



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO (A) EN
ENFERMERÍA.**

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON
HERNIA INGUINO ESCROTAL BILATERAL**

AUTOR

LIZBETH ESTEFANIA MUÑOZ VACA

TUTOR

MGS. MARTHA ORDÓÑEZ HINOJOSA

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	I
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.....	V
RESUMEN.....	VI
SUMMARY	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII
I. MARCO TEÓRICO	9
1.1. JUSTIFICACIÓN	14
1.2. OBJETIVOS	15
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
1.3. DATOS GENERALES	15
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	16
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE	16
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	16
2.3. EXAMEN FÍSICO.....	17
2.3.1. VALORACIÓN CÉFALO-CAUDAL	17
2.3.2. SIGNOS VITALES.....	17
2.3.3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).....	17
2.3.4. PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS	19

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	20
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	21
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	21
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	25
2.8. SEGUIMIENTO	26
2.9. OBSERVACIONES.....	29
CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	32

DEDICATORIA

Dedico este caso clínico a Dios por bendecirme cada instante de mi vida. A mi mamá, abuelo, tías, hermano y amigas(os) por apoyarme incondicionalmente en lo que son la base primordial para llevar a cabo con cada una de mis metas.

A mis maestros por su guía durante el tiempo académico tanto en aula de clases, tanto como en el área hospitalaria.

Lizbeth Estefania Muñoz Vaca

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a dios por mantenerme con vida, por continuar con mis estudios para logara mis metas propuestas.

A mi mama, hermano, abuelo, tías, amigas (os), a mis maestros de internado mi más profundo reconocimiento por ser mi apoyo total en todo este proceso y llenarme de fuerza y confianza para poder hacer cada meta.

A la Tutora Mgs. Martha Ordoñez por infundir todos sus conocimientos expertos a lo largo de la preparación de este trabajo.

A la Universidad Técnica de Babahoyo a quien constantemente llevare en mi mente y corazón por haberme permitido profesionalizarme en tan prestigiosa institución, a los docentes que con su guía me otorgaron conocimientos para poder cumplir con las metas.

Lizbeth Estefania Muñoz Vaca

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON
HERNIA INGUINO ESCROTAL BILATERAL**

RESUMEN

El presente caso clínico se realizó en un paciente de sexo masculino con 61 años de edad con antecedentes de una hernioplastia inguinal derecha es ingresado al hospital general Martín Icaza con diagnóstico de abdomen agudo por ser referido del Hospital Básico Juan Montalvo por manifestar un cuadro clínico de más de 8 días de evolución con dolor en hipogastrio de intensidad moderada más emesis de 6 por día de tipo fecaloide más constipación de 8 días, al examen físico se observa escroto edematizado, se palpa una masa inguino escrotal, por lo que medico realiza ecografía abdominal dando como diagnostico medico de hernia inguino escrotal bilateral, se administra sonda nasogástrica para control de líquido gástrico y sonda vesical para controlar la diuresis, se prepara a paciente para laparotomía exploratoria de hernia inguino escrotal.

Se realiza exámenes de laboratorio obteniendo el siguiente resultado:

Hematíes: $3.01 \times 10^3 / \text{mm}^3$; Hemoglobina: 13.2 g/dl; Hematocrito: 39.0 %; Leucocitos: $12.86 \times 10^3 / \text{uL}$; Plaquetas: $308 \times 10^3 / \text{uL}$; Creatinina: 1.6 mg/dl; Potasio: 3.8 mEq/L; Sodio: 132 mEq/L; Cloro: 91 mEq/L; Amilasa: 39 U/L; Tp: 13.2 seg.; VDRL: No reactivo; HIV 1+2 prueba rápida; No reactivo

Medico deja herida abierta excepto donde se encuentra la malla para que drene liquido séptico, prescribe medicación y órdenes de laboratorio de control, e interconsulta para urología ya que continua con escroto edematizado.

Palabras clave: laparotomía, hernia inguino escrotal, abdomen agudo, edema, emesis.

SUMMARY

The present clinical case was carried out in a 61-year-old male patient with a history of a right inguinal hernioplasty. More than 8 days of evolution with pain in the hypogastrium of moderate intensity plus emesis of 6 per day of the fecaloid type plus constipation of 8 days, the physical examination shows swollen scrotum, a scrotal inguine mass is palpated, so a doctor performs an abdominal ultrasound Giving as a medical diagnosis of bilateral scrotal inguine hernia, nasogastric tube is administered to control gastric fluid and urinary catheter to control diuresis, the patient is prepared for exploratory laparotomy of scrotal inguino hernia.

