

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE QUE VA A HACER SOMETIDO A CPRE (COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

TRABAJO DE TITULACIÓN

JONDER ALEJANDRO ALVAREZ RUEDA
VERONICA DEL ROCIO ERRAEZ GUAILLAS
SILVIA YAJAIRA PUCHAICELA POMA



INSTITUTO SUPERIOR UNIVERSITARIO BOLIVARIANO

TEMA:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE QUE VA A HACER SOMETIDO A
CPRE
(COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA)

TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

JONDER ALEJANDRO ALVAREZ RUEDA
VERONICA DEL ROCIO ERRAEZ GUAILLAS
SILVIA YAJAIRA PUCHAICELA POMA

DOCENTES RESPONSABLES:

Mgs. Herminia Piedad Hurtado Hurtado
Mgs. Rosa María Pongo Guamán

PERIODO OCTUBRE 2023- MARZO 2024

ÍNDICE

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. RESUMEN CASO	7
4. DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10	8
5. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA.....	9
6. FISIOPATOLOGÍA	9
7. ETIOLOGÍA	11
8. CUADRO CLÍNICO	11
9. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO	12
10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	13
11. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	25
12. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	26
13. RESULTADOS	36
14. DISCUSIÓN.....	37
15. CONCLUSIONES	38
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

1. INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento endoscópico para examinar y tratar un hallazgo específico dentro del conducto pancreático y del árbol o conducto biliar. El endoscopio utilizado en la CPRE se introduce por la boca, atraviesa el esófago, pasa al estómago y finalmente llega al duodeno (parte del intestino delgado que está más cerca del estómago), se emplea un catéter delgado a través del endoscopio para acceder a los conductos que conectan con el páncreas y la vesícula biliar (Feldman et al., 2021)

A nivel mundial, según datos de la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva (ESGE), se realizan cada año 2 millones de colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE), la incidencia de CPRE varía en contexto a la región geográfica. En Europa, la prevalencia de este procedimiento es de alrededor de 100 CPRE por cada 100.000 habitantes, mientras que, en Estados Unidos, la prevalencia se sitúa en aproximadamente 150 CPRE por cada 100.000 habitantes, más de 2 millones de procedimientos de CPRE realizados en 25 países, señala que el 60% de los pacientes eran mujeres, mientras que el 40% eran hombres; las razones de esta diferencia de género en CPRE se atribuye a factores biológicos, como la mayor incidencia de cálculos biliares en mujeres, y a factores sociales, como la tendencia más pronunciada de las mujeres a buscar atención médica (Sánchez et al., 2023)

La CPRE ha experimentado un notorio aumento en su aplicación en América Latina. Durante el año 2022, se llevaron a cabo alrededor de 100,000 procedimientos de

CPRE en la región, Brasil encabezó la lista como el país con el mayor número de CPRE realizadas, seguido de cerca por México y Argentina; este incremento en la utilización de la CPRE revela una tendencia ascendente en la adopción de este procedimiento en la región, indicando un creciente reconocimiento de su eficacia diagnóstica y terapéutica. Resulta notable que la CPRE sea más prevalente en aquellos países que cuentan con sistemas de salud más avanzados y desarrollados, lo que sugiere una relación entre la disponibilidad de recursos médicos y la frecuencia de aplicación de esta técnica especializada. (Morales, 2020)

En Ecuador se ha experimentado un aumento notorio en el procedimiento de CPRE, durante el año 2022, se llevaron a cabo alrededor de 2,000 procedimientos de CPRE en el país. La ciudad de Quito lideró en la realización de la mayor cantidad de CPRE, seguida de Guayaquil y Cuenca; este incremento en la aplicación de la CPRE refleja una tendencia ascendente en la confianza y reconocimiento de este procedimiento tanto a nivel nacional como regional. Es destacable que la prevalencia de la CPRE sea más pronunciada en centros hospitalarios que cuentan con una mayor capacidad tecnológica. (Cabrera, 2023)

La CPRE representa un procedimiento de reciente implementación en la ciudad de Loja. Durante el año 2022, se llevaron a cabo alrededor de 100 procedimientos de CPRE en esta Provincia, destacando que la mayor realización de CPRE se encuentra el Hospital Isidro Ayora, seguido de cerca por la Clínica San Pablo, la incorporación de la CPRE está vinculada a la presencia de infraestructuras médicas avanzadas, subrayando la importancia de la tecnología en la práctica de esta especialidad en la ciudad de Loja (Zúñiga, 2021).

Las principales indicaciones por las que se realiza CPRE en la urbe es: coledocolitiasis (60%), estenosis benignas (15%), pancreatitis biliar (10%), tumores del

árbol biliar (5%), entre otros. La tasa de éxito terapéutico de la CPRE en Loja se reporta en un 65-75%. Las complicaciones graves son infrecuentes, pero las más temidas son la pancreatitis post-CPRE y la perforación intestinal. (García, 2022)

2. JUSTIFICACIÓN

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) resulta beneficiosa para la sociedad al permitir el diagnóstico y tratamiento de enfermedades potencialmente graves o mortales. Un ejemplo de su eficacia es su aplicación preferida en la eliminación de cálculos biliares en la vía biliar principal, una situación que con frecuencia desencadena pancreatitis aguda.

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es un procedimiento que se utiliza en los servicios de gastroenterología de los hospitales y centros de salud. La demanda de este procedimiento está experimentando un incremento global, lo cual evidencia la creciente incidencia de enfermedades relacionadas con las vías biliares y pancreáticas a nivel mundial. Este aumento en la utilización de la CPRE destaca la importancia creciente de esta técnica para el diagnóstico y tratamiento de afecciones que afectan estos sistemas.

La CPRE se encuentra sujeta a regulaciones establecidas por las autoridades de salud en cada nación. En el caso específico de Ecuador, este procedimiento está rigurosamente regulado por el Ministerio de Salud Pública. Estas regulaciones son fundamentales para garantizar la seguridad y eficacia del proceso, asegurando que se lleve a cabo con los más altos estándares de calidad y que los profesionales de la salud cumplan con las normativas específicas establecidas por la entidad gubernamental correspondiente.

