



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

MODALIDAD DE TITULACIÓN

EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE CARRERA

MEMORIA TÉCNICA DE LA PARTE PRÁCTICA

TEMA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
COLECISTECTOMÍA**

AUTORA

ANGIE ALEJANDRA GONZÁLEZ CHONILLO

TUTOR

LIC. CARLOS SAAVEDRA ALVARADO, MSc

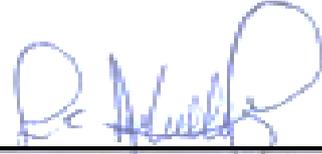
LA LIBERTAD – ECUADOR

2017

TRIBUNAL DE GRADO



**Lic. Doris Castillo Tomalá, MSc.
DECANA DE LA FACULTAD
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA
SALUD**



**Lic. Sonia Santos Holguín, MSc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE
ENFERMERIA**



**Lic. Carmen Lascano Espinoza, MSc.
DOCENTE DE ÁREA**



**Lic. Carlos Saavedra Alvarado, MSc.
TUTOR**



Ab. Brenda Reyes Tomalá, Mgt.

SECRETARÍA GENERAL

ÍNDICE

TRIBUNAL DE GRADO.....	i
ÍNDICE	ii
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
Objetivo General.....	2
Objetivos Especifico.....	2
DESARROLLO DE LA PRÁCTICA.....	3
Descripción del objeto de estudio.....	3
Modelo y teoría aplicada.....	4
Aplicación del proceso de atención de enfermería.....	5
Datos primarios de la historia clínica	5
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXOS	16

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía es un problema de salud pública que afecta en su mayoría a mujeres, aunque existen riesgos de la operación de vesícula, se trata de una de las intervenciones quirúrgicas más habituales. La existencia de cálculos biliares suele desencadenar esta operación, sea mediante un método u otro. Dichos elementos no suelen mostrar síntomas evidentes en el 80 % de los casos. Es decir, el paciente puede llegar a tenerlos sin apenas darse cuenta. Una vez que los síntomas comienzan a manifestarse, se acentuarán conforme pasa el tiempo si no se aplica tratamiento.

Según (OMS, 2014). La colecistectomía se da en el 20% mujeres y el 10% en hombres este procedimiento se realiza con mayor frecuencia en mujeres por los malos hábitos alimenticios. (ARISMENDI, 2017). En América Latina las estadísticas son del 5% y el 15 %. De los habitantes que presentan dicha intervención quirúrgica, la edad más frecuente para que se efectúe la extirpación de la vesícula es entre los 20 y 44 años en el caso de las mujeres; en el caso de los hombres la mayor parte se da en mayores de 44 años.

(INEC, 2014). En Ecuador tenemos cifras dentro de un estudio prospectivo de una investigación realizada por algunos grupos de estudios, demostró que en el 2015 se realizaron 9.137 colecistectomías o extirpaciones de la vesícula biliar, de los cuales 2.166 eran hombres y 6.971 mujeres obteniendo el resultado de mayor relevancia en el sexo femenino.

Los pacientes pasan por varios cambios tanto físicos, psicológicos por tanto se verá una gran parte de sus necesidades alteradas, esto requerirá usar modelos, teorías no olvidando la recogiendo de los datos objetivos y subjetivos del paciente para ayudar en su recuperación. La enfermera debe poner en práctica conocimiento científico, razonamiento lógico y pensamiento crítico para emitir juicios de valor a las respuestas humanas reales o potenciales, esta valoración de enfermería debe ir direccionada al método enfermero para brindar una atención integral en salud.

Las intervenciones realizadas en estos pacientes se ejecutarán tomando en cuenta valores éticos, humanísticos, interculturales. Teniendo presente las medidas de bioseguridad para evitar complicaciones en los mismos, En estos casos quirúrgicos se requerirá la intervención del equipo multidisciplinar para la pronta recuperación del individuo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en pacientes intervenidos quirúrgicamente con colecistectomía.

Objetivos Especifico

- ✓ Identificar los factores de riesgos que presentan pacientes con colecistectomía para realizar el diagnóstico de enfermería más acertado.
- ✓ Determinar las complicaciones de pacientes intervenidos quirúrgicamente y así obtener las intervenciones.
- ✓ Realizar un plan de cuidados para el paciente quirúrgico para lograr su pronta recuperación.

