



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 de Atención de Enfermería en paciente de 32 años de edad con
peritonitis

AUTOR

Ana Gabriela Oleas Cevallos

TUTOR

Lcda. Ingrid Aguirre Rodríguez

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

INDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| DEDICATORIA | III |
| AGRADECIMIENTO | IV |
| TÍTULO DEL CASO CLINICO..... | V |
| RESUMEN..... | VI |
| ABSTRACT | VII |
| INTRODUCCIÓN..... | VIII |
| I. MARCO TEÓRICO | 1 |
| 1.1 JUSTIFICACIÓN..... | 7 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 8 |
| 1.2.1 Objetivo general | 8 |
| 1.2.2 Objetivos específicos | 8 |
| 1.3 DATOS GENERALES..... | 9 |
| II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO | 10 |
| 2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente..... | 10 |
| 2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)..... | 10 |
| 2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA) | 11 |
| 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS..... | 13 |
| 2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO | 14 |
| 2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR | 14 |
| 2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES | 18 |
| 2.8 SEGUIMIENTO..... | 19 |
| 2.9 OBSERVACIONES..... | 22 |
| CONCLUSIONES | 23 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 24 |
| ANEXOS..... | 25 |

DEDICATORIA

Dedico mi proyecto de titulación especialmente a mis padres que me han apoyado durante el arduo trabajo de conseguir mi título profesional, además que han inculcado la responsabilidad en mi vida y me ayudaron con los recursos necesarios para no desmayar en el proceso.

A mis hermanas que no se limitaron al momento de darme ánimos y permanecer junto a mí en los días más difíciles. A mi abuela que, aunque hoy no este conmigo me cuidó y educó para ser una mujer con propósito en la vida.

A mi enamorado que me ha acompañado durante todos estos años y me ha brindado sus consejos, así como su comprensión y confianza desde que inició mi carrera.

Ana Gabriela Oleas Cevallos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar y en uno muy especial agradecer a Dios por regalarme sabiduría y entendimiento para superar los obstáculos que se presentaron en mi camino, así también por pintarme un buen camino lleno de oportunidades y conocimientos.

Agradecer al alma máter la Universidad Técnica de Babahoyo, a la escuela de enfermería, y a cada una de las autoridades y docentes pertenecientes a las mismas, por su dedicación y esfuerzo al impartir sus conocimientos y habilidades, que han sido la base para mi formación como profesional.

De esta misma manera a mi tutora quien me ha guiado durante el proceso de mi titulación con su experiencia perfeccionando los conocimientos aprendidos a lo largo del camino.

Ana Gabriela Oleas Cevallos.

TÍTULO DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD CON PERITONITIS

RESUMEN

La peritonitis es un proceso inflamatorio general o localizado de la membrana peritoneal causada por una irritación química, invasión bacteriana, necrosis local o contusión directa del peritoneo. La sepsis intraabdominal incluye inflamación peritoneal severa provocada por microorganismos patógenos y sus productos. Este proceso puede ser localizado (absceso) o de una naturaleza difusa. Las sintomatologías pueden ser ligeras en pacientes inmunosuprimidos, consumidores de corticoides, diabéticos que se encuentren con neuropatía avanzada. Es causa frecuente de morbilidad en el paciente quirúrgico y complicación de muchas intervenciones intraabdominales. 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, luego de evidenciar la evolución favorable es dado de alta con contra referencia a su unidad de salud correspondiente.

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

ABSTRACT

Peritonitis is a general or localized inflammatory process of the peritoneal membrane caused by chemical irritation, bacterial invasion, local necrosis, or direct peritoneum contusion. Intra-abdominal sepsis includes severe peritoneal inflammation caused by pathogenic microorganisms and their products. This process can be localized (abscess) or of a diffuse nature. Symptoms may be light in immunosuppressed patients, corticosteroid users, diabetics who encounter advanced neuropathy. It is a common cause of morbidity in the surgical patient and complication of many intraabdominal interventions. This study writes a patient who goes to the emergency area for presenting abdominal pain in the epigastric region, with irradiation to left ilia pit of approximately 8 hours of evolution, accompanied by nausea and vomiting, was admitted immediately, where he was clinical examination and was carried out complementary studies that helped contribute to the definitive diagnosis, he was applied antipyretic medication and pre-antibiotic prophylaxis surgical , where no complications were determined. The patient moves into the post-surgery recovery area, with restriction of oral food intake, wound healings and daily wanderings are performed that contribute to physical mobility by nurses is also given, saline solution 0.9% 1000 cc iv 25 drops per min, antibiotic ampicillin therapy +IBL 1500 mg immediately and a gastric protector with omeprazole 40 mg Iv daily, antibiotic ampicillin therapy +IBL 1500 mg immediately and a gastric protector with omeprazole 40 mg Iv daily , after highlighting the favorable evolution is discharged with reference to its corresponding health unit.

