 21 Folio 89 N° 264

Dr. PEDRO SANGUILI  
 MEDICO RADIOLOGO

Dirección: Calle Latacunga-Piñay 2 de Mayo Teléfono: 05-2200551 / 05-2200552 Fax: 05-22010270  
 Casilla No. 05-0-212  
 Email: ppedro@iuto.net  
 www.iuto.net

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.  
 Elaborado por: Medico radiólogo



## ANEXO 7. EXÁMENES DE LABORATORIO DE CONTROL DE ELECTROLITOS.

MISIÓN DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA  
LABORATORIO CLÍNICO

Historia Clínica: 11123

QUINALCHO GUANGAJE MARIA ANTONIA      Turno: 5071

---

17-feb-2016 22:03      Fecha Imp.: 17-feb-2016 22:13

URGENCIA      Médico: CIRUGIA MUJERES

---

Género:      Teléfono:

QUIMICA

NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO	RANGO DE REFERENCIA
CLORURO EN SUERO	135 mmol/L	135 - 145
SODIO EN SUERO	127 mmol/L	131 - 151
POTASIO EN SUERO	103 mmol/L	38 - 107

Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.  
Elaborado por: Laboratorista del hospital

## ANEXO 7. PLAN DE ALTA

**PLAN DE ALTA**      0002122

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**  
 Nombres y apellidos: [Redacted]      Edad: 70 años. Sexo: Femenino  
 Servicio: Cirugía Mujeres. N° Cédula de ciudadanía: 11 629 777 E. N° Historia Clínica: 008 3050 B7  
 Fecha de ingreso: 20-01-2016. Fecha de egreso: 21-02-2016. Diagnóstico de ingreso: rotura de ligamento cruzado anterior.  
 Egresar en: SILLA DE RUEDAS  CAMILLA  CAMINANDO  OTRO

**INDICACIONES PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA SOBRE CUIDADOS ESPECIALES**

DIETA	ALIMENTOS PERMITIDOS	ALIMENTOS NO PERMITIDOS
	Frutas, verduras, vegetales, carbohidratos, legumbres, carnes blancas, pescados.	No lacteos, fritos, grasos, carne de cerdo, gaseosas, etc.
HIGIENE	Baño diario	
ACTIVIDAD - EJERCICIO FISICO	No realizar esfuerzo físico.	
CUIDADOS GENERALES	Cuidados de la herida quirúrgica, lavado de manos, antes y después de cada comida de ir al baño.	
TRATAMIENTO	Medicamento	

**MEDICAMENTOS INDICADOS**

NOMBRE	PRESENTACION	DOSIS	VIA	HORA	DIAS DEL TRATAMIENTO
Sin medicación					

**SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA**

SIGNO Y SINTOMA	ACCIONES RECOMENDADAS ANTE LA EVIDENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA
Salida del drenaje, salida de líquido purulento, fiebre, dolor intenso.	Reportar al Subcentro más cercano.

PROXIMA CITA:      FECHA: 23/02/2016      HORA: 8:30m      MÉDICO: Dr. Ricardo

REFERENCIAS:      INVERSA:      CONTRA REFERENCIA:

Nombre y firma del paciente o del familiar que recibe la información: [Redacted]

Nombre, firma y sello del Médico de turno: **Dr. Ricardo Almeida Varela**, CIRUGÍA GENERAL, MSc. Libro 130, Folio 18 No. 48

3  
Hermanas Pérez y Dos de Mayo  
Teléfono: 0312 800311 / 0312 800332  
POR www.msp.gob.ec  
www.dpsx.gob.ec  
www.hpsl.gob.ec





Fuente: Historia Clínica de Hospital Provincial General Latacunga.  
Elaborado por: Personal de Cirugía mujeres

**(ANEXO 9). NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE.**

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	Si	No
¿Presenta dificultad para respirar?		x
¿Le falta el aire al hacer algún tipo de actividad?	X cuando camino rápido	
¿Ha empeorado la dificultad respiratoria recientemente?		x
¿Al levantarse siente que le falta el aire?		x
¿La dificultad respiratoria ocurre cuando está en reposo?		x
¿Sufre de ahogos durante las noches?		x
¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?		x
Total	1	6

Fuente: web, escala de disnea de Borg

**ESCALA DE DISNEA DE BORG**

	0	Sin disnea
	0,5	Muy, muy leve. Apenas se nota
	1	Muy leve
	2	Leve
	3	Moderada
	4	Algo severa
	5	Severa
	6	
	7	Muy severa
	8	
	9	
	10	Muy, muy severa (casi máximo)
	•	Máxima