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA

Descripción del objeto de estudio

(After, 2017). Colecistitis aguda se define como la inflamación e infección de la vesícula biliar. Dicha inflamación y posterior infección se produce en la mayoría de los casos por la oclusión del conducto de salida de la vesícula biliar por los cálculos biliares o litiasis biliares. En otras ocasiones se produce por una inflamación crónica de la vesícula que acaba degenerando en un proceso infeccioso.

Los signos y síntomas de la colecistitis pueden incluir: dolor intenso y constante en la parte superior derecha de su abdomen, dolor que se irradia desde el abdomen hasta el hombro derecho o la espalda, sensibilidad en el abdomen cuando se ha tocado, transpiración, náusea y vómitos, fiebre, escalofríos, distensión abdominal. La inflamación de la vesícula biliar puede ser causada por: cálculos. Tumores. obstrucción del conducto biliar.

En el tratamiento usualmente se necesita la cirugía para extirpar la vesícula biliar (colecistectomía). Esta operación se debe realizar lo más pronto posible, aunque algunos pacientes no necesitan cirugía inmediatamente.

La Colecistectomía es una intervención quirúrgica que se lleva a cabo con la finalidad de extraer la vesícula biliar. Esta última es una estructura con forma de pera que se encuentra localizada por debajo del hígado, ella tiene como función almacenar la bilis, que es una sustancia que produce el hígado, para liberarla al intestino después de comer como parte del proceso de digestión de las grasas.

Los síntomas que se presenta son : dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen que puede irradiar al hombro derecho; puede ser dolor sordo o bien un cólico agudo tras la ingesta de comidas grasas; es frecuente que se produzcan náuseas y vómito si el conducto biliar común está obstruido por la presencia de un cálculo, puede desarrollar ictericia.

Existen dos modos de extracción: Colecistectomía abierta se realiza una pequeña incisión, en el lado derecho del abdomen debajo del borde de las costillas. El hígado se mueve para exponer la vesícula. Las venas y los conductos biliares (arteria y conducto cístico) se deben cortar y se extrae la vesícula. El colédoco (conducto común

de bilis) se examina para comprobar la presencia de cálculos o posibles bloqueos. La colecistectomía laparoscópica se realiza bajo anestesia general. Puede hacerse mediante una incisión abdominal o bien mediante varias incisiones pequeñas. Las disecciones se pueden hacer de forma anterógrada o retrograda.

Modelo y teoría aplicada

(Cisneros, 2005) . “Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Tuvo sus propias ideas de la enfermería por tanto todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomarán en su atención al paciente.

Enfermería cuenta con tradición en la elaboración de modelos y teorías desde el siglo XIX. A través de los años ha surgido también una serie de experiencias de aplicación de ellos, contribuyendo a vincular la teoría y la práctica y además a dar solidez al conocimiento derivado de la investigación.

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

(Potter & Perry, 2010). La teoría de enfermería de Virginia Henderson implica necesidades básicas además define la enfermería como: Ayudar al individuo enfermo o sano a que desarrolle actividades que contribuyen a la salud, a la recuperación (muerte pacífica) que él llevará a cabo sin ayuda, si tuviera la fortaleza, voluntad o conocimientos necesarios.

Aplicación del proceso de atención de enfermería

Datos primarios de la historia clínica

Paciente de sexo masculino de 50 años de edad, acude al área de emergencia por presentar náuseas, vómitos, de color verde de moderada cantidad acompañado de dolor abdominal tipo cólico. Se realizan exámenes de laboratorio, radiografía y tomografía. Se decide su ingreso con diagnóstico de colecistitis aguda se prepara para ser intervenido quirúrgicamente para una colecistectomía de emergencia.

Valoración

Mediante la valoración de enfermería con los datos objetivos y subjetivos del paciente se puede identificar los patrones disfuncionales entre ellos el confort, actividad reposo, eliminación intercambio, afrontamiento y tolerancia al estrés. Logrando ejecutar la valoración cefalocaudal; piel hidratada; cabeza normocefálica cabello limpio lacio de color castaño oscuro; frente reducida sin nada que llame la atención.