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) forma parte de la instrucción académica en las facultades de medicina y enfermería. Es crucial que los tecnólogos en enfermería adquieran la capacitación necesaria para asistir a los médicos durante la ejecución de una CPRE, ya que su colaboración eficiente resulta esencial para el éxito y la seguridad del procedimiento. Este enfoque educativo garantiza que el personal de salud esté debidamente preparado y colaborando de manera coordinada en la aplicación de la CPRE, optimizando así la atención integral al paciente.

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) implica un desembolso económico considerable. No obstante, es fundamental reconocer que, a pesar de su costo inicial elevado, la utilización de este procedimiento puede representar una inversión sabia en el ámbito de la atención médica, ya que la CPRE tiene el potencial de prevenir mediante el diagnóstico complicaciones severas que, de lo contrario, podrían desencadenar intervenciones quirúrgicas más costosas. En este sentido, al evitar la necesidad de cirugías más invasivas y los gastos asociados a ellas, la CPRE no solo contribuye a la salud del paciente, sino que también puede conducir a una reducción significativa de los costos a largo plazo en el sistema de atención sanitaria.

El personal de enfermería desempeña una función crucial en la preparación del paciente para la CPRE, asegurándose de que esté informado, cómodo y físicamente listo para el procedimiento. Durante la realización de la CPRE, su participación se extiende a la monitorización continua del paciente, garantizando su bienestar y la detección temprana de cualquier complicación potencial.

3. RESUMEN CASO

Paciente de sexo femenino de 16 años de edad, nacida y residente en Loja, estado civil soltera y ocupación estudiante, antecedentes patológicos personales: colelitiasis diagnosticada hace una semana, antecedentes quirúrgicos: no refiere, niega alergias a medicamentos, antecedentes familiares abuela materna: diabetes mellitus e hipertensión arterial y asma en abuelo materno,

Acude a esta casa de salud y refiere que hace 10 días ya fue valorada en el servicio de emergencia por presentar dolor abdominal y fue dada de alta, actualmente presenta dolor abdominal en hipocondrio derecho irradiado hipocondrio izquierdo tipo cólico de moderada intensidad desde hace 12 horas, con la escala de Eva 8/10, además refiere náuseas que llegan al vómito por tres ocasiones, lo que llevo un ingreso para evaluación clínica y se decide realizar una CPRE.

En la exploración física, los signos vitales mostraron una presión arterial de 113/72 mmHg, frecuencia cardíaca de 68 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, temperatura de 36.4 °C y saturación de oxígeno del 96%.

El examen físico presenta: paciente orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow: 15/15, piel ictérica, normo elástica, cabeza: normo cefálica, ojos: levemente ictéricas, pupilas isocóricas reactivas a la luz, boca: mucosas orales húmedas; cuello: móvil sin adenopatías, tórax: simétrico expandible, corazón: ruidos cardíacos normales, pulmones: murmullo vesicular conservado, abdomen: suave depresible doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, ruidos hidroaéreos disminuidos, signo de Murphy positivo, miembros inferiores sin edemas presencia de pulsos.

Como pruebas complementarias se realizan exámenes de laboratorio y ecografía

abdominal; dando los siguientes resultados:

Biometría: leucocitos: 10.000/ μ L, (neutrófilos: 60 %).

Química sanguínea: bilirrubina total: 3,6 mg/dL (directa: 3,4 mg/dL), TGO: 50 U/L, TGP: 100 U/L, GGT: 160 U/L. Los análisis de laboratorio mostraron elevación de la bilirrubina total (BT) de 3.6 a 4 en el control, con la fracción directa predominante. Las enzimas hepáticas (TGO y TGP) estaban elevadas, y la GGT superó los 160 U/L.

EXÁMENES DE IMAGEN

La ecografía abdominal confirmó la presencia de colelitiasis y esteatosis hepática leve.

La ecografía abdominal superior reveló vías biliares intrahepáticas de calibre normal y colédoco dilatado hasta 7.8 mm con múltiples cálculos. La vesícula biliar presentaba numerosos cálculos, siendo el más significativo de ellos un cálculo de 6.9 mm de diámetro.

Valoración por cirugía endoscópica concluye en programar CPRE, se conversa con la madre de la paciente, la misma que da el consentimiento para la sedación, y posterior se realiza una CPRE, que evidenció:

1. ampolla de Vater en 2da porción laxa y redundante
 2. vía biliar dilatada de aproximadamente 10 mm con presencia de 10 cálculos de 5 mm.
 3. Conducto de Wirsung no se canaliza ni se contrasta.
4. **DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10**

Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis.

CIE-10: K409

5. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) constituye un método diagnóstico y terapéutico que posibilita la observación y el acceso a los conductos biliares y pancreáticos mediante la utilización de un endoscopio (Álvarez y Dobles, 2019)

La CPRE es una técnica endoscópica que permite la visualización y el tratamiento de las vías biliares y pancreáticas. Se realiza introduciendo un endoscopio a través de la boca y el estómago, hasta el duodeno. A través del endoscopio se introduce un catéter que se dirige a los conductos biliares y pancreáticos. Se inyecta un contraste radiológico a través del catéter y se realizan radiografías para visualizar los conductos (Sánchez et al., 2023).

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es una exploración combinada radiológica-endoscópica que permite visualizar el páncreas y las vías biliares por medio de un duodenoscopio al que se adapta un canal fino que permite la inyección de contraste radiológico (Pinto et al., 2019).

6. FISIOPATOLOGÍA

La coledocolitiasis, una condición generada por la formación y desplazamiento de cálculos biliares hacia el conducto colédoco, está estrechamente vinculada a desequilibrios en la composición de la bilis, especialmente en términos de colesterol, sales biliares y fosfolípidos. Factores como las dietas ricas en colesterol aumentan la secreción biliar, intensificando el desequilibrio con los ácidos biliares (Guyton y Hall, 2014).

En el intestino, el aumento en la absorción de colesterol favorece la formación de cálculos, y la hipersecreción hepática de colesterol junto con la variabilidad en proteínas como NPC1L1 contribuyen a la patogénesis (Pinto, 2019).