**(ANEXO 10). NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.**

<b>Sexo: femenino</b>	<b>Edad:72 años</b>	<b>Peso, kg: 49</b>	<b>Altura, cm: 150</b>
<b>A. ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, ¿dificultad de masticación o deglución en los últimos 3 meses?</b> 0= ha comido mucho menos 1= ha comido menos <b>2= ha comido igual</b>		<b>K. Consume:</b> • Productos lácteos al menos una vez al día? <b>SI</b> • Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? <b>SI</b> • ¿Carne, pescado o aves, diariamente? <b>NO</b> 0.0 = 0 o 1 síes <b>0.5 = 2 síes</b> 1.0 = 3 síes	
<b>B. Pérdida reciente de peso (&lt;3 meses)</b> 0 = pérdida de peso > 3 kg <b>1 = no lo sabe</b> 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso		<b>L. Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?</b>  <b>0 = no</b> 1 = sí	
<b>C. Movilidad</b> 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior <b>2 = sale del domicilio</b>		<b>M. Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche,)</b> <b>0.0 = menos de 3 vasos</b> 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	
<b>D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</b> <b>0 = sí</b> 2 = no		<b>N. Forma de alimentarse</b> 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad <b>2 = se alimenta solo sin dificultad</b>	
<b>E. Problemas neuropsicológicos</b> 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada <b>2 = sin problemas psicológicos</b>		<b>O. Se considera el paciente que está bien nutrido?</b> 0 = malnutrición grave <b>1 = no lo sabe o malnutrición moderada</b> 2 = sin problemas de nutrición	
<b>F. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m) <sup>2</sup></b> 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 <b>2 = 21 ≤ IMC &lt; 23</b> 3 = IMC ≥ 23		<b>P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?</b> 0.0 = peor    0.5 = no lo sabe 1.0 = igual <b>2.0 = mejor</b>	
Evaluación cribaje (subtotal máx. 14 ptos) <b>12-14 puntos: estado nutricional normal</b> <b>8-11 puntos: riesgo de malnutrición</b> <b>0-7 puntos: malnutrición</b>		Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 <b>0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22</b> 1.0 = CB > 22	
EVALUACIÓN		<b>R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)</b> 0 = CP < 31 <b>1 = CP ≥ 31</b>	
<b>G. El paciente vive independiente en su domicilio?</b> <b>1 = sí</b> 0 = no		Evaluación (máx.16 puntos) . = 12 Cribaje . = 9 Evaluación global (30 puntos) = 21	
<b>H. Toma más de 3 medicamentos al día?</b> 0 = sí <b>1 = no</b>		<b>EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL</b>	
<b>¿I. Úlceras o lesiones cutáneas?</b> 0 = sí <b>1 = no</b>		De 24 a 30 puntos estado nutricional normal <b>De 17 a 23.5 puntos riesgo de malnutrición</b>	
<b>J. Cuántas comidas completas toma al día?</b> 0 = 1 comida    1 = 2 <b>comidas</b> 2 = 3 <b>comidas</b>		Menos de 17 puntos malnutrición	

(ANEXO11). NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

ESCALA DE BARTHEL

<b>COMER</b> 0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = Independiente (la comida está al alcance de la mano)	<b>DESPLAZARSE</b> 0 = Inmóvil 5 = Independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
<b>TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA</b> 0 = Incapaz, no se mantiene sentado 5 = Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = Independiente	<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b> 0 = Incapaz 5 = Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = Independiente para subir y bajar
<b>ASEO PERSONAL</b> 0 = Necesita ayuda con el aseo personal 5 = Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	<b>VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b> 0 = Dependiente 5 = Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
<b>USO DEL RETRETE</b> 0 = Dependiente 5 = Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo 10 = Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	<b>CONTROL DE HECES</b> 0 = Incontinente (o necesita que le suministren enema) 5 = Accidente excepcional (uno/semana) 10 = Continente
<b>BAÑARSE/DUCHARSE</b> 0 = Dependiente 5 = Independiente para bañarse o ducharse	<b>CONTROL DE ORINA</b> 0 = Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 10 = Continente, durante al menos 7 días
Grado de dependencia según puntuación de la escala - Independiente: 100 (95 en silla de ruedas). <ul style="list-style-type: none"><li>• Dependiente leve: 91-99</li><li>• Dependiente moderado: 61-90</li><li>• Dependiente grave: 21-60</li></ul>	

<b>Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)</b>	
<b>Resultado</b>	<b>Grado de dependencia</b>
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

