



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS PRÁCTICAS

ESTUDIO DE CASO

Tema

Cuidados de enfermería a paciente con colecistitis crónica.

Autora


Fátima Yadira Chávez Cedeño

Tutora

Lcda. Fanny Mirian Chávez Vélez, Mg.

Manta – Manabí – Ecuador

2024 (1)

 Uleam ELOY ALFARO DE MANABÍ	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 2

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud de la Carrera de Enfermería Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular de Sistematización de Prácticas de Investigación o Intervención, bajo la autoría de la estudiante **Fátima Yadira Chávez Cedeño**, legalmente matriculado/a en la carrera de Enfermería período académico **2024 (1)**, cumpliendo el total de **384 horas**, cuyo tema del proyecto o núcleo problémico es **“Cuidados de enfermería a paciente con colecistitis crónica”**.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 31 de Julio de 2024.

Lo certifico,



Lcda. Fanny Mirian Chávez Vélez, Mg.

Docente Tutor(a)

Área: Salud y Bienestar



DECLARACIÓN DEL AUTOR

Quien suscribe **Fátima Yadira Chávez Cedeño**, portadora de la cédula de ciudadanía **1316815073**, libre y voluntariamente declaro que el presente tema de investigación: **“Cuidados de enfermería a paciente con colecistitis crónica.”**, su contenido, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son originales, auténticas y personales.

En tal virtud son para efectos legales y académicos que se desprenden del presente documento de sistematización de prácticas de investigación o intervención, como estudio de caso es y será de mi exclusiva responsabilidad legal y académica, como autora de este proyecto de grado.

Atentamente


Fátima Yadira Chávez Cedeño

AUTORA



AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi amplio agradecimiento a Dios, que me dio la Fe y la Fuerza para sacar adelante muchas cosas, por todo esto y mucho más que me ha dado y pasado en la vida, gracias a mis padres por la perseverancia, a mi hermano y hermana que son un ejemplo de constancia y disciplina, algo replicable, son inspiración de coraje y trabajo duro, mis sobrinos que son mi motor de vida, agradezco el apoyo de muchos otros familiares como mi cuñada, tíos (as), primos (as) y mi abuela que siempre han mantenido fe en mí, al igual que mi novio que con esfuerzo y sacrificio me concedieron al mundo de hoy como una profesional.

A mi tutora de Tesis, Lcda. Mirian Chávez, que con su esfuerzo y seriedad nunca dejó de creer en mí, gracias a todos los que me hicieron comprender que de este proyecto de grado se puede ganar y mejorar, agradezco a las autoridades académicas y demás entes que conforman nuestra “Carrera de Enfermería”, sin olvidarnos del cuerpo docente de la Carrera, que me brindaron todos los conocimientos a lo largo de la Carrera, a mis amigas que conocí en la carrera de Biología por siempre brindarme su apoyo, porque me pude equivocar de carrera pero no de amigas, mil gracias por haber entregado su sinceridad y mano amiga, con todo esto sigo creyendo en la firme seguridad de que existe personas con valores y principios que se deben mantener, inculcar y transmitir, y por último, un “Dios les Pague”.

DEDICATORIA

“Los valores de la verdad, el amor, la lealtad, la no violencia, el perdón, que tiene y sabe contagiar una persona al resto, son símbolo de valentía y coraje, probándose así que siente y estima a su pueblo”.

-MOHANDAS K. GANDHI

Con estas palabras de sinceridad y libertad, la concepción de este trabajo de investigación va dedicado principalmente a Dios, porque ha estado conmigo en todo momento, guiándome, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida, han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza, en cada reto que se me ha presentado, sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que he podido ir avanzando y llegar a la meta realizando mis sueños. Por último y como si fuera una reiteración, mil gracias infinitas.

Resumen

La colecistitis es una enfermedad que se evidencia por la inflamación de la pared de la vesícula biliar debido a la presencia de cálculos, su clínica se basa en el desarrollo del dolor producido en el cuadrante superior derecho del abdomen asociado a náuseas, vómitos, ictericia, deshidratación y fiebre. Para llegar a un diagnóstico definitivo el personal de salud se basa en parámetros clínicos y en hallazgos de laboratorio e imaginológicos. El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica debido a su mínima invasividad y al tiempo de recuperación del usuario. Es decir que el diagnóstico se realiza con la historia clínica completa, exploración física detallada, exámenes de laboratorio (elevación de bilirrubinas, sobre todo a expensas de la directa) y un método de imagen confirmatorio, como podría ser el ultrasonido.

El presente estudio de caso es de gran importancia en el ámbito de la salud ya que nos genera información sobre la patología y como debemos de actuar al momento de impartir el cuidado al usuario, siendo este de vital importancia para que recupere la su salud y pueda adaptarse a su nuevo estilo de vida. Teniendo como objetivo principal aplicar el proceso de atención de enfermería a pacientes con Colecistitis aguda, esto como punto importante para contribuir en la recuperación y mejoramiento de la calidad de vida del ser humano.

Por consiguiente, el estudio de caso permitió reconocer cada uno de los problemas de salud que presenta el usuario y priorizar las intervenciones de enfermería y a su vez conseguir resultados favorables en beneficio del mismo.

Palabras Clave

Tratamiento, Colecistitis, Vesícula biliar, intervenciones de enfermería.

Abstract

Cholecystitis is a disease that is evidenced by inflammation of the wall of the gallbladder due to the presence of stones; its clinic is based on the development of pain produced in the upper right quadrant of the abdomen associated with nausea, vomiting, jaundice, dehydration and fever. To reach a definitive diagnosis, health personnel rely on clinical parameters and laboratory and imaging findings. The treatment of choice is laparoscopic cholecystectomy due to its minimal invasiveness and user recovery time. In other words, the diagnosis is made with the complete medical history, detailed physical examination, laboratory tests (elevation of bilirubin, especially at the expense of the direct one) and a confirmatory imaging method, such as ultrasound.

This case study is of great importance in the field of health since it generates information about the pathology and how we should act when providing care to the user, this being of vital importance for them to recover their health and be able to adjust to your new lifestyle. Having as main objective to apply the nursing care process to patients with acute cholecystitis, this as an important point to contribute to the recovery and improvement of the quality of life of the human being.

Therefore, the case study allowed recognizing each of the health problems that the user presents and prioritizing nursing interventions and in turn achieving favorable results for the benefit of the user.

