



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

CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado académico de Licenciado en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 26 AÑOS CON
ABDOMEN AGUDO**

AUTOR

JHON ILVER VERDEZOTO ALENCASTRO

TUTOR

LIC. ESTRADA CONCHA TANIA ISABEL

BABAHOYO -LOS RIOS-ECUADOR

2021

INDICE

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| TITULO DE CASO CLINICO..... | IV |
| RESUMEN | V |
| ABSTRACT | VI |
| I MARCO TEORICO..... | 1 |
| Abdomen agudo..... | 1 |
| Fisiopatología | 1 |
| 1.1 JUSTIFICACIÓN..... | 11 |
| 1.2 Objetivos | 11 |
| 1.2.1 Objetivo General | 11 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos..... | 11 |
| 1.3 DATOS GENERALES..... | 12 |
| II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO..... | 13 |
| 2.3 Examen Físico (exploración clínica)..... | 14 |
| Valoración de patrones funcionales por Marjor Gordon..... | 15 |
| 2.4 Información de exámenes complementarios realizados | 16 |
| 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..... | 15 |
| SEGUIMIENTO | 15 |
| OBSERVACIONES: | 16 |
| CONCLUSIONES: | 17 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 18 |

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado de manera especial a mi Abuela Marina Moncerrate Carrera y a mi Tía Rita Alen castro Moncerrate, son ellas quienes han estado conmigo todos los días de mi vida, apoyándome, aconsejándome y siendo el pilar principal de mi vida.

Es por ellas que me esfuerzo a diario, todos mis logros actuales y futuros les pertenecen.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco en primer lugar a Dios por darme vida y fortaleza día a día, por darle vida a mi Abuela y a mi Tía, puesto que nada de esto fuese posible si ellas no estuviesen a mi lado.

En segundo lugar le agradezco a mi Novia, Malke Gallardo por confiar en mí, por creer en mí, por tenerme paciencia y por hacerme sentir que soy capaz de conseguir todo lo que me propongo.

En tercer lugar, le agradezco a mi Primo Hermano Davis Rabasco, porque es el quien está ahí para ofrecerme una salida o un consejo de hermano a hermano cuando más lo necesito.

Aprovecho para extender mi mas sincero agradecimiento a la Lic. Tania Estrata, por estar pendiente de mi estudio de caso, por ayudarme a solucionar los inconvenientes, sin su apoyo y ayuda no hubiese sido posible culminar mi estudio de caso clinico, gracias a sus amplios conocimientos y con trabajo en equipo dimos solución a las correcciones.

TITULO DE CASO CLINICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 26 AÑOS CON
ABDOMEN AGUDO

RESUMEN

Abdomen agudo se caracteriza por ser una situación crítica que cursa una serie de síntomas abdominales graves, unas de las manifestaciones clínicas son: dolor abdominal agudo, alteraciones gastrointestinales, repercusión sobre el estado general, Según Martínez (2016), la enfermedad de abdomen agudo está estrechamente relacionado con las características de dolor abdominal. Hay 3 tipos de dolor que se relacionan con el abdomen agudo: Dolor visceral, Dolor somático y Dolor referido.

Para un tratamiento adecuado se debe establecer un diagnóstico diferencial inmediato entre patologías que necesiten tratamiento médico o resolución quirúrgica de emergencia.

El presente estudio de caso clínico refleja la sintomatología clínica de una paciente de sexo femenino de 26 años con diagnóstico médico de abdomen agudo, durante la valoración física y exámenes complementarios se termina con diagnóstico definitivo, apendicitis, la cual fue intervenida quirúrgicamente por apendicectomía convencional, el personal de enfermería aplicó el Proceso de atención de enfermería, para la recuperación oportuna de la paciente.

PALABRAS CLAVE: Apendicitis, Diagnostico, PAE, Enfermería, Patologías

ABSTRACT

Acute abdomen is characterized by being a critical situation that causes a series of severe abdominal symptoms, some of the clinical manifestations are: acute abdominal pain, gastrointestinal alterations, repercussion on the general state, According to Martínez (2016), acute abdomen disease is closely related to related to the characteristics of abdominal pain. There are 3 types of pain that are related to the acute abdomen: visceral, somatic and referred.

For adequate treatment, an immediate differential diagnosis must be established between pathologies that require medical treatment or emergency surgical resolution.

The present clinical case study reflects the clinical symptoms of a 26-year-old female patient with a medical diagnosis of acute abdomen, during the physical evaluation and complementary examinations it is finished with a definitive diagnosis, appendicitis, the nursing staff applied the Care Process nursing, for the timely recovery of the patient.