**(ANEXO 12) NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.**

**Test del sueño (Escala Epworth)**

<b>I) Durante el mes pasado, cómo consideras la calidad de tu sueño?</b>	
1. Muy buena	<input type="checkbox"/>
2. Aceptablemente buena	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Ligeramente pobre	<input type="checkbox"/>
4. Muy pobre	<input type="checkbox"/>
<b>II) Durante el mes pasado, ¿aproximadamente cuántos minutos necesitaste usualmente para dormirte una vez que decidiste ir a dormir?</b>	
1. 0-20 min.	<input type="checkbox"/>
2. 21-30 min.	<input checked="" type="checkbox"/>
3. 31-60 min.	<input type="checkbox"/>
4. más de 60 min.	<input type="checkbox"/>
<b>III) Durante los últimos treinta días, ¿cuántas veces te has despertado cada noche?</b>	
1. ninguna	<input type="checkbox"/>
2. 1-3	<input type="checkbox"/>
3. 4-5	<input type="checkbox"/>
4. más de 5	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>IV) Cada noche, durante el pasado mes, ¿cuántas horas has dormido realmente, sin contar el tiempo que estuviste despierto?</b>	
1. 8 horas.	<input type="checkbox"/>
2. 6-7 horas.	<input checked="" type="checkbox"/>

3. 5-6 horas.	<input type="checkbox"/>
4. menos de 5 horas.	<input type="checkbox"/>
<b>V) Durante el pasado mes, ¿te sentiste con sueño durante el día?</b>	
1. Nunca	<input type="checkbox"/>
2. Un poco	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Bastante	<input type="checkbox"/>
4. Todo el tiempo	<input type="checkbox"/>
<b>VI) En el pasado mes, ¿cuántas veces tuviste que tomar algún producto de venta libre (infusiones, preparados de Homeopatía, extractos de hierbas en comprimidos o en gotas) para poder dormir?</b>	
1. Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>
2. 1-7	<input type="checkbox"/>
3. 8-20	<input type="checkbox"/>
4. Más de 20	<input type="checkbox"/>
<b>VII) En el pasado mes ¿cuántas veces has tomado medicamentos sedantes de venta bajo receta para dormir?</b>	
1. Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>
2. 1-7	<input type="checkbox"/>
3. 8-20	<input type="checkbox"/>
4. Más de 20	<input type="checkbox"/>

<b>Evaluación: 14</b>
<i>Suma los puntos que corresponden a los números de la izquierda.</i>
Si la puntuación total es:
- de 7 a 9: no padeces de insomnio
- de 9 a 14: insomnio leve
- de 14 a 21: insomnio moderado
- de 21 a 28: insomnio severo

**(ANEXO 13). NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES.**

### **CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA**

<b>CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA CASI SIEMPRE</b>	<b>Nunca 0</b>	<b>Casi nunca 1 punto</b>	<b>Algunas veces 2 puntos</b>	<b>Casi siempre. 3 puntos</b>	<b>Siempre 4 puntos</b>
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.					x
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas					x
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.					x
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor					x
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.					x
<b>Total</b>	20				

### **Puntuación**

Luego de haber aplicado el cuestionario es momento de saber la puntuación:

- **Puntuación de 17 – 20:** Sugiere una Función Familiar Normal
- **Puntuación de 16 – 13:** Sugiere una Difusión familiar leve
- **Puntuación de 12 – 10:** Sugiere una Difusión familiar Moderada
- **Puntuación de 9 o menos:** Sugiere una Difusión familiar Severa

### **(ANEXO 14). NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL**

<b>CUESTIONARIO DUKE –UNC Población</b>	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					<b>X</b>
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa				<b>X</b>	
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo			<b>X</b>		
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					<b>X</b>
5.- Recibo amor y afecto					<b>X</b>
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					<b>X</b>
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					<b>X</b>
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					<b>X</b>
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas			<b>X</b>		
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida				<b>X</b>	
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					<b>X</b>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>Total. 47</b>				

### **CUESTIONARIO DUKE –UNC Población**

El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos: La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.



**(ANEXO 15) EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS**



## ANEXO 16 CONSENTIMIENTO INFORMADO

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Quinaucho Guangaje María Antonia con CC.1708297716, residente en el barrio Chillapatacalera de la parroquia Cochapamba del Cantón Saquisilí de la provincia de Cotopaxi.

#### DECLARO:

En Ambato a 28 de Mayo del 2016, Que la estudiante de Décimo Semestre de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, me ha informado de manera comprensible y detallada acerca del Estudio de Caso que va a realizar con el tema de: **“ENFERMEDADES BILIARES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENFOCADOS A LOS PACIENTES Y COMPLICACIONES AÑADIDAS ”** la Estudiante ha contestado todas mis preguntas y dudas respecto al trabajo a realizar, por ello otorgo el presente consentimiento, del cual se me ha facilitado una copia.



.....  
Firma

## ANEXO 17

# GUIA DIRIGIDA AL CUIDADOR EN PACIENTES CON COLEDOCOLITIASIS

La salud es un bien que consiste en proporcionar en armonía de cosas diferentes, es como una música concertada que hace entre si los humores del cuerpo.