Laboratory tests are performed obtaining the following result: red blood cells: $3.01 \times 10^3 / \mu\text{L}$; Hemoglobin: 13.2 g / dl; Hematocrit: 39.0%; Leukocytes: $12.86 \times 10^3 / \mu\text{L}$; Platelets: $308 \times 10^3 / \mu\text{L}$; Creatinine: 1.6 mg / dl; Potassium: 3.8 mEq / L; Sodium: 132 mEq / L; Chlorine: 91 mEq / L; Amylase: 39 U / L; Tp: 13.2 sec.; VDRL: Non-reactive; HIV 1 + 2 rapid test; Non-reactive

The doctor leaves an open wound except where the mesh is located to drain septic liquid, prescribes medication and control laboratory orders, and interconsultation for urology since he continues with swollen scrotum.

Key words: laparotomy, inguino scrotal hernia, acute abdomen, edema, emesis.

INTRODUCCIÓN

Una hernia es la protrusión de un órgano o tejido a través de un orificio anormal, o por defecto en las estructuras de soporte. Existen varios tipos de hernias que varían según su localización y el órgano que protruye. Siendo más frecuente las hernias inguinales; especialmente la indirecta, tanto en hombres como mujeres; aparecen en el 2 al 5% de la población general, siendo más frecuente en hombres. Generalmente no producen sintomatología hasta que se encarcela o se estrangula produciendo inicialmente dolor local. El diagnóstico es clínico, mediante la exploración física. El manejo es quirúrgico, realizando herniorrafia (reparación anatómica) o hernioplastia (reparación protésica). (Esqueda-Suárez, 2010)

Se encuentran caracterizada por, aparición de un bulto en región inguinal o escrotal. En el cual la prominencia aparece y desaparece si el intestino herniado sale o regresa al abdomen. Cuando son muy grandes pueden llegar hasta el escroto produciendo un bulto a nivel de los testículos, al inicio puede ser asintomático, produciendo una sensación de ocupación o molestia en la ingle, o asociarse a dolor; siendo más intenso al hacer esfuerzos o toser. (Redaccionmedica)

El presente caso clínico se lo realizó en el Hospital General Martin Icaza de Babahoyo en el área de emergencia, donde se diagnosticó al paciente con hernia inguino escrotal bilateral; siendo intervenido quirúrgicamente de emergencia debido a la sintomatología que presentaba con deshidratación leve.

El proceso de enfermería se lo elaboro de acuerdo a la información otorgada por el paciente y valoración cefalo-caudal con la finalidad de diseñar un plan de cuidados de enfermería a través de la taxonomía NANDA, NOC, y NIC para así satisfacer las necesidades del paciente y brindar confort durante su estadía en la casa de salud.

I. MARCO TEÓRICO

HERNIA

Se define como hernia a la salida de una protuberancia del contenido de la cavidad abdominal por medio de deficiencias, ya sean éstos congénitos o adquiridos, del muro abdominal. El contenido protruido está en compañía constantemente del peritoneo parietal que constituye el saco de la hernia. (Bancalero L.)

ETIOLOGÍA

Las hernias poseen un saco formado por el revestimiento de cavidad peritoneal, en la cual pasa a través de la cavidad quedándose alijada en la pared abdominal.

Suelen aparecer por aumento de la presión intraabdominal es un factor predisponente ya que impulsará el contenido intraabdominal a través pared del peritoneo. En algunos casos como: esfuerzo físico muscular al levantar un peso, maniobras a glotis cerrada como accesos de tos o vómitos incoercibles son algunos de los más frecuentes antecedentes que preceden a la aparición de una hernia. (Sciuto, 2018)

CLASIFICACIÓN DE LAS HERNIAS DE POR SU PRESENTACIÓN CLÍNICA

Reducible: Es posible regresar mecánicamente la protrusión (Órgano o Tejido) al abdomen

Encarcelada: No se puede regresar mecánicamente la protrusión al abdomen. Es dolorosa y blanda.

Estrangulada: Es una hernia encarcelada con compromiso vascular del contenido protruido. Tiene coloración violácea, está a tensión y es dolorosa.

Incoercible: Hernia que vuelve a salir inmediatamente después de regresarse mecánicamente.