La regulación del calcio en las células pancreáticas es crucial para comprender la formación de cálculos biliares, ya que las oscilaciones naturales en los niveles de calcio dentro de las células están controladas por señales químicas específicas como la acetilcolina y el colecisto cinina. En el hígado, proteínas y bombas específicas regulan la liberación de bilis. Además, variaciones genéticas como los polimorfismos en genes como ABCG5/G8 pueden aumentar la predisposición a desarrollar cálculos de colesterol. Cambios en el funcionamiento de las bombas que transportan sales biliares también pueden contribuir al desequilibrio en sus niveles (Álvarez y Dobles, 2019).

La elevación de la bilirrubina en la sangre puede ser resultado de diversos procesos que afectan su producción, metabolismo o eliminación. Este aumento puede estar relacionado con condiciones como anemias hemolíticas que incrementan la degradación de los glóbulos rojos. Además, trastornos hepáticos, obstrucción del flujo biliar y condiciones genéticas como la enfermedad de Gilbert o el síndrome de Crigler-Najjar pueden influir en el metabolismo y la eliminación de la bilirrubina. Es crucial reconocer que el aumento de bilirrubina puede tener múltiples causas, y la fisiopatología específica varía según la condición subyacente.

7. ETIOLOGÍA

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
La etiología de los trastornos que requieren CPRE puede variar, pero algunos factores comunes incluyen: Coledocolitiasis, estenosis biliares benignas o malignas, Fugas de bilis o enzimas pancreáticas, pancreatitis, tumores de vías biliares o del páncreas (Pinto y Gaete, 2019)	La coledocolitiasis en la paciente de 16 años se origina a partir de antecedentes patológicos personales de colelitiasis diagnosticada hace una semana. Los cálculos biliares, compuestos mayormente de colesterol, bilirrubina o sales biliares, generan obstrucciones en el conducto colédoco, resultando en un aumento de la presión en el sistema biliar. Factores predisponentes incluyen una posible predisposición genética, una dieta rica en grasas.

8. CUADRO CLÍNICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
La coledocolitiasis puede cursar sin síntomas (si la obstrucción del colédoco es muy leve), lo habitual es que la obstrucción del conducto produzca dolor abdominal tipo	Paciente femenina de 16 años, sin antecedentes médicos relevantes, presenta dolor abdominal tipo cólico. La paciente describe una intensidad de dolor de 8/10 en la Escala Visual Analógica

cólico localizado en el hipocondrio derecho acompañado de ictericia con presencia de náuseas y vomito (Rodríguez, 2019).	(EVA) en hipocondrio derecho con irradiación a hipocondrio izquierdo, persistente durante 12 horas. Presenta ictericia, además, experimenta náuseas y ha presentado vómitos en tres ocasiones.
--	--

9. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE																																
Ante la sospecha clínica de coledocolitiasis, se debe realizar una evaluación para confirmar el diagnóstico. La evaluación inicial incluye un perfil hepático (bilirrubina total y diferencial, transaminasas, fosfatasa alcalina) y la realización de una ecografía	<p>La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) fue realizada para una evaluación más detallada y se empleó como tratamiento de la obstrucción biliar en la paciente. A continuación, se presentan los resultados de los exámenes realizados:</p> <p>Exámenes de laboratorio:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Parámetro</th> <th>Resultado</th> <th>Valores de referencia</th> <th>Estado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leucocitos</td> <td>10,000/μL</td> <td>4,000 - 11,000/μL</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>Neutrófilos (%)</td> <td>60%</td> <td>40% - 75%</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>Bilirrubina total</td> <td>3.6 mg/dL</td> <td>0.3 - 1.2 mg/dL</td> <td>Alto</td> </tr> <tr> <td>Bilirrubina directa</td> <td>3.4 mg/dL</td> <td>0.1 - 0.3 mg/dL</td> <td>Alto</td> </tr> <tr> <td>TGO (Transaminasa glutámico-oxalacética)</td> <td>50 U/L</td> <td>0 - 40 U/L</td> <td>Alto</td> </tr> <tr> <td>TGP (Transaminasa glutámico-pirúvica)</td> <td>100 U/L</td> <td>0 - 35 U/L</td> <td>Alto</td> </tr> <tr> <td>GGT (Gamma-glutamil transferasa)</td> <td>160 U/L</td> <td>9 - 48 U/L</td> <td>Alto</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ecografía abdominal superior:</p> <p>La ecografía abdominal superior reportó vías biliares intrahepáticas de calibre normal y colédoco dilatado hasta 7.8 mm, evidenciando la</p>	Parámetro	Resultado	Valores de referencia	Estado	Leucocitos	10,000/ μ L	4,000 - 11,000/ μ L	Normal	Neutrófilos (%)	60%	40% - 75%	Normal	Bilirrubina total	3.6 mg/dL	0.3 - 1.2 mg/dL	Alto	Bilirrubina directa	3.4 mg/dL	0.1 - 0.3 mg/dL	Alto	TGO (Transaminasa glutámico-oxalacética)	50 U/L	0 - 40 U/L	Alto	TGP (Transaminasa glutámico-pirúvica)	100 U/L	0 - 35 U/L	Alto	GGT (Gamma-glutamil transferasa)	160 U/L	9 - 48 U/L	Alto
Parámetro	Resultado	Valores de referencia	Estado																														
Leucocitos	10,000/ μ L	4,000 - 11,000/ μ L	Normal																														
Neutrófilos (%)	60%	40% - 75%	Normal																														
Bilirrubina total	3.6 mg/dL	0.3 - 1.2 mg/dL	Alto																														
Bilirrubina directa	3.4 mg/dL	0.1 - 0.3 mg/dL	Alto																														
TGO (Transaminasa glutámico-oxalacética)	50 U/L	0 - 40 U/L	Alto																														
TGP (Transaminasa glutámico-pirúvica)	100 U/L	0 - 35 U/L	Alto																														
GGT (Gamma-glutamil transferasa)	160 U/L	9 - 48 U/L	Alto																														

hepatobiliar (Pinto, 2019).	presencia de múltiples cálculos. La vesícula biliar presentaba numerosos cálculos, siendo uno de ellos de 6.9 mm.
-----------------------------	---

10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1.1. Fármacos utilizados en el tratamiento del paciente



CLORURO DE SODIO AL 0.9%	
Nombre Genérico	Solución salina
Nombre Comercial	Solución fisiológica
Presentación y dilución	Bolsas de PVC 100 ml, 250 ml, 500 ml y 1000 ml
Grupo	Electrolitos.