KEY WORDS: Appendicitis, Diagnosis, PAE, Nursing, Pathologies

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso clínico se ha elaborado con la finalidad, de ofrecer información necesaria y renovada, sobre una problemática de salud, que requiere de atención médica urgente, puesto que un diagnóstico de abdomen agudo es considerado como un caso grave por poner en riesgo inmediato la salud de un individuo.

Abdomen agudo se caracteriza por ser una situación crítica que cursa una serie de síntomas abdominales graves, unas de las manifestaciones clínicas son: dolor abdominal agudo, alteraciones gastrointestinales, repercusión sobre el estado general, por lo que es necesario que el personal de salud que vaya a tratar a una persona con sintomatología de abdomen agudo, tenga conocimiento amplio en el tema (Bassy, et al., 2018).

Se cree que la apendicitis se da por la obstrucción de la luz apendicular, casi siempre suele ser por hiperplasia linfoide, pero en algunas ocasiones suele darse por la obstrucción de helmintos, la obstrucción que se procede en el apéndice, causa distensión abdominal, isquemia e inflamación, que en caso de no ser tratada a tiempo trae consigo complicaciones graves, como necrosis e incluso peritonitis, quedando así el paciente más susceptible a una infección bacteriana (Parswari, 2020).

La apendicitis ocupa la primera causa de abdomen agudo que requiere de resolución quirúrgica, en la mayoría de los casos de investigación concuerdan que el grupo etario más afectado oscila entre los 10 y 19 años, de los cuales el género más afectado es el hombre con una frecuencia de 8.6% y en el género femenino de 6.7% (Zarate, 2019).

I MARCO TEORICO

Abdomen agudo

Se entiende por abdomen agudo a todo proceso patológico intraabdominal, de reciente inicio 48-72 horas de evolución.

El dolor abdominal es un cuadro clínico que requiere de un diagnóstico precoz para poder actuar de forma inmediata, siendo una de las principales causas por la cual un paciente acude a emergencias y el 85% de asistencia de urgencia (Muñiz, 2017).

El síndrome de Dolor abdominal, es uno de los diagnósticos clínicos con mayor complejidad. Pues empieza con dolor en el epigastrio y finalmente termina con dolor intenso en la fosa iliaca, posee las siguientes características: es constante, muy intenso, y en algunas ocasiones va acompañado de emesis (vómito), afecta el estado general del individuo y siempre a la palpación es doloroso (Cadenas, 2019).

Mediante investigaciones realizadas el tiempo estimado de evolución de la enfermedad es de aproximadamente 4 horas y requiere de tratamiento quirúrgico (Báez, Farina, 2018).

Fisiopatología

En 2016 Martínez señaló que, la enfermedad de abdomen agudo está estrechamente relacionado con las características de dolor abdominal. Hay 3 tipos de dolor que se relacionan con el abdomen agudo:

1.Visceral: Este tipo de dolor tiene como inicio en las vísceras abdominales, que se encuentran conectadas por fibras nerviosas, el cual se

manifiesta con dolor profundo, difuso y constante mal localizado, las estructuras que derivan del intestino anterior, causan dolor abdominal superior y las derivadas del intestino medio, originan dolor periumbilical. Las estructuras derivadas del intestino posterior originan dolor abdominal inferior.

2.Somático: este tipo de dolor es más agudo, y bien localizado, tiene como origen peritoneo parietal, se comunica por medio de los nervios somáticos y casi siempre suele darse por procesos infecciosos, químicos o inflamatorios.

3. Referido: este tipo de dolor se percibe en un lugar diferente al de su origen por ejemplo el dolor escapular que es producido por cólico biliar. También otro ejemplo es el inguinal que se da por un cólico renal.

Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico se caracteriza por el dolor abdominal, signo representativo de la condición clínica y es el motivo inicial de consulta médica.

Es importante elaborar una historia clínica cuidadosa con un interrogatorio minucioso de las características del dolor, investigar antecedentes de operaciones abdominales, úlcera péptica, cólicos biliares, diabetes, enfermedad diverticular, pancreatitis, alcoholismo, flujo vaginal, dolor intermenstrual, enfermedades cardiovasculares, alergia o anemia. Debe insistirse en la evolución del dolor, sus características, su intensidad y localización. Esto de acuerdo con los conocimientos fisiopatológicos expresados, ayuda a entender lo que ocurre en el interior del abdomen.

Existen ciertas características clínicas que permiten orientar un diagnóstico oportuno (Serrano, 2018)

Anorexia: es un desorden alimenticio que se presenta en un alto porcentaje de las patologías de abdomen agudo, la intolerancia alimenticia es una de las características alimenticias que descarta un diagnóstico gastroduodenal, pancreático o vesicular.