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

INTRODUCCIÓN

En el Ecuador, la peritonitis ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad dentro complicaciones de abdomen agudo, convirtiéndose en el caso más común entre los años 2016 y 2017 y con un total de 38,533 casos registrados, la incidencia de peritonitis ocupó el primer lugar en la tasa de mortalidad en 2014, la peritonitis se define como la inflamación del peritoneo, que es una membrana serosa dentro de la cavidad abdominal, generalmente causada por una variedad de factores, que incluyen inflamación bacteriana, perforación visceral hueca. La peritonitis perforante gastrointestinal es la causa más común, la inflamación peritoneal es causada por bacterias como *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Pseudomonas*, *Enterococcus*, *Staphylococcus*, siendo las últimas tres las principales causas de la peritonitis de origen hospitalario.

Como enfermedad global, el papel de la enfermería ocupa una posición tan importante, especialmente en el cuidado postoperatorio de esta patología, porque busca evitar que los pacientes sufran complicaciones graves, como abscesos, adherencias, sepsis o shock séptico, por lo tanto, es importante revisar la bibliografía de contenido científico relevante para el paciente en particular con peritonitis, este estudio de caso clínico está basado en las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, herramientas fundamentales que son usadas para la aplicación del proceso de atención de enfermería, con el fin de aplicar intervenciones acorde a las necesidades requeridas por el paciente a estudio, los cuidados de enfermería son la herramienta más potencial en cuanto a la detección precoz de complicaciones, identificación de signos de alarma, y cuidados directos humanizados basados en principios éticos y morales que se evidencia con el valor y aprecio brindados en la atención del individuo en estado de vulnerabilidad.

El estudio de caso clínico se basa en un paciente de sexo masculino de 32 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, el cual es ingresado para la atención médica inmediata y es diagnosticado con peritonitis.

I. MARCO TEÓRICO

PERITONITIS

La peritonitis es la inflamación del revestimiento seroso. La cavidad abdominal y los órganos internos están incluidos. El peritoneo en realidad es estéril, hace reacción con una respuesta inflamatoria a algunos estímulos patológicos, generalmente secundarios al proceso infeccioso, pero también puede ser un irritante químico o mecánico (sangre, bilis, ácido clorhídrico, cuerpo extraño, etc.). La sepsis intra-abdominal incluye inflamación peritoneal severa provocada por microorganismos patógenos y sus productos. Este proceso puede ser localizado (absceso) o de una naturaleza difusa; (Crovari, 2017).

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

PRIMARIA

Es la infección de la cavidad peritoneal en la cual no hay un origen obvio de contaminación. También se la conoce como (PBE) peritonitis bacteriana espontánea. Obviamente, es el tipo menos común, especialmente entre los adultos que son pacientes cirróticos con ascitis. Su mortalidad es alta, aunque puede aparecer en forma de complicaciones en cualquier enfermedad que produce ascitis el mayor riesgo es en pacientes con cirrosis descompensada.

SECUNDARIA

Es la peritonitis aguda tradicional, determinada como la infección peritoneal producida por una víscera hueca perforada o por una víscera digestiva o ginecológica con necrosis transmural. Entre las causas habituales de peritonitis secundaria se encuentran incluidas apendicitis perforada, perforación gástrica o úlcera duodenal, perforación de colon por diverticulitis, vólvulo o cáncer y estrangulación del intestino delgado. El motivo más habitual de peritonitis secundaria postoperatoria es la filtración de anastomosis.

TERCIARIA

Se define como la inflamación peritoneal causada por agentes patógenos hospitalarios después del tratamiento apropiado después de la peritonitis secundaria, que persiste o recurre después de 48 horas y se acompaña de síntomas clínicos de irritación peritoneal, en pacientes inmunocomprometidos y pacientes con comorbilidades pasadas ocurre con mayor frecuencia.

QUIMICA

Puede ser provocada por sustancias irritantes (como ácido, bilis, sangre, bario u otras sustancias), o puede ser causada por la inflamación transmural de los órganos internos sin la inoculación de bacterias en la cavidad peritoneal. Los signos y síntomas clínicos no son diferentes de la peritonitis secundaria o absceso peritoneal, y los métodos de diagnóstico y tratamiento deben ser los mismos.

