



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención de
grado académico de Licenciado(a) en
Enfermería.**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON ABDOMEN
AGUDO DE 25 AÑOS.**

AUTOR

VIRGINIA ERIKA CERVANTES CARRIEL

TUTORA

LICA. GREY ANDRADE TACURI

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2019

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
I MARCO TEÓRICO	1
1.1 JUSTIFICACIÓN	6
1.1 OBJETIVOS	7
1.1.1 OBJETIVOS GENERALES	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
1.3 DATOS PERSONALES	8
II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	9
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.	9
RESULTADO DE TOMOGRAFÍA ABDOMINAL COMPUTARIZADA	13
ACCIONES A REALIZAR PARA SUPLIR LAS NECESIDADES Y RESOLVER PROBLEMAS EXISTENTES Y PREVENIR PROBLEMAS A FUTUROS.	14
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	14
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	15
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	17
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO	17
TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	17
SEGUIMIENTO	18
OBSERVACIONES	18
CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	21

ANEXOS

DEDICATORIA

El presente caso clínico se lo dedico a Dios porque siempre me acompaño a lo largo de mi carrera, como una mujer de Fe siempre confié en EL.

A mis Padres que siempre apoyándome, a mi esposo que fue mi ayuda incondicional a lo largo de mi carrera sin su apoyo no hubiera podido lograr este sueño tan anhelado , a mis hijos que son mi fortaleza e inspiración para darles un mejor futuro ,son el pilar fundamental en mi vida.

A mis hermanos y familia en general por el apoyo incondicional por sus consejos la cual los recibí con todo el amor del mundo y supe aprovechar para lograr mi objetivo.

Y por último a mi tutora Lcda: Grey Andrade Tacuri por ser mi guía y pulir mis conocimientos para la elaboración de este caso clínico.

AUTORA: VIRGINIA ERIKA CERVANTES CARRIEL

AGRADECIMIENTO

Dios mi agradecimiento para el por darme la sabiduría, inteligencia y responsabilidad para finalizar este gran reto que me propuse y no me deje vencer.

Mi esposo e hijos, el amor que ellos me brindan, porque sin su apoyo no estuviera hoy donde estoy en un proceso de finalización de mi carrera.

Al Hospital donde realice mi internado rotativo ya que me brindo la facilidad de investigar y darme los datos para la realización de este caso clínico.

A mí querida tutora por ser mi guía e ir día a día puliendo mis conocimientos

AUTORA: VIRGINIA ERIKA CERVANTES CARRIEL

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON ABDOMEN
AGUDO DE 25 AÑOS.**

RESUMEN

El presente caso clínico es de un paciente de sexo femenino de 25 años de edad que es ingresada al Hospital General Guasmo Sur con cuadro clínico de 40 horas de evolución caracterizado por dolor de hipogastrio que posterior se irradia a fosa iliaca, acompañado de nauseas, vómitos, alza térmica. Al momento de su ingreso paciente refiere dolor a nivel de fosa iliaca derecha de moderada intensidad, alza térmica de 40 °C.

No tiene antecedentes patológicos personales, es alérgica al diclofenaco antecedentes alérgicos no refiere y quirúrgicos una cesárea, se identifica el diagnostico de enfermería con dolor agudo manifestado por expresión verbal, facies de dolor.

Se realizó un plan de cuidados de enfermería en el pre operatorio, y post operatorio priorizando intervenciones de enfermería para agilizar la pronta recuperación del paciente.

Se obtuvo resultados favorables durante su estancia hospitalaria donde la paciente es valorada y dada de alta en buenas condiciones clínicas.

Palabras claves: Hipogastrio,vomitos,nauseas, fosa iliaca, dolor agudo.

SUMMARY

The present clinical case is of a 25-year-old female patient who is admitted to the Guasmo Sur General Hospital with a clinical picture of 40 hours of evolution characterized by hypogastric pain that later radiates to the iliac fossa, accompanied by nausea, vomiting, thermal rise.

