



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión práctica del examen complejo previo a la obtención del grado académico de Licenciado (a) en Enfermería

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 30 AÑOS CON HERNIA UMBILICAL ESTRANGULADA

AUTOR

NATHALIA ROMINA CORTEZ GAIBOR

TUTOR

QF. JANETH HURTADO ASTUDILLO PHD

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE GENERAL

Contenido

Contenido	II
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
TITULO DEL CASO CLÍNICO	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
I. MARCO TEÓRICO	1
Introducción	1
Historia	1
Historia natural de una cicatriz umbilical	1
El sistema musculo aponeurótico de la pared abdominal, la diástasis de rectos y las hernias ventrales de la línea media	2
Clasificación	3
Etiopatogenia	3
Cuadro clínico	4
Diagnóstico	4
Tratamiento	5
Técnicas libres de tensión	6
Embarazo	6
Cirrosis	7
Hernia umbilical estrangulada	7
Conclusiones	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Justificación	8
1.2 Objetivos	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
1.3 Datos generales	10

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	11
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente. 11	
Motivo de consulta:	11
Antecedentes:	11
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	12
2.3 Examen físico (exploración clínica).	13
Valoración de enfermería por patrones funcionales:	14
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	15
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	16
Diagnóstico presuntivo:	16
Diagnóstico diferencial:.....	16
Diagnóstico definitivo.	16
Diagnóstico médico:	16
Diagnóstico de enfermería:.....	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.	1
2.8 Seguimiento.	2
2.9 Observaciones.	3
CONCLUSIONES:	4
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	5

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado al ser que me dio la vida, mi mamá Sandra Gaibor quien ha sido mi guía y mi fortaleza, mi complemento fundamental y mi mayor ejemplo a seguir a lo largo de mi vida, gracias a su amor y sacrificio absoluto nunca nos faltó nada. Gracias Mama.

A mis hermanos Leonor Cortez y Marco Cortez, que con su apoyo y ejemplo, me enseñaron lo que es correcto, brindándome siempre su apoyo incondicional.

A mi pareja sentimental Alan Murga, quien con paciencia y cariño me brindo su tiempo y su apoyo sobre todo en los tiempos difíciles y a lo largo de mi proceso de aprendizaje profesional, gracias por tu amor incondicional.

Nathalia Cortez

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a mi mamá, quien ha estado para mí y para mis hermanos en todo momento, haciendo el papel total de padre y de madre, gracias por tu esfuerzo, por tu dedicación, gracias por tu comprensión por tu ternura y atención, por ti llegare lejos, gracias mamá.

A mi abuelita, gracias por tus oraciones, por tu bendición, por tus deseos, abuelita querida eres mi ángel y mi bendición.

A mis hermanos, ustedes son mi ejemplo, gracias por estar presente ya sea físicamente como desde el corazón, por enseñarme que somos el mejor equipo de vida.

A mi pareja, por brindar calidez a mi alma, y paz a mi corazón, haciendo de mi trayectoria estudiantil y del diario vivir más reconfortante.

Nathalia Cortez

TITULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 30 AÑOS CON
HERNIA UMBILICAL ESTRANGULADA

RESUMEN

El presente trabajo sobre la elaboración de caso clínico, se trata de una paciente con diagnóstico de hernia umbilical estrangulada, a la que se le aplicará el proceso de atención de enfermería, así como las diferentes intervenciones tanto médicas como de enfermería para resolver la patología de la paciente. La metodología utilizada para este trabajo, es el seguimiento oportuno del caso, recolección de datos de historia clínica y revisión bibliográfica sobre el diagnóstico. Los principales resultados obtenidos son: se logra aplicar correctamente el proceso de atención de enfermería; las intervenciones tanto médicas como de enfermería fueron oportunas; el caso fue resuelto satisfactoriamente en una casa de salud prestadora externa de tercer nivel. Las conclusiones obtenidas son: las intervenciones realizadas a tiempo mejoran el pronóstico de los pacientes; la hernia umbilical no tratada puede resultar una patología que compromete la vida del paciente por estrangulación y obstrucción intestinal; los casos complejos deben de ser tratados en centros hospitalarios de nivel superior de complejidad.

Palabras claves:

Hernia umbilical – Abdomen agudo obstructivo – Proceso de atención de enfermería

ABSTRACT

The present work on the elaboration of a clinical case is about a patient with a diagnosis of strangulated umbilical hernia, to which the nursing care process will be applied, as well as the different medical and nursing interventions to solve the pathology of the patient. The methodology used for this work is the timely follow-up of the case, collection of clinical history data and bibliographic review on the diagnosis. The main results obtained are: it is possible to correctly apply the nursing care process, both medical and nursing interventions were timely, the case was satisfactorily resolved in a third-level external health care home. The conclusions obtained are: interventions performed on time improve the prognosis of patients; untreated umbilical hernia can result in a pathology that compromises the patient's life due to strangulation and intestinal obstruction; complex cases must be treated in hospital centers of a higher level of complexity.