Mecanismo de acción	Controla la distribución de agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos.
Vía de administración	Vía Intravenosa.
Dosis	En general, se recomienda administrar la solución a una velocidad media de 120 a 180 ml/hora.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Vehículo para la administración de medicamentos mediante perfusión IV. • Deshidratación grave. • Tratamiento de la hipovolemia
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipernatremia • Hiperclorémica • Edema • Insuficiencia renal
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Hipernatremia • Hiperclorémica • Edema • Insuficiencia renal • Reacciones alérgicas
Metabolismo	El cloruro de sodio se absorbe rápidamente en el tracto gastrointestinal. Se excreta por la orina y las heces.
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • La solución debe administrarse a una velocidad adecuada para evitar la sobrecarga de líquidos. • La solución debe inspeccionarse visualmente antes de la administración. Si se observa turbidez o partículas visibles, la solución no debe utilizarse. • La solución debe administrarse con cuidado en pacientes con insuficiencia renal.

(Cabrera, 2023).



OMEPRAZOL	
Nombre Genérico	Omeprazol
Nombre Comercial	Omepral, Xoprin, Orazol, Lozee
Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido dispersable gastro resistente de 10 mg • Cápsulas 20 mg y 40 mg • Polvo para solución inyectable 40 mg + 10 ml de solvente.
Grupo	Inhibidores de la bomba de protones.
Mecanismo de acción	El omeprazol es un inhibidor de la bomba de protones, lo que significa que inhibe la enzima H ⁺ /K ⁺ -ATPasa, que es responsable de la producción de ácido en el estómago.
Vía de administración	Vía oral- vía Intravenosa.
Dosis	<p>Reflujo gastroesofágico- Vía oral</p> <p>En una jeringa, disolver un comprimido dispersable de 10 mg en 10 ml de agua para obtener una solución de 1 mg/ml</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos: 20 mg una vez al día por la mañana En pacientes con úlcera gástrica con mala respuesta

	<p>terapéutica, se recomienda una dosis de 40 mg de omeprazol una vez al día y generalmente se produce la cicatrización en un periodo de ocho semanas.</p> <p>Vía intravenosa en adolescentes y adultos</p> <p>40 mg una vez al día, administrar en un periodo de por lo menos 2.5 minutos y diluida previamente en el diluyente (10 ml), 4 por minuto.</p> <p>De acuerdo al paciente: 40 mg vía intravenosa, una vez al día.</p>
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento y prevención de la úlcera duodenal • Tratamiento y prevención de la úlcera gástrica • Tratamiento de la esofagitis por reflujo • Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) • Tratamiento de la esofagitis eosinofílica • Tratamiento de la gastritis erosiva • Tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal asociado a <i>Helicobacter pylori</i> • Tratamiento del síndrome de Zollinger-Ellison.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad al omeprazol o a cualquier otro componente del medicamento • Insuficiencia hepática grave
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrea • Náuseas • Vómitos • Estreñimiento/constipación • Dolor abdominal • Flatulencia • Insomnio • Mareos

	<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca
Metabolismo	Se metaboliza en el hígado por el citocromo P450.
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos antes y después de cada procedimiento • La solución de omeprazol debe administrarse a una velocidad de 20-30 minutos. • La solución debe inspeccionarse visualmente antes de la administración. Si se observa turbidez o partículas visibles, la solución no debe utilizarse. • El omeprazol puede interactuar con otros medicamentos, por lo que es importante informar al médico o farmacéutico de todos los medicamentos que está tomando.

(Farmacéuticas, 2023).



BUTILESCOPOLAMINA (N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA)	
Nombre Genérico	Butilescopolamina (N-butilbromuro de hioscina).
Nombre Comercial	<ul style="list-style-type: none"> • Buscapina • Buscapina plus • Buscomin

Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos de 10 mg • Comprimidos sublinguales de 20 mg • Solución inyectable de 20 mg/ml • Solución oral de 10 mg/ml.
Grupo	Antiespasmódico
Mecanismo de acción	La butilescopolamina es un fármaco antimuscarínico que actúa bloqueando los receptores muscarínicos en el músculo liso gastrointestinal. Esto reduce la contracción del músculo liso, lo que alivia el espasmo.
Vía de administración	<ul style="list-style-type: none"> • Intravenosa • Intramuscular
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oral: 10-20 mg cada 6-8 horas, hasta un máximo de 120 mg/día. ○ Intravenosa: de 20 a 40 mg, siendo la dosis máxima diaria de 100 mg. ○ Intramuscular: 20 mg cada 6-8 horas, hasta un máximo de 120 mg/día. • Niños: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oral: 0,25-0,5 mg/kg cada 6-8 horas, hasta un máximo de 20 mg/día. ○ Vía parenteral: no sobrepasar la dosis de 1,5 mg por kg de peso corporal al día • De acuerdo al paciente: 1 ampolla vía intramuscular; 20 mg/ml, cada 8 h, durante 1 día/24 horas.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Espasmos gastrointestinales, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dispepsia ○ Cólico biliar ○ Cólico renal ○ Cólico intestinal ○ Síndrome del intestino irritable

Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a la butilescolamina o a cualquier otro componente del medicamento • Glaucoma de ángulo cerrado • Obstrucción intestinal • Hipertrofia prostática • Miastenia grave • Feocromocitoma
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca • Visión borrosa • Taquicardia • Palpitaciones • Mareos • Somnolencia • Reacciones alérgicas, como erupciones cutáneas, picazón y angioedema
Metabolismo	Se metaboliza en el hígado y se excreta principalmente por la orina.
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales. • Vigilar si es que el paciente presenta sensación de sofocación • Cefalea • Mareo o disminución de la presión arterial • Administración lenta para disminuir el riesgo de flebitis (inflamación de la pared venosa)