Ojos: Simétricos conjuntivas pálidas; nariz vías aéreas permeables y limpias; boca labios gruesos reseca, mucosas semihúmedas, posee dentadura completa, con pequeña caries en dientes incisivos centrales superiores; cuello sin presencia de lesiones, ni de ganglios inflamados; extremidades superiores simétricas, en brazo izquierdo se observa vía periférica en el dorso de la mano que se encuentra permeables, manos suaves uñas limpias.

Tórax simétrico, al auscultar los campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos; abdomen blando doloroso a la palpación, con presencia de herida quirúrgica cubierta con apósito estéril seco ruidos hidroaéreos presentes; extremidades inferiores simétricas, existe movilidad en ambas piernas, uñas limpias; genitales normales, con diuresis presente, nada que llame la atención.

Aplicando las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson en un paciente intervenido quirúrgicamente de colecistectomía se encontró afectado las siguientes; respirar normalmente (oxigenación) la paciente presenta respiraciones espontáneas

Sin alteraciones no presenta tos ni expectoración; comer se alimenta sin dificultad no presenta problemas para consumir; eliminar desechos no tiene problemas para la micción y evacuación.

Mantener postura adecuada debido a la intervención quirúrgica tendrá dependencia parcial no podrá moverse y mantener una posición adecuada; dormir y descansar no lograría dormir y descansar debido a la presencia de dolor que le ocasiona la herida quirúrgica; vestir y desvestirse al usar ropas adecuadas proporcionará algo de comodidad; termorregulación al salir de una intervención quirúrgica habrá variaciones en la temperatura por eso hay que registrar los cambios de la misma.

Conservar el cuerpo limpio piel y mucosas a pesar de la poca movilidad que pueda tener la paciente puede acudir al baño y así mantener la higiene corporal e integridad de la piel; evitar peligros aparecerá vértigo y debilidad no podrá evitar los peligros del ambiente; comunicarse con los demás el estado conciencia no se verá afectado haciendo efectiva la comunicación con los demás.

Religión al estar en estado de alerta podrá profesar la religión de su preferencia se debe respetar su creencia religiosa; autorrealización si es una paciente atenta, dedicada a su familia y hogar es un sentimiento de deber cumplido; participar en diferentes formas de entretenimiento durante la estancia hospitalaria puede conversar con otras pacientes encontrando la forma de divertirse; aprender para aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad la paciente realizara preguntas respecto al tratamiento que debe seguir.

Diagnostico

Después de realizar la valoración se logró evidenciar los problemas reales, potenciales o de riesgos, obteniendo los diagnósticos de enfermería más acertados estos ayudaran a proporcionar la base para la selección de las intervenciones enfermeras en los cuales se evidencian:

000132) Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos manifestado por conducta expresiva (inquietud).

(00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con intolerancia a la actividad manifestado con limitación de la amplitud de los movimientos.

(00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con intervención quirúrgica manifestado con colecistectomía.

(1201) Ansiedad relacionado con Intervención quirúrgica (colecistectomía) manifestado con estado de salud, estrés.

(00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.

Planificación

La planificación de enfermería es un método científico que permite desarrollar estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud, realizada la planificación de enfermería se encontraron los siguientes resultados.

Nivel del dolor: dolor referido, gemidos y gritos, inquietud, diaforesis, expresiones faciales de dolor náuseas.

Movilidad: mantenimiento de equilibrio, coordinación, marcha, movimiento muscular movimientos de la posición corporal, se mueve con facilidad, ambulación.

Integridad tisular: piel y membranas mucosas: temperatura de la piel, sensibilidad, elasticidad, olor, integridad de la piel, lesión cutánea.

Nivel de ansiedad: impaciencia, manos húmedas, distres, inquietud, ansiedad verbalizada, estrés.

Severidad de la infección: fiebre, hipotermia, dolor, rubor en la incisión, secreción aumento de leucocitos.

Ejecución

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados es decir las intervenciones de enfermería a realizar, los cuidados de enfermería que se realizaron en el paciente con colecistectomía son:

Manejo del dolor: se realizó la evaluación exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes, se colaboró con el paciente, familia y cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio

del dolor, Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Terapias de ejercicio: control muscular, ayudar en las necesidades básicas del paciente, determinar las limitaciones del movimiento articular, ayudar en la deambulaci3n si es necesario, vestir al paciente con prendas c3modas.