Keywords:

Umbilical hernia – Acute obstructive abdomen – Nursing care process

INTRODUCCIÓN

La hernia umbilical corresponde entre el 4 y el 13 % de las hernias de la pared abdominal, y es una patología muy común entre la quinta y sexta década de la vida. Puede presentarse como un problema al nacer; sin embargo, la mayoría (90 %) se presenta en la vida adulta de forma adquirida (aunque a partir de un cierre defectuoso de la cicatriz umbilical desde los primeros días del nacimiento), siendo las mujeres afectadas con una proporción superior a la de los hombres.

Hay un acuerdo general en su clasificación, a diferencia del resto de las hernias ventrales. Por su origen se clasifican en congénitas y adquiridas. Por su localización, en umbilicales (cuando protruyen por el anillo umbilical) y para umbilicales (cuando lo hacen en la periferia cercana de este, a excepción de la línea alba supraumbilical, donde se denominan hernias epigástricas).

Por su localización anatómica, prácticamente todas las hernias umbilicales son diagnosticadas solo por examen clínico, dejando el ultrasonido y la tomografía para pacientes con obesidad mórbida o en aquellos casos de hernias umbilicales recidivantes asociadas a obesidad donde los tejidos cicatriciales y celular subcutáneo pueden dificultar la palpación adecuada.

Por lo general, una hernia umbilical que no ha cerrado al pasar los dos años de edad debe considerarse para intervención quirúrgica, ante la presencia de tejidos de la pared abdominal con mayor firmeza que en los dos primeros años de vida. (Barreto, Khan, & Brain, 2013)

El estudio de este caso clínico realizado durante las prácticas pre hospitalarias, tiene como objetivo principal la implementación del proceso de atención de enfermería a la paciente mencionada, así como las intervenciones oportunas, buscando resultados óptimos para el paciente. De manera que se realiza el seguimiento del paciente desde su ingreso hospitalario hasta la resolución total del caso.

Para la elaboración de este trabajo, se ha ordenado por capítulos y sub capítulos en la que se detallan los diferentes procesos realizados, dando al final nuestras conclusiones del caso y los resultados obtenidos.

I. MARCO TEÓRICO

Introducción.

Se define a la hernia umbilical como una afección común, que por lo general se evidencia en el nacimiento, aunque en la mayoría de los casos, se manifiesta en un adulto alrededor de los 50 años, de manera adquirida, en ella se encuentra una mayor incidencia en las mujeres que en los hombres.

Historia.

Las hernias son manejas con ligaduras elásticas y reconocidas desde Celso (I Siglo D.C.). William Ch. en 1740 relato por primera vez un método para las hernias umbilicales y a Mayo W. le pertenece la técnica de compensación de las Hernias U. quien agregó 4 indicaciones esenciales: La separación del saco herniario, el cierre de defecto, el acercamiento de la línea media a los bordes del musculo recto y por último el cerramiento del peritoneo. Aunque en la actualidad se ha dejado de hacer los pasos mencionados, con el fin de ejecutar la imbricación de la aponeurosis.

Historia natural de una cicatriz umbilical.

El centro de la región baja del abdomen (el ombligo) es una depresión en la piel que se muestra como una disminución de sustancia o materia, sobre la línea media del abdomen, la cual se cicatriza luego del nacimiento. El volumen del anillo al nacer establece la presencia de la hernia de tipo congénita y a su vez, la persistencia en el desarrollo de un individuo. La formación de Walker demuestra que los anillos inferiores a 1,5 centímetros terminan cerrándose antes de los cuatro años, aunque en los anillos grandes, persisten las hernias, posteriormente de esa edad. El 10.5% de las personas adultas con hernia umbilical la presentaron durante la infancia, por lo que en la mayor parte de los casos se trataba de un defecto adquirido.

La mayor presión intra-abdominal durante el embarazo, en las personas obesas, en los cirróticos con ascitis (unido a la pérdida de elasticidad del tejido conjuntivo por el dominio hormonal en el embarazo, junto a las alteraciones metabólicas en el caso de la cirrosis y la infiltración de tejido adiposo en las personas obesas), se disminuye el

cierre umbilical y se manifiestan como divisores etio-patogenicos, inclusive hay un predominio racial ya que existe más frecuencia en las personas de test negra.

La Hernia umbilical durante la infancia suele ser asintomática, a diferencias de las personas adultas con tumores herniarios de dimensión ampliada que los anillos umbilicales, sufren de molestias habituales y estos a su vez pueden presentar capítulos de encarceración o estrangulación hasta en un 5,1% de los casos. En los niños estas complicaciones suelen ser mucho más frecuentes lo cual obliga a realizar intervenciones urgentes con una medida significativa de mortalidad y morbilidad. (Blay & Stulberg, 2017)

Aponeurosis de los músculos del abdomen, la diástasis y hernias ventrales.