Key Words

Treatment, Cholecystis, Gallbladder, Nursing Interventions



CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
Resumen	VI
Abstract	VII
Introducción	9
Objetivos	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Justificación	12
Marco teórico	14
Marco metodológico	26
Diagnóstico del Estudio de Caso	28
Plan de Cuidado	32
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias	37

Introducción

La colecistitis es definida como una inflamación de la vesícula biliar, generalmente debida a una obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar. Por lo general, los pacientes experimentan dolor abdominal, fiebre y náuseas. En la mayoría de los casos, la ecografía puede detectar signos de inflamación de la vesícula biliar por lo que recomienda extirparla, en muchos casos utilizando un laparoscopio. Las personas con colecistitis crónica tienen ataques recurrentes de dolor. Aproximadamente el 95% de las enfermedades del tracto biliar están relacionadas con los cálculos biliares, entidad que clínicamente suele manifestarse mediante los llamados cólicos biliares. (Lindenmeyer, 2022).

De igual manera este autor da a conocer que, la colecistitis crónica casi siempre es secundaria a litiasis vesicular y presenta episodios previos de colecistitis aguda (en ocasiones leves). La lesión puede caracterizarse por un infiltrado leve de células inflamatorias crónicas o progresar hasta producir fibrosis de la vesícula biliar con reducción de su tamaño. La calcificación extensa de la vesícula biliar producida por fibrosis se denomina vesícula en porcelana.

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 (Machain-Vega, 2017).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (2020) afirma que, en el 2019 la colelitiasis es la primera causa de morbilidad con 43.673 egresos, siendo la primera causa de morbilidad en las mujeres con 31.056 egresos reportados y la tercera causa de morbilidad en hombres con 12.617 egresos reportados.

IMSS (2020) destaca que, la colecistitis crónica es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias y en la consulta externa de cirugía general. Se presenta con más frecuencia en mayores de 40 años, tanto en hombres como en mujeres, siendo más frecuente en el sexo femenino en relación.

Es por esta razón que, este trabajo da a conocer un poco más sobre la paciente María Reyes Rosero quien fue atendida en el Centro de Salud de Manta y trasladada al hospital Rodríguez Zambrano para la respectiva cirugía realizada en el mes de agosto del 2022.

Con este seguimiento se pretende conocer más a fondo los pasos y los cuidados de un paciente con colecistitis. En donde se tomará en cuenta tanto los objetivos, investigaciones realizadas, planes de cuidado y todo tipo de metodología que sea posible utilizar en este proceso.

Objetivos

Objetivo general

Aplicar el proceso de atención de enfermería a pacientes con colecistitis crónica.

Objetivos específicos

- Fundamentar bases epistemológicas de colecistitis crónica.
- Identificar necesidades o problemas reales y potenciales del paciente.
- Planificar acciones de enfermería de acuerdo a los diagnósticos, encaminadas a la resolución de los problemas y necesidades del paciente.
- Ejecutar cuidados de enfermería inmediatos.
- Evaluar las respuestas del paciente.

Justificación

El presente trabajo se enfocará en el estudio de colecistitis crónica, esto a razón de que los trastornos de las vías biliares son comunes y es esencial entender sus funciones complejas y sus enfermedades, ya que como enfermeras nuestra misión es el cuidar y ayudar al paciente a tener una recuperación favorable para un pronto retorno a la vida útil.

La colelitiasis es definida como, la presencia de cálculos en la vesícula biliar, estos pueden ser de colesterol, pigmento o mixtos, esta enfermedad está asociada a los estilos de vida, se incluyen complicaciones desde inflamación de la vesícula (Colecistitis) hasta perforación de la misma.

Este estudio de caso ayuda a dar a conocer cuáles son las Intervenciones de enfermería que se realizan en pacientes con colelitiasis en las áreas de hospitalización.

Es de resaltar el impacto positivo que presenta en el ámbito social y universitario ya que esta investigación servirá como direccionamiento para futuras investigaciones dentro de la rama de la salud sobre todo en los cuidados directos al paciente.

Es por ello que se realiza este caso clínico el cual se enfoca en las Intervenciones de enfermería en paciente con colelitiasis. Esta investigación beneficiara a todos los que estén interesados en aprender los debidos cuidados de enfermería en este grupo etario con colelitiasis. Planificar las intervenciones a realizar en este tipo de pacientes basados en el proceso de atención de enfermería y así mejorar la calidad de vida de estos usuarios durante su estancia hospitalaria.

Por consiguiente, este trabajo permitirá mostrar algunas de las intervenciones de la práctica enfermera, los cuidados y del cómo es la interacción enfermera-paciente.



En otras palabras, la relación interpersonal enfermera-paciente favorece la expresión de sentimientos, actitudes y creencias de la persona, lo que permite identificar aspectos que conducen a la exploración y comprensión de las necesidades humanas, que como resultado se establece la ayuda a la adaptación de la enfermedad y a un mejor afrontamiento en el ritmo habitual y vida social.

Marco teórico

Colelitiasis

La colelitiasis, o cálculos biliares, es una acumulación de depósitos endurecidos de fluido digestivo en la vesícula biliar. La vesícula es un órgano pequeño que se sitúa en el lado derecho del abdomen, justo debajo del hígado. Contiene, además un líquido digestivo denominado bilis, que se libera en el intestino delgado y que se encarga de ayudar a la digestión y las enzimas del organismo cuya función es la de descomponer las grasas. Los cálculos biliares varían en tamaño y número, ya que una persona puede desarrollar sólo uno o varios al mismo tiempo. Es una enfermedad metabólica y se desarrolla en tres etapas:

- Se inicia con un defecto en la secreción de lípidos biliares que da lugar a una sobresaturación biliar de colesterol.
- La segunda fase da comienzo cuando se produce una precipitación de cristales de colesterol.
- Por último, estos cristales se asocian con otros que constituyen la bilis, como el calcio o la bilirrubina y, debido a la agregación y el posterior crecimiento, se produce la formación de los cálculos. (Diario Medico, 2016)

La litiasis biliar

Grande (2021) da a conocer que es una patología que se caracteriza por la formación o visualización de cálculos tanto en la vesícula biliar o en el conducto biliar, esto se origina por variaciones en la composición biliar y la motilidad vesicular. Es una de las afectaciones del aparato digestivo que con más continuidad se observan en atención primaria, convirtiendo la colecistectomía la intervención quirúrgica como la más frecuente.

Incidencia

Esta enfermedad es una fundamental causa de morbilidad a nivel global, siendo su localización más habitual de los cálculos, la vesícula biliar. Respecto al desarrollo de los cálculos biliares suele tener predominio en el sexo femenino respecto al masculino y suele aumentar con los años.