Deslizada o por desplazamiento: Una porción del saco protruido está formado por la pared de una víscera, siendo el más común el colon sigmoideo o el ciego. Constituye un pequeño porcentaje de todas las hernias (3-6%). (Esqueda-Suárez, 2010)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En varios casos, una hernia puede ser asintomática siendo una inflamación indolora que no muestra inconvenientes. Sin embargo, las hernias pueden causar malestar y dolor, y estos síntomas a menudo se agravan al pararse, estirarse o levantar objetos pesados, causando cualquiera de los siguientes signos y síntomas:

- Dolor
- Náuseas
- Emesis
- El tumor no vuelve a su posición normal en el abdomen.
- En tales casos, el bulto suele estar sensible y no se puede restaurar a su posición original debajo de la dermis en el abdomen (M., 2016)

HERNIA INGUINAL

Las hernias inguinales se producen cuando las piezas de tejido, tales como una parte del intestino, emergen de una zona debilitada de los músculos abdominales. La aparición del tumor puede ser doloroso, especialmente si tose, se doblan en exceso, o levantar objetos pesados. Sin embargo, muchas hernias son indoloras, siendo más frecuentes en hombre que en mujeres. (Clinica Mayo, s.f.)

Varias hernias inguinales no poseen una causa aparente. Otras pueden aparecer por:

- Incremento de la presión de la pared abdominal
- Un punto débil preexistente en el muro abdominal
- Esfuerzo al defecar o miccionar
- Actividades intensas
- Embarazo
- Tos o estornudos crónicos

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Generalmente puede ser asintomática, al examen físico se puede palpar un bulto en la región inguinal. En algunos casos, el dolor y las molestias leves también se acentúan con el esfuerzo. (Medlineplus, s.f.)

Entre los signos y los síntomas de la hernia inguinal incluyen:

- Un bulto en el área sobre cualquiera de los lados del pubis, siendo más notorio cuando estás erguido, al toser o cuando realiza algún esfuerzo.
- Dolor o incomodidad en la ingle con una sensación de pesadez o arrastre.
- Náuseas y vómitos, constipación y retención de gases.

HERNIA ESCROTAL

Las hernias escrotales son anomalías en la bolsa de piel que cuelga detrás del miembro viril (escroto). Pueden estar conformadas por acumulaciones de líquidos, crecimientos de tejidos anómalos o contenidos típicos del escroto que se han inflamado, hinchado o endurecido.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los signos y síntomas de las hernias escrotales varían conforme con la anomalía.

- Dolor sordo o una sensación de pesadez en el escroto
- Dolor que se irradia por la ingle, el vientre o la parte inferior de la espalda
- Sensibilidad, hinchazón o endurecimiento del testículo
- Sensibilidad, hinchazón o endurecimiento del epidídimo, el tubo blando a modo de coma localizado arriba y detrás del testículo que almacena y lleva el esperma
- Náuseas o vómitos

Si la causa de una masa escrotal es una infección, los signos y síntomas pueden incluir:

- Hipertermia
- Disuria
- Hematuria
- Piura (Mayo Clinic, s.f.)

DIAGNOSTICO

(Saceda, 2020) describe que las hernias se diagnostican por medio del examen físico en la cual se palpa unas protuberancias que esta se la realiza de pie siendo más fácil su visualización, más la sintomatología que presente. También se realizan exámenes complementarios como exámenes de laboratorio, ecografía abdominal, Tac de tórax y resonancia magnética.

TRATAMIENTO

De acuerdo al criterio de (Sánchez, 2018) la única manera de corregir las hernias es mediante cirugía que consiste en la reintroducción del contenido peritoneal y el reforzamiento de la pared inguinal, para su corrección utiliza técnicas de reforzamiento a través de los mismos tejido o uso de maya quirúrgica con la finalidad de restaurar la integridad de la pared abdominal; la intervención puede ser laparoscópica o por medio de láser.

1.1. JUSTIFICACIÓN

Una hernia es la salida de una protuberancia de un órgano o tejido de la zona anatómica donde debería estar localizado, siendo la más frecuentes en hombres que mujeres. Las hernias inguinales consisten en la salida de parte del intestino desde el interior de la cavidad abdominal hacia el canal inguinal, esta puede quedarse localizado en la ingle o llegar hasta el escroto, al inicio puede ser asintomática luego presenta síntomas como dolor en región inguinal. (Redaccionmedica)

Las hernias escrotales se pueden formar por acumulaciones de líquidos, crecimientos de tejidos anómalos o contenidos tradicionales del escroto que se han inflamado, edematizado o endurecido. Se manifiestan por la aparición de una protrusión, dolor o sensación de pesadez en el escroto, edematización, sensibilidad, nauseas o vómitos. (Mayo Clinic, s.f.)