Es complicado hallar en las ciencias médicas, las investigaciones que hacen frente a las hernias de línea media o a su vez a las diástasis de los rectos, aunque las dos se encuentran asociadas entre sí. No se ha dispuesto la incidencia de este suceso en el hombre y en la mujer. Los cirujanos no hacen hincapié a las hernias cuando se ocupan de una abdominoplastia, y así mismo los cirujanos generales, los cuales ajustan las hernias sin dedicar atención a la posible existencia de una diástasis de rectos. En el sistema aponeurótico se demuestra un modelo digástrico, en el estuche de los músculos rectos, las láminas anteriores y posteriores están construidos por fibras tendinosas que provienen de las aponeurosis de los ambos lados del abdomen de los demás músculos. Estas fibras están conectadas entre ellas mediante un tejido areolar laxo el cual permite tanto su desplazamiento como los cambios en la dimensión y las formas abdominales a lo largo de los movimientos de la respiración y del tronco. Estos se entrecruzaban en la línea media durante diversos estratos, logrando el comienzo de la línea alba.

La entrada de grasa aumenta los campos interfibrilares, dando lugar a la manifestación de una hernia. El sexo femenino junto con la obesidad, la edad adulta o por laxitud cutánea, presentan diástasis de rectos. Muy rara vez en el sexo masculino aparece sin piel laxa a los 30 años de edad en adelante, al ejecutar trabajos físicos reiterativos, que afecten la pared del abdomen o por su peso. Se ha analizado una cadena de pacientes, los cuales tenían hernias epigástricas, pasándose por alto antes de la

operación. A la hora de tener que plantearse el tratamiento quirúrgico, se debe tomar en cuenta estos descubrimientos en cuanto a las hernias de la línea media en los pacientes con presencia de diástasis. (Henriksen, Montgomery, & Kaufmann, 2020)

Clasificación.

En lo general hay un acuerdo en lo referente a su clasificación, a diferencia del resto de las hernias ventrales, en cuanto a su origen; estas se clasifican en las adquiridas y en las congénitas, en umbilicales y para-umbilicales y también por su localización. Cuando hablamos de las congénitas nos referimos a que son las que aparecen desde el nacimiento a menudo con una incidencia de un 3% a un 40 % y estos aumentan en los niños que nacen con bajo peso, (algunos prematuros los presentan hasta en un 84%), pero ocurre que pueden tener su cierre espontáneo a principios de sus dos a cuatro años de edad, el cual puede ser deficiente y puede manifestarse posteriormente durante la vida en la adultez como una hernia (en los adultos, una hernia adquirida).

De acuerdo con Mawera y Jakson, en las hernias que presenta un adulto solo el 10% refieren haberla tenido desde la edad temprana. (Viscido, et al., 2016)

Etiopatogenia.

En el orificio umbilical los bordes se forman en la tercera semana de la vida fetal, y durante la quinta semana el cordón umbilical. La obliteración del conducto al nacer, va a resolver su contracción y cicatrización entre el tercer y sexto de su vida, de no ocurrir esto, se determina que el recién nacido presenta en sí una hernia umbilical congénita. Las variaciones embriológicas dan comienzo a una debilidad en la parte orificial bien cicatrizado, la cual origina la aparición tardía de la patología herniaria umbilical en la persona adulta, el cual estaría de acuerdo con el entrecruzamiento de fibras, el cual está descrito en el año de 1978 por Askar.

El entrecruzamiento de estas fibras en la línea alba de estas variaciones, más la aparición de algunos factores determinantes como lo es la distensión abdominal por obesidad, en casos de embarazos, o diálisis peritoneal por la insuficiencia renal o en paciente cirrótico. Estos decretan que el cierre de la cicatriz umbilical deficiente ya sea manifestado por hernia de una persona adulta, es decir adquirida.

Cuando hablamos de una deficiencia de colágena, además de ser factor condicionante, serán las cuales determinen la velocidad entre los factores de crecimiento del anillo herniario. Un paciente con deficiencia de colágena y con hernia umbilical pudiera presentar otra hernia en un 42% de los casos en algún sitio de la pared abdominal, y en el caso de múltiples hernias pueden presentarlo en un 5%, de acuerdo en el año de 1988 lo publicado por Mittelstaedt. (Romero, et al., 2013)

Cuadro clínico.

En casos de hernia umbilical congénita que presentan los niños, ante el tejido celular subcutáneo, el saco herniario se vuelve muy visible ante la escasez del tejido y no existe inconveniente para el diagnóstico. En una persona mayor las hernias adquiridas se exponen como la aparición de un tumor reductible, asintomáticas y se hacen más o menos visible desde su inicio. En cuanto a la mujer se define que su aparición ocurre en la gestación, teniendo molestias cuando la abertura es pequeña, , el cual sede al reducirse de forma digital o de forma espontánea.

En esta Hernia el desarrollo del anillo va a variar en su celeridad, y en ceden sus complicaciones hasta que puedan hospedar asas del intestino y se fijan al anillo y al saco, en pocos casos produciendo consigo molestias postprandiales, cuando existe una abundancia de su contenido se elabora cuadros seudo – oclusivos. En el sexo femenino de forma común, el saco de la hernia consigue grandes tamaños, y en el caso del sexo masculino el anillo y el saco dan la apariencia de estar atrapaos durante años y son generalmente menores. Estas hernias al crecer tienden a causar atrofia de la piel del ombligo ya causar atrofia de la piel con ulceraciones, este evento no se puede retardar por el problema de que este punto no cuenta con tejido celular para tolerarlo.

Diagnóstico.