At the time of admission, he reported pain at the level of the right iliac fossa of moderate intensity, thermal rise of 40 ° C.

She has no personal pathological history, she is allergic to diclofenac, an allergic history does not refer, and a cesarean is surgical, the nursing diagnosis is identified with acute pain manifested by verbal expression, facies of pain.

A nursing care plan was carried out in the pre-operative, and post-operative, prioritizing nursing interventions to expedite the speedy recovery of the patient. Favorable results were obtained during his hospital stay where the patient is assessed and discharged in good clinical conditions.

Keywords: Hypogastrium, vomit, sickness, iliac fossa, acute pain.

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico es de una paciente de sexo femenino de 25 años de edad con diagnóstico de abdomen agudo, cuadro clínico caracterizado al presentar signos y síntomas complejos localizado en la región abdominal y en estos casos requieren de emergencia médica. Empieza con dolor por más de 8 horas de evolución lo que indica que puede generar una grave complicación y que posiblemente el paciente requiera de una intervención quirúrgica.

El abdomen agudo generalmente inicia entre minutos, horas o días de evolución pues la sintomatología puede incluir infecciones y el dolor con el que se refleja, fiebre leucocitosis y malestar general, si no se indica un tratamiento oportuno puede poner en riesgo la vida del paciente.

Se estima que la apendicitis aguda es la causa más frecuente del abdomen agudo quirúrgico afectando a la población mundial de un 25% a 40%, su mayor incidencia se da en personas de 10 a 30 años lo cual se debe considerar un diagnóstico de dolor abdominal o peritonismo.

I MARCO TEORICO

ABDOMEN AGUDO

CONCEPTO

El Abdomen Agudo es un síndrome caracterizado por dolor abdominal intenso, generalmente asociado a manifestaciones de compromiso peritoneal, que hace considerar la posibilidad de una acción terapéutica de emergencia, por existir riesgo eminente para la vida del paciente.

El abdomen agudo es la evolución de un proceso patológico intraabdominal caracterizado por tener no más de una semana de iniciado el cuadro, está abocado a graves complicaciones inmediatas con riesgo vida

Completando la anterior definición, podremos mencionar que se trata de un dolor caracterizado por: (FJ, 2006)

- Ser originado y referido al abdomen.
- Agudo por su cronología e intensidad.
- Acompañado de alteraciones del tránsito intestinal.
- Deterioro grave del estado general.

Debemos tener en cuenta que no se incluyen en este concepto a las urgencias abdominales que prácticamente cursan sin dolor como pueden ser las hemorragias digestivas. (FJ, 2006)

1.- Abdomen agudo peritonítico (inflamatorio) Se produce inflamación peritoneal como respuesta a distintos estímulos: – Químicos (aséptico): jugo gástrico, bilis, heces, orina (por perforaciones) – Sépticos: frecuentemente bacterianos, que pueden complicarse (peritonitis, sepsis...) – Mecánicos: por ingestión de cuerpos extraños, como ocurre con los pacientes psiquiátricos

2.- Abdomen agudo obstructivo Puede ocurrir por: – Obstrucción intraluminal (intrínseca o extrínseca) – Estrangulación: combina obstrucción extrínseca y

oclusión vascular Ante una obstrucción se produce peristaltismo de lucha, posterior dilatación de asas y compromiso vascular. Esto es lo que provoca el síndrome de abdomen agudo. En último término, si la obstrucción es grande y también el compromiso vascular se puede producir perforación de las vísceras.

3.- Abdomen agudo vascular: Se produce afectación de una arteria que irriga el intestino, provocando isquemia y necrosis de las vísceras irrigadas por esa arteria (también puede deberse a alteraciones capilares a nivel de la pared intestinal, como en el caso de la diabetes).

4.- Abdomen agudo traumático: Cuando el traumatismo produce hemorragia puede irritar el peritoneo visceral.

5.- Abdomen agudo mixto: Cuando se produce por la suma de varias causas (inflamatoria, obstructiva, vascular o traumática).