El siguiente caso clínico se enfoca en estudiar el proceso de atención de enfermería en un paciente con hernia inguino escrotal derecha, ya que permitirá elaborar un plan de cuidados de enfermería, en base a la entrevista otorgada al paciente y valoración céfalo-caudal; con el propósito de satisfacer las necesidades del paciente durante su permanecía en la casa de salud.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicar los Procesos de Atención de Enfermería en los cuidados del preoperatorio inmediato - postoperatorio en la cirugía de la hernia inguino escrotal bilateral del paciente.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer un diagnóstico de enfermería por medio de la metodología NANDA
- Diseñar intervenciones de enfermería con la metodología NIC para beneficiar al paciente con hernia inguino escrotal bilateral
- Efectuar e plan de cuidados de enfermería en el paciente con hernia inguino escrotal bilateral.
- Valorar el estado de salud del paciente durante su estadía hospitalaria.

1.3. DATOS GENERALES

Nombre: NN

Edad: 61 años

Sexo: Masculino

Historia clínica: 1201858386

Instrucción: primaria

Estado civil: casado

Raza: mestizo

Fecha de nacimiento: 3 de abril de 1960

Lugar de Nacimiento: Urdaneta

Lugar de residencia: Recinto los Sauces (Pueblo Viejo)

Grupo sanguíneo: ARH positivo

Religión: católica

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

Motivo De Consulta

Paciente de sexo masculino de 61 años de edad llega referido, al área de emergencia con cuadro clínico de más 8 días de evolución con dolor de intensidad moderada en hipogastrio acompañado de emesis 6 por día de tipo fecaloide más constipación de 8 días de evolución, paciente refiere alza térmica no cuantificada.

Antecedentes

Tabla 1

Antecedentes patológicos, familiares, alérgicos y quirúrgico del paciente

Antecedentes patológicos personales	Antecedentes familiares	Antecedentes alérgicos	Antecedentes quirúrgicos
No refiere	No refiere	No refiere	Hernioplastia inguinal derecha

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente de sexo masculino ingresa al área de emergencia consciente en compañía de paramédicos y familiar por presentar un cuadro clínico de 8 días de evolución con dolor de intensidad moderada en hipogastrio acompañado de emesis 6 por día de tipo fecaloide más constipación de 8 días de evolución, paciente refiere alza térmica no cuantificada.

2.3. EXAMEN FÍSICO

2.3.1. VALORACIÓN CÉFALO-CAUDAL

- **Cabeza:** normo-céfalo sin heridas ni lesiones, pupilas isocorias, facies y mucosas orales semideshidratadas
- **Oído:** simétricos con agudeza auditiva, sin lesiones
- **Nariz y senos parciales:** simétricos, permeable, con sonda nasogástrica, no se observa lesión.
- **Cuello:** simétrico, sin adenopatías
- **Tórax:** simétrico, expansible, no se observa cicatriz ni lesión, con campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos.
- **Abdomen:** globuloso, doloroso con presencia de masa inguino escrotal compatible con hernia, se observa cicatriz quirúrgica en flanco derecho.
- **Genitales:** testículos edematizados sin secreción, con sonda vesical.
- **Extremidades superiores e inferiores:** simétricos, no se observa lesión ni edematización.

2.3.2. SIGNOS VITALES

Frecuencia cardíaca: 80 x´

Frecuencia respiratoria: 20 x´

Presión arterial: 100/90

Temperatura: 36.8 °C

SPO2: 98%

2.3.3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON)

Paciente de sexo masculino consciente, orientado en tiempo espacio y persona, con facies pálidas y deshidratadas con reflejo de dolor, ingresa a la casa de salud por presentar dolor abdominal, emesis de tipo fecaloide más constipación, con hernia inguino escrotal bilateral.

Patrón Precepción- Manejo De La Salud Paciente refiere que su estado de salud ha sido satisfactorio en los últimos meses, pero hace 8 días ha empezado a manifestar constipación, emesis varias en 1 solo día y dolor de intensidad moderada haciendo que tenga un déficit en su estado de salud.