Prácticamente todas las hernias umbilicales por su localización anatómica, son diagnosticadas por examen clínico dejando así la tomografía y también el ultrasonido para pacientes que evidencian obesidad mórbida o también en los casos donde las

hernias umbilicales recidivantes donde los tejidos celulares subcutáneo y cicatriciales pueden dificultar la palpación adecuada. (Matzke, et al., 2017)

Tratamiento.

El manejo de una hernia congénita debe ser observado durante el primero o el segundo año de vida y no se debe confiaren el procedimiento quirúrgico, ya que al emplear esta técnica los tejidos se hacen vulnerables, la incidencia se vuelve alta y se crea una cerradura espontanea. Si hablamos de las indicaciones, se recomienda que para la madre deben ser únicamente de vigilancia, En el caso de los menores de edad, ganan más las costumbres y causan mediciones que llegan a lastimas la piel umbilical, la cual ocasionan dolor.umbilical. (Purushotham, Revanth, & Aishwarya, 2017)

Una hernia umbilical que no ha cerrado por lo general, al pasar los 2 años de edad se debe considerar en si para intervención quirúrgica. Existen técnicas alternativas con tinción las cuales se adaptan en los procedimientos de personas mayores de edad, que estén en contra del material protésico en su cuerpo:

- a) Técnica de cierre simple o borde; Presenta los menores índices de recidivas y es la mejor opción. Indica que este cierre sea con surgete continuo, ya que es la cual tiene la tensión más baja en todo su defecto
- b) De Morestin: el cual para su cicatrización tiene doble línea. Se realiza en un plano principal y termina en uno imbricante el cual protege la primera línea de la sutura.
- c) De Rothschild: El cual se ejecuta moldeando dos colgajos de las vainas del recto, finalizando con la sutura en la línea media, técnica que debe ser recomendada en pacientes de edad adulta, por la particularidad que en la edad de un niño , son muy pocos los casos donde haya que cerrar un orificio de forma complicada.
- d) De Mayo; técnica que repara con el denominado «chaleco sobre pantalón», quiere decir que, se sobrepone la sutura del colgajo de la parte superior sobre la sutura del colgajo de la parte inferior en dos centímetros.

e) De Zeno: O también llamado procedimiento de mayo de forma invertida, o a su vez pantalón puesto sobre chaleco, cuando existe la presencia de vísceras unidas a este colgajo en la zona superior, así poder disminuir en lo posible las recidivas tempranas.

Técnicas libres de tensión.

No hay registro que nos señale el principio de las hernias umbilicales, aunque si cambia el concepto antiguo de que anillos herniarios menores de 3 a 4 centímetros pueden ser tratados con plastias tensionantes ya que existe un 74,5% de las hernias se componen de un anillo menor a estas magnitudes

(Castro, Morales, Larraz, Cereceda, & Martín, 2019)

Existen autores más conservadores que prefieren colocarlas solo en pacientes con factores de riesgo como la obesidad, anillos grandes, inmunodeprimidos o hernias que son recidivantes, lo cual no deja de ser controvertido. También existe dentro de las técnicas abiertas, el abordaje de la incisión que debe cumplir dos criterios: el primero que es la seguridad y segundo que se ha de considerar también el aspecto estético. (Blanc, Meyer, Kassir, & Atger, 2014)

Embarazo.

Normalmente no hay la existencia de reportes de estrangulación en una paciente gestante, el cual al hablar de distensión, el orificio aumenta de tamaño y en cuanto el trimestre final del embarazo, el órgano reproductor femenino (útero) apoya el defecto herniario el cual se interpone entre los órganos y la pared y en pequeña ocasiones se encuentra contenido en el sacos Se conoce que estas hernias tienden a disminuir de tamaño, y en muchos casos no se evidencia más que con protrusión hasta un embarazo cercano. Aunque se hace una crítica a la práctica frecuente de los ginecólogos de hacer un cierre desde la cesárea por vía intra-abdominal.

Uno de los errores también es procurar reparar la hernia en el paso de la cesárea, la reparación de la hernia es recomendable a los 3 meses después del parto o de la cesárea.

Cirrosis.

Al hablar de estos enfermos se indica que ellos forman parte de una clase en los que la aparición de una hernia logra alcanzar ciertas propiedades especiales, no existe una incidencia superior en los casos de cirrosis hepática no complicada, sin embargo en ellos se cambian las indicaciones empleadas, al contrario de cuando hay una complicación de la cirrosis y se manifiesta una ascitis, el riesgo de aparición de una hernia umbilical puede alcanzar hasta el 19%. Al adoptar una actitud conservadora en los pacientes cirróticos descompensados se conduce a un porcentaje de operaciones quirúrgicas urgentes superior al 50%, con un aumento de la morbilidad y mortalidad postoperatorias. En ello se deduce que en los pacientes cirróticos cuando presentan una descompensación hidrópica se está indicado realizar una intervención de su hernia umbilical. En la presencia de este incidente los paciente enfermos tienen que obtener un buen control metabólico, para poder obtener resultados más altos (Cubas, Galves, Caballero, Delgado, & Chavez, 2018)

Hernia umbilical estrangulada.

