



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

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA PROPUESTO DE CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO CON
COLECISTITIS AGUDA**

AUTORA

YUPANGUI YUPANGUI ANA LUCIA

TUTORA

Lcda.: SHIRLEY OLAYA SAUHING

Babahoyo- Los Ríos – Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LCDA. SUAREZ CAMACHO FANNY CONCEPCION, MSC
DECANATO O DELEGADO (A)

LCDA. VARGAS ANGULO LIGIA ELIZABETH, MSC
COORDINADOR DE CARRERA O DELEGADO (A)

LCDO. SELLÁN ICAZA VICTOR MANUEL, MSC.
COORDINADOR GENERAL DE LA COMISIÓN
DE LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO O DELEGADO (A)

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, LCDA, ISABEL SRIRLEY OLAYA SAUHING, MSC, en calidad de Docente – Tutora de la estudiante Srta. ANA LUCIA YUPANGUI YUPANGUI el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "COLECISTITIS AGUDA", de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Enfermería, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de Septiembre del año 2018

LCDA. ISABEL SRIRLEY OLAYA SAUHING, MSC.

C.I. 1200594297



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería
Carrera de Enfermería

Por medio del presente deixo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO CON COLICISTITIS AGUDA

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha 20 de septiembre del 2018

Autora

YUPANGUI YUPANGUI ANA LUCIA
CI. 1250166905

Urkund Analysis Result

Analysed Document: CASO PARA EL URKONN listo.docx (D41520750)
Submitted: 9/17/2018 4:15:00 PM
Submitted By: mhinojosa@utb.edu.ec
Significance: 7 %

Sources included in the report:

tesis para imprimir gabriela.docx (D38071663)
URKUND COLECISTITIS AGUDA.docx (D41472144)
MARCO TEORICO GUIAS DE TOKIO.docx (D13704555)
Caso clinico andres sagal.docx (D41182214)
<http://acceso.siweb.es/content/980129/Colelitiasis.pdf>
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/299/M-21245.pdf?sequence=1>

Instances where selected sources appear:

19


EGRESADA
ANA LUCÍA YUPANGUI YUPANGUI
C.I. 1250166905


TUTORA
LCDA. ISABEL SRIRLEY OLAYA SAUHING, MSC.
C.I. 1200594297

Recibido

17-09-18

ÍNDICE GENERAL

TEMA PROPUESTO DE CASO CLINICO	I
RESUMEN	II
SUMMARY	III
INTRODUCCIÓN	IV
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Justificación	9
1.2 Objetivos	10
1.2.1 Objetivos General.....	10
1.2.2 Objetivos Específicos	10
1.3 Datos Generales.....	11
I. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	12
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. historial clínico del paciente).....	12
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual anamnesis.....	12
2.3 Examen físico (exploración clínica)	13
Valoración por patrones funcionales (Marjory Gordon)	14
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	16
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo y diferencial y definitivo	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	17
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.	26
SEGUIMIENTO	27
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS	

Anexo 1: Solicitud de aprobación de la docente tutora del casco clínico.....	
Anexo 2: Solicitud de la propuesta del tema clínico.....	
Anexo 3: Solicitud de entrega del tema del caso clínico.....	
Anexo 4: Registro de tutora de caso clínico.....	
Anexo 5: Aprobación del caso clínico por parte de la docente tutora.....	
Anexo 6: Solicitud de entrega de los anillados del caso clínico.....	
Anexo 7: Registro de tutoría del caso clínico.....	

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios que me ha dado la vida y las fuerzas para seguir adelante y culminar esta meta. A mis padres por ser el pilar fundamental y todas aquellas personas que siempre me apoyaron en los momentos que más necesite, y a mis amigos y amigos que me brindaron su amistad y depositaron su confianza en mí. Y una persona que está en el cielo, que con sus sabias palabras me dio aliento de seguir adelante y luchar con mis sueños.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a mi Dios por darme la sabiduría necesaria, y una persona muy especial en mi vida que de una u otra manera me apoyo incondicionalmente, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermoso que es la vida y lo justa que puede llegar a ser, y gracias a mi familia por permitir cumplir unos de los sueños más anhelados en mi vida, gracias Dios por permitir vivir y disfrutar cada día de un nuevo amanecer.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, gracias por tu apoyo incondicional a ti Mario, por tu amor y su inmensa bondad, gracias a aquellas personas que siempre me apoyaron en el transcurso de mi vida profesional.

TEMA PROPUESTO DE CASO CLINICO
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO CON
COLECISTITIS AGUDA

RESUMEN

La enfermedad de Colecistitis Aguda, a lo largo de los años sigue representando un grave problema en el mundo afectando a la población, y siendo una de las patologías más frecuentes, se encuentra entre las 5 primeras causas de intervención quirúrgica de a nivel mundial y el más costoso entre los practicados de las enfermedades digestivas. El presente caso denominada colecistitis aguda se realizó en un paciente de sexo masculino de 52 años de edad en la ciudad de Quito primer semestre del 2018. Se efectuó con el objetivo de brindar un tratamiento oportuno de calidad y calidez basándonos en los cuidados de enfermería y en las intervenciones del NANDA, NIC, NOC, a través de estos parámetros obteniendo resultados favorables.

Se trabajó con un paciente de colecistitis aguda que fue de intervención quirúrgica, concluyendo de una manera eficaz el tratamiento elegido. Para máximo beneficio y aprovechamiento de este estudio, y para el alcance y propósito en su elaboración, se espera que el mismo pueda servir como parámetro indicador y fuente de información de la población afectada y así disminuir las diversas complicaciones que trae esta enfermedad que por nuestros hábitos podría costar la vida y presupuesto en lo que es un entorno de salud pública.

Palabras claves: parámetros, tratamiento, quirúrgico, propósito, calidad, objetivo, intervención.

SUMMARY

The disease of Acute Cholecystitis, over the years continues to represent a serious problem in the world affecting the population, and being one of the most frequent pathologies, it is among the 5 leading causes of surgical intervention worldwide and the more expensive among those practiced digestive diseases. The present case called acute cholecystitis was performed in a 52-year-old male patient in the city of Quito first semester of 2018. It was carried out with the objective of providing timely treatment of quality and warmth based on nursing care and in the interventions of NANDA, NIC, NOC, through these parameters obtaining favorable results.

