



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA

Proceso Atención de Enfermería en paciente de 41 años con peritonitis por perforación intestinal.

AUTOR

Johan Francisco Álava Jiménez

TUTOR

Dr. Galo Pino Icaza

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
TÍTULO DEL CASO CLINICO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII
I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2 OBJETIVOS	7
1.2.1 Objetivo general	7
1.2.2 Objetivos específicos.....	7
1.3 DATOS GENERALES	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	9
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	9
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	9
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	12
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	13
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	13
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	17
2.8 SEGUIMIENTO	18
2.9 OBSERVACIONES.....	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS	24

DEDICATORIA

Dedico mi proyecto de titulación a mis padres, por su apoyo y amor a lo largo de todo este camino de perseverancia y mucho sacrificio, por guiarme por el camino correcto y ayudarme a tomar buenas decisiones a tener un sentido de responsabilidad que me han ayudado a llegar hasta esta meta, a mi hermano por compartir sus conocimientos conmigo y ayudarme en los momentos que he necesitado de él, a mi esposa por ser un pilar fundamental en lograr mis objetivos por el ánimo y amor que siempre me a brindado y por todo el apoyo que me ha dado.

Johan Francisco Álava Jiménez.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Jehová Dios por la vida y salud que me ha brindado por permitirme llegar hasta esta meta que tanto he anhelado, a mis padres por todos sus deseos por ayudarme a ser un profesional y ver mi meta realizada por su perseverancia y por su paciencia, a mi esposa por estar a mi lado y por todo su comprensión y su amor, a mi hermano por ser un ejemplo de perseverancia y superación para mi e imitar su ejemplo.

Johan Francisco Álava Jiménez.

TÍTULO DEL CASO CLINICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 41 AÑOS CON PERITONITIS POR PERFORACION INTESTINAL.

RESUMEN

La peritonitis es la inflamación del peritoneo esta es una cubierta serosa que recubre la pared abdominal y las vísceras que contiene, la peritonitis puede ser general o localizado de la membrana peritoneal. La peritonitis es causada por irritación química, invasión bacteriana, necrosis total o contusión del peritoneo. Con regularidad se presenta una sepsis intraabdominal por los microorganismos patógenos presentes. Esta inflamación puede ser localizada (abscesos) o difusa. El presente estudio redacta a un paciente que acude al área de emergencia por presentar dolor abdominal en región epigástrica, con irradiación a fosa iliaca izquierda de aproximadamente 8 horas de evolución, acompañado de náuseas y vómito, fue ingresado inmediatamente, donde se aplicó examen clínico y se le realizaron estudios complementarios que ayudaron a contribuir con el diagnóstico definitivo, se le aplicó medicación antipirética y profilaxis antibiótica pre quirúrgica, donde no se determinaron complicaciones. La paciente pasa al área de recuperación post cirugía, con restricción de ingestión de alimentos por vía oral, se realiza curaciones de herida y deambulaciones diarias que contribuyan a la movilidad física por parte del personal de enfermería además se le administra, solución salina 0.9% 1000 cc iv 25 gotas por min, antibiótico terapia con ampicilina +IBL 1500 mg inmediatamente y un protector gástrico con omeprazol 40 mg Iv cada día.

Palabras claves: Peritonitis, necrosis, sepsis, intraabdominales, abscesos.

ABSTRACT

Peritonitis is the inflammation of the peritoneum, this is a serous covering that covers the abdominal wall and the viscera it contains, peritonitis can be general or localized to the peritoneal membrane. Peritonitis is caused by chemical irritation, bacterial invasion, total necrosis, or contusion of the peritoneum. Intra-abdominal sepsis occurs regularly from the pathogens present. This inflammation can be localized (abscesses) or diffuse. The present study writes a patient who goes to the emergency area due to abdominal pain in the epigastric region, with irradiation to the left iliac fossa of approximately 8 hours of evolution, accompanied by nausea and vomiting, he was admitted immediately, where a clinical examination was applied and Complementary studies were carried out that helped to contribute to the definitive diagnosis, antipyretic medication and pre-surgical antibiotic prophylaxis were applied, where complications were not determined. The patient goes to the post-surgery recovery area, with restriction of oral food intake, wound dressings are performed and daily ambulations that contribute to physical mobility by the nursing staff are also administered, saline solution 0.9% 1000 cc iv 25 drops per min, antibiotic therapy with ampicillin + IBL 1500 mg immediately and a gastric protector with omeprazole 40 mg iv every day.

Keywords: Peritonitis, necrosis, sepsis, intraabdominal, abscesses.

INTRODUCCIÓN

En Ecuador la peritonitis es una de las principales causas de mortalidad, una detección oportuna y un tratamiento óptimo ayudara a reducir estos índices de mortalidad, en los años 2016 y 2017 se registraron alrededor de 38.533 casos de peritonitis siendo en el año del 2014 la principal causa de mortalidad en el país.