En las mujeres entre el grupo etario de 20 y 39 años se presenta en un 5 al 20%, mientras que en mujeres mayores de 40 se da en un 25 al 30%. En América Latina se ha visto que entre el 5 y el 15 % de las personas con diagnóstico de litiasis vesicular con una incrementada prevalencia en etnias como la hispánica, los nativos americanos o la caucásica. (Villanueva Villafuerte, 2021).

Así mismo este autor da a conocer que, otros factores de riesgo que aumentan la creación tenemos al peso, embarazo, nutrición parenteral, fármacos, hipercolesterolemia, sedentarismo, algunas enfermedades sistémicas y la dieta. La localización más habitual de los cálculos biliares es la vesícula biliar.

Composición de los cálculos biliares

Según Grande (2021) existen tres mecanismos principales por los que se forman los cálculos biliares: la hipomotilidad vesicular, el incremento exagerado de colesterol y la nucleación acelerada. Los cuales están compuestos por colesterol, ácidos biliares y sales de calcio. Conocer la composición de los cálculos biliares es de suma importancia, ya que nos dan una superior o inferior posibilidad de ser expulsados por disolución o por trituración.

Cálculos de colesterol

Son mucho más frecuentes y son la respuesta a la sobresaturación de la vesícula biliar debido a que existe una eliminación incrementada de colesterol en la vesícula, hipomotilidad vesicular, nucleación acelerada y acumulación de gel de mucina. Habitualmente suelen aparecer solos y con gran tamaño, pero también hay aparición de varios. Cuando son de colesterol puro, no suponen más del 10% del total y en su mayoría son grandes y de color blanco-amarillento. En países desarrollados son presentados muy a menudo los cuadros de litiasis biliar.

Por otro lado, los cálculos mixtos de colesterol aparecen con más frecuencia y están compuestos por colesterol, calcio, bilirrubina, proteínas, carbonatos y fosfatos. Usualmente estos cálculos son múltiples, amarillentos, de superficie lisa y afacetada. (Villanueva Villafuerte, 2021).

Cálculos pigmentarios

Se han registrado la presencia de éste tipo de cálculos en un 25% de los cálculos biliares y son de origen en vesicular, se subdividen en 2 grupos: cálculos pigmentarios comunes o negros y cálculos marrones.

Los primeros tienen un tamaño mucho más reducido a comparación de los marrones, fácilmente frágiles, múltiples, coloración muy oscura y radiopacos en más de la mitad de personas, debido a su contenido en carbonato y fosfato cálcico. Se compone en su mayoría de bilirrubinato cálcico y pueden contener carbonatos, fosfatos y proteínas en cantidades variables. Suelen aparecer en caso de hemólisis crónica y cirrosis hepática. No es usual su aparición luego de una intervención en cirugía. (Villanueva Villafuerte, 2021).

Por otro lado, Erreyes (2019) menciona que, los cálculos marrones predominan en países orientales, se caracterizan por su radiotransparencia y se localizan preferentemente en los conductos biliares. Se componen en su mayoría de bilirrubinato cálcico, pero también contienen ácidos grasos en valores comprendidos entre un 20-40% de ácidos grasos. Suelen aparecer cuando se presentan cuadros de infecciones de las vías biliares. La recurrencia tras la cirugía es frecuente.

Factores de riesgo

La razón de la formación de los cálculos de la vesícula biliar son multifactoriales, factores que dificultan la producción hepática de colesterol, la función de la vesícula biliar (estasis o inflamación), producción de ácidos biliares o la absorción intestinal de colesterol y ácidos biliares son posibles contribuyentes a que se desarrollen cálculos biliares. Si se pudieran reconocer los factores asociados con la enfermedad de cálculos biliares, se podría trabajar más para prevenir su desarrollo y las complicaciones asociadas. (Lindenmeyer, 2022).

Dentro de los factores de riesgo encontramos variables modificables o ambientales: como patologías subyacentes (síndrome metabólico, DM2, dislipidemia, IMC incrementado), en los fármacos encontramos (tiazida, ceftriaxona, hormonas femeninas), disminución de la realización de ejercicios, pérdida rápida de peso, dieta, nutrición parenteral prolongada y no modificables o constitucionales: “antecedentes familiares de padecimiento patológico, predisposición genética, sexo femenino, años de los pacientes”, forman parte de la litogénesis. Los tres principales factores de riesgo para la formación de cálculos biliares, son: edad, sexo femenino y obesidad. (Siguenza, 2019).

Factores no modificables

Almora Carbonell Ceramides y Colaboradores en su estudio sobre Diagnóstico clínico y epidemiológico de litiasis vesicular; y Llerena Gomez Skarlet en su estudio sobre Factores asociados a coledocolitiasis; plantearon los siguientes Factores de riesgo:

- **Edad:** la frecuencia se incrementa con los años, esto se puede visualizar en mujeres y varones, con una frecuencia mucho más incrementadas en personas a partir de los 40 años. El porcentaje en que aparece es de cerca del 20% de los adultos a partir de esta edad, sin embargo, en personas mayores a los 70 años en un 30%. Esto se relaciona a que a mayor edad se produce un aumento de la secreción de colesterol hacia la bilis y la disminución de la síntesis de ácidos biliares.
- **Sexo femenino:** Las mujeres con edades que oscilan de 20 a 60 años tienen una tendencia superior a presentar cálculos, al desarrollo de litiasis vesicular en tres veces las cifras en varones del mismo grupo de edad. En féminas en edad fértil se incrementa la posibilidad de esa patología con la gestación, el número de partos, el tratamiento con anticonceptivos orales combinados y en el caso de pacientes menopáusicas la terapia con estrógenos. Durante el proceso de gestación se desarrolla entre un 1-3% litiasis vesicular en mujeres, y en un 30% se registra casos de presencia de lodo biliar en mujeres embarazadas. Los elevados valores de estrógenos séricos producen una activación de la secreción biliar excesiva de colesterol y los niveles de progesterona incrementados producen estasis vesicular.
- **Historia familiar y predisposición genética:** Distintas investigaciones realizadas han presentado como resultados que la frecuencia de pacientes con colelitiasis del mismo grupo familiar podría tomarse como resultado de relación genética y factores



ambientales comunes. Al mismo tiempo se asocia que un riesgo en paciente con antecedentes de litiasis biliar se incrementa en 5 veces comparado con personas que no registran antecedentes familiares de esta enfermedad. (Obarrera Sifuentes, 2020).