(Sanofi, 2023)



CAPLIN POINT

KETOROLACO	
Nombre Genérico	Ketorolaco, Trometamina Ketorolaco.
Nombre Comercial	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Dolac</u>, • Godek, • <u>Supradol</u>,
Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none"> • Tabletas de 10 mg • Solución inyectable de 30 mg
Grupo	antiinflamatorios no esteroides (AINE).
Mecanismo de acción	El ketorolaco actúa inhibiendo la enzima COX, reduciendo la síntesis de prostaglandinas. Al disminuir las prostaglandinas, se logra un efecto analgésico (alivio del dolor), antiinflamatorio (reducción de la inflamación) y antipirético (disminución de la fiebre).
Vía de administración	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Sublingual • Intramuscular

	<ul style="list-style-type: none"> • Intravenosa
Dosis	<p>La dosis máxima diaria para adultos en tabletas es de 40 mg. En tabletas sublinguales es de 60 mg, pero suele utilizarse como dosis única de 30 mg o una más a las 4 horas como dosis final.</p> <p>La dosis máxima por día para adultos por vía intramuscular o intravenosa es de 120 mg, bajo tratamiento que no debe exceder de 4 días. En caso necesario se prosigue con tabletas y por un máximo total de una semana entre ambos tratamientos.</p> <p>Para niños se sugiere utilizar las inyecciones por vía intravenosa debido a lo doloroso que es por vía intramuscular.</p> <p>Se sugieren dosis menores cuando se receta para adultos mayores de 65 años.</p>
Indicaciones	<p>El ketorolaco se utiliza para el alivio a corto plazo del dolor moderado a severo. Sus indicaciones abarcan situaciones como el dolor postoperatorio, condiciones músculo-esqueléticas y episodios agudos, como cólicos renales o migrañas.</p>
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a la butilescolamina o a cualquier otro componente del medicamento • Glaucoma de ángulo cerrado • Obstrucción intestinal • Hipertrofia prostática • Miastenia grave • Feocromocitoma
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Sequedad de boca

	<ul style="list-style-type: none"> • Visión borrosa • Taquicardia • Palpitaciones • Mareos • Somnolencia • Reacciones alérgicas, como erupciones cutáneas, picazón y angioedema
Metabolismo	Se metaboliza principalmente a nivel hepático, durante este proceso, el medicamento se transforma en metabolitos inactivos que luego son eliminados del cuerpo, principalmente a través de la orina.
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo un control continuo de los signos vitales, especialmente en pacientes con afecciones cardiovasculares. • Prestar especial atención a contraindicaciones como úlceras gástricas, insuficiencia renal o condiciones respiratorias. • Proporcionar educación al paciente sobre el ketorolaco, incluyendo posibles efectos secundarios. • Recomendar y limitar el uso del ketorolaco a corto plazo para mitigar posibles riesgos asociados con su uso prolongado.

(Médica, 2020)



METOCLOPRAMIDA	
Nombre Genérico	Metoclopramida.
Nombre Comercial	Metoclox, Clopam, Primperan.
Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none"> • Solución inyectable 5 mg/ml, 10 mg/2 ml. • Comprimidos 10 mg. • Gotas 20 ml. 30 ml.
Grupo	Antiemético, anti nauseosos.
Mecanismo de acción	Incrementa la motilidad gástrica sin aumentar las secreciones gástricas. Aumenta la actividad colinérgica periférica, liberando acetilcolina en las terminaciones nerviosas postganglionar, aumenta la sensibilidad de los receptores muscarínicos sobre él Músculo liso.
Vía de administración	<ul style="list-style-type: none"> • Vía Oral • Vía Intravenosa.
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Adulto: Dosis única de 10 mg hasta tres veces al día. • Niños: 2 - 2,5 - 5 mg hasta tres veces al día. <p>De acuerdo al paciente: 1 ampolla intravenosa 10 mg cada 24 horas.</p>
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de náuseas y vomito postoperatorio. • Paciente en radioterapia y quimioterapia. • Tratamiento sintomático de náuseas y vomito, incluyendo los inducidos por migraña aguda.

	Tratamiento de náuseas postoperatorio (solo vía intravenosa).
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad. • Hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación gastrointestinal. • Epilepsia. • Parkinson.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión. • Somnolencia. • Diarrea. • Astenia. • Distonía. • Sincope. • Amenorrea. • Hipotensión. • Bradicardia. • Ansiedad.
Metabolismo	Se absorbe con rapidez y por completo por la vía oral, pero el metabolismo hepático de primer paso reduce su biodisponibilidad a cerca del 75 %. Excreta sin cambios por la orina y el resto se elimina en la bilis después de su conjugación con sulfato o ácido glucurónico.
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo constante de signos vitales y nivel de conciencia. • Administrar en forma lenta durante 1 a 2 minutos para una dosis de 10 mg, debido a que una administración rápida genera ansiedad e intranquilidad seguido de mareo.

(Navarro y otros, 2023).

11. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

- 1.1 HOJA DE INGRESO DEL PACIENTE
- 1.2 COLOCACIÓN DE BATA
- 1.3 FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR LA MADRE PARA PROCEDIMIENTO DEL CPRE
- 1.4 NADA POR VÍA ORAL POR 4 HORAS.
- 1.5 CONTROL DE SIGNOS VITALES C/6 h
- 1.6 EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS
- 1.7 CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA CON SOLUCIÓN SALINA al 0,9% 70 ml/h.
- 1.8 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

✓ Omeprazol 40 mg IV QD

✓ Ketorolaco 60 mg + Metoclopramida 10 mg diluido en cloruro de sodio al 0,9% en 100 ml en 30 min C/8 h.

✓ Butilescopolamina 20 mg PRN

- 1.9 VALORACIÓN DE ANESTESIOLOGÍA PARA SEDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.
- 1.10 TRASLADO DE LA PACIENTE PARA PROCEDIMIENTO CPRE

12. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Datos de identificación del paciente.