La peritonitis es la inflamación del peritoneo una membrana serosa que tapiza la pared abdominal y los órganos que esta contiene, entre los diversos factores que conllevan a una peritonitis esta una infección bacteriana, vísceras huecas entre la más común (apéndice), traumatismos abdominales, y diálisis peritoneal.

La gravedad de la peritonitis va a depender de su localización, es decir de donde se encuentra la perforación visceral, si se da el intestino delgado o grueso la infección va a ser mucho mayor por la enorme carga bacteriana de estos órganos.

La peritonitis por perforación intestinal es la más común de todas y es causada por agentes como E. coli, Bacteroides fragilis, Pseudomonas spp., Enterococcus spp. y Staphylococcus spp., siendo las tres últimas la más comunes de origen nosocomial.

El papel de enfermería en pacientes con peritonitis cumple un papel fundamental especialmente en cuidados postquirúrgicos, ya que aplicando los cuidados correctos se busca evitar que el paciente sufra graves complicaciones como abscesos, shock abdominal, sepsis, adherencias, y obstrucciones abdominales, por eso es de vital importancia que la actuación de enfermería sea en base a la revisión bibliográfica de contenido científico como Nanda, Nic y Noc con el cuidado específico en pacientes con peritonitis.

Este estudio de caso clínico se basa en un paciente de 41 años de edad de sexo masculino que ingresa por el área de emergencia, por presentar dolor abdominal en región epigástrica, con irradiación a fosa iliaca izquierda en 8 horas de evolución, el cual es ingresado para la atención médica inmediata y es diagnosticado con peritonitis.

I. MARCO TEÓRICO

PERITONITIS

Se conoce como peritonitis al proceso inflamatorio del peritoneo esta es una capa estéril y serosa que tapiza la pared abdominal y recubre las vísceras, incluye todo proceso inflamatorio independientemente de su etiología. Es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el país.

Estas infecciones intraabdominales (IIA) requieren con frecuencia intervenciones quirúrgicas antibioticoterapia y en casos muy graves cuidados intensivos. (Espinosa Nan & Olivera Pertusso , 2018)

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

PRIMARIA

Es una infección de la cavidad peritoneal en esta no existe una fuente clara de contaminación, se la conoce como peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Es la menos común y en personas adultas se ve sobre todo en pacientes que padecen cirrosis con ascitis. Su mortalidad es alta y se presenta como complicación en enfermedades que provocan ascitis el riesgo mas alto es en pacientes con cirrosis descompensada.

SECUNDARIA

La peritonitis secundaria o aguda es la peritonitis más habitual, es la infección intestinal provocada por perforación de una víscera hueca o por la necrosis de una víscera digestiva o ginecológica.

Las causas más comunes de la peritonitis aguda o secundaria son apéndice perforada, perforación gástrica o úlcera duodenal, vólvulo o cáncer, perforación del colon por diverticulitis y estrangulación del intestino delgado. La peritonitis resultante es microbiana de bacterias aerobias y anaerobias entre las aerobias esta *Escherichia coli* (60%) y anaerobias como *Bacteroides* (72%).

TERCIARIA

Es la inflamación peritoneal que ocurre pasadas las 48 horas. Con signos clínicos de irritación peritoneal, se da tras un tratamiento adecuado a una peritonitis secundaria. Es frecuente en pacientes inmunocomprometidos y en pacientes con comorbilidades significativas.

QUÍMICA

La peritonitis química es causada por sustancias irritantes ácidos, bilis, sangre u otras sustancias de los órganos viscerales. Sin inoculación de bacterias a la cavidad peritoneal. Los signos y síntomas clínicos de la peritonitis son indistinguibles de una peritonitis secundaria.

ABSCESO PERITONEAL

Es la formación de líquido infectado encapsulado por exudado fibroso, omento y órganos adyacentes viscerales. Se produce como consecuencia de una peritonitis secundaria o como una complicación posterior a la cirugía. (Crovari, 2014)

MANIFESTACIONES CLINICAS

El diagnóstico de peritonitis es de naturaleza clínica. La anamnesis debe incluir antecedentes recientes de cirugía abdominal, previos episodios de peritonitis, viaje, uso de agentes inmunosupresores y presencia de enfermedades, puede causar infección intra abdominal (enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, úlcera péptica, etc, debe ser mantenido un alto índice de sospecha a pacientes con ascitis ya que estos son altamente sospechosos, deterioro clínico agudo porque el 30% de los pacientes con EBP Completamente asintomático (Garcia , 2017)

SÍNTOMAS:

- Fiebre
- Dolor Abdominal
- Náuseas y vomito
- Abdomen distendido doloroso a la palpación
- Peristaltismo disminuido

- Diarrea
- Ascitis en pacientes con cirrosis o síndrome nefrótico. (Moreno, 2018)

SIGNOS:

A la exploración física los usuarios con peritonitis presentan mal aspecto y evitan con frecuencia cualquier tipo de movimiento de la pared abdominal.