Factores modificables

- **Obesidad:** Se ha señalado que existe un incremento de la incidencia del desarrollo de la colelitiasis en pacientes que presentan un índice de masa corporal (IMC) incrementado; las personas de sexo femenino con un $IMC \geq 32 \text{kg/m}^2$, presentan litiasis biliar. Aún no ha sido definido el mecanismo por el cual se desarrolla los cálculos biliares sin embargo ha sido manifestado que los pacientes obesos presentan mayor facilidad para sintetizar el colesterol a nivel hepático, lo que produce una eliminación en cantidades excesivas produciendo sobresaturación biliar, lo que también produce variaciones en el tiempo de nucleación que produce un incremento en la concentración de ácido araquidónico, prostaglandina E2 y glucoproteínas como la mucina.
- **Diabetes:** la presencia litiásica está incrementada en pacientes que presentan diabetes mellitus (DM2) sin embargo, otros investigadores no han hallado diferencias al realizar comparación en qué grupo de personas con IMC adecuada con y sin diabetes mellitus.
- **Pérdida de peso:** esto se explica por la hipersecreción de colesterol hacia la bilis, reducción de secreción de ácidos biliares e hipomovilidad vesicular.
- **Escasa actividad física:** debido a que realizar ejercicios es importante para la pérdida y mantenimiento de la masa, ejercitarse podría favorecer a que la vesícula biliar se contraiga, produciendo una reducción en el riesgo de desarrollar cálculos.
- **Dieta:** Tenemos factores que se asocian a un mayor riesgo de litiasis como dieta rica en carbohidratos, la escasa ingesta de vitamina C o un escaso consumo de fibras.



- **Nutrición parenteral prolongada:** se asocia por la pérdida de la estimulación entérica de la vesícula biliar durante la no ingesta de alimentos durante un ayuno prolongado, esto conlleva a estasis biliar favoreciendo la estructuración de lodo desde los primeros 7 días de ayuno. (Carbonell, 2012).

Manifestaciones clínicas

- **Cálculos biliares asintomáticos:** la mayor parte de los pacientes con cálculos biliares son asintomáticos. En estas personas, estos cálculos biliares se detectan de manera incidental en las pruebas de imagen abdominal. Estos pacientes la mayoría de veces los síntomas que desarrollan e informan son de un cólico biliar. Y es raro que un paciente que antes haya estado asintomático presente complicaciones de la litiasis biliar sin antes haber tenido episodios de cólico biliar.
- **Cálculos biliares sintomáticos:** lo clásico del cólico biliar es que se presenta es un malestar intenso y sordo que puede encontrarse en el CSD, epigastrio o con menos frecuencia en el área subesternal que puede irradiarse hacia la espalda. El dolor con frecuencia se asocia a náuseas, vómitos y diaforesis. Usualmente el patrón característico por el que se rige es cuando se come una comida rica en grasas, lo que desencadena una contracción de la vesicular biliar y por lo cual muchos pacientes informan dolor postprandial. (Shabanzadeh, 2018).

Oña Román (2016) alude que en la mayoría de los casos los cálculos biliares son el motivo principal del desarrollo de pancreatitis aguda y representa un promedio del 40-70% de los casos. Aún no se sabe el mecanismo fisiopatológico exacto por el cual los cálculos biliares producen pancreatitis. Pero se han postulado dos principales razones que pueden ser el comienzo de una pancreatitis por cálculos biliares: la obstrucción en la ampolla producto de un

cálculo(s) o edema que resulta del paso del cálculo; y por el mismo reflujo de bilis que va al conducto pancreático por la obstrucción transitoria de la ampolla durante el paso de los cálculos biliares.

Por lo que, Ixta (2021) manifiesta que habrá un mayor riesgo de padecer pancreatitis aguda en pacientes masculinos con cálculos biliares, pero aun así la incidencia es mucho mayor en mujeres por una mayor prevalencia de cálculos biliares. Donde vemos que hay un mayor riesgo de padecer pancreatitis por cálculos biliares pequeños. De acuerdo a esto se vio que los cálculos con diámetro < de 5 mm tienen una mayor probabilidad que los cálculos más grandes de pasar por el conducto cístico y producir una obstrucción en la ampolla.

Fístulas biliares

Rivera (2020) da a conocer que el íleo biliar es una complicación poco frecuente de la colelitiasis, y que ocurre en un aproximado de 0.5% de los casos que presentan una obstrucción mecánica del intestino delgado. Mayormente los pacientes mayores y las mujeres se encuentran más afectados.

La entrada frecuente de los cálculos biliares en el intestino se da por una fístula entérica biliar, que puede complicarse en el 2-3% de los casos de pacientes con colelitiasis y en episodios asociados de colecistitis. Se va a producir el íleo biliar cuando haya una obstrucción por un cálculo biliar lo suficientemente grande, donde vemos que el 90% de los cálculos obstructivos pueden tener más de 2 cm de diámetro, y entre un promedio de 50-70% de los cálculos biliares pueden impactar en el íleon, que viene a ser el segmento más estrecho del intestino. (Funes Rodríguez, 2017).



Exámenes complementarios

- **Estudios de laboratorio:** Estos suelen ser normales en aquellos pacientes que tengan enfermedad de cálculos biliares no complicada, tanto en los periodos asintomáticos como durante los ataques de dolor. Solo cuando se desarrolla una complicación de la litiasis biliar los análisis de sangre son anormales.
- **Ecografía abdominal:** puede considerarse de por sí la prueba más importante para poder detectar si hay cálculos biliares, ya que no es invasiva, de fácil acceso, barato, y no se somete al paciente a las radiaciones.
- **Ecografía endoscópica:** Este método de imagen puede identificar los cálculos pequeños que no pueden encontrarse en la ecografía abdominal, además de que puede usarse para poder excluir otras enfermedades gracias a que incluye también una endoscopia digestiva alta.
- **Microscopía biliar:** Su objetivo es el detectar los microcristales de bilirrubinato amorfo o de colesterol como una evidencia indirecta de la presencia de microlitiasis en la bilis.
- **Tratamiento Enfermedad no complicada calculosa:** El manejo del cólico biliar agudo, se basa en el control del dolor, y básicamente su control se puede lograr con fármacos AINES, y para aquellos que tienen algún tipo de alergia o contraindicación se le reserva los opioides. Lo primero que se usa en aquellos pacientes que llegan al servicio de urgencias por cólico biliar es el ketorolaco, y que va aliviar la clínica en un tiempo de 10-30 minutos, después de lo cual se le receta AINES vía oral si es que hay algún otro episodio de cólico biliar mientras el paciente espera la colecistectomía.
(Zakko, 2018)

La colecistectomía electiva se da en aquellos pacientes que muestran la clínica típica de cólico biliar y la presencia de cálculos biliares en las pruebas de imagen, todo esto con el fin de evitar complicaciones de la enfermedad y futuros cólicos biliares. La colecistectomía se realiza principalmente por vía laparoscópica, aunque siempre está la opción de realizar la incisión abierta en el cuadrante superior derecho.