Fiebre: la presencia de episodios febriles permite orientar el diagnóstico a un proceso inflamatorio o infeccioso en la cavidad abdominal. La presencia de hipertermia acompañada de escalofríos, es excluyente de abscesos intra abdominales.

Vómitos: el vómito puede ser de varias características en la enfermedad de abdomen agudo, el vómito puede presentarse bilioso, alimenticio o seco, sanguinolento, fecaloide.

Diarrea: las deposiciones diarreicas son frecuentes y es importante identificar la magnitud, la frecuencia, la cantidad, su consistencia si existe presencia de sangre de coloración rojo intenso u oscuro.

Estreñimiento: si el estreñimiento forma parte de los síntomas se debe descartar impactaciones fecales en pacientes con estreñimiento crónico y pacientes con anorexia.

Ictericia: la ictericia es la coloración amarilla de la piel y mucosas que indica la presencia de cuadros hepáticos de vías biliares.

Diagnostico

Bassy (2019) señala que, el diagnóstico médico se centra en la exploración física y el historial clínico del paciente, la utilización de pruebas

complementarias, como pruebas de laboratorio, biometría hemática, análisis de heces y orina, exámenes imagenológicos como ecografía abdominal, radiografía de la porción de tórax.

Laboratorio

Hemograma: el recuento de leucocitos nos puede indicar un proceso infeccioso, cuando se encuentre superior a 11.000/mm³. La presencia de glóbulos rojos por debajo de los valores normales nos puede guiar a un diagnóstico de sangrado.

Bioquímica: se miden niveles de glucosa, la presencia de urea para orientar a una evaluación de la función renal. Niveles de iones para determinar el nivel de hidratación del paciente.

determinación de bilirrubina y de amilasa es útil en presencia de dolor en abdomen superior.

Gasometría venosa: permite valorar si existe desbalances ácido básicos producto de vómitos y diarreas.

Electrocardiograma: es de relevancia porque permite orientar las pruebas a un diagnóstico de abdomen agudo de origen vascular.

Exámenes de imagen

Radiografía de tórax: permite diferenciar el diagnóstico de dolor abdominal causado por afecciones torácicas como hernias de diafragma, neumotórax, neumonías.

Radiografía de abdomen: usada para determinar la presencia y distribución de gases en el intestino grueso

1. ILEO MECÁNICO Los signos radiológicos de una obstrucción intestinal simple son: · Asas distendidas proximales por retención de líquido y gas. · Niveles hidroaéreos.
2. ILEO PARALÍTICO Proceso obstructivo intestinal caracterizado por la ausencia de obstrucción mecánica alguna, a pesar de lo cual el contenido intestinal no progresa distalmente por una alteración de la actividad motora. Radiológicamente se caracteriza por la presencia de una gran cantidad de gas y líquido tanto a nivel de intestino delgado como de colon, con asas uniformemente dilatadas, siendo muy característico la presencia en este tipo de ileo la dilatación gástrica
3. VÓLVULOS: Consisten en torsiones sobre sí misma de un asa, suelen predominar en colon, los dos más frecuentes y típicos en la práctica clínica habitual s

La urografía excretora permite detectar si el dolor es de origen urológico.

El ultra sonograma es uno de los estudios proporciona mayor información diagnóstica en procesos de hígado, vías biliares, páncreas, riñón, útero y anexos. Es bastante sensible para detectar colecciones.

La tomografía axial computada es útil ante la presencia de masas abdominales y aneurismas de la aorta.

las principales indicaciones de la TAC son: pancreatitis aguda, presencia de abscesos abdominales, procesos de inflamación intestinal, diagnósticos de apendicitis aguda.

PRESENCIA DE DOLOR DE REBOTE O SIGNO DE BLUMBERG: Es indicativo de inflamación del peritoneo. Para que sea significativo, debe

realizarse de forma correcta así ha de palpase con la palma de la mano extendida, manteniendo una presión constante, si esta no es dolorosa raramente habrá rebote; debe mantenerse la presión unos 30-60 segundos de esta manera el dolor originado por la presión irá disminuyendo, cuando esté desprevenido el enfermo se soltará bruscamente la mano del abdomen, bajo estas circunstancias una simple muesca es indicativo de rebote positivo. No podemos olvidar que el hecho de tener signo de rebote positivo, no indica cien por ciento estar frente a un cuadro quirúrgico patología quirúrgica, dado que hasta un 20% de procesos patológicos intrabdominales no quirúrgicos presentan signo de rebote positivo.