CAUSAS DEL ABDOMEN AGUDO

Cuando la patología tiene la primera atención primaria y /o consulta espontáneamente, encontramos que las causas más frecuentes (90%) de dolor abdominal son únicamente médicas como gastroenteritis, dispepsias, dismenorreas y otros trastornos abdominales inespecíficos. (JA, 2008)

Las primeras afecciones causantes de dolor abdominal agudo y que obligan un tratamiento urgente, quedan resumidas en la siguiente tabla: (A. M. M., 2009)

- Apendicitis aguda.
- Colecistitis y Colangitis aguda.
- Pancreatitis aguda
- Obstrucción intestinal con o sin estrangulación.
- Perforación de víscera hueca
- Aneurisma de la aorta abdominal.
- Isquemia intestinal.
- Rotura de embarazo ectópico.
- Patología extrabdominal: Infarto de miocardio, Embolia pulmonar, insuficiencia suprarrenal aguda.

El abdomen agudo en un adulto es un dolor agudo en la región abdominal de causa desconocida porque tiene una duración aproximadamente de una semana de evolución. También se puede presentar en pacientes con dolor abdominal de larga duración (Ej.: 12 semanas) o bien con dolor abdominal abrupto. (A. M. , 2013)

El dolor abdominal es una de las sintomatologías con más frecuencia que se presentan en el paciente a Urgencias, está constituyendo casi el 85% de las asistencias a urgencias, sobre todo si aparece bruscamente el nivel del dolor. El Síndrome de Dolor Abdominal Agudo (SDAA), es la principal causa de valoración quirúrgica en los pacientes que acuden a los servicios de Urgencias: También puede ser uno de los diagnósticos clínicos más difíciles. (J, 2015)

En el cuadro clínico el abdomen agudo constituye un dolor localizado o difuso en cualquier zona del abdomen, que puede tener una duración más de 12 horas, que causa irritación peritoneal, y puede estar acompañada de otra sintomatología como fiebre, náusea, vómito, distensión abdominal, disuria, etc. (L., 2016)

El padecimiento que con más repetición causa un cuadro complicado como es la apendicitis, por lo tanto se debe tener como punto de referencia en el estudio de este síndrome. El cuadro clínico de la apendicitis aguda se acompaña de un cortejo sintomático que ha sido publicado en innumerables textos y artículos; pero resalta un dato clínico que es el dolor. Aproximadamente de 5 a 15% de la población que acude a consulta médica por dolor abdominal agudo de más de dos horas de duración requerirá de tratamiento quirúrgico. (Parent S, 2012)

El cuadro clínico de abdomen agudo no traumático representa el 7% del total de los ingresos hospitalarios, y el estudio que más frecuentemente lo condiciona; por lo que es necesario realizar una evaluación clínica integral conforme a los hallazgos clínicos, se podrá establecer el procedimiento a seguir. Cuando existe sospecha clínica puede incluir: hospitalizar al paciente para observación, mostrar estudios auxiliares de diagnóstico o proceder a realizar el procedimiento quirúrgico. Sabemos que la apendicitis aguda puede asociarse a morbimortalidad; reportándose por algunos autores una morbilidad asociada hasta del 37% y una mortalidad del 1%. La tasa de morbilidad está asociada directamente con la demora en establecer el diagnóstico clínico. (L., 2016)

EL Abdomen agudo es una de la causa más frecuente de intervención quirúrgica en servicios de urgencias. Se presenta en aproximadamente el 10% de la población occidental. El diagnóstico implica una cuidadosa evaluación clínica y, de acuerdo al criterio del médico, la necesidad de realizar estudios auxiliares de diagnóstico. (M, 2013)

Las enfermedades de la vía biliar y los cálculos vesiculares (colelitiasis) han sido consideradas como una causa frecuente de dolor abdominal agudo. Con la masificación del ultrasonido es posible detectar litiasis biliar en etapa intrauterina, y en pacientes asintomáticos, lo que estaría explicando, en parte, el aumento de su incidencia. La litiasis biliar es más frecuente de lo sugerido clásicamente en la literatura occidental y su diagnóstico está en aumento. El rol de la litiasis de colesterol a edades tempranas en la etiopatogénesis de procesos neoplásicos de la vía biliar merece especial atención. (M, 2013)