We worked with a patient with acute cholecystitis who underwent surgery, effectively completing the chosen treatment. For maximum benefit and use of this study, and for the scope and purpose in its development, it is expected that it can serve as an indicator parameter and source of information of the affected population and thus reduce the various complications that this disease brings that for our Habits could cost life and budget in what is a public health environment.

Keywords: parameters, treatment, surgical, purpose, quality, objective, intervention.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso clínico se basa en un paciente de 52 años de edad de sexo masculino que ingresa al área de Emergencia del Hospital General Docente de Calderón, de la ciudad de Quito por presentar, dolor abdominal agudo que se irradia a la región lumbar con 24 horas de evolución. Motivo por el cual el medico de turno decide ingresarlo con diagnóstico de Colecistitis Aguda.

El presente caso se realiza con la finalidad de dar a conocer sobre la enfermedad de la colecistitis aguda corresponde a una inflamación de la vesícula biliar, es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de cálculos en el interior de la vesícula, en un 90-95% de los casos, corresponde a una complicación de la colelitiasis aguda, es uno de los problemas de salud más importantes y antiguos que afecta al hombre, los principales factores de riesgo son la obesidad, el sexo femenino, la diabetes.

El presente trabajo muestra un estudio de caso realizado a una paciente con diagnóstico de Colecistitis. Y su tratamiento es de intervención quirúrgico. Se le realiza la valoración inicial al paciente de sexo masculino, signos vitales su estancia hospitalaria es de 5 días donde se realiza los respectivos cuidados de enfermería basándose en las intervenciones del NANDA, NIC, NOC, a través de estos parámetros obtengo resultados favorables.

La enfermería, realiza un papel importante ha venido evolucionando con los nuevos avances científicos. La atención de enfermería hacia el paciente se define como humanística, vocacional, y tener presente que la persona sana o enferma necesita ser escuchado comprendido y ayuda en su pronta recuperación.

I. MARCO TEÓRICO

Colecistitis Aguda

La colecistitis aguda se define como una inflamación de la vesícula causada por la presencia de cálculos, barros y litos en su interior, y define como una dolencia grave y es considerada como una de las patologías más comunes dentro de su tipología. (Gómez Bravo Topete & Hoyo García de Álava, 2014).

Definición

La vesícula es un órgano pequeño en forma de una pera, que se encuentra ubicado en la zona derecha del abdomen, debajo del hígado, la vesícula biliar contiene líquido digestivo, en la mayor parte la colecistitis se ocasiona por cálculos biliares que obstruyen al tubo de la vesícula y esto produce una acumulación de bilis causando un proceso inflamatorio.

Signos y Síntomas

Dolor a la palpación en el cuadrante superior derecho, signo de Murphy positivo (dolor en el cuadrante derecho a inspiración profunda) radiado a la espalda o epigastro. Ictérica (20 – 30%); fiebre moderada. Náuseas muy frecuente, Fiebre por encima de 38- 40°C (FACS, Octubre 2005)

Prevención

Para prevenir estas enfermedades a futuro, hay llevar una dieta equilibrada, una buena actividad física, y teniendo en cuenta que las personas femeninas son más propensas a tener esta enfermedad, debido a su condición de vida que lleva cada individuo en su diario vivir. Es muy importante educar a las personas sobre esta enfermedad.

Prevalencia

Se estima que del 10 al 20 por ciento de la población tienen cálculos biliares siendo una de las patologías más frecuentes del aparato digestivo. La colecistitis es un problema clínico muy frecuente, representa el 20-25% de esta patología son quirúrgicas de urgencia y es la complicación más frecuente de la colecistitis. Se encuentra entre las 5 primeras causas de intervención quirúrgica a nivel mundial y el más costoso entre los practicados para las enfermedades digestivas en los países occidentales por la carga económica derivada de la misma, cabe recalcar que las etnias más impresionadas corresponden a latinos con ancestro indígena, la de menor incidencia son los países africanos y asiáticos. Aunque la prevalencia varía de una población a otra dependiendo de factores dietéticos, hereditarios, metabólicos etc. Es más frecuente en el sexo femenino.

Incidencia

En nuestra serie existe una correlación del 100% entre la ecografía y el diagnóstico postoperatorio de colecistitis aguda, que supera la media nacional de 70-80% lo que se explica porque los procedimientos ecográficos son realizados siempre por los mismos profesionales. De alta calificación y en equipos de alta resolución. Nuestra incidencia de coledocolitiasis en colecistitis aguda, es menor que en otras series, sin embargo, la incidencia de coledocolitiasis en colecistectomía laparoscópica electiva, en pacientes seleccionados fluctúa entre 2 y 5%. Nuestra baja incidencia de coledocolitiasis puede ser explicada por el fácil y precoz acceso de nuestros pacientes al diagnóstico y tratamiento de la patología vesicular. (Yuri., 1998)

Etiología

En relación a la etiología la colecistitis en adultos; en este contexto es clave recalcar que del 90 al 95 % de los casos se asocia a colelitiasis. Su dinámica funciona de la siguiente forma: en el orificio del conducto cístico se produce una contracción intensa de la vesícula, así el individuo siente dolor (cólico biliar). Por consiguiente, los cálculos no circulan mediante el conducto y las contracciones incrementan, así como su intensidad y se produce edema de la pared vesicular. Por

lo general la obstrucción del conducto cístico por un cálculo conduzca a la lesión de la mucosa de la vesícula biliar con la consiguiente liberación de enzimas intracelulares y la activación de mediadores de la inflamación. (Naranjo A, 2010).

Fisiopatología

Representan el 90-95 % de los casos, la colecistitis aguda resulta de la obstrucción del conducto cístico por litos y calculo biliar el cual se impacta en el cuello de la vesícula biliar y ante la presencia de una bilis sobresaturada de colesterol, inicia una respuesta inflamatoria. Dicha obstrucción puede ser parcial y de corta duración, y manifestarse tan sólo como un cólico biliar. De no ser este el caso, si la obstrucción tiene un mayor avance y continua, se produce un aumento en la presión dentro de la luz, desencadenado por el incremento del volumen de bilis y secreciones vesiculares.