SIGNO DE MURPHY: Es un signo clásicamente descrito como guía del diagnóstico de colecistitis. Consiste en realizar la palpación por debajo del reborde costal derecho, esto produce un aumento del dolor cuando el paciente realiza una inspiración profunda al chocar la vesícula inflamada con la mano. ·

SIGNO DE MCBURNEY: compresión dolorosa en el punto de McBurney (trazando una línea desde el ombligo a la Cresta iliaca derecha, en la unión del 1/3 inferior con los 2/3 superiores)

EXAMEN RECTAL Es de suma importancia realizar una exploración del recto-ano-perineo en busca de: · Dolor excesivo no atribuible a la propia exploración, así como la determinación de la presencia de puntos dolorosos. La prostatitis y la inflamación de las vesículas seminales pueden simular un abdomen agudo. · Presencia de tumefacciones o zonas de supuración. · Inspección del guante una vez realizado el tacto rectal en busca de sangre, moco u otros productos patológicos.

5.2 CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA EXPLORACION ABDOMINAL .

Frecuencia respiratoria > 30 ó < 10 r.p.m. . Ausencia o asimetría de pulsos periféricos. . Disminución del nivel de conciencia. . Signos de hipoperfusión en piel y mucosas. . Distensión abdominal. . Hematomas o heridas. . Ruidos de lucha o silencio abdominal. . Duración > 6 horas. . Presencia de masa pulsátil.

LA PRESENCIA DE FIEBRE > 39° ANTE UN DOLOR ABDOMINAL AGUDO DE INICIO, SUGIERE AFECCIÓN EXTRABDOMINAL (NEUMONÍA, INFECCIÓN URINARIA, ETC.).

Tratamiento:

Para un tratamiento adecuado se debe establecer un diagnóstico diferencial inmediato entre patologías que necesiten tratamiento médico o resolución quirúrgica de emergencia. Las interconsultas con el cirujano deben ser solicitadas por consideración a proceder con tratamiento quirúrgico (Bassy, 2019).

Dentro de estas patologías de resolución quirúrgica tenemos: apendicitis aguda, neumoperitoneo y obstrucción intestinal incompleta, las que podrían requerir tratamiento quirúrgico son, el megacolon toxico, la pancreatitis aguda, la colecistitis aguda y por último la diverticulitis aguda (Bassy, 2019).

Para una apendicitis el tratamiento que existe son dos tipos de intervenciones quirúrgicas: apendicetomía convencional y laparotomía exploratoria.

El correcto abordaje del procedimiento quirúrgico permite obtener mejores resultados, por ello es preciso un manejo hidroelectrolítico adecuado y una profilaxis antibiótica preoperatoria (Bassy, 2019).

CUIDADOS DE ENFERMERIA PREQUIRUGICOS

Uso racional de antibióticos de acuerdo al diagnóstico etiológico y al resultado de los cultivos efectuados

2. Asistencia respiratoria, desde el inicio debido a la repercusión pulmonar de estos procesos. Los cambios posturales frecuentes son parte de la fisioterapia respiratoria

3. Colocar una sonda nasogástrica que funcione con efectividad

4. Administración de líquidos y electrolitos de acuerdo a las pérdidas, cuando el abdomen está distendido la pérdida insensible intraabdominal puede ser mayor

5. Cateterismo vesical para mejor control de líquidos y evitar presión de la vejiga

6. El apoyo nutricional es necesario en procesos con falta de ingesta oral prolongada. La sepsis peritoneal cursa con un franco hipercatabolismo que lleva al desarrollo de una desnutrición corporal severa en un periodo corto.

NO ADMINISTRAR ANALGESICOS PORQUE:

PACIENTE INESTABLE. Este tipo de enfermos habrá que procurar estabilizar hemodinámicamente al paciente, siguiendo el ABC (vía aérea, ventilación y circulación), mediante los protocolos ya establecidos. Una vez estabilizado al paciente realizaremos la historia clínica, al paciente, o a los familiares o acompañantes si la situación de éste no lo permite. · Se solicitará su DAU de atención, registrando los valores de signos vitales. · El paciente se controla signos vitales completo (presión ,Pulso ,frecuencia respiratoria y

temperatura axilo-rectal y categorizar (C1,C2,C3) dentro de los 10 minutos de su ingreso a la unidad(sea referido o espontáneo) · Se avisa a medico del ingreso del paciente · Se realizara permeabilizacion de vía aérea superior en primera instancia con medidas manuales como retiro de cuerpo extraño bucal (prótesis), acomodación mandibular, aspiración de secreciones ,aplicando el protocolo de via aerea según estado de conciencia · Canalizar vías venosas periféricas.de grueso calibre(18-16) extraer muestras de sangre y orina Según protocolo medico existente en la unidad · Monitorización, oxigenoterapia, según antecedentes clínicos y condiciones hemodinámicas