Por tanto los síntomas pueden ser el resultado de la desregulación de la mediación del eje cerebro-intestino. La migraña es considerada un síndrome funcional relacionado con hipersensibilidad visceral por el cual muchos pacientes, en especial del sexo femenino, asocian o alternan esta entidad con el síndrome de intestino irritable, manifestando 10 síntomas gastrointestinales del tipo funcional durante los períodos de crisis (intracrisis), o fuera de ellos (intercrisis). (R, 2011)

El dolor abdominal es una razón común para buscar el cuidado médico en los departamentos de emergencia del mundo. El examen en el departamento radiológico, incluyendo el ultrasonido abdominal (EE.UU.), se realiza en un 65% de pacientes. En los pacientes con dolor abdominal agudo, la exactitud de diagnóstico más alta se logra cuando los cirujanos usan el ultrasonido como un complemento de diagnóstico al examen normal. (Merck., 2013)

ORIGEN DEL DOLOR

1. Intra-Abdominal

Puede deberse a:

INFLAMACIÓN PERITONEAL

Esta puede ser primaria en pacientes con ascistitis de cualquier causa (con más frecuencia cirróticos) o secundaria a la lesión de una víscera intra abdominal o pélvica. (JA, 2008)

OBSTRUCCIÓN DE UNA VÍSCERA hueca: El dolor será típicamente cólico, con frecuencia asociado a náuseas y vómitos

ALTERACIONES VASCULARES: Suele tratarse de urgencias vitales: La isquemia mesentérica suele ser diagnosticada tardíamente. Con frecuencia son pacientes de edad avanzada, con patología cardiovascular. Destacan los escasos signos en el examen físico en relación a los síntomas referidos por el paciente, con una rápida evolución hacia el deterioro sistémico, acidosis metabólica y shock. (JA, 2008)

El aneurisma de aorta abdominal roto se manifiesta con dolor abdominal, irradiado a espalda, flancos o región genital, asociado a hipotensión y/o shock hipovolémico.

2. Extra abdominal

Las lesiones de pared abdominal (desgarros musculares, hematomas, traumas) se caracterizan porque el dolor aumenta al contraer la musculatura abdominal.

En algunos casos la patología intratorácica puede manifestarse con síntomas abdominales, así una neumonía. En ocasiones la isquemia miocárdica aguda produce dolor epigástrico, náuseas y vómitos, de ahí la suma importancia de realizar un ECG a todo paciente con factores de riesgo que presente dolor epigástrico (DM, etc). (JA, 2008)

La cetoacidosis diabética es la alteración metabólica que con más frecuencia produce dolor abdominal.

Entre las alteraciones neurológicas que pueden producir dolor abdominal las más frecuentes son el herpes zoster y las alteraciones secundarias a la patología del disco intervertebral.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Las técnicas complementarias solo parecen mejorar en un 10 % la rentabilidad diagnóstica, por tanto se ha de insistir en que sigue siendo la anamnesis y la exploración física las herramientas de más rentabilidad en la valoración del abdomen agudo. (Shaff M I, 2014)

Los estudios de laboratorio nos ayudan no solo al diagnóstico sino que en muchos casos al tratamiento del proceso.

Serían innumerables las determinaciones de laboratorio que se pueden realizar, en urgencias y ante un abdomen agudo las de mayor rentabilidad son:

1. Hemograma con recuento y fórmula leucocitaria.
2. Determinación de electrolitos: importante en relación a que aparecen vómitos o diarrea así como en los casos de acidosis metabólica.
3. Glucosa
4. BUN y creatinina: puede alterarse por la deshidratación
5. Determinación de amilasa: aumenta en pancreatitis aguda, sin embargo también se encuentra aumentada en:
 - Úlcera péptica perforada.
 - Obstrucción del intestino delgado.
 - Trombosis mesentérica.
 - Peritonitis.
 - Hepatitis vírica.
 - Embarazo ectópico.
 - Anemia intensa.
 - Toma de opiáceos.
 - Inflamación de glándulas salivales.
6. Gasometría.