Como consecuencia del proceso inflamatorio, las paredes de la vesícula biliar se engrosan y se tornan edematosas, y obstruyen inicialmente el flujo venoso; en los casos más graves, hay obstrucción del flujo arterial que lleva a isquemia y necrosis de la pared. Se resumen los cambios histopatológicos de la colecistitis aguda calculosa. (Fernando, Sergio, Carolina, Javier, Davis, & Luis, 2010)

Factores de riesgo

Entre los principales factores de riesgo se encuentra la edad: este fenómeno que se observa en ambos sexos, y que es más frecuente a partir de los 40 años. Su frecuencia es de cerca del 20% de los adultos a partir de esta edad y del 30% en los mayores de 70 años. De acuerdo a diversos estudios se establece que existe mayor prevalencia de la enfermedad en adultos, mientras que en los niños su riesgo de aparición se sitúa entre el 5% y 7%, sin embargo, tales porcentajes con el transcurrir de los años siguen aumentando, dicho incremento se vincula con una mejoría en las técnicas diagnósticas que en la actualidad resultan ser mucho más rápidas, cómodas y eficaces. El vaciamiento vesicular va decayendo con el envejecimiento y tiene relación este deterioro con la sintomatología. (Carbonell, Yanin, & Tania, 2012).

Manifestaciones clínicas

Los pacientes con colecistitis típicamente se manifiestan de dolor abdominal, con mayor frecuencia en el cuadrante superior derecho, el dolor puede irradiarse al hombro derecho o a la espalda. La colecistitis aguda debe ser diferenciada del cólico biliar por la presencia de dolor constante en el cuadrante superior derecho y el signo de Murphy. Aproximadamente el 75% de los pacientes que desarrollan colecistitis aguda tienen una duración de malestar más de 6 horas, si está presente fiebre se debe sospechar a una colecistitis aguda. Los síntomas asociados son vómito, náuseas fiebre. Con frecuencia hay una ingesta de alimentos ricos en grasa una hora más antes del inicio del dolor. (Gutierrez.Dominguez.Acevedo, 2007).

El signo de Murphy, que es el intenso dolor que causa la palpación sobre el hipocondrio derecho, es patognomónico, aunque no siempre se halla presente. Es común una leucocitosis de 12.000- 15. 000. Se registra elevación de la bilirrubina a niveles del orden de 2-4 mg/dL en un 10% de los pacientes, elevación leve de la fosfatasa alcalina y, en algunos casos, elevación de la amilasa sérica a niveles de ≥ 1.000 U/dl. La presencia de ictericia clínica y bioquímica pronunciadas debe hacer pensar en coledocolitiasis asociada, y la hiperamilasemia, que se presenta en alrededor de 15% de los pacientes, puede también ser indicativa de pancreatitis aguda. Hay que recordar que 30% de los casos de pancreatitis aguda biliar vinculan directamente con la afección estudiada.

En los pacientes de edad avanzada se obtiene o atenúan algunas de las manifestaciones clínicas por razones orgánicas o por tratamientos para enfermedades concomitantes: es frecuente observar ausencia de fiebre en las personas muy mayores, o en las que están tomando aspirina, esteroides o agentes antiinflamatorios no esteroideos. (Felipe, Juliana, & Mónica, 2013)

Clasificación

- Colecistitis Aguda
- Colecistitis Crónica

Complicaciones clínicas

La complicación más común es el desarrollo de gangrena de la vesícula biliar la cual se presenta un 20% de los casos y con perforación en un 2%. Esta complicación se observa en particular en pacientes seniles, diabéticos, o aquellos en los cuales la terapia se retrasa. La presencia de síntomas sugestivos de sepsis sumados a otros síntomas de colecistitis debe sugerir el diagnóstico, no obstante, en algunos casos la gangrena puede ser sospechada antes de la cirugía. Usual, que la gran mayoría de los casos guarda relación, a una colecistitis crónica reagudizada en virtud de efectos combinados de la permanencia vesicular, irritación química de la mucosa por la bilis y de la isquemia tensional de la pared vesicular. Dentro de las complicaciones, es importante destacar que la colecistitis aguda se sitúa como una de las más comunes cirugías siendo responsable del 40% de los casos de abdomen agudo sobre todo si se trata de pacientes mayores de 55 años. (Carbonell, Yanin y Tania, 2012).

Tratamiento

El tratamiento de la colecistitis aguda implica una combinación de tratamiento médico de sostén y cirugía definitiva. Cuando se establece un diagnóstico de colecistitis aguda. El paciente debe ser internado; en el hospital se suprime toda ingestión oral de alimento o líquido, se administran soluciones intravenosas adecuadas y analgésicos para aliviar el dolor, y se coloca una sonda nasogástrica para mantener la descompresión gástrica. No deben administrarse antibióticos, a menos que los hemocultivos sean positivos o el paciente desarrolle un shock séptico. Existe consenso acerca de que el tratamiento definitivo convencional de la colecistitis calculosa aguda es quirúrgico. (Kelley W. N., 1992, pág. 588)

Todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis deben ser ingresados al hospital, la mayoría de estos pacientes requiere de una atención inmediata, es decir poner en descanso a la vesícula, esto hace que el proceso inflamatorio disminuya. El paciente debe estar en ayuno, rehidratarlos con líquido endovenoso, corrección de alteraciones en los electrolitos séricos, oxigenoterapia y una adecuada analgesia. (Gutierrez.Dominguez.Acevedo, 2007)

Dado que la colecistitis alitiásica aguda progresa rápidamente a gangrena y perforación, es necesario descubrir la enfermedad e intervenir lo antes posible. Los cuidados médicos de apoyo deben incluir recuperar la estabilidad hemodinámica y administrar antibióticos que cubran los microorganismos entéricos gramnegativos y los microorganismos anaerobios si se sospecha infección de las vías biliares. (Feldam, 2002)

Medios de diagnósticos

Es el método por imágenes más usado para el diagnóstico de colecistitis aguda en la actualidad y cuenta con una sensibilidad y una especificidad mayor al 90% es la ultrasonograma. Ecográficamente aparecen los siguientes signos: Engrosamiento de la pared vesicular por el edema en la zona subserosa que puede variar de 4mm hasta 10mm o más. Esta zona es hipoecogénica y se rodea por arriba, de una capa externa serosa que es ecogénica y por debajo, de una capa interna mucosa que también es ecogénica. Se genera el signo de la doble pared, de la oblea o del sándwich que puede verse alrededor de la vesícula en forma continua o discontinua, pudiendo desaparecer con el tratamiento adecuado, es muy frecuente en las colecistitis, aunque no es específico. (Galindo, 2005)