ABSCESO PERITONEAL

Es de exudado fibroso, epiplón u órganos internos adyacentes. La mayoría ocurre después de peritonitis secundaria o Complicaciones quirúrgicas. Esta es la razón principal de la infección persistente y terciaria. Los abscesos también puede ser la manifestación de una filtración de la anastomosis; (Crovari, 2017).

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 y calofríos (con índice de 80% de los pacientes).

- Dolor abdominal y malestar (con índice mayor a 70% de los pacientes):
Este es el principal síntoma, es de representación sordo y vagamente localizado. El dolor se amplifica con cualquier movimiento y presión específico.
- Anorexia, náuseas y vómitos (probablemente debido a patología de fondo).
- Distensión abdominal.
- Diarrea.
- La ascitis que no mostró mejorías después de administrar un diurético;(Garcia, 2017).

Las sintomatologías pueden ser ligeros en pacientes inmunodeprimidos, consumidores de corticoides, diabéticos que se encuentren con neuropatía avanzada y también usuarios que se encuentran en el área de hospitalización, principalmente en casos donde se encuentre una diferencia entre las manifestaciones clínicas y la gravedad de la afección. En presencia de ascitis, la fricción entre la superficie peritoneal tanta como parietal y visceral pueden reducir los síntomas del dolor del abdomen, como se observa en pacientes con PBE.

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.

DIAGNOSTICO

Principalmente su diagnóstico es clínico, pero para confirmar su existencia se pueden realizar una serie de pruebas.

EXAMENES DE LABORATORIO

Hemograma:

La mayor parte de los pacientes poseen leucocitosis con desvío izquierdo en el recuento diferencial. En avanzadas etapas puede presentar leucopenia, principalmente en sepsis producidas por microorganismos Gram negativos.

Hemocultivos:

Pueden ayudar en el tratamiento específico antibióticos en el 33% son positivos para el agente causal de los usuarios con PBE.

Gases arteriales, electrolitos y función renal:

Hay presencia de acidosis metabólica progresiva, con deshidratación y falla renal.

Perfil bioquímico:

Modificación de las pruebas hepáticas y la comprobación de albúmina sérica accede el cálculo del gradiente de albúmina sérica-ascítica, con frecuencia en cual es $> 1,1$ en PBE.

Examen de líquido peritoneal:

El líquido se evalúa para glucosa, recuento celular, proteínas, LDH, tinción de Gram y cultivos aeróbicos y anaeróbicos.

En la peritonitis bacteriana generalmente el fluido muestra un pH bajo (menor a 7,31) y los niveles de glucosa bajos, con los niveles elevados de proteínas y de LDH.

IMÁGENES

Rayos X abdominal:

Para una evaluación general del abdomen pacientes con abdomen agudo. Buscando la existencia de aire libre, esto indica perforación de los órganos internos, pero para su valor diagnóstico los detalles son limitados. La punción, succión y colocación. El tubo de drenaje guiado por ultrasonido se ha convertido en una herramienta valiosa en el diagnóstico y tratamiento de colecciones intraabdominales. Entre sus ventajas son bajo precio, portabilidad y su fácil uso.

Tomografía computarizada:

Puede ser el examen preferido en el estudio etiológico de la peritonitis. Puede detectar una pequeña cantidad de líquido, área de inflamación, etiología de la peritonitis y otros trastornos gastrointestinales. La sensibilidad es cercana al 100%; (Rodríguez, 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

El tratamiento de la peritonitis bacteriana generalizada se basa en los siguientes principios y en el orden establecido:

- a) Fluido intravenoso y soporte fisiológico para una reanimación adecuada; se recomienda una solución cristalina, preferiblemente en forma de lactato. soporte corporal se basa en la presión de la vena central y la arteria pulmonar, Use compuestos de ECG y ventilación mecánica asistida en la unidad UCI.
- b) Implemente un programa dual de antibióticos para cubrir posibles bacterias etiológicas; si el origen de la infección es el tracto digestivo superior, se recomienda usar la cefalosporina de tercera generación más imipenem, si se supone que la infección es del abdomen, se recomienda agregar metronidazol, clindamicina.
- c) Determinar las necesidades y prioridades del tratamiento quirúrgico. Con los siguientes objetivos:
 - Drene la fuente de infección y convierta la infección cerrada en un proceso
 - Abra colocando un desagüe abierto o cerrado adecuadamente.
 - Mediante lavado quirúrgico intenso para eliminar tejido necrótico y muerto,

- Añadir al menos 3 litros de solución fisiológica.
- Tratamiento quirúrgico definitivo de la enfermedad final que causa la enfermedad peritonitis sistémica; (Vaillant, 2016).