7. Análisis de orina.

8. Test de embarazo

9. Electrocardiograma: todo paciente mayor de 40 años se le indica un ECG preoperatorio.

Por otra parte el dolor abdominal puede ser la manifestación de una enfermedad coronaria y a su vez el dolor torácico manifestación de una patología abdominal, es obligatorio, en toda valoración de un abdomen agudo, la realización de un ECG. (R, 2011)

EXAMEN RADIOLÓGICOS

Radiografía de abdomen:

Indicaciones Para La Realización De Una Radiografía Abdominal

Actualmente se permite que no exista una justificación para la realización de forma rutinaria de una radiografía simple de abdomen; está indicada ante la sospecha de: (Shaff M I, 2014)

- Obstrucción intestinal.
- Perforación de víscera hueca.
- Cólico renal.
- Isquemia mesentérica.
- Traumatismo abdominal.
- En La Rx Simple De Abdomen:
- Ausencia de la línea del psoas derecha (apendicitis aguda)
- Imagen en “grano de café” (vólvulo)
- Ausencia de aire en determinados tramos intestinales (obstrucción intestinal)
- Dilatación de asas (obstrucción intestinal)
- Cuerpos extraños

1.1 JUSTIFICACIÓN

El siguiente caso clínico tiene como propósito fundamental reconocer y diagnosticar a un paciente que presente síntomas asociados a dolor abdominal, episodios febriles, vómitos, y que permite determinar qué tipo de exámenes deberá realizarse. Es importante que el paciente este consientes de los diferentes síntomas que se presentan y la frecuencia de ellos.

Se va a identificar información relevante que permitirá prevenir o estar mejor preparados cuando se presenten molestias asociadas a esta enfermedad. Para ello contamos con tecnología que permite dar un diagnóstico de manera inmediata, y los exámenes adecuados que nos ayudaran a confirmar la gravedad de la enfermedad como un hemograma, radiografías y ecografías.

Mediante juicio crítico de enfermería se dar a conocer conceptos claros y científicos de esta enfermedad se va a identificar las intervenciones de enfermería adecuadas dirigidas a solucionar los problemas reales y potenciales de salud del paciente, valorando mediante los patrones funcionales de M. Gordon y con la aplicación del proceso de atención de enfermería.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVOS GENERALES

- Determinar el proceso de atención de enfermería a un paciente con abdomen agudo de 25 años de edad.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar por medio de patrones funcionales de Marjory Gordon al paciente con abdomen agudo.
- Diagnosticar al paciente por medio de la metodología del NANDA.
- Realizar las intervenciones de enfermería con la metodología del NIC para el beneficio del paciente con abdomen agudo.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería al paciente con abdomen agudo.
- Valorar los resultados de evolución del paciente.

1.3 DATOS PERSONALES

- **Nombre:** NN

- **Edad:** 25 años
- **Sexo:** femenino
- **Historia clínica:** 1206801271
- **Instrucción:** superior
- **Estado civil:** soltero
- **Raza:** mestizo
- **Fecha de nacimiento:** 22 de Noviembre del 1994
- **Lugar de Nacimiento:** Guayas
- **Lugar de residencia:** Guayaquil
- **Grupo sanguíneo:** o positivo
- **Religión:** católica

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenino de 25 años de edad, la cual acude al Hospital General Guasmo Sur, ingresa por el área de emergencia, con cuadro clínico de más o menos 40 horas de evolución caracterizado por dolor a nivel hipogastrio que posterior se irradia a fosa iliaca derecha, acompañado de nauseas, vómitos y alza térmica.