Los individuos que padecen de pancreatitis poseen un alto grado de elevación de la amilasa sérica al inicio del cuadro, y es característico de la pancreatitis biliar que los niveles se encuentren muy altos, en ocasiones por encima de 4.000 UI/L, lo cual no se observa en la pancreatitis de etiología alcohólica. Debe tenerse en cuenta que en la colecistitis aguda y en la coledocolitiasis sintomática también puede haber elevación, aunque poco significativa de la amilasa sérica. Es importante acotar que la mecánica de colecistitis aguda tiene que ver también con la presencia o no del cálculo en el colédoco; sin embargo, los niveles de fosfatasa alcalina y de GGTP generalmente se encuentran elevados, bien podría deberse a la presencia de microcálculos o por modificaciones histológicas respecto a la papila, situación que da paso a la aparición de cálculos. La gammagrafía con HIDA (hepato-imido-diaceticacid) es recurrente cuando la ecografía no es conclusiva para

el diagnóstico de colecistitis aguda, puesto que este método demuestra la exclusión de la vesícula como hallazgo característico. (Virginia, Leonardo, & Miguel)

La resonancia magnética se puede utilizar como método primario para el diagnóstico de algunos pacientes con presentación clínica confusa o características ambiguas en la ecografía o en la colelammagrafia (Gabriela Lopez, 2005)

En relación a pacientes con cuadro de coledocolitiasis, la fosfatasa alcalina y la GGTP son los exámenes de laboratorio que presentan mayor grado de certeza en el diagnóstico de esta afección; siendo que las bilirrubinas se han visto acrecentadas a expensas de la directa y el nivel de elevación se halla en función del grado de obstrucción detectado. Mientras tanto la presencia de colangitis secundaria a la obstrucción del colédoco, puede mostrar prevalencia y un aumento sustancial de las transaminasas, pese a que escasas veces pueden llegar a los niveles que se observan en procesos hepáticos propios como es el caso de la hepatitis viral (MITRU, 2011)

Diagnóstico

La prueba diagnóstica más útil para establecer la presencia de colecistitis calculosa aguda es un examen ecográfico de la vesícula biliar. Los cálculos son visibles en la ecografía prácticamente en todos los casos de colecistitis calculosa. Otros rasgos ecográficos compatibles con colecistitis comprenden dilatación de la vesícula biliar, engrosamiento de la pared vesicular y líquido pericolecístico. En un 10% al 15% de los casos se pueden observar en las radiografías simples de abdomen. (Kelley, 1992)

El examen radiológico del tracto biliar es el principal medio de diagnóstico para la colelitiasis y la colecistitis crónica. Los cálculos biliares se pueden observar en la radiografía simple de abdomen si contienen calcio. También, la colecistografía oral puede demostrar la presencia de efectos de relleno en una vesícula que concentra el material de contraste. Sin embargo, la vesícula enferma puede no visualizarse después de la ingestión oral de un agente de contraste, lo cual indica una obstrucción del conducto cístico o compromiso de la capacidad de la vesícula biliar para concentrar el material de contraste. El examen ecográfico de la vesícula biliar

demuestra la presencia de cálculos eco génicos. El diagnóstico de colelitiasis con colecistitis crónica no es difícil y suele presumirse por el antecedente de episodios aislados de dolor en el abdomen superior con la característica previamente descrita. (Kelley W. N., 1992, pág. 588)

El cuadro clínico descrito en este caso de dolencia debe orientarse a la existencia de una colecistitis aguda, pero ese cuadro se debe diferenciar del causado por úlceras pépticas perforadas, apendicitis aguda, obstrucción intestinal. (Bravo y Martínez, 2012)

1.1 Justificación

La colecistitis aguda se encuentra entre las patologías abdominales más frecuente entre la población adulta. Esta enfermedad con lleva un alto riesgo de intervención quirúrgica por lo que es importante su análisis, en especial de factores de riesgo y predisponentes, para evitar la cirugía, la hospitalización, y los riesgos que conllevan ambos; además de los costos que implican ya sea para el paciente o para las redes públicas de salud.

El objeto del estudio clínico es investigar, evaluar, reconocer y reflexionar las falencias que existe en dar un diagnóstico oportuno y en menor tiempo posible para no llegar a eventos catastróficos. Mediante el análisis del presente caso clínico se pretende poner en práctica los conocimientos adquiridos en la formación académica, usando un sistema para una mejor aplicación del proceso enfermero en el cuidado del paciente, para lo cual nos hemos basado en el modelo conceptual de Margory Gordon con los 11 patrones funcionales y la taxonomía del NANDA-NIC-NOC.

Para máximo beneficio y aprovechamiento de este estudio, y para que alcance su propósito en su elaboración, se espera que el mismo pueda servir como parámetro indicador y fuente de información de la población afecta y así disminuir las diversas complicaciones que trae esta enfermedad que por nuestros hábitos podría costar la vida y presupuesto en lo que es un entorno de salud pública.

Es importante tener en cuenta que el Proceso de Atención Enfermero juega un papel muy importante en la atención en estos tipos de paciente, fomentando el vínculo paciente-enfermero, que nos permite brindar cuidados humanistas eficientes, los mismos que redundaran en beneficio del paciente/familia y comunidad y muy útil para lograr una respuesta positiva, considerando sus cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivos General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en el caso clínico de Colecistitis Aguda del paciente para prevenir complicaciones mediante la utilización del modelo conceptual de Marjory Gordon.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Elaborar plan de cuidados dependiendo las condiciones de salud que presenta el paciente de acuerdo a los signos y síntomas.
- ❖ Determinar los problemas reales y/o potenciales que alteran la salud del paciente en base a la valoración por dominios.
- ❖ Planificar las intervenciones de enfermería en base a las necesidades y problemas que presenta el paciente.
- ❖ Ejecutar las acciones planificadas basadas en las necesidades del paciente para solventar o minimizar sus problemas y así cooperar a su pronta recuperación.
- ❖ Evaluar los resultados obtenidos en el paciente de acuerdo a la ejecución de las acciones planificadas.

1.3 Datos Generales

NOMBRE: N.N.