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 realizara 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 acabo intervenciones adecuadas para este tipo de pacientes además se menciona que el mismo se realizó bajo las taxonomías Nanda, Noc, Nic usadas como herramientas esencial dentro de este proceso.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

- Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente de 32 años de edad 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 32 años de edad con peritonitis
- Evaluar las intervenciones realizadas en el proceso de atención de enfermería.

1.3 DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: NN

Numero de historia clínica: 324277

Numero de cedula: 0994929524

Nacionalidad: Ecuatoriana

Provincia: Guayas

Estado civil: Casado

Sexo: Masculino

Edad: 32 años

Talla: 165 centímetros

Peso: 78 kilogramos

Raza: Mestizo

Lugar de nacimiento: Guayaquil

Lugar de Residencia: Guayaquil, Floresta 1 Mz 19

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 32 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 acompañado 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 ambar, 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

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.

M
E
T
A
S

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 marjorie 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, (Valdespina C. , 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 32 años de edad ingreso a esta el día 05/04/2020 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 diagnóstico médico 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 preoperatorios, colocación de brazalete 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 05/04/2020 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 médica 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 32 años de edad con ingreso del día 05/04/2020 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 05/04/2020 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 32 años de edad con ingreso del 05/04/2020 fue dado de alta hospitalaria el día 11/04/202 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 intra-abdominal 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 antibióticoterapia profiláctica.

Es contra referido a su centro de salud más cercano.

CONCLUSIONES

El caso clínico presentado corresponde a un paciente de 32 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.

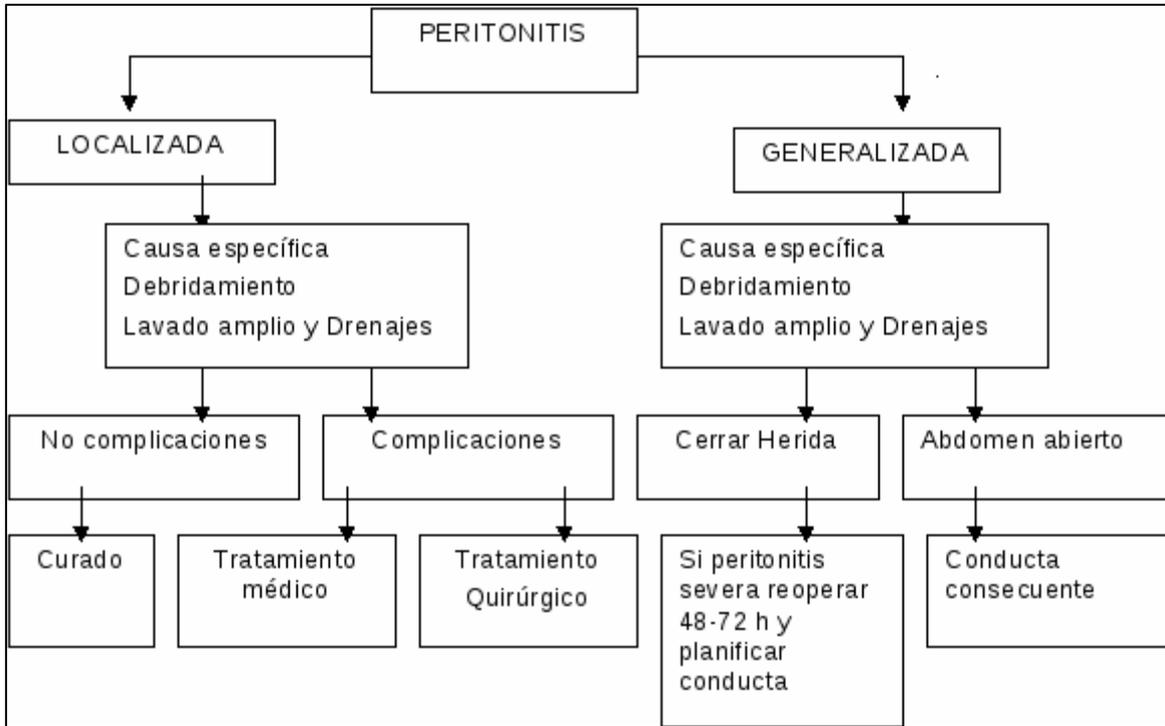
El paciente fue dado de alta bajo el cuidado de su esposa a quien se ofreció la información apropiada, referente a la patología presentada y las medidas a tomar post Alta hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