ANTECEDENTES

Antecedentes patológicos personales	Antecedentes familiares	Antecedentes alérgicos	Antecedentes ginecológicos
No refiere	No refiere	No refiere	Una cesaría

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

Paciente femenino de 25 años de edad, la cual acude al Hospital General Guasmo sur, ingresa por el área de emergencia, con cuadro clínico de más o menos 40 horas de evolución caracterizado por dolor a nivel hipogastrio que posterior se irradia a fosa iliaca derecha, acompañado de nauseas, vómitos y alza térmica.

Se realizó exámenes de laboratorio y ecografía, se realiza interconsulta con cirugía general lo cual indica pase a quirófano.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

VALORACION CEFALO - CAUDAL

Cabeza: Normo cefálica, cabello con buena implantación, pupilas isocoricas reactivas, facies pálidas, mucosas orales hidratadas.

Oído: simétricos con buena agudeza auditiva, sin lesiones.

Nariz y senos parciales: simétricos, permeables y no presenta secreciones.

Cuello: Simétrico no se observa anomalías.

Tórax: simétrico no se observa lesiones ni cicatrices, campos pulmonares ventilados, tolerando oxígeno ambiental, ritmos cardíacos

Abdomen: abdomen blando depresible levemente doloroso a la palpación, no megalia, dolor profundo en fosa iliaca derecha.

Genitales: normales no presentan anomalías

Extremidades superiores e inferiores: simétricas no edematizadas, sin presencia de cicatrices.

Peso: 60 kg

Talla: 160.5 cm

IMC: 19.2

Signos vitales

Frecuencia cardíaca: 81 x´

Frecuencia respiratoria: 20 x´

Temperatura: 39.8 °C

SPO2= 98%

2.3.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍAS DE MARJORY GORDON)

Paciente de sexo femenino consciente, orientado en tiempo espacio y persona, facies pálidas, expresivas de dolor, acude al centro hospitalario por presentar dolor

abdominal tipo cólico de moderada intensidad en fosa iliaca derecha, náuseas y vomito.

Patrón Percepción – Manejo de la Salud.

Paciente refiere dolor, sensación de nauseas, malestar general e irritable.

Patrón Nutricional – metabólico.

Paciente refiere tener disminución parcial del apetito también indica que ha perdido peso hace 3 meses indicando que come en poca cantidad 3 comidas al día, su temperatura varia en ocasiones 38 °C a 39°C.

Patrón de Eliminación.

Cambios en el patrón intestinal, estreñimiento, malestar intestinal por gases.

Patrón Actividad - ejercicio.

Paciente refiere malestar al caminar en su pierna derecha, lo que dificultad sus actividades diarias.

Patrón sueño - descanso.

Paciente en estos días esta irritable, sudoroso, en ocasiones no concilia el sueño, duerme en intervalos cortos lo que presenta dolor de moderada a intensa cantidad.

Patrón cognitivo – perceptual.

Paciente conciente orientado por la presencia del dolor abdominal es considerado los principales patrones alterados

Patrón autopercepción – autocontrol.

Paciente intranquila, manifiesta que le asusta su enfermedad, que ha notado que está bajando de peso, lo cual siente preocupación por la cicatrización de la herida quirúrgica.

Patrón rol – relaciones.

Acompañada de familiar después del ingreso.

Patrón sexualidad – reproducción.

Paciente refiere no tener pareja sexual

Patrón adaptación – tolerancia al estrés.

Paciente irritable, colabora a pesar de su malestar.

Patrón – creencias.

Familia católica, muy devotos de Dios.

2.3.3 PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS.

- Patrón Percepción – Manejo de la Salud.
- Patrón sueño - descanso.
- Patrón actividad y ejercicio
- Patrón de eliminación

2.4 INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

Hematología

Hematíes 3´710.000 xmm ³	Leucocitos 22.2xmm ³	Hemoglobina 11.9 g %	Hematocrito 33%V gl
--	------------------------------------	-------------------------	------------------------

Formula leucocitaria

Segmentados 73%	Linfocitos 22%	Eosinófilos 1.2%
-----------------	----------------	------------------

Resultados propios valorados por médicos especialistas

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnóstico definitivo.- Apendicitis aguda.