Según Sakko (2018) las ventajas de la colecistectomía laparoscópica en cuanto a la colecistectomía abierta, es que la primera va a disminuir el dolor postoperatorio y va a reducir de una manera significativa el tiempo de estancia hospitalaria y la convalecencia, y es preferida en la mayoría de los casos desde el punto de vista cosmético. La desventaja de la cirugía por laparoscopia radica en que hay un mayor riesgo de que se lesione el conducto biliar común.

Por su parte es diferente cuando se maneja los cálculos biliares asintomáticos, los cuales en la mayoría de los casos no requieren tratamiento, y por lo general pueden ser tratados de una manera expectante y en algunos casos derivados para una colecistectomía cuando comienzan a desarrollar síntomas.

En este tipo de pacientes no está indicada la colecistectomía profiláctica, ya que siempre el riesgo de que puedan tener alguna complicación grave o que sea mortal es bajo. Además, se indica que a este tipo de pacientes se les dé la adecuada información sobre la sintomatología de la litiasis biliar para que puedan tener presente el tratamiento antes de que se desarrollen complicaciones graves. (Cabrera Buele, 2019).

Aspecto médico y de enfermería de acuerdo a su patología

Motivo de Consulta

Paciente que ingresa al hospital por área de emergencia, por manifestar dolor agudo abdominal de gran intensidad que se incrementa con náuseas y vómitos, al momento de la atención presenta adicional a lo anterior: hiperoxia, diaforesis, taquicardia y febrícula.

Evolución de Enfermería

– 10/08/2022

Usuaría de sexo femenino de 33 años de edad, la cual ingresa a esta casa de salud por presentar diagnóstico de abdomen agudo, en donde es ingresada para valoración por cirugía general, al momento es canalizada y se le administra tratamiento indicado. Posterior a la valoración y exámenes complementarios, paciente será intervenida quirúrgicamente de colecistectomía laparoscópica.

– 11/08/2022

Se realiza respectiva visita a paciente en sala de recuperación, a primera vista se puede observar que se la nota con facies de dolor con respecto a la cirugía por parte del personal médico, se prescribe analgésicos, por parte de enfermería se brinda el confort y recuperación óptima de la paciente de acuerdo a esto no se encontró otra anomalía.

– 18/08/2022

Se realiza visita a paciente a la semana postquirúrgica, la cual se encuentra en estables condiciones, se le comenta el hecho de esta visita y se nos manifiesta cómo ha ido evolucionando durante el periodo de recuperación, la cual nos comenta que hasta ahora todo ha ido de manera óptima.

Tratamiento

El tratamiento para la colecistitis generalmente implica una cirugía para extraer la vesícula inflamada. Antes de la cirugía, se le puede administrar una dosis de antibióticos como profilaxis. La colecistectomía puede realizarse como una cirugía abierta, en la que se hace una incisión en el abdomen de 5 a 10 centímetros de largo aproximadamente. O bien, la cirugía puede realizarse a través de unas incisiones pequeñas en el abdomen conocido como laparoscópica. Como se mencionaba, antes de la cirugía se debe administrar una dosis de antibióticos para tratar la infección y para el respectivo procedimiento en la cual consisten en el:

– **Tratamiento Prequirúrgico**

Generalmente se coloca plan de hidratación a 1 000 ml día y se suspende la vía oral. Y se realiza terapia de rehidratación endovenosa, si el cuadro lleva varias horas de evolución, controlando el medio interno. Y colocación de sonda nasogástrica si se presenta gran distensión abdominal. Y se coloca como profilaxis 2g de cefazolina diluidos en 100cc de cloruro de sodio al 0.9% una hora antes del procedimiento (si no presenta alergia al fármaco, caso contrario el medico adapta las indicaciones al paciente).

– **Tratamiento peri quirúrgico**

Se le administrada sedantes y relajante muscular para anestesia general, así mismos analgésicos para el manejo del dolor.

– **Tratamiento Post quirúrgico.**

Plan de hidratación y analgesia. El tratamiento antibiótico se adaptará al tipo de procedimiento al realizar y si existió alguna complicación en el acto quirúrgico.

Datos reales del tratamiento a paciente preoperatorio

Solución salina 0.9% 1000ml IV pasar 125ml/ hora.

Omeprazol 40mg IV STAT

Cefazolina 2g IV STAT (previo a cirugía)

– **Tratamiento transoperatorio (Transquirurgico)**

Se administrará analgesia aparte de los medicamentos usados en la anestesia general.

Tratamiento post operatorio

- Solución salina 1000cc pasar c12h.
- Ketorolaco 30mg iv cada 8 horas.
- Paracetamol 1G IV cada 12 horas.
- Omeprazol 40 mg IV QD.

Descripción Farmacológica de los medicamentos utilizados en el estudio de caso

Nombre genérico: OMEPRAZOL (inhibidor de la bomba de protones)			
Nombre comercial	Mecanismo de acción	Presentación comercial	Vía de administración
<ul style="list-style-type: none"> • Omezzol, losec, omepril, acidex, y prilosec, omeprazol 	Inhíbe la secreción de ácido en el estómago.	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulas de 20mg y 40mg • Bulbo de 40mg 	<ul style="list-style-type: none"> • VO • IV
Indicación	Posología/Dosificación	Contraindicación	Reacciones adversas
Se usa para tratar la acidez estomacal frecuente (ardor de estómago que se produce al menos 2 o más días por semana) en adultos.	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera gástrica: 40 mg IV al día. • Síndrome de Zollinger-Ellison: iniciar con 60 mg IV al día. • Síndrome de Zollinger-Ellison: 60 mg VO una vez al día. • Enfermedad por reflujo gastroesofágico: 10 a 20 mg VO por día. • Esofagitis erosiva: 20 mg VO por día. • Esofagitis erosiva refractaria: 40 mg VO por día. 	Contraindicado en casos de hipersensibilidad al omeprazol. No se aconseja su administración durante el embarazo y la lactancia. Su uso enmascara las manifestaciones de las úlceras malignas.	Sarpullido, urticaria, picazón, hinchazón de los ojos, cara, labios, boca, garganta o lengua; dificultad para respirar o tragar o ronquera. ritmo cardíaco irregular, rápido o fuerte; espasmos musculares; temblores incontrolables de una parte del cuerpo; cansancio excesivo; aturdimiento; mareos; o convulsiones.