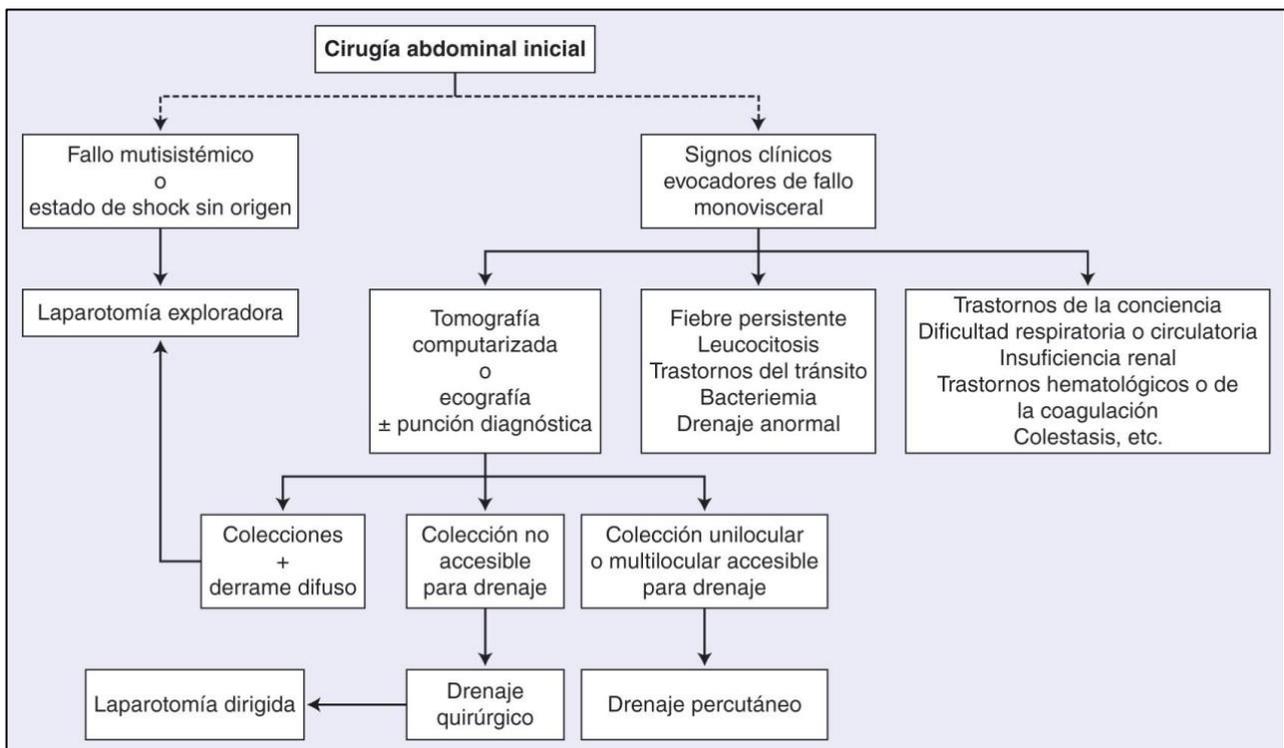
- Blanca, F. (2017). *Aplicacion de los lenguajes normalizados NANDA, NIC, NOC*. Madrid: DAE Editorial.
- Crovani, F. (2017). *Manual de patologia quirurgica*. Santiago: Ediciones uc.
- Garcia, D. (2017). *Gastroenterologia y hepatologia*. Mexico: El Manual Moderno, S.A.
- Marilynn, D. (2016). *Proceso y diagnostico de enfermeria*. Barcelona: El Manual Moderno, S.A.
- Rodriguez, M. (2018). *Manual de Urgencias Medicas CTO*. Mexico: Grupo CTO Editorial.
- Vaillant, R. (2016). *Abdomen Agudo No Traumatico*. La Habana: Ciencias Medicas .
- Valdespina, C. (2018). *Clasificaciones Nanda, Noc, Nic*. Barcelona: Salusplay.
- Cisneros, F. (2018). PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE). *PROGRAMA DE ENFERMERIA*, 1-12.
- Dugas, B. (2017). *Tratado de enfermeria practica*. Mexico: Editores, S. A. .
- Agora, A. (2016). Proceso de Atención de Enfermeria. *Manual EIR*, 5-6.

ANEXOS

Anexo 1. Algoritmo de tratamiento de las peritonitis



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



Anexo 3. Reporte de Urkund.