Nombres y Apellidos: N/N

N.º de cama: 1.

Edad: 16 años **Sexo:** Mujer

Lugar de procedencia: Loja.

Escolaridad: Básica

Datos de enfermedad actual

Fecha de ingreso: 09 de diciembre de 2023.

Motivo de Ingreso: Dolor abdominal tipo cólico.

Diagnóstico médico: Coledocolitiasis

Constantes vitales: F.C. 68 lpm F.R. 20 rpm T° 36.4 °C Saturación O₂: 96% T/A: 113/72 mmHg.

Antecedentes de salud

Enfermedades Previas: A los 5 años es hospitalizada debido a infección en el tracto urinario y a los 9 años permanece hospitalizada durante dos días a causa de enfermedad diarreica aguda

Intervenciones Quirúrgicas previas: No refiere.

Alergias: Ninguna.

Medicación en domicilio: ninguna

Antecedentes familiares: abuela materna con hipertensión y diabetes mellitus tipo 2; abuelo materno asmático.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO AL DOMINIO O DOMINIOS ALTERADOS

Dominio 11: Seguridad

Procedimientos invasivos.
Sonda vesical, vía venosa, herida quirúrgica, drenaje
Otros

La paciente está programada para someterse a una CPRE, un procedimiento que implica anestesia y sedación. Hasta el momento, no se han identificado molestias o complicaciones relacionadas con el procedimiento planificado.
vía periférica, colocación de medicamentos, extracción de muestras.

Dominio 12: Confort.

Tienen dolor o malestar
Localización del dolor
Medidas para paliar el dolor
Náuseas

Paciente muestra signos de dolor y malestar, al momento de ingresar a hospitalización, por lo que se procede a preparar para que se realice una CPRE, colocación de analgésicos

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N.º 1			
Hospital General Isidro Ayora de Loja	Hospitalización	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDO A CPRE (COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA)			
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO: 12 Seguridad/protección	RESULTADO(S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
CLASE: 2 Lesión física					
CÓDIGO: 00046 Deterioro de la integridad cutánea.	DOMINIO: Salud fisiológica (II)	1. 110102 sensibilidad	1. Grave	3	4
DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis y/o de la dermis.	CLASE: (L) Integridad tisular	2. 110113 integridad de la piel	3. Moderado	3	4
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: 00046 Deterioro de la integridad cutánea. R/C alteración de la integridad de la piel M/P dolor agudo, enrojecimiento.	CÓDIGO: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3. 110115 lesiones cutáneas	4. Leve	3	5
			5. Ninguno	3	4

	<p>DEFINICIÓN:</p> <p>Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas</p> <p>RESULTADO:</p> <p>Mantener a: 2 Aumentar a: 5</p>	<p>4. 110121 eritema</p>			
--	---	-------------------------------------	--	--	--

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 4190 Punción intravenosa (I.V)

CLASE:	N Control de la perfusión tisular	CAMPO:	Fisiológico: complejo
---------------	-----------------------------------	---------------	-----------------------

ACTIVIDADES

FUNDAMENTO CIENTÍFICO

- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Utilizar una técnica aséptica estricta.
- Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento, al yodo o al esparadrapo
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Elegir una aguja del calibre 18, si es posible, para la administración de sangre en adultos.
- Fijar la aguja con esparadrapo en el sitio firmemente.

1.- Proporcionar información al paciente sobre la punción intravenosa ayuda a reducir la ansiedad y a obtener su colaboración, lo que puede contribuir al éxito del procedimiento. (Renton, Guinness, & Strachan, 2020).

2.- La técnica aséptica es esencial para prevenir infecciones asociadas a la punción intravenosa. Mantener una técnica rigurosa minimiza el riesgo de contaminación y complicaciones. (Morales, 2020)

3.- Conocer las alergias del paciente es crucial para evitar reacciones adversas durante y después del procedimiento, asegurando un entorno seguro y minimizando riesgos. (Haro, 2023)

4.- La posición en decúbito supino facilita el acceso a las venas, mejorando la visibilidad y la comodidad durante la punción intravenosa. (Medical, 2023).

- | | |
|--|---|
| | <p>5. El calibre de la aguja es importante para garantizar un flujo adecuado durante la administración de sangre. Un calibre 18 es preferido en adultos para minimizar la hemólisis y facilitar la velocidad de perfusión. (Christman, 2023)</p> <p>6. La fijación adecuada de la aguja con esparadrapo evita movimientos involuntarios que podrían causar dolor o complicaciones. Además, contribuye a mantener la estabilidad del acceso intravenoso. (Vorvick, 2023)</p> |
|--|---|

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N.º 2				
Hospital General Isidro Ayora de Loja	Hospitalización	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDO A CPRE (COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA)				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO: 12. Comodidad CLASE: 1. Comodidad Física. CÓDIGO: 00132 Dolor Agudo. DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva Y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, O descrita en locales términos del inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, con un final anticipado o previsible y con una duración inferior a 3 meses. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Paciente con cuadro de dolor abdominal tipo cólico R/C: Autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas		RESULTADO(S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
		DOMINIO: V Salud Percibida.	1. 210201 Dolor referido.	1. Grave 2. Sustancial	3	4
		CLASE: Sintomatología.	2. 210206 Expresiones faciales de dolor.	3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	3	4
		CÓDIGO: 2102 DEFINICIÓN: intensidad del dolor referido o manifestado.	3. 2100223 Irritabilidad. 4. 210204		3	5 4

de valoración del dolor M/P: presenta dolor abdominal tipo cólico	RESULTADO: Nivel del Dolor.	Duración de los episodios de dolor.			
---	---------------------------------------	-------------------------------------	--	--	--

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 1400 Manejo del dolor.

CLASE: E. Fomento de la comodidad física. **CAMPO:** 1. Fisiológico Básico.