realización de EKG completo. A los mayores de 40 años y/o según indicacion médica (antecedentes) · Cumplir con indicaciones médicas, y procedimientos como: Instalación Sonda Foley, toma de RX, instalacion SNG aquí en los casos de duda de diagnóstico se suele indicar vaciamiento gástrico posterior a la toma de RX con el fin de ver el grado de obstrucción existente. · Realizar proceso de ingreso de paciente que consiste : etapa clínica que consiste en retirar ropa y valores, esmalte de uñas y prótesis .realizar inventario por escrito y entregarlo a los familiares · Colocar Brazalete de Identificación · Proceso Administrativo generar Cta. de hospitalización ,cerrar cuenta de urgencia y DAU medico posterior al ingreso de prestaciones, procedimientos,etc · Mantener informados a los familiares del paciente sobre diagnóstico, procedimientos realizados y conducta a seguir con el paciente ,obtener la firma del consentimiento informado (paciente o familia si corresponde) · Cumplir con los trámites administrativos de la unidad (Cuentas corrientes,etc) · Trasladar al paciente a sala de observación transitoria en espera de resultados de exámenes y o a pabellón según indicación medica ·

Analgesia: es recomendable en estos pacientes la administración de fármacos para aliviar el estado general, sin llegar a una sedación profunda que pudiera enmascarar el cuadro clínico (ketorolaco, meperidina, etc.). El paciente debe ser valorado por el cirujano de turno ante la menor duda de indicación quirúrgica.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE POST QUIRURGICO

- Cuidado de la herida quirúrgica
- Verificar signos de infección, eritema en la herida quirúrgica, sangrado por puntos mal suturados, alza térmica.
- Ayudar en la movilización del paciente.
- Incentivar a caminar por lo menos 30 minutos en la mañana y tarde para una pronta recuperación.
- Controlar el nivel de dolor.
- Administrar medicación prescrita.
- Educar al paciente y familia sobre cuidados de herida.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El abdomen agudo es un conjunto de sintomatologías de carácter súbito que se presenta en distintas patologías perforativas o inflamatorias a nivel abdominal, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2017), el abdomen agudo se posiciona como una de las causas frecuentes de urgencias médicas, siendo las complicaciones del dolor abdominal agudo como la apendicitis, una de las causas primordiales de morbilidad en los ecuatorianos.

El presente estudio permite conocer las ventajas de una valoración adecuada permitiendo conocer los diagnósticos diferenciales que se presumen ante la presencia de un abdomen agudo, permitiendo planificar y ejecutar la resolución de esta urgencia mediante tratamiento médico o resolución quirúrgica según sea el caso, aplicando los cuidados de enfermería propuestos por la taxonomía NANDA, NOC, NIC, mejorando la salud y el cuidado del individuo.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Desarrollar el proceso de atención de enfermería en paciente de 26 años con diagnóstico de abdomen agudo identificando las necesidades potenciales disminuyendo así la exposición de riesgo vital de la paciente

1.2.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las necesidades potenciales mediante la valoración por patrones funcionales. que disminuyan la exposición a riesgo vital de la paciente.

- Aplicar el proceso de atención de enfermería desarrollando intervenciones adecuadas para el caso.
- Evaluar los resultados que se obtengan a partir de la aplicación del proceso de atención de enfermería en la paciente

1.3 DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: NN

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Babahoyo, 02/06/1994

Nacionalidad: Ecuatoriana

Provincia: Los Ríos

Raza: Mestiza

Estado civil: Casada

Grupo sanguíneo: O

Factor: Rh+

Talla: 1.65 cm

Peso: 85kg

Lugar de Residencia: Ventanas, Los Ríos

Nivel sociocultural/económico: Bajo

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes (Historial clínico del paciente)

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad, ingresa al servicio de emergencia del Hospital Básico Jaime Roldós Aguilera, del cantón Ventanas, por presentar dolor abdominal, se refleja facies de dolor, paciente refiere que el dolor abdominal inicio en el epigastrio, y que luego de aproximadamente 3 horas el dolor se irradia en la fosa iliaca derecha, se automedico para aliviar el dolor, pero no cedió y por eso acude a la casa de salud.

Antecedentes Patológicos/ hábitos Personales: Neumonía a los 5 años, Obesidad grado I

Antecedentes Familiares: Madre: Diabética

Antecedentes Alérgicos: Mariscos

Antecedentes Quirúrgicos: Ninguno

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

Paciente femenina de 26 años, orientada en tres esferas (tiempo, persona y espacio), afebril, con buena autonomía respiratoria, saturando aire ambiente sobre el 95% ingreso al área de emergencia del Hospital Básico Jaime Roldós Aguilera, del cantón Ventanas, por dolor abdominal, valorado en escala de EVA 9/10, el origen del dolor fue en epigastrio y ahora permanece en fosa iliaca derecha, con náuseas que no llegan al vómito, se decide el ingreso y toma de

muestras de laboratorio para confirmación de diagnóstico médico y posterior resolución quirúrgica.