*AUTORA: MERCY  
XIMENA  
QUISAGUANO  
DOICELA*

## **PRESENTACIÓN**

La salud es un bien que consiste en proporcionar en armonía de cosas diferentes, es como una música concertada que hace entre si los humores del cuerpo.

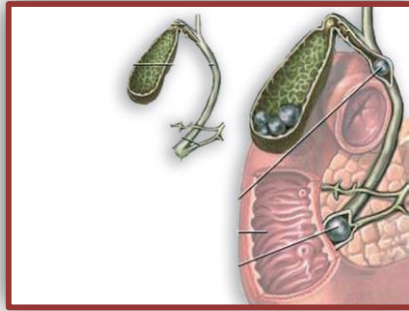
La presente guía surge al ir revisar el contenido de la historia y al realizar la visita domiciliaria, viendo como es muy indispensable que una persona tenga conocimientos mínimos para el cuidado de la paciente tanto nutricional, higiene, y prevenir lesiones ya que es una paciente de tercera edad.

La presente guía de atención de enfermería, contiene información muy importante debido existe un gran número de pacientes con coledocolitiasis, en nuestros medios, misma que será de mucha ayuda para brindar una atención requerida a la paciente para mejorar la calidad de vida.

## DESARROLLO

### COLEDOCOLITIASIS

Es la presencia de por lo menos un cálculo biliar en el conducto colédoco. Dicho cálculo puede estar formado de pigmentos biliares o de sales de calcio y de colesterol

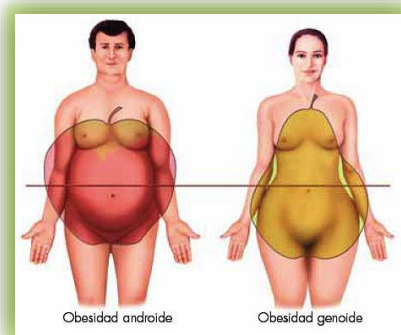


### Factores de riesgo que contribuyen a la formación de los cálculos

Edad mayor de 60 años



Obesidad

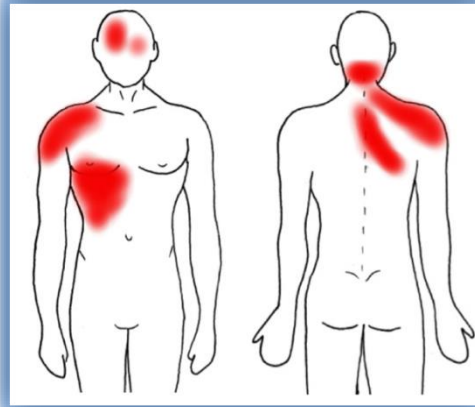


Uso de alcohol u drogas

El ayuno

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Dolor repentino en la parte superior del abdomen



Náuseas.



Vómito.