EDAD: 52 años

GÉNERO: Masculino

H.CL:1706074858

ESTADO CIVIL: Casado

SERVICIO: Cirugía

GRUPO SANGUÍNEO: RHO+

FECHA DE NACIMIENTO: 03 de agosto de 1965

PROCEDENCIA: Quito- Guayllabamba

RESIDENCIA: Guayllabamba

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Secundaria

OCUPACION: Abogado

DIAGNOSTICO CLINICO: Colecistitis Aguda

FECHA DE INGRESO: 19 de agosto del 2018.

NIVEL SOCIO ECONÓMICO: Medio

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. historial clínico del paciente)

Paciente ingresa al servicio de emergencia refiere dolor abdominal agudo que se irradia a la región lumbar con 24 horas de evolución, se acompaña de náuseas y malestar general, por lo que acude al Hospital General Docente de Calderón por emergencia. Antecedente personal nos refiere. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual anamnesis.

Paciente de sexo masculino de 52 años de edad orientado en tiempo y espacio acude a esta casa de salud en compañía de su esposa, refiere dolor abdominal agudo que se irradia a la región lumbar con 24 horas de evolución, se acompaña de náuseas que llega al vomito por dos ocasiones. Facies: pálidas, Mucosas orales: Húmedas, Escleras: con ictericia, Abdomen: Suave depresible doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Con escala de EVA 8/10, Escala de Murphy: Positivo, motivo por el cual acude a esta casa de salud por emergencia.

Planes de tratamiento

- ❖ Ingreso al Hospital
- ❖ Resolución Quirúrgica.
- ❖ NPO
- ❖ Solución Salina al 0.9% de 1000cc pasar a 80cc/hora
- ❖ Ampicilina+ Sulbactam 3mg I.V. cada 6 hora.
- ❖ Metrocloramida 10mg I.V. cada 8 horas.
- ❖ Paracetamol 1gramo IV cada 8 horas

Medidas generales

- Monitoreo constante de signos vitales cada 6 horas.
- Cuidados habituales de Enfermería
- Control de ingesta y excreta.

Medicación o infusiones

- Solución Salina al 0.9% de 1000cc pasar a 80cc/hora
- Paracetamol 1gramo IV cada 8 horas.
- Metoclopramida 10mg I.V. PRN
- Ampicilina + Sulbactam 3gr IV cada 6 horas.

Procedimientos

- Control de signos vitales cada 6 horas.
- Control de Ingesta y Eliminación C/6H
- Canalizar vía periférica permeable.
- Indicaciones de parte de médico general

Exámenes

- BH., Glucosa. Creatinina, Urea, Amilasa, fosfato alcalino,

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Inspección: Se observa abdomen distendido, globoso

Palpación: Abdomen con presencia de masa palpable en cuadrante superior derecho con presencia de dolor con signo de Murphy positivo

Paciente de sexo masculino de 52 años de edad orientado en tiempo y espacio con: **Cabeza:** Normocefálica con presencia de implantación del cabello, **Ojos:** Escleras Ictéricos, **Cuello:** Móvil, simétrico, no alteraciones no adenopatías, **Tórax:** Simétrico con expansibilidad presente, **Pulmones:** Murmullo Vesicular Conservado

sin ruidos sobreañadidos., **Abdomen:** Distendido, suave doloroso a la palpación tanto superficial como profundo con ruidos hidroaéreos disminuido, Escala de Murphy (+), **Extremidades superiores/ inferiores:** sin presencia de edema , **Sistema neurológico:** No refiere alteración, **Sistema respiratorio:** Ventilación no estertores , **Sistema cardiovascular:** Rítmicos sin ruidos sobre añadidos, **Sistema digestivo:** No refiere alteraciones, **Aparato reproductor:** No refiere alteraciones

Signo Vitales

T/A: 129/74 mmHg

Tº: 37,8 °C

FR: 16 x min

FC: 80 x min

SAT O2: 90% al ambiente

PESO: 75Kg

Talla: 1,75 cm

Valoración por patrones funcionales (Marjory Gordon)

Patrón1: Percepción / Manejo de la salud: El paciente indica no conocer aspectos relacionados al tema del tratamiento, se siente preocupado por la enfermedad que presentada.

Patrón 2: Nutricional / Metabólico: Paciente refiere que consume carbohidratos en exceso y comidas chatarras.

Patrón 3: Eliminación / Intercambio: Paciente refiere realizar esta actividad sin ninguna complicación

Patrón 4: Actividad / Ejercicio: Paciente refiere mantener una vida sedentaria.

Patrón 5: Reposo / Sueño: Paciente refiere mantener estado de sueño adecuado sin ninguna dificultad.

Patrón 6: Cognitivo / Perceptual: Paciente consciente orientado

Patrón 7: Autopercepción/ Autoconcepto: Refiere que se siente preocupado por su trabajo, y que desea recuperarse pronto.

Patrón 8: Rol / Relaciones: Paciente refiere tener una buena relación en el ámbito de su trabajo con sus colegas, amigos y familiares.

Patrón 9: Sexualidad / Reproducción: Paciente refiere tener una actividad sexual activa con su pareja.

Patrón 10: Afrontamiento / Estrés: Paciente refiere que se siente tristeza y frustración debido a su condición clínica.

Patrón 11: Valores / Creencias: Paciente refiere que es católico y respeta la religión de los demás, cree en Dios.

PATRONES DISFUNCIONALES

Patrón1: Percepción / Manejo de la salud: Riesgo de infección

Patrón 6: Cognitivo / Perceptual: Dolor

Patrón 10: Afrontamiento / Estrés: Ansiedad relacionada con el cambio en el estado de salud

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Dentro de los análisis de exámenes de laboratorio reflejan valores altos que permite diagnosticar la enfermedad, y permite al usuario dar un tratamiento específico siendo esta una intervención quirúrgica de urgencia.