Nombre genérico: KETOROLACO			
Nombre comercial	Mecanismo de acción	Presentación comercial	Vía de administración
<ul style="list-style-type: none"> • Toradol. • Algikey. • Droal. • Tonum. 	Inhíbe la actividad de la ciclooxigenasa, y por tanto la síntesis de prostaglandinas. A dosis analgésicas, efecto antiinflamatorio menor que el de otros AINE.	<ul style="list-style-type: none"> • Tabletas: 10 mg; • Ampolletas: 10 mg/mL, 30 mg/mL; • Gotas oftálmicas: 5 mg/mL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vía intramuscular. • Vía intravenosa. • Vía oral.
Indicación	Posología/Dosificación	Contraindicación	Reacciones adversas
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor posquirúrgico (a corto plazo no exceder de cinco días). • Conjuntivitis alérgica estacional (a corto plazo). • Profilaxis y reducción de la inflamación después de cirugía de cataratas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menores de 65 años: iniciar con 10 a 30 mg IM, seguido por 10 a 30 mg cada 4 a 6 h (máximo 90 mg/día); • Mayores de 65 años, con peso menor a 50 kg o dolor menos intenso: iniciar con 10 a 15 mg IM, seguidos por 10 a 15 mg cada 4 a 6 h (máximo 60 mg/día); o • Menores de 65 años: 10 mg VO cada 4 a 6 h (máximo 40 mg/día); o • Mayores de 65 años: 10 mg VO cada 6 a 8 h (máximo 30 a 40 mg/día). 	Hipersensibilidad al ketorolaco trometamol u otros AINE; úlcera péptica activa; antecedente de ulceración, sangrado o perforación gastrointestinal	Irritación gastrointestinal, sangrado, ulceración y perforación, dispepsia, náusea, diarrea, somnolencia, cefalea, vértigos, sudoración, vértigo, retención hídrica y edema.

Nombre genérico: CLORURO DE SODIO 0,9%			
Nombre comercial	Mecanismo de acción	Presentación comercial	Vía de administración
Cloruro de sodio 0,9%	Controla la distribución del agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos.	Solución transparente e incolora, Concentrado para solución para perfusión.	Uso por vía intravenosa exclusivamente tras diluición o adición a soluciones parenterales adecuadas. En general, se añade la cantidad calculada de cloruro de sodio a 250 ml de una solución para perfusión adecuada. En los casos de déficit de líquido se pueden utilizar volúmenes mayores de solución para perfusión
Indicación	Posología/Dosificación	Contraindicación	Reacciones adversas
<p>Se usa para reequilibrio iónico en estados de deshidratación con pérdida de sales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estados de hipovolemia. - Vehículo para la administración de medicamentos y electrolitos. - Alcalosis débiles. 	<p>Las dosis según criterio médico serán adaptadas a la necesidad clínica del paciente en función de la edad, peso, condición clínica, del balance de fluidos, de electrolitos y del equilibrio ácido-base.</p> <p>En general, se recomienda administrar la solución a una velocidad media de 40 a 60 gotas/min. 120 – 180 ml/hora. Debe ser administrada siempre por personal especializado</p>	<p>Hipersensibilidad, hipercloremia, hipernatremia, estados de hiperhidratación o intoxicación hídrica, hipocaliemia, hipopotasemia, acidosis, estados edematosos en pacientes con alteraciones cardiacas, hepáticas o renales, HTA grave.</p>	<p>Administración inadecuada o excesiva, hiperhidratación, hipernatremia, hipercloremia, acidosis metabólica, formación de edemas.</p>

Nombre genérico: CEFAZOLINA			
Nombre comercial	Mecanismo de acción	Presentación comercial	Vía de administración
Areuzolin, Kurgan, Tasep, Tecfazolina, Zolival	<p>Interfiere en la fase final de síntesis de pared celular bacteriana.</p> <p>Profilaxis de infecciones perioperatorias</p> <p>Para evitar infecciones perioperatorias durante una intervención quirúrgica contaminada o posiblemente contaminada, se recomiendan las siguientes dosis:</p> <p>De 1 g a 2 g por vía intravenosa, de 30 minutos a 1 hora antes del inicio de la intervención.</p>	Bulbo con polvo y disolvente para solución inyectable	<ul style="list-style-type: none"> • Administración intramuscular (IM) • Administración intravenosa (IV)
Indicación	Posología/Dosificación	Contraindicación	Reacciones adversas
<p>Infección respiratoria, urinaria, de piel y tejido blando, biliar, osteoarticular, septicemia, endocarditis; profilaxis en cirugía contaminada o infección de herida quirúrgica con riesgo importante.</p>	<p>La dosis depende de la sensibilidad del patógeno y de la gravedad de la enfermedad.</p> <p><u>Posología</u></p> <p>Adultos y adolescentes mayores de 12 años: La dosis habitual es de 1-2 g al día, administrada en dos o tres dosis iguales.</p> <p>Población pediátrica: Se recomienda una dosis de 25-50 mg/kg de peso corporal al día, dividida en dos a cuatro dosis iguales (una dosis cada 6, 8 o 12 horas).</p>	<p>Hipersensibilidad a cefalosporinas.</p>	<p>Vaginitis, moniliasis genital, fiebre medicamentosa, erupción cutánea, prurito vulvar, eosinofilia, shock anafiláctico; neutro, leuco y trombocitopenia; elevación de enzimas hepáticas, BUN y creatinina sérica, I.R., diarrea, náuseas, vómitos, anorexia, aftas bucales, trastorno hepatobiliar y urinario, prurito genital, dolor y flebitis en zona de iny.</p>

Marco metodológico

Para elaborar la primera parte de este estudio de caso, se ha realizado una búsqueda bibliográfica consultando diferentes bases de datos como son Medline, Pubmed, Cuiden Plus y Google Académico, empleando distintas cadenas de búsqueda tanto en inglés como en español, dando prioridad a aquellos estudios centrados en el tema y publicados en los últimos años. De todos los artículos consultados se han seleccionado aquellos que más se ajustaban a la finalidad de este trabajo.