- Temperatura mayor a 38 °C, aunque con una sepsis grave podría llegar a ser hipotérmicos.
- Taquicardia, como consecuencia de la liberación de agentes inflamatorios y baja del volumen circulante efectivo.
- deshidratación progresiva e hipovolemia producida por el tercer espacio en el intestino y la cavidad peritoneal, conjuntamente de los vómitos, anorexia y fiebre.
- Hipotensión (5-14% de los pacientes).
- Facie hipocrático o peritoneal (perfil enjuto, palidez, mejillas hundidas, nariz afilada, enoftalmos, cianosis labial y signos de deshidratación).
- Presencia de distensión abdominal.
- Presencia de irritación peritoneal al momento del examen físico (Blumberg).
- Pared abdominal rígida.
- Shock séptico.
- Falla renal con presencia de oliguria o anuria. (Hurst, 2013)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la peritonitis es clínico y se establece mediante la anamnesis, las manifestaciones clínicas y las pruebas de imagen y laboratorio. El diagnóstico de la peritonitis es muy inespecífico por lo que hay que tener un alto índice de sospecha clínica (Duran Perez, 2006)

EXAMENES DE LABORATORIO

Analítica

Se debe realizar un hemograma para observar presencia de leucocitos, neutrofilia o hemoconcentración. Valorar la función renal y hepática mediante una bioquímica, amilasa y bilirrubina.

Una gasometría puede ser de gran ayuda para el diagnóstico de pancreatitis aguda o isquemia mesentérica. El sedimento de orina es de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de pielonefritis.

Prueba de imagen

- Radiografía de tórax posteroanterior y lateral para descartar neumoperitoneo.
- Radiografía de abdomen en bipedestación, decúbito supino y lateral
- Ecografía abdominal.
- Tomografía computarizada de abdomen. (Bibiano Gillén , 2018)

Diagnóstico diferencial

Muchas son las enfermedades que pueden imitar las sintomatologías de la peritonitis:

Gastrointestinales:

- Una inflamación o infección aguda abdominal, como por ejemplo, pancreatitis aguda.
- Neoplasias (mesotelioma peritoneal primario, carcinomatosis peritoneal, etc.).
- Peritonitis granulomatosa (infestaciones parasitarias, tumores, sarcoidosis, gránulos de almidón, enfermedad de Crohn, etc.).
- Cuerpos libres peritoneales, encapsulación peritoneal, y quistes peritoneales.
- Obstrucción intestinal.

Genitourinarias:

- Trastornos ginecológicos (torsión ovárica, embarazo ectópico, proceso inflamatorio pelviano, endometriosis).
- Pielonefritis aguda.

Vasculares:

- Un Accidente vascular mesentérico.
- Una Vasculitis (lupus, púrpura de Henoch Schönlein, poliarteritis nodosa).
- Aneurisma abdominal.
- Trombosis de la vena porta.
- Disección de la arteria aórtica.
- Colitis isquémica.

Otras:

- Hipertermia (fiebre) mediterránea familiar.
- Empiema pleural (Rodriguez, 2018)

TRATAMIENTO

• Antibiótico

Administración de antibióticos para evitar que se propague la infección se recomiendan cefalosporinas, mas metronidazol y clindamicina

• Cirugía

Se realiza para retirar todo el tejido infectado y prevenir que la infección se propague, si la peritonitis se debe la perforación del estómago apéndice o colon.

• Otros tratamientos

Fluidos intravenosos y soporte fisiológico como el lactato de Ringer. (Montenegro Martinez, 2020)

1.1 JUSTIFICACIÓN

La peritonitis es una de las complicaciones a tener muy en cuenta dentro del ámbito hospitalario, es la entidad quirúrgica más común diagnosticada y tratada en pacientes con sintomatología abdominal aguda atendidos en urgencias, se ha demostrado en todo el mundo que puede suceder en cualquier etapa de la vida. Bajo esta premisa, el diagnóstico temprano y preciso es esencial para prevalecer a vida de los individuos afectados con esta enfermedad.

Al desarrollar un plan de atención para el paciente, se evaluará y se realizará el diagnóstico, y las intervenciones para lograr resultados que conduzcan al bienestar del mismo. Por lo tanto, la razón de este estudio de caso clínico es aplicar el proceso de enfermería en un paciente con peritonitis, utilizando criterios en base al conocimiento científico en dicha investigación, los cuidados que brinda el personal contribuyen fundamentalmente a la recuperación del paciente y por ende a la reincorporación a su sociedad. Este estudio es relevante para aquellos individuos con incógnitas presentes que deseen llevar a cabo intervenciones adecuadas para este tipo de pacientes además se menciona que el mismo se realizó bajo las taxonomías Nanda, Noc, Nic usadas como herramientas esenciales dentro de este proceso.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

- Desarrollar el Proceso Atención de Enfermería en paciente de 41 años con peritonitis.