2.3 Examen Físico (exploración clínica)

Temperatura: 37 °C

Presión arterial: 140/95 mmHg

Frecuencia Cardíaca: 85 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria: 24 respiraciones por minuto

Saturación de Oxígeno: 95%

Peso: 85KG **Talla:** 1.65 cm

- **Cara:** simétrica, con pabellón auricular bien implantado, facies semipálidas y expresivas de dolor
- **Ojos:** simétrico, pupilas isocóricas y reactivas.
- **Nariz:** bien implantada, se observa desviación del tabique.
- **Boca:** semi hidratados, sin alteraciones, con dentadura completa.
- **Oídos:** pabellones auriculares bien implantados, sin presencia de secreciones
- **Cuello:** simétrico, móvil, ausencia de nódulos.
- **Miembros superiores:** bien implantados, simétricos.
- **Tórax:** simétrico, con campos pulmonares limpios
- **Abdomen:** doloroso a la palpación en zona fosa iliaca derecha, abdomen tenso.
- **Miembros inferiores:** bien implantados, simétricos.
- **Genitales:** vellos puvicos, genitales conservados

Valoración de patrones funcionales por Marjory Gordon

1. Percepción / Control de salud.

Paciente preocupada por su salud, comprende la situación que está atravesando, madre automédica a su hija y al no tener mejoría acude al hospital.

2. Nutricional y Metabólico

Paciente se alimenta de forma inadecuada, tiene acceso a 3 comidas diarias, pero refiere consumir más carbohidratos, de acuerdo a su peso 85kg y estatura 165cm, su Índice de Masa Corporal (IMC) se encuentra en obesidad grado I.

3. Eliminación.

Paciente realiza eliminaciones vesicales e intestinales sin alteración alguna con una frecuencia de 3 a 4 veces por día.

4. Actividad / Ejercicio.

No se puede movilizar porque el dolor alojado en fosa iliaca derecha no permite realizar su actividad motora.

5. Sueño / Descanso.

No puede dormir porque no encuentra una posición adecuada para soportar el dolor, no toma medicación para dormir.

6. Cognitivo / Perceptual.

Paciente se encuentra orientada en tres esferas, usa un lenguaje de acuerdo a su nivel de estudio, instrucción académica: bachillerato

7. Autopercepción / Autoconcepto

Paciente muy colaboradora, esta angustiada por su estado de salud

8. Rol / Relaciones.

Paciente refiere tener buena relación con su familia, comunicación adecuada, vive con su esposo desde hace 4 años

9. Sexualidad / Reproducción.

Menarquia a los 13 años, inicio su vida sexual a los 17 años y tiene esposo, sin hijos.

10. Adaptación / Tolerancia al Estrés.

Se encuentra preocupada por su enfermedad y el tratamiento

11. Valores y Creencias.

Religión católica, se considera una persona honesta y humilde.

Patrones alterados:

- 4. Actividad y Ejercicio
- 5. Sueño/ Descanso
- 7. Autopercepción / Autoconcepto
- 10. Adaptación/Tolerancia al Estrés

2.4 Información de exámenes complementarios realizados HEMOGRAMA

| COMPONENTE | RESULTADOS |
|--------------------|--------------------------|
| PLAQUETAS | 180.000/ mm ³ |
| LEUCOCITOS | 13.000/ mm ³ |
| LINFOCITOS | 35.04% |
| HEMOGLOBINA | 15.2g/dl |
| HEMATOCRITO | 35.5% |
| NEUTROFILOS | 67.3% |

Química Sanguínea

- Creatinina 0.9 mg/dl
- Glucosa 95 mg/dl

Radiografía de abdomen

Dilatación de las asas intestinales

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Diagnóstico Presuntivo:** Dolor Pélvico, Apendicitis
- **Diagnóstico Diferencial:** Dolor Agudo
- **Diagnóstico Definitivo:** **ABDOMEN AGUDO POR** Apendicitis

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

La apendicitis es una enfermedad que debe ser tratada de forma precoz, puesto que las complicaciones con esta enfermedad son letales para el individuo, puesto que al esperar demasiado tiempo para su tratamiento quirúrgico puede terminar en una peritonitis, con un riesgo alto de infección, y el tiempo de recuperación va ser mucho más prolongado.

Factor biológico: Paciente refiere tener una dieta alimenticia inadecuada, rica en hidratos de carbono.

Indicaciones: prequirúrgicas.