Las hernias umbilicales de carácter encarceradas pueden desarrollarse a una estrangulada con un compromiso vascular de epiplón o de asas intestinales. En la cual el estado general del enfermo se controla en el preoperatorio, se sugiere una antibiótico-terapia en el estado de no haber referencia de sepsis y se debe evaluar su salida. El asunto de esta complicación se puede realizar por vía abierta o laparoscópica, se debe tener un importante manejo en la reducción de la exploración y contenido de las vísceras encontradas. Cuando se trata solo de contenido de epiplón, este podría ser resecado y puede seguir con la colocación de una malla. Si existe una complejidad en el intestino, se favorece una laparotomía, reparando la afección y cerrando de forma simple la herida

1.1 Justificación

La hernia umbilical en el adulto, es una patología que se caracteriza por un defecto de la pared abdominal a nivel de la línea media, por el cual pueden protruir grasa intra abdominal, y asas intestinales, dependiendo del tamaño del defecto herniario.

Cuando esta enfermedad se trata a tiempo por medio de corrección quirúrgica del defecto, se evitan las complicaciones, que pueden ser graves para el paciente.

Este caso clínico presentado se trata de una paciente con hernia umbilical complicada, con incarceration y estrangulación intestinal, que fue resuelta por medio de cirugía de emergencia, siendo el pronóstico del paciente desfavorable cuando se opera en estas circunstancias.

El trabajo realizado se lo ejecuta por el amplio porcentaje de pacientes con hernias umbilicales que se presentan en las consultas hospitalarias, de manera que los beneficios del estudio de caso clínico en primer lugar son para el personal de enfermería que nos formamos, ya que al estudiar el caso adquirimos los conocimientos necesarios para mejorar cada una de las intervenciones a realizar en estos pacientes.

Los resultados obtenidos darán el impacto a nuestro actuar como personal de enfermería, y por supuesto, a los pacientes tratados con nuestras intervenciones.

La metodología utilizada es el análisis del problema, mediante la obtención de información a través de la historia clínica del paciente, además del seguimiento personalizado del caso con el fin de estudiar y analizar cada una de las etapas del problema presentado

1.2 Objetivos

Objetivo general

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con diagnóstico de hernia umbilical estrangulada.

Objetivos específicos

- Conocer la etiopatogenia de la hernia umbilical, así como sus formas de presentación y sus principales complicaciones.
- Ejecutar las acciones de enfermería que conlleven a mejorar el pronóstico de la paciente.
- Describir los resultados obtenidos posterior a las intervenciones realizadas tanto por el médico como el personal de enfermería.

1.3 Datos generales

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

- Sexo: femenino
- Edad: 30 años
- Lugar de nacimiento: Quevedo
- Lugar de procedencia: Quevedo
- Lugar de residencia: Quevedo
- Instrucción: secundaria
- Religión: católica
- Estado civil: casada
- Ocupación: ama de casa
- Raza: mestiza
- Nivel socio cultural y económico: bajo

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta:

Paciente de sexo femenino de 30 años de edad, acude a la emergencia hospitalaria por presentar cuadro clínico de aproximadamente 48 horas de evolución, evidenciado por una masa umbilical caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico, acompañándose de distensión abdominal, estreñimiento y ausencia de flatos. Paciente refiere que hace 6 horas presenta vómitos de contenido alimentario y que al momento son de tipo fecaloide en número de 4 hasta el momento. Signos vitales: **P/A:** 165/90 mmHg, **FC:** 100, **Tº:** 36.7 °C , **FR:** 20 x mn , **SAT O2:** 98 %.

Antecedentes:

- **Patológicos personales:** Hernia umbilical desde hace 3 años no corregida – Hipertensión arterial desde hace 1 año, sin recibir tratamiento.
- **Patológicos familiares:** Madre (Hipertensión arterial) – Padre (hipertensión arterial) – Abuelo/as materno/as (Hipertensión arterial, ambos) – Abuelo/as paterno/as
- **Alergias:** Sulfas (Sulfasalazina)
- **Quirúrgicos:** Resección de lipoma en espalda, hace 1 año – cesárea #2 (1era hace 4 años, 2da hace 1 año).
- **Hábitos tóxicos:** Fumadora ocasional – alcohol ocasional – café diariamente
- **Medicación habitual:** Ninguna.
- **Antecedentes gineco obstétricos:**
 - Gestas: 2 -Partos: 0 -Cesarías: 2 -Abortos: 0
 - Anticonceptivos: inyectables actualmente.

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

Paciente de sexo femenino de 30 años de edad, acude a la emergencia hospitalaria por presentar cuadro clínico de aproximadamente 48 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico, de intensidad 8/10, de localización periumbilical, que aparece de manera repentina, sin calmar con posiciones anti álgicas, refiere haber ingerido automedicación (buscapina compuesta tabletas 1 dosis, ketorolaco ampolla 30 mg IV 1 dosis) con leve mejoría posterior a la medicación. Cuadro clínico empeora hace 12 horas, presentando recurrencia del dolor de mayor intensidad 10/10, de manera difusa, acompañándose de distensión abdominal marcada, estreñimiento y ausencia de canalización de flatos. Paciente refiere que hace 6 horas presenta vómitos que en su inicio eran de contenido alimentario y que al momento son de tipo fecaloideos en número de 4 hasta el momento de la valoración.