1.2.2 Objetivos específicos

- Valorar el estado general del paciente con peritonitis.
- Identificar los patrones disfuncionales según el modelo de Marjorie Gordon.
- Establecer planes de cuidados priorizados en paciente de 41 años con peritonitis
- Evaluar las intervenciones realizadas en el proceso atención de enfermería.

1.3 DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: NN

Numero de historia clínica: 324277

Numero de cedula: 0954856988

Nacionalidad: ecuatoriana

Provincia: Bolívar

Estado civil: Casado

Sexo: Masculino

Edad: 41 años

Talla: 165 centímetros

Peso: 78 kilogramos

Raza: Mestizo

Lugar de nacimiento: San Miguel

Lugar de Residencia: Guaranda

Ocupación: comerciante

Nivel sociocultural/económico: Medio

Nivel académico: Bachillerato

Grupo sanguíneo: ORH+

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente de sexo masculino de 41 años, que ingresa por el área de emergencia, por presentar dolor abdominal en región epigástrica, con irradiación a fosa iliaca izquierda en 8 horas de evolución, diaforesis acompañado de náuseas y vómito, hipertermia de 39.2, y con signos vitales frecuencia cardiaca 115 lpm, respiración 24 rpm, presión arterial 80/68, temperatura 39.2 C, saturación 95%, paciente con facies muy dolorosas y pálidas.

Antecedentes patológicos personales

Fumador desde hace 6 años

Antecedentes patológicos familiares Madre

con migraña.

Abuela materna con antecedentes de asma.

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

Paciente acude en ambulancia desde el sector la floresta acompañada de su esposa la cual refiere que hace 8 horas presento molestias abdominales por lo cual procedió a auto medicarse con ranitidina, refiere fiebre

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Signos vitales

- FC 115
- Respiración 24 Rpm
- PA 70/58
- Temperatura 39.2 C,
- Saturación de oxígeno 95%.

Medidas antropométricas

- Talla: 165 cm
- Peso: 78 kg
- IMC: 28,65

VALORACIÓN CÉFALO CAUDAL

- **Cabeza:** Normo céfalo, cuero cabelludo, bien implantado, cabello de color negro.
- **Cara:** facies semi pálida con gestos dolorosos, mucosas orales semi hidratadas.
- **Cuello:** Simétrico, sin signos de ingurgitación yugular.
- **Tórax:** Simétrico, expandibles, anterior y posterior, campos pulmonares en murmullo vesicular, sin lesiones, taquipneico.
- **Abdomen:** Distendido, doloroso a la palpación, hipersensible.
- **Genitales:** genitales conservados, no lesiones, presencia de sonda vesical conectado a funda recolectora.
- **Columna:** Simétrica móvil.
- **Ano:** sin lesiones
- **Columna:** Móvil, simétrica.
- **Extremidades superiores:** simétricas, presenta vía periférica permeable en extremidad superior derecha y brazal arterial en extremidad superior izquierda, no edema, no cianosis distal.
- **Extremidades inferiores:** no cianosis distal.
- **Estado de conciencia:** con apertura ocular espontanea, respuesta verbal coherente y localiza dolor (Glasgow 14).

VALORACIÓN DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON)

1. Patrón 1. Percepción de la Salud

Habita en casa propia construida de cemento y concreto, refiere automedicación con ranitidina.

2. Patrón 2. Nutricional / Metabólico

Peso 78 kilogramos, talla 165 centímetros, temperatura: 39.2, no refiere alergias alimenticias ni medicamentosas, presenta vía periférica permeable en extremidad superior derecha para administración de medicamentos.

3. Patrón 3. Eliminación.

Presencia de sonda vesical conectada a funda recolectora con presencia de 400 ml de orina de color amarillo ámbar, sin presencia de sedimentos, ausencia de evacuación intestinal, presenta diaforesis.

4. Patrón 4. Actividad / Ejercicio

Requiere apoyo para deambular debido a la patología que presenta, taquicárdico, taquipneico.

5. Patrón 5. Sueño / Descanso

Presenta deterioro para conciliar el sueño desde hace 24 horas.

6. Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo

Refiere dolor abdominal, con irradiación a región iliaca, orientado en tiempo espacio, persona, con apertura ocular espontanea, respuesta verbal coherente y localización de dolor.

7. Patrón 7. Auto percepción / autoconcepto No refiere

8. Patrón 8. Rol / Relaciones

Vive con su esposa y sus 2 hijos con los cuales mantiene una buena relación.

9. Patrón 9. Sexualidad / Reproducción

Sexualmente activo, no acude a citas de urología, no presenta antecedentes de vasectomía.

10. Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Paciente se evidencia estado de irritabilidad debido a su estado clínico.