## PREVENCIÓN

Mantenga el peso ideal



Evite comidas abundantes o muy grasosas



Reduzca el consumo de colesterol

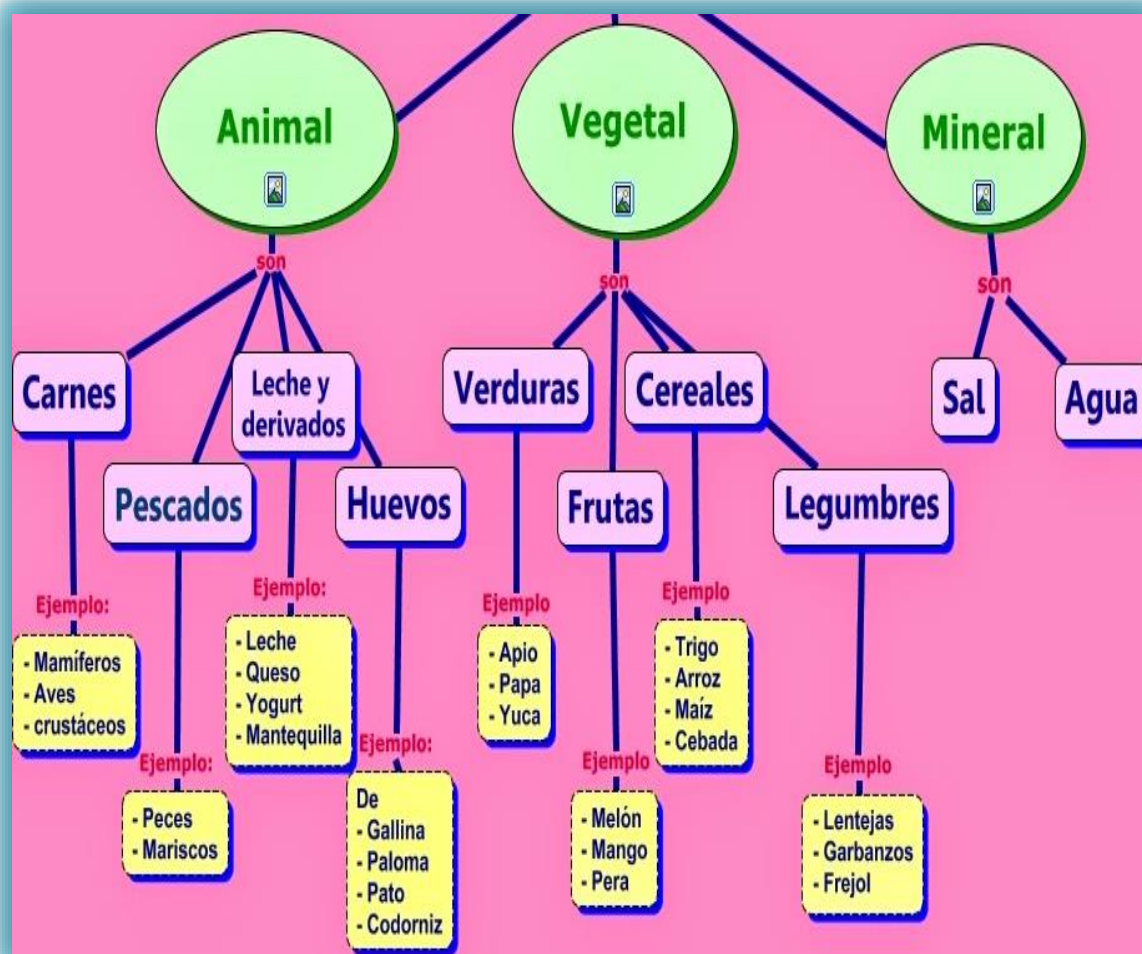


Alimentos que contiene grasa: Entre las fuentes de grasa trans tenemos:

- Alimentos elaborados como bocadillos (galletas saladas y papitas, totopos o chips)
- Productos de repostería o pastelería (panecillos, galletas y pasteles) con aceite hidrogenado o aceite parcialmente hidrogenado
- Margarina en barra
- Manteca
- Cierta comida rápida como las papas fritas
- Alimentos fritos.
- Salsas: Mayonesa, ketchup, a base de cremas.

## Nutrición

Se recomienda Consumir dietas blandas bajas en grasa con aporte calórico





**Alimentación para una dieta blanda entre estos podemos encontrar.**

**Leche, yogur y queso.**



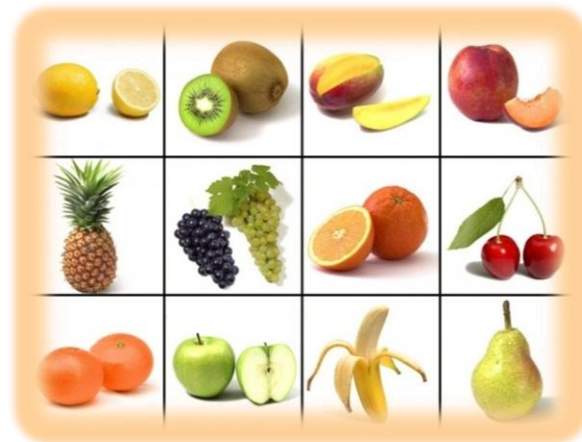
**Carne y, aves, pescado y mariscos, huevos**



**Vegetales y verduras**



**Frutas**



## COLECISTECTOMÍA

### Cuidados de la herida quirúrgica

- La herida debe permanecer cubierta y seca durante las primeras 48 horas.
- Es muy importante la higiene diaria (ducha si lo desea).

### Cuidados en casa

Deambulación temprana.



Herida quirúrgica descubierta, limpia y seca.



Evite consumir lácteos y grasas.



Evite esfuerzo físico exagerado.



**Debe vigilar signos de alarma como**

Siga recomendaciones médicas.



Cambios en herida quirúrgica, inflamación en los bordes, sangrado.



Calor en el área de la incisión.

Dolor intenso.



Fiebre.

Zona de enrojecimiento y calor.



Supuración o mal olor en la herida.

Nauseas, vomito



En caso de cualquier duda, o presentar algún signo mencionado anteriormente póngase en contacto inmediatamente con la casa asistencial de salud más cercana a su domicilio.

La sutura se retira aproximadamente de 7-9 días (se le especificará en su receta de salida el día en que deba acudir a su consulta de control, previa cita).