Patrón Nutricional-Metabólico Paciente refiere que su alimentación no ha sido saludable, ingiere agua en poca cantidad, ha ganado peso debido a su mala alimentación, se observa piel y mucosas deshidratadas, la temperatura corporal se encuentra dentro de los parámetros normales.

Patrón Eliminación Paciente presenta constipación de hace 8 días, emesis de tipo fecaloide 6 por día, se le administra sonda vesical para la eliminación de la orina y sonda nasogástrica.

Patrón Actividad-Ejercicio Familiar del paciente refiere que lleva una sedentaria, y solo camina cuando sale a realizar compras pequeñas y de paseo con sus hijos y nietos.

Patrón Sueño-Descanso Paciente tranquilo, logra mantener el sueño en intervalos grandes

Patrón Cognitivo-Perceptual Paciente ingresa consciente orientado en tiempo espacio y persona con irritabilidad debido a la sintomatología que presenta, el familiar se encuentra preocupado debido al estado de salud del paciente.

Patrón Autopercepción-Autocontrol Paciente muestra preocupación debido a su estado de salud ya que lleva varios días con la sintomatología también se encuentra irritable debido al dolor que presenta.

Patrón Rol-Relaciones Refiere que vive con su esposa, hijos, y nietos en una casa mediana, su familia muestra preocupación debido a su estado de salud.

Patrón Sexualidad- Reproducción Paciente manifiesta que ya no es activo sexualmente, refiere que ha tenido una hernioplastia escrotal derecha anteriormente, al examen físico se observa escroto edematizado.

Patrón Adaptación-Tolerancia Al Estrés Paciente al momento tranquilo, colaborativo, indica que siente mejoría de su sintomatología debido a los cuidados de enfermería.

Patrón Creencias Paciente refiere que su familia es católica

2.3.4. PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

- Patrón percepción -manejo de la salud
- Patrón nutricional-metabólico
- Patrón eliminación
- Patrón sexualidad-reproducción

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Exámenes de laboratorio

Tabla 2

Resultado de exámenes de laboratorio

Hematología				
Hematíes	Hemoglobina	Hematocrito	Leucocitos	Plaquetas
3.01xmm3	13.2 g/dl	39.0 %	12.86 10 ³ /uL	308 10 ³ /uL
Formula leucocitaria				
Monocitos	Linfocitos	Eosinófilos		
9.8 %	11.7 %	0.9 %		
Bioquímica sanguínea				
Creatinina	1.6 mg/dl			
Electrolitos				
Potasio	Sodio	Cloro		
3.8 mEq/L	132 mEq/L	91 mEq/L		
Enzima				
Amilasa	39 U/L			
Hemostasia				
Tp	13.2 seg.			
Inmunoserología				
VDRL	HIV 1 + 2 prueba rápida			
No reactivo	No reactivo			

Resultados valorados por médico tratante

Resultado de ecografía abdominal

Parénquima: infiltración de grasa grado 1

Vesícula: aumentada de tamaño sin cálculos

Riñón derecho e izquierdo: normales

Intestinos: marco cónico, asas intestinales dilatadas

Partes blandas: hernia escrotal y liquido en escroto

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

El diagnostico presuntivo que utiliza el medico dolor agudo hernia inguinal, hernia inguino escrotal bilateral, el diferencial abdomen agudo y finalizando con el diagnóstico definitivo hernia inguino escrotal bilateral.

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

Con la correspondiente valoración clínica y por patrones funcionales de Marjory Gordon en un paciente de sexo masculino con hernia inguinal bilateral se refleja los patrones alterados acuerdo al juicio de enfermería:

- Patrón percepción-manejo de la salud
- Patrón nutricional-metabólico
- Patrón eliminación
- Patrón sexualidad-reproducción

Acciones y cuidados de enfermería

- Toma de signos vitales.
- Colocación de pulsera de identificación de paciente.
- Canalizar vía periférica con catéter # 18.
- Administrar medicamentos de acuerdo a prescripción médica.
- Aplicación de sonda nasogástrica para control de líquido gástrico.
- Aplicación de sonda vesical para control de diuresis.
- Preparar al paciente para cirugía de emergencia.
- Vendaje de extremidades inferiores.
- Elaborar evolución de enfermería.
- Control de ingesta y egreso del paciente
- Valorar estado de conciencia, piel y mucosas del paciente.
- Valorar la dieta respectiva del paciente.
- Valorar el estado de apósitos y sangrado
- Valorar escala de riesgo de caída