11. Patrón 11. Valores / Creencias Creencia evangélica.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

BIOMETRIA HEMATICA		
BIOMETRIA HEMATICA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
LEUCOCITOS	17000	4 -12 mm ³
GLOBULOS ROJOS	4.17 mm ³	3.5 - 5.2 mm ³
HEMOGLOBINA	12.6 g/dl	12 -16 g/dl
HEMATOCRITO	34.7 %	35.0 - 45.0 %
PLAQUETAS	429 mm ³	100 - 300 mm ³

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **Diagnostico presuntivo:** Apendicitis Aguda
- **Diagnóstico diferencial:** Pielonefritis
- **Diagnóstico definitivo:** Peritonitis aguda secundaria a apendicitis.

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

En la valoración clínica por patrones funcionales aplicados al paciente se reflejan los siguientes patrones alterados:

- Nutricional / Metabólico
- Actividad y reposo
- Cognitivo perceptual
- Sueño/ Descanso

NANDA: Confort
NOC: Salud percibida
NIC: Fisiológico básico

(00132) DOLOR AGUDO

R/C: Inflamación

E/P: fascias dolorosas, expresión verbal

M
E
T
A
S

Dominio V: SALUD PERCIBIDA

Clase: V -SINTOMATOLOGIA

Etiqueta: (02102) NIVEL DEL DOLOR

Campo: 1. FISIOLÓGICO BASICO

Clase: E-FOMENTO DE LA COMODIDAD FISICA

Etiqueta: (1400) MANEJO DEL DOLOR

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Dolor referido		x			
Frecuencia del dolor			x		
Expresiones faciales del dolor		x			
Fascias pálidas			x		

ACTIVIDADES

- Controlar constantes vitales
- Proporcionar a la persona un alivio de dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que ayude a la disminución del dolor
- Enseñar principios del manejo del dolor.
- Registrar las actividades realizadas.

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

NANDA: Seguridad/Protección
NOC: Salud fisiológica
NIC: Fisiológico complejo

(00007) HIPERTERMIA

R/C: Infección.

E/P: piel caliente al tacto, temperatura: 39,2°C

M
E
T
A
S

Dominio II: SALUD FISIOLÓGICA

Clase: I- REGULACION METABOLICA

Etiqueta: (00800) TERMOREGULACION

Campo: 2. FISIOLÓGICO COMPLEJO

Clase: M-TERMOREGULACION

Etiqueta: (3900) REGULACION DE LA TEMPERATURA

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

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hipertermia		x			
Irritabilidad		x			
Diaforesis			x		
Nivel de hidratación			x		

ACTIVIDADES

- Controlar signos vitales
- Favorecer ingesta adecuada de líquidos sea VO o IV.
- Colocar compresas húmedas para controlar el estado pirético (medios externos).
- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.
- Evitar cubrir al paciente con mantas,
- Administrar medicación antipirética, bajo prescripción médica.

NANDA: Seguridad/protección
NOC: Salud fisiológica
NIC: Fisiológico complejo

(00046) Deterioro de la integridad cutánea

R/C: Alteración en la integridad de la piel

E/P: Herida quirúrgica

Dominio II: SALUD FISIOLÓGICA

Clase: -L INTEGRIDAD TISULAR

Etiqueta: (01101) INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS

Campo: II. FISIOLÓGICO COMPLEJO

Clase: L-CONTROL DE LA PIEL/ HERIDAS

Etiqueta: (3660) CUIDADOS DE LA HERIDA

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hidratación				x	
Pigmentación				x	
Coloración					x
Textura				x	

ACTIVIDADES

1. Reunir el material para el procedimiento
2. Limpiar con jabón antibacteriano, con técnica aséptica.
3. Irrigar la zona con solución salina, si procede.
4. Cubrir la zona afectada con una gasa estéril.
5. Anotar las características de la herida como textura, color, etc.
6. Registrar el procedimiento aplicado, con fecha, hora y responsable.

M
E
T
A
S

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

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

El actual proceso de atención de enfermería está basado con el modelo de Maryorie Gordon, el cual establece 11 necesidades básicas. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, concreta la enfermería como la “asistencia a la persona tanto saludable como enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que ayuden a la salud o su recuperación o a alcanzar una muerte digna; actividades que ejecutaría por él mismo si poseyera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarias, con la propósito de que le ayude a captar la independencia”. Marjorie Gordon abogó por el desarrollo de un plan de cuidados enfermero por escrito, (Valespina, 2018)

Manejo de dolor:

A través de una adecuada analgésico terapia se tiene por objetivo principal inhibir la actividad de ciclooxigenasa por lo tanto la síntesis de prostaglandinas, a dosis analgésicas adecuadas para el paciente se podrá disminuir considerablemente el dolor y baja puntos en la escala según Eva.

Terapia con antibióticos:

Se fundamenta esta intervención con el fin de evitar una de las mayores complicaciones de abdomen agudo, shock séptico, se administra antibióticos en el paciente con el objetivo de contribuir a la inhibición de las paredes celulares bacterianas y distribución del Dna para posterior su lisis celular.