#### **Cuidados del paciente:**

- debe alternar el reposo con la actividad, no es beneficioso el encame diurno o durante varias horas seguidas. Es deseable que ande precoz para evitar problemas tromboembólicos.
- Debe evitar esfuerzos físicos, y coger peso durante 15-20 días.
- Tendrá que seguir una dieta progresiva, en principio blanda, introduciendo progresivamente alimentos a lo largo de 3-5 días. La dieta que debe seguir es una dieta pobre en grasas, baja en colesterol y no debe tomar productos lácteos.
- Los hábitos higiénicos deben ser los de una persona sana, teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores acerca de la herida quirúrgica.

#### **Posibles complicaciones:**

- Es importante vigilar la herida, la aparición de fiebre haría pensar en una complicación infecciosa postoperatoria.
- El dolor es normal, si no desaparece o disminuye con los analgésicos prescritos tomados de forma correcta, debe pensarse en alguna complicación de la herida y planteará consulta con su médico.

## DIETA POST CIRUGÍA

La dieta en el postoperatorio será la siguiente:

- ✓ Inicio de ingesta líquida a las 24 horas después de la colecistectomía.
- ✓ Si se tolera, a las 48 horas, dieta semilíquida biliar baja en grasa pero sólo media ración.
- ✓ A las 72 horas, se recomienda dieta blanda biliar en media ración.
- ✓ La dieta de continuación es una dieta blanda biliar que si la tolerancia es buena se seguirá con esta en volúmenes moderados.

### Dieta post extirpación de la vesícula biliar

La dieta es el factor muy importante que debe ser considerado, así como el cuidado posterior a la cirugía de extracción de la vesícula biliar. Teniendo esto en cuenta, una dieta adecuada y planificada (sin grasa, alta en fibra) después de extracción de la vesícula biliar debe ser seguida.

Su dieta después de cirugía de la vesícula biliar debe incluir los siguientes productos alimenticios.

### La dieta debe incluir:

- Productos de grano entero
- Sopas
- Consumir alimentos ricos en verduras hortalizas y frutas. estos alimentos aportan mucha fibra y vitaminas, la fibra forma una red que captura la bilis y elimina previene el colesterol y mejora la flora intestinal
- Especies y hiervas aromáticas que mejoran la digestión, como, por ejemplo. La menta

- Se recomienda una dieta con poca grasa o aceite, es considerable cocinar a vapor o hervidos, para disminuir el aceite que utiliza en la preparación de los alimentos.
- 
- Hidratación; la deshidratación aumenta la concentración de bilis y puede favorecer a las piedras de colesterol.
- Realizar un huerto orgánico de hortalizas (legumbres) principalmente la zanahoria es recomendable para después de la cirugía de la vesícula, el consumo en lo posible debe ser diario; son vegetales ricos en betacarotenos unos componentes que protegen las membranas digestivas contra el efecto irritante de la bilis, Consumir zanahorias licuada rallada cruda en ensaladas, puré o en cremas.
- Verduras las más ricas en vitamina C, como el brócoli, col, nabo rábanos, coliflor, contiene además de fibra unos componentes llamados Glucosinolatos con propiedades antioxidantes.



#### Los alimentos que deben evitarse

- Los alimentos fritos
- La comida picante
- Cítricos en ayunas
- El azúcar blanca y harina blanca
- Pasteles

## **Alimentos prohibidos**

- Chocolate
- Carnes grasas: cordero, cerdo
- Embutidos
- Huevos, especialmente la yema por el alto contenido de grasa
- Leche entera, mantequilla, nata
- Salsas, especias, picantes
- Manzana cruda, melón, sandía
- Crema, flan
- Frutos oleaginosos: aceitunas, nueces, avellanas, almendras
- Aceite o manteca para freír o guisar
- Los alimentos flatulentos como legumbres, col, coliflor, col de Bruselas, alcachofas, nabos, cebolla cruda

El cuerpo se adapta con facilidad a los cambios, al final recuperarás tu estilo de vida al que estás acostumbrado. Las modificaciones serán transitorias, pero es importante seguirlas para evitar causar daños en tu aparato digestivo y así fomentar una recuperación más rápida.

## **Consejos generales después de la extirpación de la vesícula biliar**

Después de la eliminación de la vesícula biliar, es muy esencial mantener una dieta baja en carbohidratos y alta en proteínas

- El primer paso en el plan de dieta después de la extirpación de la vesícula biliar es comer comidas más pequeñas 5 o 6 veces al día y evitar la dieta rica en grasa.



- Los alimentos deben prepararse al vapor o al horno.



- Comer despacio y masticar bien los alimentos siempre es importante, no sólo después de una intervención quirúrgica.