Cuidados de las heridas: se despeg3 ap3sito y esparadrapo, monitorizar las caracter3sticas de la herida, incluyendo drenaje, color, tama1o y olor, medir el lecho de la herida, cuidar el sitio de incisi3n.

Terapia de relajaci3n: se explic3 el t3rmino de la cirug3a, indicar al paciente cada procedimiento a realizar, orientar a la paciente en su entorno, mantener el contacto visual con el paciente.

Control de infecci3n: limpiar el ambiente con los diferentes materiales de desinfecci3n, cambiar ap3sitos adecuadamente para evitar las infecciones, limitar el n3mero de visitas, instruir al paciente y familiares en el correcto lavado de manos, poner en pr3ctica las medidas de bioseguridad.

Evaluaci3n

En esta etapa del proceso de atenci3n de enfermer3a se compara las repuestas de la persona logrando determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Luego de ejecutar todos los pasos del proceso de atenci3n de enfermer3a ejecutando el plan de cuidados con las distintas intervenciones, se logr3 disminuir el dolor consiguiendo que el paciente deambular sin dificultad, no presenta ansiedad ante su estado de salud por su pronta recuperaci3n, al valorar la integridad de la herida quir3rgica no se observa signos de infecci3n.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																																				
<p>Dominio 12: Confort Clase 1: Confort Físico (000132)</p> <p>Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos manifestado M/C conducta expresiva (inquietud).</p>	<p>Dominio: Salud Percibida (V) Clase: Sintomatología (V)</p> <p>(2102) NIVEL DEL DOLOR</p> <table border="1" data-bbox="548 639 954 1313"> <thead> <tr> <th>Indicadores:</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor Referido</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gemidos y gritos inquietud</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diaforesis</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expresiones faciales de dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Náuseas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores:	1	2	3	4	5	Dolor Referido				x		Gemidos y gritos inquietud			x			Diaforesis			x			Expresiones faciales de dolor				x		Náuseas				x		<p>Campo: Fisiológico Básico Clase: Fomento de la comodidad física</p> <p>(1400) MANEJO DEL DOLOR INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar evaluación exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. ✓ Colaborar con el paciente, familia y cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor. ✓ Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. ✓ Enseñar los principios del control del dolor ✓ Considerar el tipo y fuente del dolor ✓ Observar claves no verbales del dolor 	<p>Las intervenciones realizadas por el personal de Salud Se logró disminuir el dolor que presentaba la paciente por la incisión quirúrgica.</p>
Indicadores:	1	2	3	4	5																																		
Dolor Referido				x																																			
Gemidos y gritos inquietud			x																																				
Diaforesis			x																																				
Expresiones faciales de dolor				x																																			
Náuseas				x																																			

ELABORADO POR: GONZALEZ CHONILLO ANGIE

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																																																
<p>Dominio 4: Actividad/Reposo Clase 2: Actividad/Ejercicio (00085)</p> <p>Deterioro de la movilidad física R/C intolerancia a la actividad M/C limitación de la amplitud de los movimientos.</p>	<p>Dominio I: Salud Funcional(I) Clase C: Movilidad(C)</p> <p>(0208) MOVILIDAD</p> <table border="1" data-bbox="573 600 1111 1270"> <thead> <tr> <th>Indicadores:</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mantenimiento de equilibrio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coordinación</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Marcha</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Movimiento muscular</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Movimientos de la posición corporal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se mueve con facilidad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ambulación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores:	1	2	3	4	5	Mantenimiento de equilibrio				x		Coordinación			x			Marcha						Movimiento muscular			x			Movimientos de la posición corporal				x		Se mueve con facilidad				x		Ambulación				x		<p>Campo: Fisiológico Básico Clase: Control de la actividad y ejercicios</p> <p>(0226) TERAPIAS DE EJERCICIO: CONTROL MUSCULAR INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar en las necesidades básicas del paciente ✓ Determinar las limitaciones del movimiento articular ✓ Ayudar en la deambulación si es necesario Vestir al paciente con prendas cómodas. ✓ Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes corporales. ✓ Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. ✓ Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación. 	<p>Con la colaboración del paciente y ayuda del familiar se pretende recuperar la actividad del paciente.</p>
Indicadores:	1	2	3	4	5																																														
Mantenimiento de equilibrio				x																																															
Coordinación			x																																																
Marcha																																																			
Movimiento muscular			x																																																
Movimientos de la posición corporal				x																																															
Se mueve con facilidad				x																																															
Ambulación				x																																															