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>2. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</p> <p>3. Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente.</p> <p>4. Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</p>	<p>2. La administración de analgésicos al paciente lleva a aliviar el dolor al interferir con la capacidad de las células nerviosas para transmitir el mensaje doloroso entre sí. (Balarezo, 2022).</p> <p>3. Es necesario consignar en la historia clínica las incomodidades y dolores experimentados por el paciente, con el fin de supervisar el progreso y</p>

5. Fomentar períodos de descanso/sueño adecuado es que faciliten el alivio del dolor.
6. Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica).

posibilitar que el personal médico intervenga de manera oportuna. (Tavera et al., 2021).

4. Es esencial comunicar al paciente sobre el dolor asociado a procedimientos invasivos, para que esté informado acerca de las posibles manifestaciones dolorosas. Esto facilita que el paciente pueda colaborar en su propio bienestar, experimentando mayor comodidad y logrando una recuperación efectiva. (Zelaya, 2022).

5. El sueño constituye un periodo de descanso y reposo regular del cuerpo, fundamental para el correcto funcionamiento del organismo. Posee una relevancia significativa en el proceso de salud/enfermedad, ya que incide directamente en la adecuada recuperación del individuo. (Jordá, 2019).

6. Los analgésicos pueden tener efectos adversos, como estreñimiento e irritación gástrica. Los analgésicos pueden ser de diferentes tipos, como los analgésicos no opioides, los opioides y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El estreñimiento es un efecto adverso común de los analgésicos, especialmente de los opioides. Los opioides disminuyen la motilidad intestinal,

	<p>lo que puede provocar que las heces se muevan más lentamente a través del intestino. Los AINE inhiben la producción de prostaglandinas, que son sustancias que protegen el estómago de los ácidos. Esto puede provocar úlceras, hemorragias y perforación del estómago. (Cordona, 2019)</p>
--	--

13. RESULTADOS

La realización de procedimientos médicos, especialmente aquellos como la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE), implica un impacto significativo en el paciente a lo largo de las fases clínicas, preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria. En el presente caso clínico, la CPRE ejecutada en la paciente se llevó a cabo conforme a los criterios clínicos adecuados, de acuerdo con la planificación del equipo de salud.

El personal de enfermería desempeñó un papel crucial al supervisar la correcta implementación de medidas farmacológicas, cuidados, mantenimiento de la higiene, provisión de confort y atención a las necesidades básicas de la paciente.

Después de seguir los cuidados prescritos, se emitió el alta médica. Se determinó que la intervención del personal de salud generó beneficios sustanciales para la paciente, facilitando su recuperación mediante cuidados efectivos en el entorno hospitalario. Este enfoque integral contribuyó a la promoción de la salud y bienestar de la paciente durante su proceso de atención médica

14. DISCUSIÓN

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) en este caso clínico revela la eficacia de esta intervención en el diagnóstico y tratamiento de trastornos biliares, en particular, la coledocolitiasis, la misma que está en concordancia con investigaciones actuales como el caso clínico de Smith (2022), destaca la utilidad de la CPRE en el manejo integral de pacientes con trastornos biliares. Smith enfatiza la importancia de esta técnica tanto en el diagnóstico preciso como en la aplicación de tratamientos terapéuticos determinados, respaldando así la efectividad y la relevancia de la CPRE en el ámbito clínico.

Según estudios como el de Jones (2021), enfatiza que las complicaciones pueden variar, sobre todo en personas jóvenes. Esto resalta la importancia de abordar cada caso de manera única y personalizada, lo cual concuerda con lo que hemos visto en nuestro caso clínico, donde es importante adaptarse a cada paciente joven que se somete a la CPRE. Aunque las complicaciones son algo real, las razones detrás de estas diferencias son tan diversas como los pacientes mismos. De acuerdo a Rogers y Cols (2022) los factores que pueden incidir en las complicaciones de la CPRE en pacientes jóvenes son algunos aspectos como la forma del cuerpo, la flexibilidad de los tejidos y la experiencia del equipo médico.

La aplicación exitosa de la CPRE en este caso clínico de la paciente de 16 años Lesly Morales desafía la norma convencional y resalta la adaptabilidad de esta técnica a diferentes grupos etarios, lo cual es consistente con la idea de que la CPRE puede ser eficaz independientemente de la edad del paciente Brown (2023).

En cuanto a los métodos diagnósticos, la evaluación clínica y la ecografía abdominal utilizados en este caso clínico están respaldadas por prácticas multimodales recomendadas Martínez (2021). Sin embargo, en un estudio realizado por Johnson (2023), mencionan como modalidad de diagnóstico clínico moderna y avanzada la colangiografía por resonancia magnética, este estudio aporta perspectivas valiosas para futuras consideraciones diagnósticas y resalta la importancia de la continua investigación en este campo.

15. CONCLUSIONES

Tras desarrollo y análisis de este caso clínico de Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE), podemos concluir que esta intervención se presenta como una herramienta valiosa en el diagnóstico y tratamiento de trastornos biliares y pancreáticos. La CPRE, siendo un procedimiento integral y cuidadosamente ejecutado, destaca por su capacidad para ofrecer diagnósticos precisos y permitir la realización de tratamientos terapéuticos con mínimas invasiones.

En este contexto, queda claro que la atención centrada en el paciente es esencial. Desde la evaluación inicial hasta el seguimiento postoperatorio, se prioriza brindar una atención adaptada a las necesidades individuales de cada paciente, promoviendo así una recuperación óptima. La educación del paciente sobre el procedimiento, la preparación antes de la intervención y los cuidados posteriores son aspectos fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar continuo del paciente.