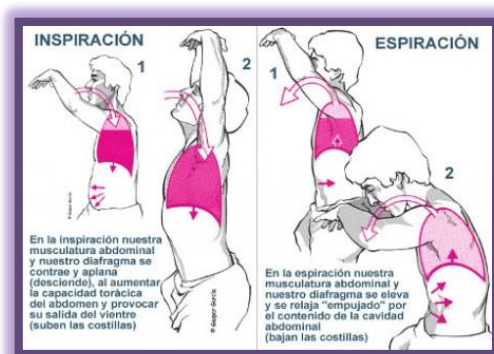
- Evita las grasas en todas sus formas (frituras, guisos, parrillas, cremas, lácteos enteros) durante las primeras tres semanas tras la intervención quirúrgica.



- Evita los alimentos con exceso de condimentos, los que producen gases y el estreñimiento.



- Evita realizar esfuerzos físicos intensos, pero realiza ejercicios respiratorios de inspiración profunda: 10 veces en la mañana, tarde y noche.



- El alto consumo de grasas después de la cirugía, puede causar la diarrea o hinchazón en la región.



- Aumente la ingesta de alimentos fibrosos como el arroz integral, pan integral y verduras con alto contenido de fibras.

**Fibra**

Las fuentes alimenticias de fibra incluyen trigo entero, salvado, frutas frescas o deshidratadas y verduras



La adición de fibra en la dieta ayuda en los procesos de digestión y a prevenir el estreñimiento. Las verduras, las frutas frescas (especialmente las deshidratadas), el trigo entero, el salvado o los cereales de harina de avena son todos excelentes fuentes de fibra. Para recoger los beneficios de la fibra es importante ingerir una buena cantidad de líquidos.

- Evite los productos lácteos, ya que pueden causar diarrea y puede empeorar la condición.



- El agua juega un papel muy importante para mantener el proceso de digestión bajo control. Beba mucha agua, pero asegúrese de que está filtrada.



- Evite las bebidas alcohólicas y las bebidas carbonatadas.



- Evite los productos que contienen cafeína, como el té y el café, ya que pueden obstaculizar el proceso de la digestión.

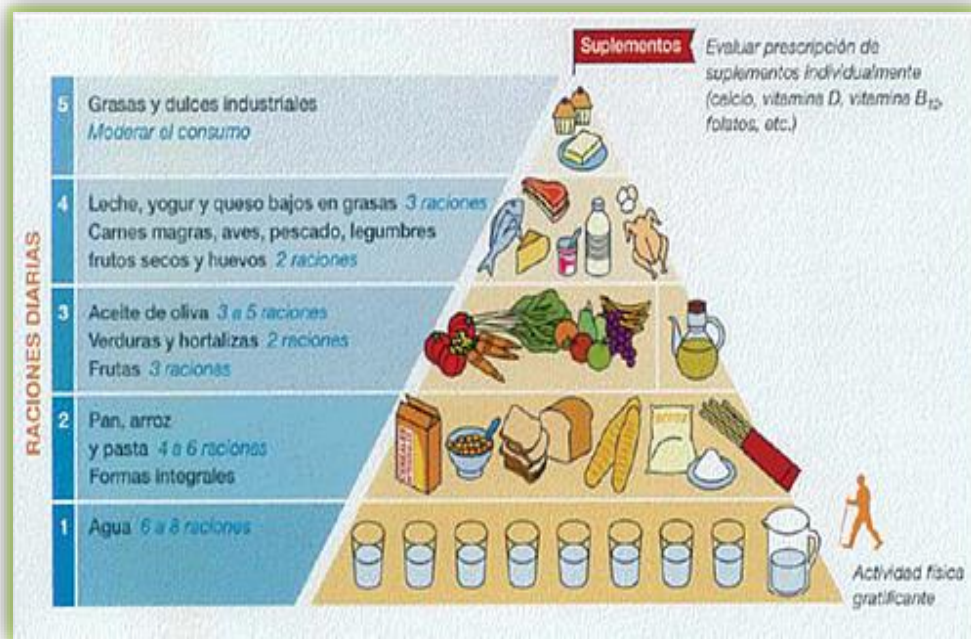


- La ingesta de grasas saturadas debe limitarse.

**Grasa: en menor cantidad posible evitando grasa animal**



## DIETA EQUILIBRADA DE SÓLIDOS Y LÍQUIDOS EN HORAS ADECUADAS



## ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR



Una buena nutrición empieza por la boca, para las personas adultas mayores se recomienda que los alimentos sean suaves, en trozos pequeños para ayudar a su buena masticación. Es importante que los alimentos sean atractivos a la vista.

Recuerde que la hidratación es muy importante tome de 6 a 8 vasos de agua pura al día a pesar de no sentir sed.






Consuma proteína (pescado, pollo, res) en su dieta, la cual ayuda a proteger al organismo de todo tipo de enfermedades.