ELABORADO POR: GONZALEZ CHONILLO ANGIE

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																																																						
<p>Dominio 11: Seguridad protección Clase 2: Lesión física (00046)</p> <p>Deterioro de la integridad cutánea R/C intervención quirúrgica M/C colecistectomía</p>	<p>Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Respuesta inmune (L)</p> <p>(3660) INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <table border="1" data-bbox="564 632 1189 1281"> <thead> <tr> <th>Indicadores:</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temperatura de la piel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sensibilidad</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Elasticidad</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Olor de la integridad de la piel</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lesión cutánea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Secreción</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eritema</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Excavación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores:	1	2	3	4	5	Temperatura de la piel				x		Sensibilidad			x			Elasticidad			x			Olor de la integridad de la piel			x			Lesión cutánea				x		Secreción				x		Eritema				x		Excavación				x		<p>Campo: fisiológico Clase: Respuesta inmune</p> <p>(3660) CUIDADOS DE LAS HERIDAS INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Despegar apósito y esparadrapo ✓ Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor ✓ Medir el lecho de la herida, si es necesario ✓ Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario ✓ Fomentar la ingesta de líquido si ✓ Cambiar apósito según la cantidad de exudado y drenaje ✓ Colocar de manera que evite presionar la herida ✓ Enseñar al paciente y la familia los cuidados de la herida 	<p>Mediante la intervención de enfermería se logra evitar la infección de la herida.</p>
Indicadores:	1	2	3	4	5																																																				
Temperatura de la piel				x																																																					
Sensibilidad			x																																																						
Elasticidad			x																																																						
Olor de la integridad de la piel			x																																																						
Lesión cutánea				x																																																					
Secreción				x																																																					
Eritema				x																																																					
Excavación				x																																																					

ELABORADO POR: GONZALEZ CHONILLO ANGIE

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																																																
<p>Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés Clase 2: respuesta de afrontamiento (1201)</p> <p>Ansiedad R/C Intervención quirúrgica (colecistectomía) M/C estado de salud, estrés.</p>	<p>Dominio: Salud psicosocial (iii) Clase: Bienestar psicosocial (M)</p> <p>(1211) NIVEL DE ANSIEDAD</p> <table border="1" data-bbox="629 628 1120 1310"> <thead> <tr> <th>Indicadores:</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Impaciencia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Manos húmedas</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distres</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inquietud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ansiedad verbalizada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estrés</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores:	1	2	3	4	5	Impaciencia				x		Manos húmedas			x			Distres				x		Inquietud				x		Ansiedad verbalizada						Estrés			x							x		<p>Dominio: Salud psicosocial Clase: Bienestar psicosocial</p> <p>(4330) TERAPIA DE RELAJACIÓN INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar el término de la cirugía ✓ Indicar al paciente cada procedimiento a realizar ✓ Orientar a la paciente en su entorno ✓ Mantener el contacto visual con el paciente ✓ Mantener la calma de una manera deliberada ✓ Sentarse y hablar con el individuo ✓ Favorecer una respiración lenta y profunda e intencionada ✓ Acariciar la frente si es necesario ✓ Reducir y eliminar los estímulos que crean miedo y ansiedad 	<p>Mediante la intervención de enfermería se logra evitar el estrés y la ansiedad en el paciente.</p>
Indicadores:	1	2	3	4	5																																														
Impaciencia				x																																															
Manos húmedas			x																																																
Distres				x																																															
Inquietud				x																																															
Ansiedad verbalizada																																																			
Estrés			x																																																
				x																																															