Manejo de antipiréticos:

Se administra medicación antipirética bajo prescripción médica con el objetivo de regular la temperatura corporal del individuo, y evitar complicaciones como las convulsiones.

2.8 SEGUIMIENTO

Día 1

Paciente de sexo masculino de 41 años de edad ingreso a esta el día 05/06/2020 por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal en región epigástrica, con irradiación a fosa iliaca izquierda en 8 horas de evolución, diaforesis acompañado de náuseas y vómito, hipertermia de 39.2, previo su ingreso se procedió a controlar sus signos vitales con resultados de frecuencia cardiaca 115 lpm, respiración 24 rpm, presión arterial 80/68, temperatura 39.2 C, saturación 95%, paciente con facies muy dolorosas y pálidas, fue valorado y se le realizó estudios de laboratorio, fue ingresado con diagnostico medico de peritonitis, se procedió a preparar al paciente en el área de hidratación donde las medidas aplicadas por parte del personal de enfermería fueron control de signos vitales, canalización de un acceso endovenoso con catéter de grueso calibre administración de solución salina 0.9% 1000cc administración de antibióticos pre operatorios, colocación de brazaletes de identificación, además se procedió a preparar la documentación como escala de riesgo de caída, hoja de manejo de antibióticos, se contactó con los familiares del ingreso de su familiar, fue inmediatamente trasladado según protocolos del hospital a centro quirúrgico con medida general para intervención quirúrgica, lavado peritoneal y apendicetomía.

El paciente ingreso a centro quirúrgico el día 05/06/2020 a las 18:07 horas, es intervenido quirúrgicamente a las 18:32 minutos con signos vitales de PA: 98/66 mmHg, FC: 100, FR: 19 x min, T°: 37.4 °C y SatO2: 97 % se administró medicación antibiótica como protocolo pre quirúrgico además tuvo como medidas generales, nada por vía oral. El paciente egreso de quirófano el día 05/04/202 a las 20:09 pm bajo efectos de anestesia general además se administra Clna 0.9% 1000 cc más tramadol y metoclopramida.

Según orden medica general queda bajo las siguientes indicaciones generales:

- Nada por vía oral
- Curación diaria de la herida
- Deambulaciones asistidas 15 minutos cada 24 horas
- Gasometría arterial

Se procede administrar lactato de ringer 1000cc Iv 80 ml/h, ampicilina +IBL 3500mg Iv c/8hrs, omeprazol 40 mg Iv cada día y ketorolaco 60 mg Iv Tid

Día 2

Paciente de sexo masculino de 41 años de edad con ingreso del día 05/06/2020 por presentar cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal en región epigástrica, con irradiación a fosa iliaca izquierda en 8 horas de evolución, diaforesis acompañado de náuseas y vómito, hipertermia de 39.2, hemodinámicamente estable, con signos vitales de presión arterial 104/72 mmHg, frecuencia cardiaca : 70 lpm, Frecuencia respiratoria de 19 rpm, temperatura de 36.8 °C y una saturación de oxígeno de: 98 %, continua bajo las siguientes medidas generales, nada por vía oral, administración de antibióticos profilácticos postoperatorios, se procede a realizar cambios posturales y evaluar escaras por decúbito las cuales no se evidencian, además se procede a realizar curación diaria de la herida y se asiste a las deambulaciones 15 minutos cada 24 horas, se procede al control de glicemia basal con valor de 98 mg/dl y se administra las siguientes medicaciones solución salina 0.9% 1000 cc a 42ml/hr ampicilina +IBL 3000 mg cada 6 horas y omeprazol 40 mg Iv cada día.

Bajo orden médica se procede a discontinuar medicación de metoclopramida y tramadol además pasa a plan alimenticio con dieta blanda

Día 3

Paciente de sexo masculino con ingreso del día 05/06/2020 y con diagnóstico de peritonitis, hemodinámicamente estable con signos vitales de presión arterial 110/76 mmHg, Frecuencia cardiaca: 72 lpm, Frecuencia respiratoria de 19 rpm, temperatura de 36 °C, orientado en tiempo espacio y persona tiene como medidas generales, dieta blanda, curación diaria de la herida, deambulaciones asistidas 15 minutos cada 24 horas, control de glicemia y se le realizara un estudio de Imagen de control para determinar su estado actual se procede administrar medicación, solución salina 0.9% 1000 Iv 42 gtts por min, ampicilina +IBL 2000 mg cada 6 horas,

omeprazol 40 mg Iv cada día, se procede al aseo diario, evaluar integridad cutánea donde no se evidencia ulcera por presión, además se indica al paciente sus resultados de laboratorio con posible alta médica.

Paciente de sexo masculino de 41 años de edad con ingreso del 05/06/2020 fue dado de alta hospitalaria el día 11/06/202 bajo condiciones clínicas y hemodinámicas estables se comunicó con el familiar para informar de los cuidados que se debe realizar en la herida sus debidas precauciones y signos de alarma, además paso con referencia a su centro de salud más cercano.