Para la realización de la valoración de Enfermería, se ha utilizado el modelo de Virginia Henderson, y para el Plan de Cuidados Estandarizado, la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Los datos fueron recogidos de la historia clínica y por entrevista personal con la propia paciente.

A su vez una metodología objetiva en donde los pasos a seguir son:

- Designar el tema a desarrollar.
- Seleccionar al paciente para la aplicación del proceso atención enfermería
- Etapa de valoración recogida de datos mediante el formato de valoración de “Virginia Henderson” (Las 14 necesidades básicas).
- Revisión el expediente clínico.
- Etapa de diagnóstico
- De acuerdo a la valoración, desarrollar diagnósticos de enfermería reales o potenciales de acuerdo a las necesidades afectadas y el nivel de dependencia evidenciado en el paciente.
- Plan de atención de enfermería
- Planificación de las acciones a realizar de forma jerárquica y organizada
- Ejecución de actividades de enfermería que colaboren a cubrir las necesidades manifestadas por el individuo y llevarlo a un nivel de independencia.
- Evaluación de las actividades proporcionadas por la enfermera ante las necesidades del paciente.
- Asistir a revisiones con la coordinadora del Servicio Social.
- Hacer modificaciones en el trabajo siempre y cuando sea necesario.
- Si este es aceptado, se imprime para ser presentado a las autoridades

Diagnóstico del Estudio de Caso

Mujer de 33 años que acude por dolores en el hipocondrio derecho y dolor abdominal de larga duración localizada en el epigastrio.

Antecedentes Personales:

Datos clínicos: quistes ováricos

Medicación

Sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha.

Enfermedad Actual:

Paciente refiere que hace aproximadamente 4 horas y sin causa aparente presenta dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad en una medición de 9 de 10 localizada en el epigastrio y que irradia hacia hipocondría derecho y región lumbar además con deposiciones diarreas en más de 5 ocasiones estas son amarillas sin moco ni sangre y vómitos blanco espumoso de más 4 ocasiones paciente se administra remedios caseros y acude a emergencias

Exploración General:

- Tensión Arterial: 125/65 Mmhg.
- Frecuencia Cardíaca: 122 L.P.M.
- Temperatura: 36,5 °c.
- Saturación De Oxígeno: 97% .
- Abdomen blando, depresible y doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho. Signo de Blumberg negativo, Murphy positivo. No hernias. Peristaltismo conservado.

Pruebas Complementarias:

Ecg, pcr covid: negativa, test de orina: bilirrubina +; analítica de sangre: ph 7,24; pco₂ 45/6 meq/l; hco₃⁻ 25.2 meq/l; lactato 4.9 mmol/l; na 140 meq/l, k 5.2 meq/l; bilirrubina directa: 1.2 mg/dl; lipasa 101 u/l, ggt 727 u/l; got 110 u/l; gpt 208 u/l. Hemostasia sin alteraciones.

Ecografía Abdominal:

- Hígado de morfología y tamaño dentro de la normalidad, sin evidencia de lesiones focales.
- Vesícula hidrópica con microlitiasis y barro biliar, con engrosamiento de la pared de hasta 7 mm a nivel del fundus y aumento de la ecorrefrigencia de la grasa adyacente.
- Colédoco ligeramente dilatado hasta 10 mm con dudoso contenido ecogénico.
- Región pancreática visualizada, aorta abdominal y bazo sin alteraciones.
- Riñones de tamaño normal con leve pérdida de la diferencia corticomedular sin ectasia. Sinuquistosis bilateral.
- Vejiga poco replecionada con una lesión excrecente ecogénica de unos 12 mm en pared lateral derecha que no presenta registro Doppler, a valorar estudio.
- Hipertrofia prostática que impronta en suelo vesical.
- No se identifica líquido libre intraperitoneal.

Conclusión: colecistitis aguda. Colédoco ligeramente dilatado de 10 mm con dudoso contenido ecogénico. Lesión excrecente vesical (vejiga replecionada), sin registro Doppler aparente, de unos 12 mm en pared lateral derecha, a valorar estudio.

Impresión Diagnóstica:

Colecistitis aguda.

Intervención de enfermería

Según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson

Necesidad de respirar:

- Buen intercambio gaseoso

Necesidad de alimentación e hidratación:

- Mantiene dieta media equilibrada de acuerdo a necesidades, bebe aproximadamente 2 litro de agua al día y realiza 4 comidas (desayuno, comida, colación y merienda).
Peso: 76 Kg. Talla: 1.67 cm. IMC: 23.03 (normopeso). No ingesta de alcohol.

Necesidad de eliminación:

- El paciente es autónomo.

Necesidad de moverse y mantener una posición adecuada:

- El paciente es autónomo tanto para movilizarse como para mantener una posición adecuada.

Necesidad de sueño y descanso:

- Refiere conciliar el sueño con normalidad.

Necesidad de vestirse y desvestirse:

- Independiente para vestirse y desvestirse.

Necesidad de la temperatura corporal:

- Paciente afebril. Temperatura axilar termometrada de 36,5°C.

Necesidad de higiene y protección de la piel:

- Paciente autónomo para la higiene y protección cutánea diaria. Buen aspecto e higiene corporal.

Evitar los peligros del entorno:

- El paciente está muy preocupada por su salud

Necesidad de comunicarse:

- Consciente y orientado. Independiente para comunicarse con los demás.

Necesidad de actuar según sus creencias y valores:

- Es cristiana.

Necesidad de trabajar y sentirse realizado:

- Trabaja en casa, cosiendo.

Necesidad de participar en actividades recreativas:

- Bailoterapia

Necesidad de aprender:

- Necesita saber que pasara con ella

Plan de Cuidado

Diagnósticos de enfermería (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC)
<ul style="list-style-type: none"> - 00132 Dolor agudo r/c cólico biliar m/p expresión verbal y gesticular del dolor (dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho).
Resultados:
<ul style="list-style-type: none"> - 1605 Control del dolor.
Indicadores:
<ul style="list-style-type: none"> - 160502 Reconoce el comienzo del dolor. - 160513 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario. - 160507 Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario. - 160508 Utiliza los recursos disponibles. - 160509 Reconoce síntomas asociados del dolor. - 160511 Refiere dolor controlado.
Intervención:
<ul style="list-style-type: none"> - 2210 Administración de analgésicos. - 2300 Administración de medicación. - 1400 Manejo del dolor. - 6650 Vigilancia.
Actividades:
<ul style="list-style-type: none"> - Pedir al paciente que califique su dolor o molestia en una escala del 0 al 10 (0 = ausencia de dolor o molestia, 10 = el mayor dolor). - Utilizar un diagrama de flujo del dolor para vigilar el alivio del dolor debido a los analgésicos y los posibles efectos secundarios. - Realizar una valoración completa del dolor que incluya ubicación, características, aparición y duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor, así como los factores precipitantes. - Observar las señales no verbales de incomodidad. - Al dar el alta, incluir en las instrucciones los medicamentos específicos que debe tomar, la frecuencia de administración, los posibles efectos secundarios, las



posibles interacciones con otros medicamentos, las precauciones específicas que se deben tener al tomar la medicación (por ejemplo, limitaciones de la actividad física, restricciones de la dieta) y el nombre de la persona a quien se debe notificar si el dolor no disminuye.