ELABORADO POR: GONZALEZ CHONILLO ANGIE

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	RESULTADOS / N.O.C	INTERVENCIONES / N.I.C	EVALUACIÓN																																																
<p>Dominio 11: seguridad /protección Clase 1: infección (00004)</p> <p>Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos.</p>	<p>Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Respuesta inmune (L)</p> <p>(0703) SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN</p> <table border="1" data-bbox="562 616 1115 1228"> <thead> <tr> <th>Indicadores:</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fiebre</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hipotermia</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dolor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rubor en la incisión</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Secreción</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aumento de leucocitos</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores:	1	2	3	4	5	Fiebre				x		Hipotermia			x			Dolor				x		Rubor en la incisión				x		Secreción						Aumento de leucocitos			x							x		<p>Campo: fisiológico Clase: Respuesta inmune</p> <p>(6540) CONTROL DE INFECCIONES INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpiar el ambiente con los diferentes materiales de desinfección ✓ Cambiar apósitos adecuadamente para evitar las infecciones ✓ Limitar el número de visitas ✓ Instruir al paciente y familiares en el correcto lavado de manos ✓ Poner en práctica las precauciones universales ✓ Asegurar una técnica aséptica de cuidados de heridas ✓ Utilizar guantes esterales ✓ Administrar terapia antibiótica 	<p>Mediante la intervención de enfermería se logra evitar las infecciones por las secreciones</p>
Indicadores:	1	2	3	4	5																																														
Fiebre				x																																															
Hipotermia			x																																																
Dolor				x																																															
Rubor en la incisión				x																																															
Secreción																																																			
Aumento de leucocitos			x																																																
				x																																															

ELABORADO POR: GONZALEZ CHONILLO ANGIE

CONCLUSIONES

- ✓ Después aplicar la valoración de enfermería se encontraron los diagnósticos más acertados a la patología.
- ✓ Los pacientes intervenidos quirúrgicamente presentan dolor, incomodidad, dificultad para moverse por lo que se logró evidenciar los diferentes diagnósticos de enfermería.
- ✓ Se concluye realizando el plan de atención de enfermería para la satisfacción y recuperación del paciente
- ✓ Mediante todos los métodos, modelos y teorías se logró aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en pacientes intervenidos quirúrgicamente con colecistectomía.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS CONSULTADOS:

Herdman T. (2015-2017). *Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación NANDA*. Barcelona-España: Elsevier.

Bulechek G, Butcher H, & Dochterman J. (2015-2017). *Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona- España: Elsevier.

Moorhead S., J. M. (2015-2017). *Clasificación de Resultados (NOC)*. Barcelona-España: Elsevier.

Berman, A., & Snyder, S. (2010). *Fundamentos de Enfermería*. España: Printed in Spain.

Tortora, G., & Derrickson, B. (s/f). *Principios de Anatomía y Fisiología*. Medica Panamericana.

SITIOS WED:

Potter, P., & Perry, A. (2010). *Fundamentos de Enfermería*. España: Grafos, S.A Arte sobre papel.

<http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>

Raile, M., & Ann, M. (2011). *colecistectomía signos y sintomas* . Barcelona: Elsevier
.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66925/1/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf

Salud, O. M. (2012). OMS. Obtenido de OMS :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420%3A2011-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es

A N N E X O S

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor de la presente Memoria Técnica de la Parte Práctica **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON COLECISTECTOMÍA”**, egresada de la Carrera de Enfermería, Facultad Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la apruebo en todas sus partes.

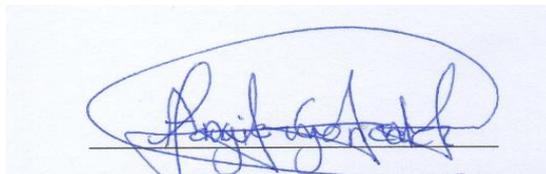
Atentamente.



Lic. Carlos Saavedra Alvarado, MSc.
TUTOR

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **González Chonillo Angie Alejandra** con Cédula de Identidad N° **2400235772-2** declaro que la Modalidad de Titulación: Memoria Técnica de la parte Práctica es el producto de la experiencia en el área hospitalaria aplicando la metodología de la ciencia de enfermería con las taxonomías NANDA, NOC y NIC, la presente memoria es de mi absoluta responsabilidad; el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