NANDA: 00132
 NOC: 2102
 NIC: 2210

DX: (00132) Dolor Agudo

R/C: hernia inguino escrotal

E/P: dolor en hipogastrio, irritabilidad

M
E
T
A
S

Dominio: V Salud Percibida

Clase: V- Sintomatología

Etiqueta: (2102) Nivel del dolor

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

Campo: H Control de fármacos

Clase: 2 Fisiológico: Complejo

Etiqueta: (2210) Administración de analgésicos.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
dolor referido		X			
Irritabilidad			X		
Intolerancia a alimentos		X			
Frotarse el área afectada			X		

ACTIVIDADES

1. Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
2. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis del analgésico y frecuencia del analgésico prescrito.
3. Comprobar el historial de alergia a medicamentos.
4. Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, según corresponda.
5. Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno
6. Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo.
7. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso.
8. Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
9. Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
10. Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos

NANDA: 00195
 NOC: 0602
 NIC: 4130

DX: (00195) riesgo de desequilibrio electrolítico

R/C: hernia inguino escrotal

E/P: emesis, edema de escroto, niveles de sodio elevado, aumento de hematocrito.

M
E
T
A
S

Dominio: II Salud Fisiológica

Clase: G- Líquidos y Electrolitos

Etiqueta: (0602) hidratación

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

Campo: N Control de la perfusión tisular

Clase: 2 Fisiológico: Complejo

Etiqueta: (4130) Monitorización de líquidos.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Membranas mucosas húmedas		X			
Sodio sérico			X		
Ingesta de líquidos		X			
Turgencia cutánea			X		
Aumento de hematocrito			X		

- ACTIVIDADES**
1. Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos
 2. Monitorizar las entradas y salidas.
 3. Monitorizar los niveles de electrolitos en suero y orina, según corresponda.
 4. Monitorizar los niveles séricos de albúmina y proteínas totales.
 5. Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.
 6. Llevar un registro preciso de entradas y salidas
 7. Verificar todas las entradas y salidas en el paciente con tratamiento intravenoso, infusiones subcutáneas, alimentación enteral, SNG, catéteres urinarios, vómitos, drenajes de heridas.
 8. Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos, según corresponda.
 9. Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.
 10. Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina.

2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Conducta que determinan el origen

Durante la entrevista realizada al paciente durante su ingreso a la casa de salud, se le indico a su acompañante lo siguiente:

Paciente manifiesta que ha tenido anteriormente una hernioplastia inguinal derecha

Hace días presento un cuadro clínico de dolor en región abdominal, emesis, constipación más masa en región inguino escrotal más edema de escroto.

Se le explica al familiar que el paciente se tiene que realizar una cirugía de emergencia y firma el consentimiento informado

Procedimiento a realizar

Al tratarse con un paciente con compromiso de movilidad y deshidratación se lo mantiene en el área de emergencia antes de ser intervenido quirúrgicamente

- Control contante de signos vitales
- Se solicita a laboratorio toma de muestra para exámenes de laboratorio
- Se solicita a imágenes toma de ecografía abdominal
- Se canaliza vía periférica con catéter # 18 para administrar medicamentos de acuerdo a prescripción medica
- Se administra sonda nasogástrica y vesical para control de líquidos
- Se prepara a paciente para cirugía de emergencia.

2.8. SEGUIMIENTO

20-04-2021

Paciente llega al área de emergencia por presentar cuadro clínico de dolor en hipogastrio, emesis varias repeticiones en un día, se palpa masa en región inguinal más escroto edematizado, se le administra sonda nasogástrica y vesical, se prepara paciente para cirugía.

21-04-2021

Paciente post quirúrgico consciente orientado en tiempo espacio y persona pasa a sala de hospitalización con escala de riesgo de caída alto con sonda nasogástrica y vesical medico prescribe exámenes de laboratorio más medicación.

22-04-2021

Paciente continua en sala de hospitalización con sonda nasogástrica y vesical, con herida quirúrgica cerrada, se realiza curación de la zona; se observa apósitos húmedos y sanguinolentos, al momento no tolera ningún líquido.

23-04-2021

Paciente de sexo masculino continua en su unidad consciente orientado en tiempo espacio y persona con sonda vesical y sonda nasogástrica permeable, se re canaliza a paciente se administra medicamentos de acuerdo a prescripción médica, se realiza curación de herida quirúrgica, medico envía exámenes de laboratorio para control.