2.9 OBSERVACIONES

Se informa al paciente y a su familia sobre el diagnóstico y el tipo de cirugía que se le realizara, datos relevantes, como tratamiento en lugar de cirugía, y las posibles consecuencias.

Se explica que se procederá a realizar un lavado intraabdominal para evitar complicaciones como el Shock séptico. Además, se le administrara el tratamiento durante el postoperatorio. Se le comunica que firme el consentimiento informado.

Al alta médica se le brinda educación acerca de medidas de aséptica para evitar una infección en la herida quirúrgica, se resalta la importancia de no abandonar la antibioticoterapia profiláctica.

Es contra referido a su centro de salud más cercano.

CONCLUSIONES

El caso clínico presentado corresponde a un paciente de 41 años de edad de sexo masculino, el cual fue diagnosticado con peritonitis. Al momento de presentar su cuadro sintomatológico fue trasladado en ambulancia a esta casa asistencial donde refiere haber presentado las molestias desde 48 horas aproximadamente, Se le realizó la indagación de su historia clínica con el objetivo de recolectar datos que ayuden al oportuno diagnóstico, junto con exámenes complementarios se valoró e inmediatamente ingreso por el área de emergencia con pase a centro quirúrgico donde recibió atención médica en el pre, trans y postoperatorio recibiendo cuidados de enfermería oportunos donde se consiguió la estabilización de su estado de salud y posterior a esto fue trasladada al área de Hospitalización, en donde se brindó un adecuado tratamiento profiláctico acorde a la manifestación clínica presentada y protocolos del ministerio de salud pública, consiguiendo una evolución favorable por ende su recuperación a la comunidad.

Se elaboró el proceso de atención en enfermería el mismo que se llevó a cabo al valorar los patrones funcionales de Marjory Gordon en el paciente e identificar los patrones afectados, con el fin de establecer prioritariamente las intervenciones a realizar. De esta manera se previnieron complicaciones que podían afectar aún más la salud de nuestro paciente, por lo que pudimos contribuir a la mejoría del estado en que se encontraba y aliviar su sintomatología durante la estancia hospitalaria.

El paciente fue dado de alta bajo el cuidado de su esposa a quien se ofreció la información apropiada, referente a la patología presentada y las medidas a tomar post Alta hospitalaria.

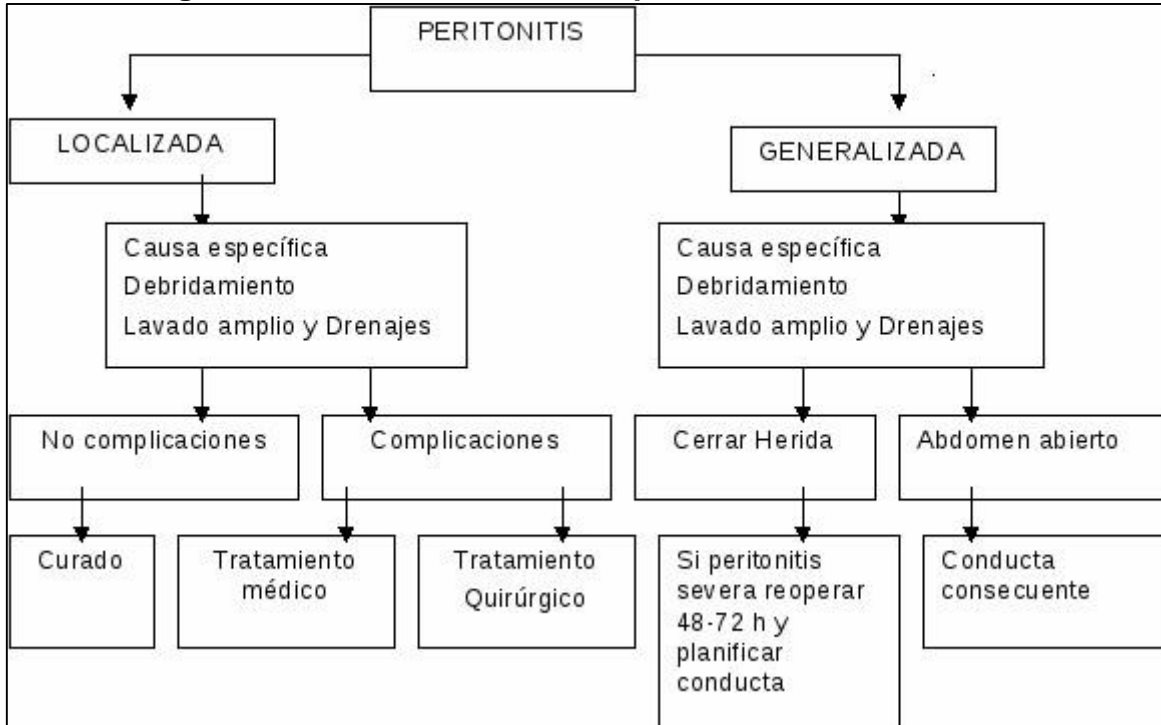
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