- NPO
- Control de signos vitales, vigilar temperatura
- Control de ingesta y excreta
- Laboratorio: Química Sanguínea, Biometría
- Lactato de Ringer 1000 CC IV a 80 CC Hora
- Omeprazol 40mg QD
- Ceftriaxona 1gramo intravenosa cada 12 horas
- Resolución quirúrgica, apendicetomía convencional.

NANDA : 00132

NOC: 2102

NIC: 1400

Dx Dolor Agudo (00132)

R/C: Dolor abdominal

E/P: dolor abdominal, facies de dolor, palpación abdominal-INCOMPLETO

M
E
T
A
S

Dominio V: Salud Percibida

Clase: (V) Sintomatología

Etiqueta: 2102 Nivel del dolor

Campo I: Fisiológico Básico

Clase: (E) Fomento de la comodidad física

Etiqueta: 1400 manejo del dolor

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

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|
| Dolor referido | | x | | | x |
| Expresiones Faciales del dolor | | x | | x | |
| Muecas del dolor | | x | | x | |
| Nauseas | | | x | | x |

ACTIVIDADES

1. Valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
2. Asegurarse de que el paciente reciba la farmacoterapia correspondientes.
3. Educar al paciente sobre actividades que puede y no puede realizar.
4. Brindar comodidad y confort. preparar para cirugía.
5. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
6. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.

NANDA: 00004

NOC: 2303

NIC: 6540

Riesgo de infección (00004)

R/C: Abdomen agudo

E/P: exámenes de laboratorio, leucocitos elevados.

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase: (A) Respuesta Terapéutica

Etiqueta: 2303 Estado de recuperación posterior al procedimiento

Campo II: Fisiológico Complejo

Clase: (V) Control de riesgos

Etiqueta: 6540 control de infecciones

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------|---|---|---|---|---|
| Nauseas | | x | | X | |
| Tos vigorosa | | | X | | x |
| Tolerancia a la deambulaci3n | | x | | | x |
| Termorregulaci3n | | x | | | x |

ACTIVIDADES

- Mantener técnicas de aislamiento, si procede.
- Limitar el número de las visitas, si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Afeitar y preparar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y l o cirugía.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Fomentar una respiraci3n y tos profunda, si procede.

M
E
T
A
S

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

2.7 indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

De forma general la apendicitis aguda se caracteriza por dolor focalizada en fosa iliaca derecha que en su inicio se había presentado en epigastrio, su evolución es rápida es por es que se debe actuar de forma inmediata para evitar complicaciones en la salud de la persona que este padeciendo de un cuadro de apendicitis, al producirse una inflamación del apéndice los leucocitos se elevan de forma abrupta, el tratamiento para esta patología es una apendicetomía convencional, y en casos graves una laparotomía exploratoria.

Para el presente estudio de caso se aplicado el modelo de Orem, con su teoría del déficit del autocuidado, puesto que, una vez realizada la intervención quirúrgica hay que educar al paciente para que pueda realizar las cosa por sí mismo, tales como empezar a moverse, bañarse sin ayuda, asegurando su pronta recuperación.

SEGUIMIENTO

Primer día

Paciente de sexo femenino ingresa al área de emergencia por presentar un cuadro de dolor intenso en abdomen localizado en fosa iliaca derecha, se evidencia el dolor por facies expresivas y palpación, se confirma como diagnóstico apendicitis aguda, recibe profilaxis de antibiótico, se realiza intervención quirúrgica con éxito y permanece en sala de observación durante 4 horas, no se evidencia alza térmica y pasa a sala de recuperación quirúrgica.

Segundo día

Paciente de sexo femenino posquirúrgico, cursa su segundo día en hospitalización quirúrgica, recibiendo medicación prescrita, paciente permanece tranquila, se observa herida quirúrgica eritematosa, caliente, y durante horas de la noche a realizando un alza térmica de 38.5 °C, por lo que se sospecha de signos de infección, se toma muestra de sangre para exámenes de laboratorio.

Tercer día y cuarto día

Paciente de sexo femenino posquirúrgico, cursa su tercer y cuarto día en hospitalización quirúrgica, ha permanecido orientada en tres esferas, se ha movilizado por si sola durante los días que ha permanecido hospitalizada, los resultados de laboratorio están negativos para una posible infección de la paciente, la herida quirúrgica ya no se encuentra con signos de infección, al cursar ya su cuarto día y sin presencia de signos de alarma se decide su alta por parte del personal médico, se brinda educación a la paciente y familia sobre cuidados de herida quirúrgica y signos de alarma.