24-04-2021

Medico revisa exámenes de laboratorio obteniendo los siguientes resultados: urea 156.2 mg/dl; albumina 2.71 g%, creatinina 3.00 mg/dl, potasio 3.7 mEq/L, cloro 103 mEq/L, sodio 137.0 mEq/, amilasa 210.0 U/L, hemoglobina 9.3 g/dl, leucocitos $30.45 \times 10^3/uL$.

Obteniendo valores de urea, albumina amilasa y leucocitos alterados de acuerdo con los valores normales, con un descenso en hemoglobina por lo cual inicia con tratamiento de eritropoyetina por vía subcutánea.

25-04-2021

Paciente continua en su unidad con vía endovenosa permeable con escala de riesgo de caída alto, medico realiza interconsulta con urología ya que continua con escroto edematizado, se encuentra en compañía de familiar.

26-04-2021

Paciente de sexo masculino post quirúrgico cursa el sexto día de hospitalización consciente orientado en tiempo de espacio y persona con vía endovenosa permeable, con sonda nasogástrica y vesical permeables, se realiza curación de heridas, pendiente valoración por urología, se administra medicamentos de acuerdo a prescripción médica, con dieta de nada por vía oral, al momento no refiere ninguna novedad.

27-04-2021

Se retira a paciente sonda nasogástrica inicia con dieta blanda, continua con sonda vesical para control de diuresis, se realiza curación de heridas se observan apósitos húmedos y sanguinolentos medico retira sutura para que drene liquido eritematoso excepto donde se encuentran la malla quirúrgica, se aplica compresas frías para que baje edematización de escroto, paciente ya se levanta

28-04-2021

Paciente continua en su unidad consciente orientado en tiempo espacio y persona con vía endovenosa permeable, se realiza curación de herida quirúrgica se observa apósitos limpios y secos, es atendido por urología, al momento se encuentra estable, médico cirujano envía exámenes de laboratorio de control.

29-04.2021

Se observa mejoría en paciente medico sutura la herida que dejo abierta, se realiza curación de herida quirúrgica con apósitos limpios y secos, se observa menos edematizado escroto. Paciente se encuentra en compañía de familiar, se inicia dieta general.

30-04-2021

Paciente continua en su unidad consciente orientado en tiempo espacio y persona se retira sonda vesical, se observa escroto sin edema, se realiza curación de herid quirúrgica con apostos limpios y húmedo. Es dado de alta por

médico cirujano y urólogo con tratamiento para casa y programa cita para control.

2.9. OBSERVACIONES

El estado de salud del paciente fue mejorando debido a los cuidados de enfermería brindados y al tratamiento administrado, el paciente se fue recuperando poco a poco después de haber sido intervenido quirúrgicamente, cuando fue dado de alta médica se le indica al familiar sobre los cuidados que le debe otorgar en casa como la dieta y tratamiento que debe seguir.

Se le indico al familiar los todos los procedimientos a realizar dando así su autorización y firmando el consentimiento informado, en la cual fue indispensable para logara una mejoría en el paciente.

- Se preparó al paciente para cirugía
- Se administró medicamentos de acuerdo a prescripción media
- Se realizó curaciones de herida quirúrgica
- El cirujano refirió interconsulta con urología para valoración y control de testículos ya que se encontraban edematizados.

CONCLUSIONES

En conclusión, las intervenciones de enfermería fomentadas a la mejoría del paciente fueron bastante satisfactorias debido a que se le brindó cuidados especializados y confort a lo largo de su estadía en la casa de salud, satisfaciendo sus necesidades y mejorando los patrones funcionales alterados.