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	72	UL	4 – 10
Grupo sanguíneo	“O”		
Factor RH	POSITIVO		
Glucosa	100 mg/dl	mg/dl	70- 100
Urea	40 mg/dl	mg/dl	15-39
Creatinina	1.34mg/dl	mg/dl	0.6- 1.1
Bilirrubina total	8,5 mg/dl	mg/dl	Hasta 1.0
Bilirrubina directa	5.6 mg/dl	mg/dl	Hasta 0.2
Bilirrubina Indirecta	2.9 mg/dl	mg/dl	Hasta 1.1
TGO/AST	73 U/L	UL	Hasta 40
TGP/ ALT	57 U /L	UL	Hasta 41
Amilasa	67.7U/L	UL	Hasta 22- 80
Alipasa	40 U/L	UL	Hasta 38
Fosfatasa alcalina	118 U/L	UI	Hasta 115
HEMOGRAMA			
Basofilos%	0.5	%	0,5- 1 hemograma
Neutrofilos	2.66	%	40-60
Linfocitos	3.05	%	20– 40
Monocito	0.50	%	2-8
Eosinofilos	0.30	%	1- 5
Plaquetas		10 ³ /UL	100- 400
Tiempo de coagulación	7mm		5-10mn
Tiempo de sangría	5mm		1 -10mn
Elaborado por: Yupangui Yupangui Ana Lucia			

Medios de diagnostico

Resultados: Ecografía Abdominal

Vesículas Biliares: Hidrópica con un volumen aproximadamente que mide 2.8 mm en su interior se observa escaso barro biliar y lito móvil que mide 8, 6 mm No hay dilatación de la vía biliar intrahepática.

- Colédoco mide 5,7 mm
- Páncreas y retro peritoneo no visibles por interposición de gas intestinal.

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo y diferencial y definitivo

El diagnóstico presuntivo: De la enfermedad es difícil plantear una patología ya sea por su historial clínica anterior o por falta de indicios, para afirmar el avance de la enfermedad debe haber varios criterios o aparecer signo y síntomas más característicos para descartar posibles diagnósticos.

El diagnóstico diferencial: Se empieza a determinar el caso para poder llevar a cabo ensayos terapéuticos en paciente posibles diagnóstico del paciente es. Colecistitis

El diagnóstico definitivo: Es cuando se ha realizado el estudio respectivo para descartar las posibles patologías relacionada con estos síntomas, al realizar estos estudios previos se llega a resolución del diagnóstico definitivo. **Colecistitis Aguda.**

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

Intervención quirúrgica

Resumen de evolución y complicaciones

Paciente ingresa a quirófano con un cuadro de colecistitis aguda, es intervenido quirúrgicamente por una colecistectomía laparoscopia. Postquirúrgico inmediato, no hay respuesta inflamatoria sistémica.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Hallazgos:

- ✚ Patrón vesicular conformado por epiplacia y vesícula.
- ✚ Vesícula hidrópica, paredes edematosas con múltiples litos.
- ✚ Císticos dilatados 1cm diámetro con cálculos en su interior.
- ✚ Vía biliar dilatada.

Indicaciones de hospitalización

- ❖ Progresar dieta
- ❖ Hidratación
- ❖ Tramadol de 100mg IV C/8H diluido y lento.
- ❖ Metoclopramida 10mg IV C/8H.

Informe de enfermería en sala de recuperación

Paciente ingresa a la sala de recuperación con anestesia general, consciente orientado en tiempo y espacio, mucosas orales semihumedas, con signos vitales de T/A: 128/83 F.C: 65 F.R: 17 SATO2: 99% con apoyo de oxígeno por mascarilla a 4 litros por minuto.

Se observan puntos laparoscópicos cubiertos, drenaje de Jackson con líquido hemático en moderada cantidad, no refiere molestias al momento, diuresis espontánea de características colúricas, miembros inferiores simétricos con vía periférica permeable.

Notas de evolución primer día

Pacientes masculinos de 52 años de edad

Diagnóstico: Colelitiasis/ Colecistitis

S: Paciente refiere náuseas y vomito.

O: T/A: 120/84mm Hg FC: 85 x minuto F.R: 18 Saturación: 90%
T:36 Paciente consciente orientado afebril, Abdomen Blando depresible no doloroso a la palpación profunda herida en el proceso de cicatrización; Jackson Pratt productivo de líquido serohermatico, Extremidades no presencia de Edemas.

A: Paciente curso el tercer día de postquirúrgico; al momento estable; buena evolución con signos dentro del parámetro normal.

P: Indicaciones

Indicaciones

- NPO
- CSV
- Semifowler/ ambulatorio.
- Solución salina al 0.9% 1000cc IV pasar a 80cc/h
- Ampicilina+ Sulbactam 3gramos IV C/6H
- Tramadol de 100mg diluido en 100cc pasar en 30 minutos C/8H PRN.
- Metroclorpramida 10mg IV C/8H
- Dish
- Paracetamol 1 gramo VO C/8H

Notas de evolución segundo día

Pacientes masculinos de 52 años de edad

Diagnóstico: Colecistitis/ Aguda

S: Paciente al momento no refiere molestias.

O: T/A: 118/78mmHg FC: 75 x minuto F.R: 19 Saturación: 94%
T:36 Paciente consciente orientado afebril, Abdomen Blando depresible no doloroso a la palpación herida con apósitos sin signos de infección con proceso de cicatrización; Jackson Pratt productivo de líquido serohermatico, Extremidades no presencia de Edemas.

A: Paciente al momento con buena evolución, estable se valora alta.

P: Indicaciones

Indicaciones

- ❖ Dieta líquida hipograsa
- ❖ Control de Signos Vitales
- ❖ Control de ingesta y eliminación.
- ❖ Tramadol de 100mg diluido en 100cc pasar en 30 minutos C/8H PRN.
- ❖ Metroclorpramida 10mg IV C/8H
- ❖ Paracetamol 1 gramo IV C/8 H
- ❖ Dish
- ❖ Pre alta

Notas de evolución tercer día

Pacientes masculinos de 52 años de edad

Diagnóstico: Colecistitis/ Aguda

S: Paciente no refiere molestias

O: T/A: 113/83mmHg FC:85 x minuto F.R: 18 Saturación: 90%
T:36 Paciente consciente orientado, hidratado, afebril, Cardiopulmonar normal Abdomen Blando depresible no doloroso a la palpación superficial, presencia de sonda herida en el proceso de cicatrización; Jackson Pratt productivo de líquido serohermatico, Extremidades no presencia de Edemas.

A: Paciente realizo CEPRE hoy 22-08-2017 al momento estable con evolución favorable.

P: Indicaciones

Indicaciones

- ❖ NPO por 6horas desde las 8am.
- ❖ Dieta blanda hipograsa
- ❖ CSV
- ❖ Dextrosa en Solución salina 60cc/hora
- ❖ Control de ingesta y eliminación

- ❖ Ampicilina+ Sulbatam 3gramos IV C/6H
- ❖ Tramadol de 100mg diluido en 100cc pasar en 30 minutos C/8H PRN.
- ❖ Metroclopramida 10mg IV C/8H
- ❖ Paracetamol 1 gramos IV C/8H.
- ❖ Dish.
- ❖ Novedades
- ❖ Pre Alta

Notas de evolución cuarto día

Pacientes masculinos de 52 años de edad

Diagnóstico: Colecistitis/ Aguda

S: Paciente al momento no refiere molestias.