Diagnóstico diferencial.- dolor abdominal

Diagnóstico definitivo.- abdomen agudo

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

Mediante la valoración clínica y por patrones funcionales de Marjory Gordon aplicado en el paciente de sexo femenino de 25 años con abdomen agudo, se refleja los patrones alterados en el mismo, los que a mi juicio enfermero son los siguientes:

- Patrón Percepción – Manejo de la Salud.
- Patrón sueño - descanso.
- Patrón de actividad y ejercicio
- Patrón de eliminación

Acciones a realizar para suplir las necesidades y resolver problemas existentes y prevenir problemas a futuros.

De acuerdo a la valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon se puede identificar los problemas de salud afectados en la paciente de 25 años de edad con abdomen agudo, el cual es el punto de inicio en la elaboración del proceso de atención de enfermería.

- Monitorización de signos
- Manejo del dolor, para mejorar el confort físico.
- Cuidado de la herida quirúrgica. Para evitar la aparición de infección.
- Administración de medicamentos.

Tratamiento farmacológico

- Nada por vía oral.
- Biometría hemática, Tac, Ecografía.
- Valoración de anestesiología.
- Valoración por cirugía general.
- Cloruro de sodio 0.9% 1.000cc 84 ml/h

- Administración de terapias del dolor y analgésicos.
- Omeprazol 40mg iv c/dia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Dolor agudo **R/C** postura que evidencia dolor **E/P**: expresión verbal, facies de dolor

NANDA:00132
 NOC2101
 NIC:6540



DOLOR AGUDO



R/C: postura Que evidencia dolor

E/P: expresión verbal, facies de dolor

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

Dominio v: conocimiento y conducta de salud

Clase V: conducta de salud

Etiqueta: control de dolor (1605)

Campo 2: fisiológico

Clase f: fomento de movilidad física

Etiqueta: manejo del dolor (1400)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconocimiento del dolor				x	
Utiliza medidas de alivio no analgésica			x		
Refiere dolor controlado				x	

- ACTIVIDADES**
- Control de signos vitales.
 - Controlar alza térmica.
 - Administración de antibióticos bajo prescripción médica.
 - Administración de analgésicos para aliviar el dolor.
 - Evaluar la eficacia de las medidas del alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Mi plan de cuidados e intervenciones de enfermería por mi juicio clínico enfermero escogí la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, porque se debe promocionar el autocuidado para que su evolución a mencionada enfermedad sea exitosa, ya que al cumplir con las recomendaciones que se indica y con el cuidado que conlleva se verá reflejado en la pronta mejoría.

Se pudo observar al valorar el estado de salud del paciente que siente miedo de su enfermedad desconoce sobre su diagnóstico, ya que su cirugía fue algo compleja.

Define tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Manifestar las condiciones necesarias para la vida y la maduración, del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Teoría del déficit de autocuidado: Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. (E.Orem, 2015)

SEGUIMIENTO

22/10/18

Paciente ingresa por el área de emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad en fosa iliaca derecha, nauseas, vómitos.

15h00 paciente operada de apendicitis gangrenada con peritonitis aguda que refiere sentir dolor en herida quirúrgica.

23/10/2018

Paciente tranquilo consciente, orientado en tiempo espacio y persona responde al tratamiento satisfactoriamente.

24/08/2018

Durante su hospitalización paciente post quirúrgica inmediata con presencia de dren eliminando líquido sanguinolento 30cc en guante con herida cubierta con apósito limpio y seco.

25/08/2018

Paciente es valorada por médicos tratante indica a personal de enfermería realizar la extracción del dren y que se realice curación de heridas.

Durante su estancia en el hospital paciente evoluciona bien, estable es dada de alta en mejores condiciones clínicas.

OBSERVACIONES

Paciente post quirúrgica de abdomen agudo de 25 años de edad se pudo observar que su recuperación fue favorable, que la eliminación de líquido sanguinolento era escaso, que la herida quirúrgica cicatrizaba con éxito.