El paciente después de haber sido intervenido quirúrgicamente; fue recuperándose de manera gradual por medio del proceso de atención de enfermería implementado, siendo dado de alta por médicos que lo valoraron enviando tratamiento y próxima cita para control

Mediante la elaboración del caso clínico con la metodología aplicada queda en prueba que es de gran beneficio la aplicación del proceso de atención de enfermería debido a que ayudamos a sustituir las necesidades del paciente, brindando una atención integral ya su vez evaluando la consecución de los metas planteados dado como consecuencia la óptima recuperación de paciente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bancalero L., M. F. (s.f.). *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)*.
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hernia.pdf>
- Clinica Mayo. (s.f.). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/inguinal-hernia/symptoms-causes/syc-20351547>
- Esqueda-Suárez, J. (2010). *Rev Med MD*. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39178>
- M., M. (14 de Enero de 2016). *Medicalnewstoday*.
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/290715#sintomas>
- Mayo Clinic. (s.f.). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/scrotal-masses/symptoms-causes/syc-20352604>
- Medlineplus. (s.f.). Obtenido de
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000960.htm>
- Redaccionmedica. (s.f.). *sanitaria 2000*.
<https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/hernia-inguinal>
- Saceda, D. (3 de Septiembre de 2020). *web consultas*.
<https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/hernia-inguinal/diagnostico-de-la-hernia-inguinal-11961>
- Sánchez, C. (2018). *Clinica Universidad de Navarra*.
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hernia-inguinal>
- Sciuto, P. (2018). *Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República de Uruguay*.
https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hernias_de_la_pared_abdominal_CQFM.pdf

ANEXOS



FORMA FARMACOLÓGICA: **INACT** Nombre del paciente: **Yvettte Alejandra Torres** Fecha de nacimiento: **11/22/1986**

INDICACIONES	ADMINISTRACION	FECHA	TIPO	OTRO
5. Salina 0.9% 300cc	212.00	21.4.01	12.4.11	
1. Amoxicilina 1gr c/8h	200 DAL	21.4.01	12.4.11	
Mohaxidol 500 mg c/8h	200 DAL	21.4.01	12.4.11	
Ondentran c/8h	200 DAL	21.4.01	12.4.11	
Oxaprozol 40 mg c/8h	200 DAL	21.4.01	12.4.11	
Ketorolac 60 mg c/8h	22 57126.05	21.4.01	12.4.11	
Paracetamol 1gr c/6h	450 AC	21.4.01	12.4.11	
Albun 6.5% 100cc	17	21.4.01	12.4.11	

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (1)

Paciente: XXXXXXXXXX
 F. Orden: 20-04-2021
 F. Ingreso: 20-04-2021
 Medico: Rafael Renato Sanchez Cabrera

Sala: EMERGENCIA
 Cama:
 Área:

Análisis: 1210420191
 CI: 1201858386
 Edad: 61 años
 Sexo: HOMBRE

Resultados

Electrolitos

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
Electrolitos			
SODIO	* 132.0	mEq/L	136 - 145
POTASIO	3.8	mEq/L	3.5 - 5.1
CLORO	91	mEq/L	98 - 107

* Sin valor legal, para ese efecto acerquese al Laboratorio Principal

Paciente: XXXXXXXXXX
 F. Orden: 20-04-2021
 F. Ingreso: 20-04-2021
 Medico: Rafael Renato Sanchez Cabrera

Sala: EMERGENCIA
 Cama:
 Área:

Análisis: 1210420191
 CI: 1201858386
 Edad: 61 años
 Sexo: HOMBRE

Resultados

Hematologia

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
Hemograma			
LEUCOCITOS	* 12.86	10 ³ /uL	4 - 10
HEMATIES	4.28	x 10 ⁶ /ÅµL	4 - 5.5
HEMATOCRITO	* 39.0	%	40 - 54
HEMOGLOBINA	13.2	g/dl	12 - 16
MCV	91.1	fL	80 - 100
MCH	30.8	pg	27 - 34
MCHC	33.8	g/dl	32 - 36
RDW-CV	13.4	%	11 - 16
RDW-SD	45.8	fL	35 - 56
PLAQUETAS	308	10 ³ /uL	150 - 450
VPM	9.8	fL	6.5 - 12
NEUTROFILOS%	* 74.9	%	50 - 70
LINFOCITOS%	* 11.7	%	20 - 40
MONOCITOS%	9.8	%	3 - 12
EOSINOFILOS%	0.9	%	0.5 - 5
BASOFILOS%	0.2	%	0 - 1
IG%	2.5	%	
NEUTROFILOS#	* 9.64	10 ³ /uL	1.5 - 7
LINFOCITOS#	* 1.51	10 ³ /uL	1.6 - 4
MONOCITOS#	1.26	10 ³ /uL	> 0.90
EOSINOFILOS#	0.11	10 ³ /uL	> 0.40
BASOFILOS#	0.02	10 ³ /uL	> 0.10

* Sin valor legal, para ese efecto acerquese al Laboratorio Principal