OBSERVACIONES:

El estado de salud de la paciente mejoró de forma satisfactoria, gracias a la intervención oportuna del personal médico, el tratamiento farmacológico y los cuidados brindados por el personal de enfermería fueron la clave de la recuperación y del autocuidado de la paciente, una vez explicado a la paciente y familia sobre el estado de salud de la paciente se procedió a dar constancia con la firma en el consentimiento informado y proceder a realizar el tratamiento e intervenciones necesarias siempre velando por el bienestar de la paciente.

CONCLUSIONES:

El caso clínico en estudio logró analizar los factores de riesgo que son asociados a paciente de 26 años con diagnóstico de abdomen agudo, que acude a casa de salud por área de emergencias refiriendo dolor abdominal focalizado en fosa iliaca derecha valorado con escala de EVA 9/10, estado nauseoso sin llegar al vomito, considerando el historial clínico de la paciente, se evidencia malos hábitos alimenticios, elevado peso para la talla, automedicación que retrasa el tiempo de acudir a la emergencia.

Se logró identificar los patrones funcionales afectados en paciente de 26 años con diagnóstico de abdomen agudo mediante la valoración de Marjory Gordon, siendo estos patrones: 4. Actividad y Ejercicio, 5. sueño/ descanso, 7. Autopercepción / Autoconcepto, 10. Adaptación/Tolerancia al Estrés.

Además, se evaluaron resultados obtenidos a partir de la aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente de 26 años con diagnóstico médico de abdomen agudo enfocando los cuidados en el manejo del dolor haciendo uso de analgesia farmacológica prescrita Tramadol 100 mg cada 8 horas, su herida quirúrgica no se infectó gracias a los cuidados y tratamiento farmacológico recibido ceftriaxona, el estado de salud de la paciente mejoró gracias al tratamiento quirúrgico que recibió posteriormente dando el alta médica después de una evolución favorable.

BIBLIOGRAFÍA

Bassy, N. (2019). Abdomen Agudo Diagnostico, Complicaciones y

Tratamiento.<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9665/1/TESIS%20ABDOMEN%20AGUDO%20ORLEY%2026%20MAYO%202019%204%20%28Reparado%29.pdf>

Bassy, T., Rodríguez, G., Esteban, R. (2018). Abdomen agudo diagnóstico.

https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_08_abdomen%20agudo.htm

Bejarano, M. (2020). Abdomen Agudo. Revista científica.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n1/v26n1a5.pdf>

Cadenas, F, (2019). Abdomen Agudo Complicaciones.

<https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-27-09%20Abdomen%20Agudo75.pdf>

Cadenas, J. (2020). Diagnóstico y tratamiento del dolor

abdominal agudo.

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_abdomen_agudo.pdf

García, S., Bonilla, P., et al. (2018). Abdomen Agudo Quirúrgico. . Revista

Científica.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000400203

Instituto Nacional de Estadística y Censos, (2017). La apendicitis aguda,

primera causa de morbilidad en el Ecuador.

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-apendicitis-aguda-primera-causa-de-morbilidad-en-el-ecuador/>

Muñiz, R. (2017). Sintomatología y diagnóstico de apendicitis.

<http://www.colmedsa.com.ar/files/Abdomen-Agudo.pdf>

Parswari, A. (2020). Apendicitis. [https://www.msdmanuals.com/es-](https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis)

[ec/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-](https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis)

[gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis](https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/apendicitis)

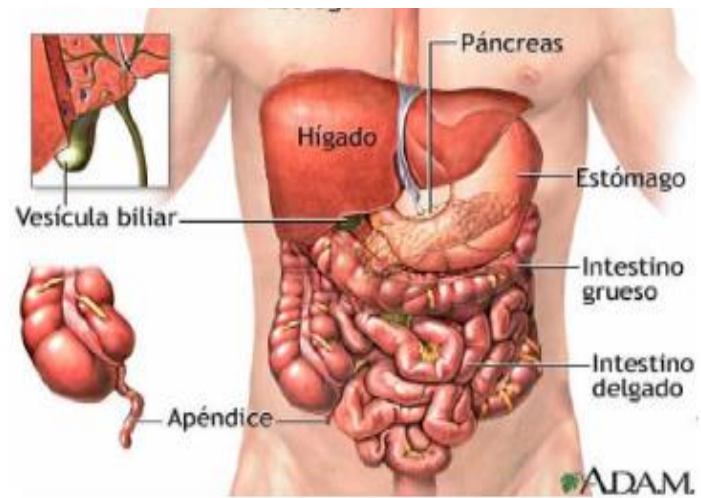
Serrano, M. (2018). Guía práctica: Abdomen Agudo.

<http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/Abdomen%20agudo.pdf>

Zarate, G. (2019). Apendicitis aguda.

<https://medfinis.cl/img/manuales/apendicitis.pdf>

ANEXO.



2. ORIGEN DEL DOLOR ABDOMINAL