Paciente responde satisfactoriamente al procedimiento quirúrgico durante su estancia en el hospital.

- valorar adecuadamente el síntoma del dolor.
- Utilizar los instrumentos disponibles para medir intensidad del dolor.
- Como criterio de enfermería se recomienda aporte de líquidos para tratar disminución de la tensión arterial.
- Evaluar y registrar la respuesta del tratamiento.
- Control de eliminación del dren si en caso lo amerita.
- Curación de herida quirúrgica diaria.

CONCLUSIONES

El abdomen agudo se encuentra entre las patologías más frecuentes en la comunidad ecuatoriana con un alto índice de morbilidad esta patología es común en mujeres que, en hombres sus síntomas pueden ser asintomáticos o sintomáticos.

El tratamiento por lo general que se realiza es el procedimiento quirúrgico de una apendicetomía, cirugía invasiva para el paciente es decir menor riesgo de infección lo que se da el abdomen agudo.

Se logró el resultado que se deseaba que era mantener y garantizar el bienestar, de acuerdo con la respectiva valoración de enfermería enfocada en las necesidades de la paciente basado en la teoría de Virginia Henderson y así disminuir los factores que afectaron el estado de salud.

Se recopiló datos específicos mencionados por el paciente que fue de vital importancia para poder tratar de manera eficaz y certera a paciente apendicitis aguda, ya que obtuvo una recuperación adecuada y satisfactoria.

El presente estudio de caso clínico se evidenciaran patrones funcionales alterados tales patrón de manejo de la salud, patrón sueño y descanso, patrón de actividad y ejercicio, y patrón de eliminación con mi criterio enfermero seleccioné los de mayor complejidad para dar cuidados individualizados, priorizando el dolor que muestra la paciente, hacia el procedimiento quirúrgico .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

- 0984834171., M. (AGOSTO de 2013). *Dolor abdominal agudo. Tipos, características semiológicas y diagnóstico diferencial.* Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos73/patologia-sindrome-dolor-abdominal-agudo/patologia-sindrome-dolor-abdominal-agudo.shtml>
- A., M. M. (JULIO de 2009). *Dolor abdominal.* Obtenido de Dolor abdominal agudo. Tipos, características semiológicas y diagnóstico diferencial: <http://www.indogastro.org/downloads/daleccion1dolorabdominal.pdf>.
- Bazán Gonzales Alejandro, C. R. (15 de ENERO de 2014). *Abdomen Agudo.* Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomoi/Cap_08_Abdomen%20agudo.htm.
- FJ, C. (06 de MARZO de 2006). *Dolor abdominal y abdomen agudo.* Obtenido de [http://remi.uninet.edu/descarga/dolor abdominal. pdf](http://remi.uninet.edu/descarga/dolor%20abdominal.pdf)
- J, M. T. (2015). *Patología asociada a síndrome de dolor abdominal agudo.* Obtenido de <http://www.bibliomaster.com/pdf/3633.pdf>
- JA, M. (08 de DICIEMBRE de 2008). *Abdomen agudo como entidad clínica.* Obtenido de [http://drmarin.galeon.com/dolor abdomen sem.htm# fisiopatología del dolor abdominal](http://drmarin.galeon.com/dolor%20abdomen%20sem.htm#fisiopatologia%20del%20dolor%20abdominal)
- L., P. W. (FEBRERO de 2016). *Patología asociada a síndrome de dolor abdominal agudo.* Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos73/patologia-sindrome-dolor-abdominal-agudo/patologia-sindrome-dolor-abdominal-agudo.shtml>
- M, F. (2013). El nacimiento de la Clínica; una arqueología de la mirada médica. . 357.
- Merck., M. (2013). Trastornos Gastrointestinales . *Gastroenterología Quirúrgica* , 59-63.
- Parent S, B. L. (2012). caused by adhesions of the small intestine. *Celioscopic treatment*, 382-390.
- R, M. (2011). 69-71.
- Shaff M I, T. R. (2014). EXAMENES COMPLEMENTARIOS. 112-121.