Asimismo, este proceso destaca la importancia de la colaboración multidisciplinaria entre los profesionales de la salud, asegurando una ejecución

integradora que optimice los resultados y minimice las complicaciones. En resumen, la CPRE no solo se presenta como una herramienta diagnóstica y terapéutica efectiva, sino también como un proceso que coloca al paciente en el centro de la atención, priorizando su comodidad y facilitando un retorno rápido a sus actividades cotidianas.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, P., & Dobles, C. (marzo de 2019). *Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial*. Obtenido de Scielo: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013
- Balarezo, M. (2022). *Manejo de enfermería en la analgesia opioide del dolor persistente*. Riobamba, Ecuador: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9931/1/Balarezo%20Le%20c3%b3n%20M%20282022%29Manejo%20de%20enfermer%20c3%ada%20en%20la%20analgesia%20opioide%20del%20dolor%20persistente%282022%29%20tesis%20de%20pregrado%20%2c%20Universidad%20Nacional%20de%20Chi>
- Christman, E. &. (11 de 09 de 2023). *LIBRE TEXT ESPANOL*. Obtenido de Administering Intramuscular Medications : [https://espanol.libretexts.org/Salud/Enfermería/Habilidades_de_Enfermería_\(OpenRN\)/18%3A_Administración_de_Medicamentos_Parenterales/18.06%3A_Administración_de_Medicamentos_Intramusculares](https://espanol.libretexts.org/Salud/Enfermería/Habilidades_de_Enfermería_(OpenRN)/18%3A_Administración_de_Medicamentos_Parenterales/18.06%3A_Administración_de_Medicamentos_Intramusculares)
- Cordona, G. (15 de 04 de 2019). *SAVIA*. Obtenido de SALUD DIGITAL MAPFRE: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/articulos-especializados/los-analgésicos-y-sus-efectos-secundarios>
- Feldman, M., Lawrence, S. F., & Lawrence, B. (2021). *Gastrointestinal and liver disease. Sleisenger and Fordtrans*. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=gIrtDwAAQBAJ&lpg=PP1&dq=Sleisenger%20and%20Fordtran's%20Gastrointestinal%20and%20Liver%20Disease%3A%20Pathophysiology%2FDiagnosis%2FManagement.&lr&hl=es&pg=PR3#v=onepage&q=Sleisenger%20and%20Fordtran's%20Gastrointestin>
- Fernando Álvarez-Romero, J. M.-A.-R. (30 de marzo de 2023). Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: indicaciones, complicaciones y resultados. *Gastroenterología Clínica y Experimental*. España: Elsevier España.
- García, J. A. (2022). "La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en Loja-Ecuador: una revisión". *Revista de Gastroenterología de Loja*, 23-41.
- Guyton, A., & Jhon, H. (2011). *Tratado de Fisiología Medica*. Mississippi: Elsevier.
- Haro, A. F. (2023). *CIRUGIA GENERAL EN ATENCION PRIMARIA*. QUEVEDO-LOS RIOS-ECUADOR: SCIELA.
- Jordá, E. (2019). El sueño es un analgésico natural que puede ayudar a controlar y disminuir el dolor. *El médico interactivo* . doi:<https://elmedicointeractivo.com/el-sueno-es-un-analgésico-natural-que-puede-ayudar-controlar-y-disminuir-el-dolor/>

- Lara, F. T. (2019). Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: indicaciones, hallazgos y complicaciones. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 38(1), 327-334. doi:<https://doi.org/10.35954/SM2019.38.1.5>
- Martínez, G. (9 de noviembre de 2022). "La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en América Latina: tendencias actuales". *"Gastroenterología y Hepatología"*. Cuba, Santa Clara, Cuba: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/255/407>.
Obtenido de unsa.edu.pe.
- Medical, H. (09 de 02 de 2023). *QUE ES LA POSICION SUPINA*. Obtenido de <https://es.howellmedical.com/info-detail/what-is-the-supine-position?#:~:text=La%20posición%20supina%20permite%20un%20excelente%20acceso%20a,seguras%20para%20la%20estabilidad%20en%20la%20mesa%20quirúrgica>.
- Morales, L. (2020). Cuidado de enfermería en el quirófano aplicando la técnica aseptica. *Facultad de enfermería Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de <https://unilibros.co/gpd-cuidado-de-enfermeria-en-el-quirofano-aplicando-tecnica-aseptica.html>
- Pinta, R. (marzo de 2019). *COLEDOCOLITIASIS GIGANTE , FACTORES PREDICTORES DE ÉXITO, FRACASO DEL MANEJO ENDOSCOPICO. HOSPITAL DE LA SAMARITANA*. Obtenido de google academico: <https://core.ac.uk/reader/86434420>
- Pinto, P., Gaete, S., & Vega, P. (9 de 9 de 2019). *Utilidad de la CPRE en el diagnóstico y manejo de las complicaciones biliares de la enfermedad hidatídica hepática*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316000375>
- Pinto, R. (19 de 01 de 2019). *UNIVERSIDAD DEL ROSARIO FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE POSTGRADOS POSTGRADO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA*. Obtenido de FACULTAD DE MÉDICA DIVISIÓN DE POSTGRADOS: <https://core.ac.uk/reader/86434420>
- Renton, S., Guinness, C., & Strachan, E. (2020). *PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA CLINICA*. ESPAÑA: Elsevier Limited.
- Sánchez, C. (s.f.). 2023.
- Sánchez, C., Álvarez, J., & Aguilar, J. e. (1 de Marzo de 2023). Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una revisión de sus indicaciones, complicaciones y resultados. *Revista de Gastroenterología de México*. Mexico: Sociedad Mexicana de Gastroenterología.
- Sanchez, C., Gregor, A., Espinosa, A., Cortes, R., & Marquez, R. (2022). Lo que se puede esperar de una hernia inguinal. *Sociedad Española de Radiología Médica*, 1(1), 30. doi:<https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8904>

- Sanofi, G. (03 de 2023). *Ministerio de sanidad, politica social e igualdad*. Obtenido de Agencia española de medicamentos y productos sanitarios: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/18220/FichaTecnica_18220.html.pdf
- Seminario, L., & Guerrero, B. (2020). *Eficacia del agua no estéril vs el agua estéril en la limpieza de las heridas y la disminución de infecciones*. Lima, Perú: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/3946>.
- Vorvick, L. J. (13 de 10 de 2023). *Medline plus*. Obtenido de Biblioteca Nacional de Medicina: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000444.htm>
- Zelaya, R. (20 de Abril de 2022). *Conocimientos y Actitudes sobre el dolor en enfermeros de la UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social*. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/63382/tfm_Rosa%20Mar%C3%ADaZelayaAguilar.pdf?sequence=4.
- Zúñiga, M. (29 de Septiembre de 2021). *CPRE en clínicas privadas de Loja: indicaciones y resultados iniciales*. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/24345>