La fibra de las verduras ayuda a mantener una buena digestión y aporta vitaminas y minerales.

Los carbohidratos como el arroz, pastas integrales, cereales, tortillas nos aportan energía pero hay que consumirlos con moderación



PORCIONES QUE DEBE INGERIR

ALIMENTO	CANTIDAD POR DÍA	1 PORCIÓN ES IGUAL A
 <p><b>Lacteos descremados</b> Aportan proteínas, calcio, vitaminas A y B</p>	<b>2 a 3 porciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 taza de leche descremada</li> <li>• 1 yogurt bajo en calorías</li> <li>• 1 trozo de quesillo 3x3 cm</li> <li>• 1 rebanada de queso blanco</li> <li>• 1 lámina de queso mantecoso</li> </ul>
 <p><b>Pescado, carnes y huevos</b> Aportan proteínas, hierro, zinc y cobre</p>	<b>1 porción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 presa de pescado</li> <li>• 1 presa de pollo o pavo sin piel</li> <li>• 1 bistec a la plancha o asado (carne magra)</li> <li>• 1 huevo</li> <li>• 1 taza de legumbres</li> </ul>
 <p><b>Verduras</b> Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética</p>	<b>3 porciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 plato de lechuga, repollo, coliflor, apio o brócoli</li> <li>• 1 tomate regular</li> <li>• 1 taza de acelgas, espinacas, zanahorias, betarragas o zapallo</li> </ul>
 <p><b>Frutas</b> Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética</p>	<b>2 porciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 naranja, manzana, pera o membrillo</li> <li>• 2 duraznos, kiwis o tunas</li> <li>• 2 damascos o ciruelas</li> <li>• 1 rebanada de melón</li> <li>• 1 taza de uvas o cerezas</li> </ul>
 <p><b>Pan, cereales y papas</b> Aportan calorías, hidratos de carbono, fibra dietética y proteínas</p>	<b>2 a 3 porciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 hallulla o marraqueta</li> <li>• 2 rebanadas de pan integral</li> <li>• 2 rebanadas de pan molde</li> <li>• 6 galletas de agua o soda</li> <li>• 1 taza de arroz, fideos o papas cocidas</li> <li>• 1 taza de choclos, habas o arvejas frescas</li> </ul>

Este plan de alimentación incluye la pequeña cantidad de aceite que se agrega a las ensaladas / Incluir una pequeña cantidad de azúcar y sal.

# HIGIENE DEL CUERPO



**ME BAÑO**



**ME LAVO LAS MANOS**



**ME PEINO**



**ME LAVO LOS DIENTES**



**ME LAVO LA CARA**



**ME LIMPIO LAS UÑAS**



REALIZAR TERAPIAS DE RELAJACIÓN.

# Ejercicios para relajar

Si pasas mucho tiempo sentado, practica estos ejercicios para relajar los músculos.



## **CONCLUSIONES**

Esta guía fue elaborada en base a la valoración de las necesidades de percibidas en el paciente, para así contribuir en la mejora de su salud, y también ayudara en el manejo al cuidador, debido a que su manejo no es adecuado.

## **RECOMENDACIONES**

Es indispensable leer la guía ya que servirá de mucha ayuda en el cuidado al paciente y así poder evitar complicaciones futuras acudir a un médico desde el inicio de los primeros síntomas que se producen para así evitar que la enfermedad avance ya que una de las principales causas de esta enfermedad se debe el consumo excesivo de grasas.

## BIBLIOGRAFÍA

- ✓ <https://www.google.com/search?q=coledocolitias&ie=utf-8&oe=utf-8#q=coledocolitias+en+ecuador++pdf>.
- ✓ <https://www.google.com/search?q=coledocolitias&ie=utf-8&oe=utf-8#q=guia+de+cuidados+de+nutricion+el+paciente+con+coledocolitias+>.
- ✓ <http://www.botanical-online.com/dieta-colecistectomia.htm>.
- ✓ [http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA\\_ATENCION\\_ENFERMERIA\\_CIRURGIA%202008.pdf](http://www.hsr.gob.pe/gclinicas/pdf/2008/GUIA_ATENCION_ENFERMERIA_CIRURGIA%202008.pdf)
- ✓ [http://www.universidadmundial.edu.mx/images/notas\\_2013/junio/guiaancianos/guia\\_alimentaria.pdf](http://www.universidadmundial.edu.mx/images/notas_2013/junio/guiaancianos/guia_alimentaria.pdf)
- ✓ <http://www.5aldia.cl/wp-content/uploads/2015/06/Guia-alimentacion-adulto-mayor.pdf>
- ✓ <http://www.botanical-online.com/dieta-colecistectomia.htm>