- 00134 Náuseas r/c distensión biliar m/p sensación nauseosa.

Resultados:

- 1618 Control de náuseas y vómitos

Indicadores:

- 161801 Reconoce el inicio de náuseas.
- 161808 Utiliza medicación antiemética según las recomendaciones.
- 161812 Informa de náuseas, esfuerzos para vomitar y vómitos controlados.

Intervención:

- 1450 Manejo de las náuseas.

Actividades:

- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, duración, intensidad y los factores desencadenantes.
- Identificar factores que puedan causar o contribuir a las náuseas.
- Asegurarse de que se ha administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.

Resultados:

- Control y manejo de náuseas.

Evolución

La paciente ingresará en la planta de cirugía general, se seguirá como primera línea de tratamiento el uso de antibióticos parenterales y antiinflamatorios. Una vez controlado el proceso se realizará una intervención quirúrgica programada. Se deberá interactuar con el paciente realizando toma de constantes cada 8 horas, controlando la temperatura, así como

náuseas y dolor. En este caso es importante realizar un buen control del dolor así mismo como la administración de antieméticos para favorecer el bienestar del paciente.

Conclusiones

Mediante esta investigación se consiguió ampliar la información para respaldo de este caso clínico.

Así mismo, este estudio de caso se enriquece los conocimientos para poder aplicar los cuidados en enfermería logrando brindar una buena atención y así el usuario mejore su estado de salud.

Por lo que no existió ninguna dificultad para realizar este estudio ya que se tuvo mucha información, además hubo apoyo total por parte del paciente y sus familiares.

Concluyendo que, este estudio de caso es una experiencia que aporta un gran conocimiento no solo a nosotros sino a todas las generaciones que deseen partir de esta investigación sus propios artículos.

Recomendaciones

El cuidado de enfermería para los pacientes implica la realización de intervenciones orientadas a suplir las necesidades expresadas por el paciente, que apoyan la recuperación de la salud o el mantenimiento de la condición clínica.

Se incluye entre otros, elementos de carácter integral con el fin de preservar y fomentar la salud física y mental, favoreciendo aspectos como el ambiente, descanso, el sueño, nutrición, higiene y la dignidad. Curtis y Wiseman indican que mantener estos elementos a través del cuidado es una responsabilidad fundamental de los profesionales de enfermería, porque tienen un impacto significativo en los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes. Los cuidados otorgados a la paciente rondaron en pro a mantenerla cómoda y equilibrada con su entorno.

Referencias

- Cabrera Buele, S. A. (2019). Complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía en el Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo. Enero 2017-julio 2019. *Universidad Católica de Cuenca*.
- Carbonell, C. L. (2012). Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 200-214.
- Clavien, P. A. (1990). Gallstone ileus. *British Journal of Surgery*, 737-742.
- Erreyes, G. S. (2019). Factores de riesgos de colelitiasis en pacientes. *Unidad Académica de ciencias químicas y de la salud*.
- Funes Rodríguez, J. F. (2017). Obstrucción intestinal por cálculo biliar. Gallstone ileus. *Acta médica Grupo Ángeles*, 301-304.
- Grande, G. C. (2021). Dilation assisted stone extraction for complex biliary lithiasis: Technical aspects and practical principles. *World journal of gastrointestinal endoscopy*, 33.
- IMSS. (2020). Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis. *Guía de Práctica Clínica GPC*.
- Ixta Yxta, E. (2021). DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE COLEDOCOLITIASIS, EN PACIENTES QUE PRESENTAN PREDICTORES CLÍNICOS FUERTES Y MUY FUERTES.
- Kose, S. H. (2018). Metagenomics of pigmented and cholesterol gallstones: the putative role of bacteria. *Scientific reports*, 11218.

- Lindenmeyer, C. C. (2022). *Cleveland Clinic*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-de-las-vas-biliares/c%C3%A1lculos-biliares>
- Littlefield, A. &. (2019). Cholelithiasis: presentation and management. *Journal of midwifery & women's health*, 289-297.
- Machain-Vega, G. Y. (2017). Prevalencia de litiasis biliar en personas concurrentes al hospital de clínicas. *Cirugía paraguaya*, 21-24.
- Obarrera Sifuentes, R. (2020). Factores de riesgo de la enfermedad litiasica vesicular en pacientes del HNSEB, en el periodo de enero–diciembre 2019. *Repositorio Institucional*.
- Oña Román, A. L. (2016). actores de riesgo y complicaciones de la pancreatitis aguda, con evaluación de los criterios de Ranson, estudio a realizar en el Area de Emergencia del Hospital Luis Vernaza, período 2014-2015. *Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina*.
- Peter, A. C.-T. (2020). Multi-analyses of gallstones and correlation between their properties with the laboratory results. *Analytical biochemistry*, 113587.
- Rivera Rivera, D. F. (2020). Perfil del íleo biliar en el hospital III Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, enero 2002-diciembre 2019.
- Shabanzadeh, D. M. (2018). Incidence of gallstone disease and complications. *Current opinion in gastroenterology*, 81-89.

Vege, S. S. (2015). Etiology of acute pancreatitis. *UpToDate*, 17.

Villanueva Villafuerte, B. (2021). Factores de riesgo asociados a colecistitis crónica calculosa en el Hospital Maria Auxiliadora, 2019. *Universidad Cesar Vallejo*.

Zakko, S. F. (2018). Overview of gallstone disease in adults. *Accessed*, 27.

Zarate AJ, Álvarez M, King I, Torrealba A. Colecistitis aguda. Manual de enfermedades digestivas [Internet]. 2013 [citado 2021 Nov 11]. P.1. Disponible en: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/Colecistitis%20aguda.pdf>