Paciente refiere que es el primer episodio que ocurre, y se relaciona con una masa abdominal de localización umbilical, dolorosa, y con cambios de coloración. Paciente menciona que dicha masa la presenta desde hace 3 años y que ha sido valorada por hernia umbilical, y que se encontraba en expectativa de cirugía programada.

Al momento del ingreso a sala de emergencias, paciente con persistencia de la sintomatología, por lo cual se considera su ingreso hospitalario, y valoración urgente por servicio de cirugía general.

Signos vitales:

- **Presión arterial:** 170/95 mmHg
- **Pulso:** 110 x min
- **Frecuencia respiratoria:** 20 x min
- **Temperatura:** 36.5 °C
- **Saturación de oxígeno:** 97%

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Al momento de la valoración de su ingreso, nos enfrentamos ante paciente femenina joven, en decúbito dorsal, hábito corporal atlética, fascia dolorosa, piel y mucosas con signos de deshidratación grave. Consciente, orientada, con Glasgow de 15/15, respirando al ambiente sin necesidad de soporte de oxígeno, sin evidenciarse signos de insuficiencia respiratoria, desde el punto de vista cardiovascular, hemodinámicamente estable. Diuresis disminuida, catarsis ausente.

A la inspección: cráneo normocéfalo, sin alteraciones faciales, mucosas orales secas; cuello simétrico sin masas visibles; tórax simétrico con aparente buena expansión de caja torácica; llama la atención abdomen distendido marcadamente. Se evidencia masa umbilical de aproximadamente 5 cm de diámetro, con signos inflamatorios locales y cambio de coloración de la piel; extremidades simétricas sin edemas, son móviles.

A la palpación, a nivel craneal sin alteraciones; cuello sin palpase masas ni ganglios; tórax, frémito palpable, maniobras de expansión torácica simétricas. A nivel del abdomen, es tenso, poco depresible, y muy doloroso a la palpación superficial y profunda, presenta signos de irritación peritoneal y defensa muscular. Se palpa masa umbilical antes descrita, muy dolorosa, la cual corresponde a contenido herniario umbilical, no reducible, encarcerada, con signos típicos de estrangulación del contenido; extremidades, pulsos palpables, no hay edemas

A la percusión, abdomen hipertinpánico.

A la auscultación torácica campos pulmonares ventilados sin ruidos agregados. A nivel abdominal, ruidos hidroaéreos ausentes, con signos de lucha auscultatoria.

Valoración de enfermería por patrones funcionales:

1.- Necesidad de respirar: paciente sin antecedentes de enfermedad respiratoria. Actualmente no presenta patología pulmonar. Sus frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno se mantienen dentro de lo normal.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación: su estado nutricional es acorde a su contextura física. Pero por su patología obstructiva intestinal actualmente no ha ingerido alimentos desde hace varios días, incluyendo vómitos alimentarios y fecaloídes. Su estado de hidratación se ve marcadamente alterado producto de los vómitos.

3.- Necesidad de eliminación: catarsis ausente, debido a su enfermedad obstructiva intestinal. Diuresis conservada

4.- Necesidad de movimiento: sin alteraciones.

5.- Necesidad de descanso y sueño: durante las últimas 72 horas ha presentado privación del sueño debido al dolor abdominal.

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse: sin alteraciones.

7.- Necesidad de termorregulación: se mantiene afebril.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel: sin alteraciones en las diferentes estructuras de mantener su higiene corporal.

9.- Necesidad de evitar peligros: conservada.

10.- Necesidad de comunicarse: conservada.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y religiones: paciente con creencias religiosas católicas.

12.- Necesidad de trabajo y realización: conservada.

13.- Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas: conservada.

14.- Necesidad de aprendizaje: conservada.

Patrones alterados:

- Necesidad de nutrición e hidratación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de descanso y sueño

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Prueba de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Glóbulos blancos	15.28 uL	4-10
Neutrófilos%	78.2%	40-75%
Linfocitos%	40.2%	20-45%
Glóbulos rojos	4.37 uL	4-5
Hemoglobina	12.3 g/dL	11.5-17
Hematocrito	37.1%	36-42%
Plaquetas	400.000 u/L	150.000-400.000
Glicemia	105 mg/dL	70-110
TGO	35 U/l	Hasta 40
TGP	40 U/l	Hasta 42
Colesterol total	210 mg/dL	Hasta 200
Triglicéridos	165 mg/dL	Hasta 150
Urea	40 md/dL	5-18 mg/dL
Creatinina	1.5 md/dL	0.5-0.8
Proteínas totales	6.5 g/dL	6-8
Globulinas	3.2 g/dL	2-3.5
Albúmina	5.0 g/dL	3.8-5.4
Amilasa	150 U/l	28-100
Lipasa	39 U/l	13-60
Sodio	130 mmol/L	136-145
Potasio	3.0 mmol/L	3.5-4.5
Proteína C reactiva	200 mg/dl	Hasta 10 mg/dl
Procalcitonina	20 ng/ml	Hasta 0,5 ng/ml
Lactato deshidrogenasa	550 UI/l	105-333 UI/l
Informe:		
<p>Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Función renal elevada (úrea y creatinina). Hiperamilasemia. Hiponatremia + Hipopotasemia. Procalcitonina en rangos de sepsis. Hiperlactatemia.</p>		
RX ESTÁNDAR DE TÓRAX		
Informe:		
<p>Se observa aire libre a nivel de espacio subfrénico derecho, que podría corresponder a perforación de víscera hueca.</p>		
RX ABDOMEN SIMPLE		
Informe:		
<p>Se observa aire libre en cavidad abdominal, borramiento de las líneas del psoas y borramiento del espacio pre peritoneal. Podría corresponder a peritonitis generalizada por perforación de víscera hueca.</p>		