O: T/A: 118/78mmHg FC:75 x minuto F.R: 19 Saturación: 94%
 T:36 Paciente consciente orientado afebril, Abdomen Blando depresible no doloroso a la palpación herida con apósitos sin signos de infección con proceso de cicatrización; Jackson Pratt productivo de líquido serohermatico, Extremidades no presencia de Edemas.

A: Paciente regresa de CPRE sin molestias tolera dieta se retira Jackson Pratt.

P: Indicaciones

Indicaciones

- ❖ Iguales indicaciones
- ❖ Alta Mañana.

Notas de evolución quinto día

Pacientes masculinos de 52 años de edad

Diagnóstico: Colecistitis/ Aguda

S: Paciente al momento no asintomático

O: T/A: 108/72mmHg FC: 71 x minuto F.R: 18 Saturación: 98%
 T: 36,3
 Paciente consciente orientado afebril, Cardiopulmonar Normal, Abdomen Blando depresible no doloroso a la palpación herida con apósitos sin signos de infección

con proceso de cicatrización; Jackson Pratt productivo de líquido serohermático, Extremidades no presencia de Edemas.

A: Paciente al momento con buena evolución, estable se valora alta para hoy.

P: Indicaciones

Indicaciones

- ❖ Dieta líquida hipograsa
- ❖ CSV
- ❖ Control de ingesta y eliminación.
- ❖ Tramadol de 100mg diluido en 100cc C/8H PRN.
- ❖ Metoclopramida 10mg IV C/8H
- ❖ Paracetamol 1 gramo IV C/8 H
- ❖ Alta hoy

NANDA: 00132
 NOC: 1605
 NIC: 1400

DOLOR AGUDO

R/C: intervención quirúrgica

Dominio: 12 confort

Clase: 1 confort físico

Etiqueta: (1605) Control de dolor

Campo: Fisiológico básicos

Clase: (1843) Fomento de la comodidad física

Etiqueta: (1400) Manejo de dolor

E/P: expresión del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
(184301) Causas y factores que contribuyen al dolor				x	x
(184302) Signos y síntomas del dolor				x	
(184302) Signos y síntomas del dolor				x	

ACTIVIDADES

1. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
2. Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando corresponda.
3. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo
4. Considerar el tipo y la fuente de dolor al seleccionar una estrategia de alivio
5. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de valoración continua de la experiencia dolorosa.

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00004
 NOC: 1924
 NIC: 6540

INFECCION

R/C: Procedimiento quirúrgico invasivo

E/P Riesgo de ser invadida por organismo patógenos

Dominio: Conocimiento y conducta de salud

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
(134005) Desarrolla estrategias de control efectivo de la infección				X	x
(145007) Control de conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección				x	x
(125008) Toma acciones inmediatas para reducir el riesgo de infecciones.				X	x

Clase: Control del riesgo y seguridad

Etiqueta: Control de riesgo de proceso de infección

Campo: Control de heridas- piel

Clase: Control de riesgos y seguridad

Etiqueta: Manejo de inmunización

ACTIVIDADES

1. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de
2. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
3. Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda
4. Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00069
 NOC: 1302
 NIC: 5820

M
E
T
A
S

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

ESTRÉS

R/C: Incapacidad para satisfacer necesidades básicas

Dominio: Salud psicosocial

Clase: Respuesta de afrontamiento

Etiqueta: Afrontamiento -Tolerancia al estrés

Campo: Adaptación

Clase: Relación a su estilo de vida

Etiqueta: Manejo de adaptación al ambiente

E/P: Riesgo de planificación ineficaz de las actividades

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
(125006)Indica patrones de superación eficaces			x	x	
(134503)Se adapta en los cambios en el desarrollo			x	x	
(135003)Obtiene la ayuda de un profesional sanitario					x

- ACTIVIDADES**
1. Escucha activa
 2. Favorecer la expresión de sentimientos.
 3. Instruir a la paciente sobre técnicas de relajación.
 4. Involucrar a la familia o seres queridos
 5. Mostrar interés en el paciente

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

Al momento de ingreso a esta casa de salud se le valora los siguientes parámetros:

- Control de signos vitales
- Intensidad del dolor
- Control de Ingesta y Eliminación
- Canalizar vía periférica permeable
- Administración de medicación

Se realiza la intervención quirúrgica por los hallazgos encontrados en la ecografía abdominal presencia de cálculos en la vesícula e inflamación de las paredes biliares siendo este el diagnóstico definitivo de Colecistitis Aguda por el cual se procede realizar su tratamiento y en ella basándonos en los cuidados de enfermería de la teorizante de Virginia Henderson.

La laparoscópica ha sido un eficaz método diagnóstico durante la mayor parte del siglo xx, utilizando prioritariamente por gastroenterólogos y ginecólogos, aunque no demasiada valorada por los cirujanos, hasta que se dispuso de microcamaras de video que se podrían conectar al ocular de la óptica y proyectar la imagen en una pantalla de televisión, obtenido una imagen visualizable por todo el equipo quirúrgico. En estas condiciones y la capacidad visual para desarrollar cómodamente procedimientos operatorios, además de diagnósticos.

De esta forma, se puede definir la cirugía laparoscópica como arte de la cirugía formada por un conjunto de técnicas y maniobras necesarias para realizar intervenciones quirúrgicas, utilizando incisiones de acceso de pequeño tamaño por donde introducir el instrumental, tras la creación de cavidades reales de donde eran virtuales o no existe mediante la insuflación de gas. El campo quirúrgico se visualiza en un monitor de televisión, a través de una óptica conectada a una cámara de video. (Garcia, 2010)

SEGUIMIENTO

Se realizó un seguimiento sistematizado en la evaluación del paciente en toda su estancia en la unidad hospitalaria durante 5 días, logrando resultados favorables durante su estadía. Juntos con un grupo de profesionales de salud aportando conocimientos científicos gracias al avance de la tecnología, se ha logrado obtener resultados favorables en el tratamiento del paciente. En caso de presentar este tipo de sintomatología debe asistir inmediatamente a una casa de salud para que reciba ayuda médica oportuna y así llegar a un diagnóstico definitivo y evitar complicaciones.