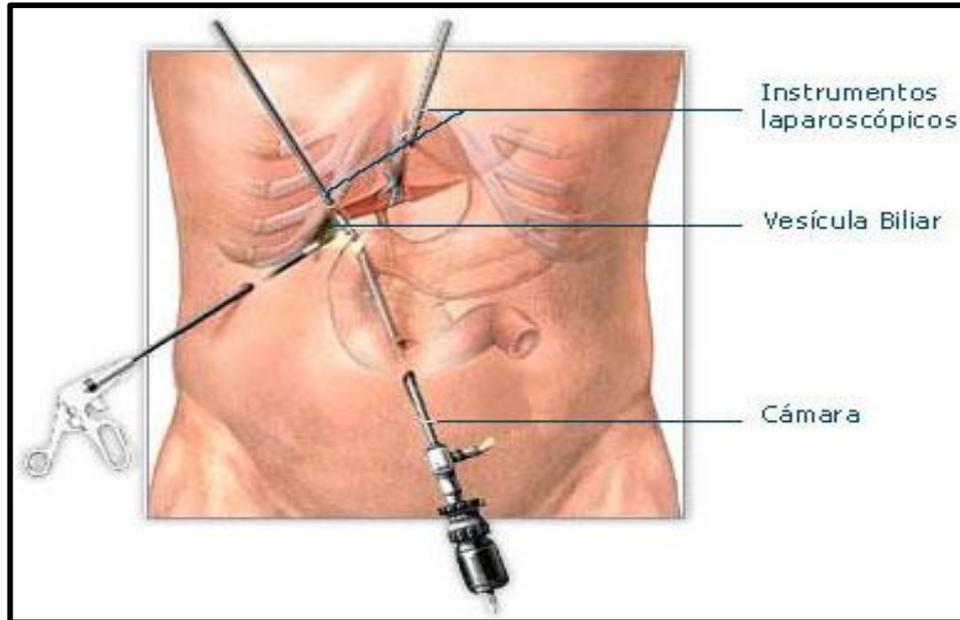
Angie Alejandra González Chonillo

CI: 240023577-2

AUTORA

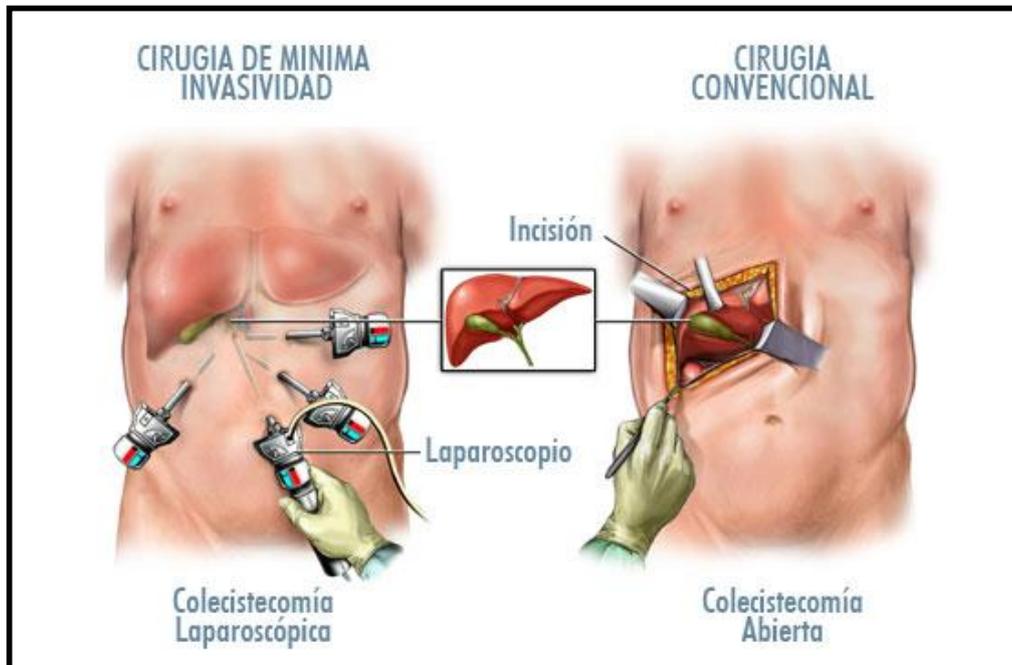
ANEXO 1

LOCALIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE VESÍCULA



ANEXO 2

TÉCNICAS DE COLECISTECTOMÍA



EXAMEN CÉFALO-CAUDAL

VALORACIÓN DE CABEZA A PIES



Cabeza

Cara

Ojos

Oídos

Nariz

Boca/Garganta

Cuello

Tórax

Pulmones

Corazón

Abdomen

Riñones

Aparato genital

Recto

Extremidades

Espalda