TAC DE ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE

Informe:

Se observa defecto herniario a nivel umbilical, con contenido intestinal que evidencian cambios isquémicos en su pared (neumatosis), además se observa líquido libre en espacio de Douglas. Se observa también neumoperitoneo.

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del paciente.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

Diagnóstico presuntivo:

Abdomen agudo obstructivo/ perforativo.

Diagnóstico diferencial:

- Hernia umbilical incarcerada
- Perforación intestinal

Diagnóstico definitivo.

Diagnóstico médico:

- Abdomen agudo obstructivo y perforativo, secundario a hernia umbilical incarcerada, estrangulada.
- Peritonitis generalizada

Diagnóstico de enfermería:

- Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196) *relacionado con* hernia umbilical incarcerada *manifestada por* estreñimiento, distensión abdominal, dolor abdominal, vómitos.
- Déficit de volumen de líquido (00027) *relacionado con* imposibilidad de ingesta de líquidos por vía oral y por vómitos, *manifestado por* deshidratación de piel y mucosas

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

Una correcta valoración clínico del paciente permite llegar al diagnóstico de hernia umbilical estrangulada gracias a la identificación de signos y síntomas de la misma, cuando esta enfermedad se trata a tiempo por medio de corrección quirúrgica del defecto, se evitan las complicaciones las cuales pueden llegar a ser graves para la salud del paciente.

Medicación inicial:

El manejo inicial del paciente en el centro hospitalario se manejó con los siguientes fármacos:

- SS 0,9% 1000 cc, + 1 ampolla de soletrol K + 1 ampolla de soletrol Na, administrar IV a 125 ml hora.
- Omeprazol Ampolla 40 mg, administrar IV cada día
- Ketorolaco Ampolla 60 mg, administrar IV cada 8 horas
- Ceftriaxona ampolla 1 gramo, administrar IV cada 12 horas
- Metronidazol ampolla 500 mg, administrar IV cada 8 horas

Medidas Generales:

- NPO
- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Administración de medicamentos
- Canalización de vía periférica
- Colocación de sonda vesical
- Interconsulta a cirugía general
- Vigilancia y comunicar novedades

Dx motilidad gastrointestinal disfuncional

NANDA: Eliminación/intercambio
 NOC: Conducta de salud
 NIC: Fisiológico

R/C: Hernia umbilical incarcerada

E/P: Estreñimiento, distension abdominal, dolor abdominal, vomitos.

M
E
T
A
S

Dominio: IV: Conocimiento y conducta de salud

Clase: Q-Conducta de salud

Etiqueta: 1608-Control de síntomas

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Presión arterial			X		
Frecuencia cardiaca				X	
Reconoce Intensidad del síntoma			X		
Reconoce Frecuencia del síntoma			X		

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

Campo: Fisiologico: Complejo

Clase: H Control de fármacos

- ACTIVIDADES**
- Monitorización de signos vitales
 - Vigilar líquidos intravenosos siguiendo los cinco correctos de la administración de la medicación
 - Evitar las interrupciones al preparar o administrar los medicamentos.
 - Mantener un ambiente que maximice la eficacia de la administración de medicamentos.
 - Verificar la orden de medicación antes de administrar el fármaco
 - Notificar al paciente el tipo de medicación y la razón de su administración
 - Administrar analgésicos para minimizar el dolor del paciente

NANDA: Nutrición
 NOC: Líquidos/electrolíticos
 NIC: Fisiológica

Administración de medicación

Dx Deficit del volumen de líquidos

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

A lo largo de los años de forma errante se pensó que las reincidencia de una hernia umbilical son mínimas y no se les daba el un correcto seguimiento. Al consolidarse los tratamientos con prótesis en hernias inguinales e incisiones se desvía la atención hacia las hernias viendo el efectuar seguimientos sistematizados en sus procedimientos, para la reparación de las hernias de tipo umbilicales.

Actualmente el tratamiento de las hernias umbilicales es recomendable realizarlas con técnicas sin tensión y de mínima invasión. En casos con el presentado con complicaciones como la estrangulación, el tratamiento más oportuno es por laparotomía exploratoria.

2.8 Seguimiento.

Paciente a su ingreso fue valorada por el servicio de emergencias, posterior a lo cual se le realiza los exámenes correspondientes, llegando al diagnóstico de hernia umbilical estrangulada. Posterior a lo mencionado, se le realiza interconsulta al servicio de cirugía general, quienes indican que paciente debe de ser referida a centro hospitalario de mayor complejidad debido a la gravedad del caso, por lo que se realiza los trámites respectivos para referencia inter hospitalaria.