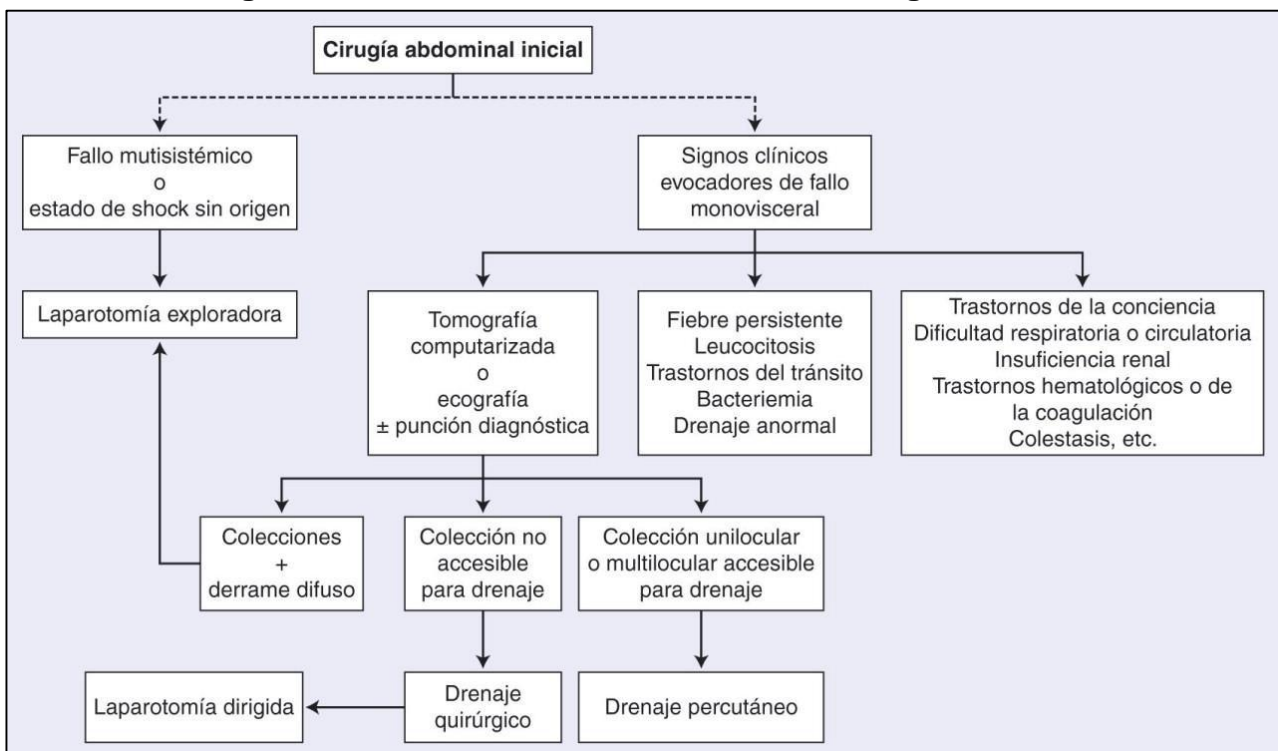
- Bibiano Gillén , C. (2018). *Manual de Urgencias* . Madrid: Grupo Saned.
- Crovani, F. (2014). *Manual de patología quirúrgica*. Chile: Ediciones UC.
- Duran Perez, E. (2006). Peritonitis relacionada con Dialisis Peritoneal. *Medicina Interna de Mexico*, 398,399.
- Espinosa Nan , G., & Olivera Pertusso , E. (2018). Peritonitis Aguda . *Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la republica de Uruguay* , 1.
- Garcia , D. (2017). *Gastroenterología y hepatología* . Mexico : El Manual Moderno.
- Hurst, M. (2013). *Enfermería medico-Quirúrgica*. Mexico : El Manual Moderno.
- Montenegro Martinez, J. (2020). *Tratado de Dialisis Peritoneal* . Mexico: Elsevier.
- Moreno, A. (2018). *Peritonitis y otras infeccion intraabdominales* . España : Sociedad Española de enfermedades infecciosas y microbiología clinica.
- Rodriguez, M. (2018). *Manual de Urgencias Medicas*. Mexico : Grupo CTO Editorial
- Valespina, C. (2018). *Clasificaciones Nanda, Noc y Nic*. Barcelona: Salusplay.

ANEXOS

Anexo 1. Algoritmo de tratamiento de las peritonitis



Anexo 2. Algoritmo de manifestaciones clínicas en cirugía abdominal inicial.



Anexo 3. Reporte de Urkund.