Paciente ingresa a quirófano con un cuadro de colecistitis aguda, es intervenido quirúrgicamente por una colecistectomía laparoscopia. Postquirúrgico inmediato, no hay respuesta inflamatoria sistémica, se mantiene estable.

- ❖ Paciente consciente orientado, Abdomen Blando depresible no doloroso a la palpación profunda herida en el proceso de cicatrización, Jackson Pratt productivo de líquido serohemático, Extremidades sin presencia de Edemas.
- ❖ Durante las primeras semanas tras la intervención, es conveniente que mantenga una dieta pobre en grasas, para facilitar una posible adaptación del hígado a la nueva situación.
- ❖ Paciente curso el cuarto día de postquirúrgico; al momento estable.
- ❖ Se mantienen controles periódicos a fin de mantener estabilidad y recuperación adecuada siguiendo todos los protocolos médicos.

CONCLUSIONES

En conclusión, puedo decir los estudios realizados con el Diagnóstico de Colecistitis Aguda fue de mucha importancia me permitió profundizar y conocer mejor sobre la enfermedad y el proceso fisiopatológico, y las complicaciones que puede ocasionar si no es tratada a tiempo. Se realizó intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades que requería el paciente para su recuperación.

La valoración céfalo-caudal por patrones funcionales de Margory Gordon es muy importante, nos permite conocer los problemas y necesidades de salud que el paciente refiere y a la vez nos ayuda a determinar un diagnóstico prioritario en base a los patrones alterados y respuestas humanas y así elaborar un plan de cuidados de calidad y calidez, obteniendo resultados eficaces.

La intervención de enfermería nos permite ejecutar las acciones planificadas basadas en las necesidades del paciente para solventar o minimizar sus problemas y así cooperar a su pronta recuperación. La enfermería jugar un papel muy importante encaminadas a brindar cuidados humanísticos de calidad y calidez a la mejoría del estado de salud de nuestro usuario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

- ✓ Andrés Fantuzzi S., N. A. (2009). Absceso hepático: Serie de 107 casos y revisión de la literatura. *Chilena de Infectología*, 1-3.
- ✓ FACS, D. L. (Octubre 2005). *ADBOMEN AGUDO* . Lima : Imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos .
- ✓ Feldam, L. J. (2002). *Enfermedades Dgestivas y Hepaticas* . Barcelona España : volumen 1.
- ✓ Gabriela Lopez, A. M. (2005). *Resonancia Magnetica* . Buenos Aires : Medica Panamericana S.A .
- ✓ Galindo, G. M. (2005). *Colecistitis Aguda*. Argentina .
- ✓ Garcia, P. P. (2010). *Asociacion Española de Cirujanos* . Buenos Aires : Medica Panamericana .
- ✓ Gutierrez.Dominguez.Acevedo. (2007). *Medicina de Urgencias* . Bogota : Medica Panamericana .
- ✓ Kelley. (1992). *Medicina Interna* . Argentina : Medica Panamericana S.A .
- ✓ Kelley, W. N. (1992). *Medicina Interna*. Bogotá: Segunda Edicion .
- ✓ Pennecc, L. (2011). Absceso hepático. *Tratado de Medicina*, 1-2.
- ✓ Yuri., P. A. (1998). *Revista Chilena de Cirugia Volumen 50*. Chile: Medicina prehospitalaria y cirugia.Dr.Leonardo Ristori H.

ANEXOS



PRIMERA ETAPA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 05 de Julio del 2018


Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **YUPANGUI YUPANGUI ANA LUCIA**, con cédula de ciudadanía **1250166905**, egresada de la Escuela de Enfermería, Carrera Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega del tema del Caso Clínico Tema: **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO CON COLICISTITIS AGUDA**, el mismo que fue aprobado por la Docente Tutora **LCDA. ISABEL SRIRLEY OLAYA SAUHING, MSC.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente



YUPANGUI YUPANGUI ANA LUCIA
CI. 1250166905



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 01 de Agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **YUPANGUI YUPANGUI ANA LUCIA**, con cédula de ciudadanía **1250166905**, egresada de la Escuela de Enfermería, Carrera Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega del tema del Caso Clínico Tema: **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO CON COLICISTITIS AGUDA**,

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente

YUPANGUI YUPANGUI ANA LUCIA
CI. 1250166905



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 05-07-2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Lda. Isabel Shuley Olave Saushing FIRMA:

TEMA DEL CASO CLINICO: Calculo de Agudo

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Yupangui Yungui Anacario

CARRERA: Enfermería

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
10 pm-10pm	20-06-18	Revisión tutoría estudiantil para solucionar el contenido de las guías de la Unidad de Titulación	X		20%		
11 pm-10pm	30-06-18	Socialización diferentes temas para definir el tema para evaluación del caso clínico	X		20%		
12 pm-11pm	04-07-18	Revisión y sugerencia de caso clínico y revisión del mismo		X	30%		
8pm-10pm	05-07-18	Revisión y firma de los casos clínicos para la entrega	X		30%		
					100%		

Pag. N°.

LIC. MARILU HINGO
 MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE ENFERMERIA

SEGUNDA ETAPA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 20 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **YUPANGUI YUPANGUI ANA LUCIA**, con cédula de ciudadanía **1250166905**, egresada de la Escuela de Enfermería, Carrera Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Practica), tema: **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO CON COLICISTITIS AGUDA**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

YUPANGUI YUPANGUI ANA LUCIA
CI. 1250166905



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERÍA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 10-09-2018

REGISTRO DE TUTORÍAS DE CASO CLÍNICO (PRIMERA-ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Ldo. Isabel Shuley Olaver Saebing MSc. FIRMA:

TEMA DEL CASO CLÍNICO: Colestítilis. Agudo

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Yupangui Yupangui Ana Lucía

CARRERA: Farmacia

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. N°.
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
10:00pm	11-08-18	Consejo del Marco Técnico	X		40%			
11:00pm	13-08-18	Revisión del Marco Técnico	X		30%			
11:00am	14-09-18	Revisión del Pac	X		30%			
11:00pm	17-09-18	Revisión del caso clínico y de normas Appa.		X				
					100%			

LIC. MARILU HINDIAGA MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE ENFERMERÍA