Paciente luego de cursar 48 horas en hospitalización en la unidad médica inicial, es derivada a Hospital Clínica Touma de la ciudad de Babahoyo, en la que es intervenida quirúrgicamente de manera urgente. Dentro de los hallazgos quirúrgicos se mencionan: peritonitis fecaloide generalizada, hernia umbilical estrangulada con compromiso de la perfusión intestinal, por lo que se realiza resección intestinal y anastomosis.

Paciente permaneció durante 3 semanas en servicio de terapia intensiva, con varios periodos de descompensación clínicas. Luego de superar su estado crítico, pasa a sala de hospitalización, y finalmente es dada de alta médica con controles por consulta externa.

2.9 Observaciones.

Al llegar al hospital base, la paciente y sus familiares fueron informados del estado crítico de la paciente, por lo que se decidió su ingreso inmediato, para lo cual, luego de haber explicado las intervenciones que se realizarían paciente y familiares firman el consentimiento informado en la que estaban de acuerdo con los mencionado.

Luego de que se decide referir a otra casa de salud a la paciente, se comenta las novedades a sus familiares, quienes deciden aceptar el cupo designado a otra casa de salud de otra localidad del país.

Paciente fue referida a casa de salud de nivel de atención superior, en la que se resuelve el caso.

Paciente que cursó con un periodo tórpido debido a su cuadro clínico inicial crítico.

CONCLUSIONES:

Al desenlace del estudio de caso tratado, el Proceso de atención de enfermería es indispensable en el abordaje del paciente con Hernia Umbilical estrangulada, ya que gracias a su elaboración se logra determinar acciones de forma metódica como la valoración del estado de salud del paciente, así como realizar el examen físico, mediante el cual se logra conocer el cuadro clínico del paciente, obteniendo toda la información necesaria para poder brindar el Diagnóstico de enfermería lo cual es esencial para el origen de las intervenciones de enfermería basadas en las necesidades presentes en el paciente mediante la adaptación del modelo de enfermería según *Virginia Henderson* el cual “define a la enfermería como una disciplina separada de la medicina, indica que se debe ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de intervenciones y actividades que contribuyan a su recuperación, ayudar a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”, apoyando consigo el manejo asistencial e identifica factores de riesgo, evitando posibles complicaciones o actuando a tiempo durante su estadía en la unidad de salud inicial, gracias a las intervenciones y trabajo en equipo del personal de salud, se logra alcanzar la estabilidad del paciente durante de hospitalización, brindando un estado de confort y minimizando sus síntomas, el cual concluye hasta ser referida a otra casa de salud de atención superior, en la que el paciente es dada de alta donde se recupera luego de tres semanas de terapia intensiva pasando a sala de hospitalización y finalmente es dada de alta controles de consulta externa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto, L., Khan, A., & Brain, J. (2013). Umbilical hernia. *BMJ*. doi: 10.1136/bmj.f4252
- Blanc, P., Meyer, A., Kassir, R., & Atger, J. (2014). Laparoscopic Hernia: Umbilical-Pubis Length Versus Technical Difficulty. *Journal of the society of laparoscopic and robotic surgeons*, 18(3). doi:10.4293/JSLS.2014.00078
- Blay, E., & Stulberg, J. (2017). Umbilical Hernia. *JAMA*, junio. doi:10.1001/jama.2017.3982
- Castro, M., Morales, S., Larráz, E., Cereceda, P., & Martín, L. (2019). Fístula intestinal secundaria a reparación de hernia umbilical con prótesis de polipropileno. *Revista hispanoamericana de hernia*, 7(4), 162-165. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7578603>
- Cubas, D., Galves, J., Caballero, J., Delgado, P., & Chavez, E. (2018). Hernia umbilical en pacientes cirróticos con ascitis. ¿Tratamiento conservador o quirúrgico? *Revista Chilena de Cirugía*, 70(1). doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262018000100079>
- Henriksen, N., Montgomery, A., & Kaufmann, R. (2020). Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. *BJS*. doi:<https://doi.org/10.1002/bjs.11489>
- Matzke, G., Espil, G., Dos Ramos, J., Larrañada, N., Oyarzun, A., & Kosima, S. (2017). Un recorrido por la pared abdominal: evaluación de las hernias por tomografía computada multidetector. *Revista Argentina de Radiología*, 81(1), 39-49. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048761916300278>
- Purushotham, G., Revanth, K., & Aishwarya, M. (2017). Surgical management of umbilical and paraumbilical hernias. *International Surgery Journal*, 4(8). doi:<http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20173384>

- Romero, M., Palacios, E., Del Alamo, C., Herrera, L., Roldan, J., & Muñoz, F. (2013). Clasificación anatómica de las hernias de pared abdominal. *Cirugia Andaluza*, 222-224. Obtenido de <https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2013/2013-vol24-n3-4-act1.pdf>
- Viscido, G., Pugliese, A., Bocco, M., Picón, H., Palencia, R., Parodi, M., & Doniquian, A. (2016). Hernioplastias umbilicales en adultos. Análisis a largo plazo. *Revista hispanoamericana de hernias*, 13-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rehah.2015.08.001>