



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA PROPUESTA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 30 AÑOS
CON APENDICITIS AGUDA**

AUTOR

EVELYN FERNANDA ARMIJO ZAMBRANO

TUTOR

LCDA.GREY MARILU ANDRADE TACURI

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2021

DEDICATORIA

El presente trabajo de caso clínico primeramente se lo dedico a Dios por darme fortaleza de seguir adelante con mi carrera, por brindarme lo más fundamental para cada ser humano salud y vida, por sobre todo permitirme cumplir un logro profesional en mi vida.

A toda mi familia, principalmente a mis padres por ser el motor de mi vida, por guiarme por un buen camino llenos de buenos valores, por brindarme confianza, consejos, ser mi apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi vida, tristeza, felicidad y logros alcanzados a lo largo de mi vida y por guiarme por un buen camino.

A mi novio por ser la única persona en la que puedo confiar por estar siempre en los momentos difíciles brindándome su cariño, paciencia y comprensión, por aconsejarme, por todas esas palabras de alientos, cuando me sentía triste, derrotada y por nunca dejarme sola en los momentos que más lo he necesitado.

A todo el personal del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, por tenerme paciencia al enseñarme sus conocimientos y prácticas para poner culminar mi internado de la mejor posible.

AGRADACIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por darme fuerza de voluntad, brindarme salud y mantenerme con vida, por maternarme de pie y luchar con cada circunstancia que se me ha enfrentado en mi camino, fortaleza, inteligencia y responsabilidad ya que no ha sido fácil de llegar hasta aquí y cumplir este gran logro de mi vida.

Agradezco a mis padres por ser el motor de mi vida, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, gracias a mi madre Geocanda Zambrano por estar acompañadome en momentos difíciles, su cariño incondicional y por apoyarme en momentos de tristezas, aconsejarme y enseñarme buenos valores, gracias a mi padre Hernan Armijo por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, por ser un apoyo incondicional, económico y emocional, gracias por cada consejo y cada palabra que me guiaron durante mi vida.

A la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Babahoyo la cual me abrió las puertas de su institución por brindarme conocimientos y habilidades que ha contribuido a mi formación profesional.

Gracias a los Docentes quienes compartieron sus conocimientos, valores, experiencias y principios a lo largo de mi vida estudiantil y preparación como profesional. Y en especial a la Lcda. Grey Andrade Tacuri por brindarme su apoyo incondicionalmente para la realización de mi caso clínico lo cual con sus conocimientos y experiencias profesionales.

INDICE

Contenido	
DEDICATORIA	I
AGRADACIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I.MARCÓ TEÓRICO	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.2 OBJETIVOS	9
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
1.3 DATOS PERSONALES	10
II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	11
2.1 Análisis y motivo de la consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente ..	11
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis).	11
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	12
2.4 Información de Exámenes Complementarios Realizados.....	15
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	16
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	17
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERADO VALORES NORMALES.	20
2.8 SEGUIMIENTO	20
2.9 OBSERVACIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	26

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 30 AÑOS
CON APENDICITIS AGUDA

RESUMEN

La apendicitis es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen. La inflamación puede ocurrir como consecuencia del bloqueo producido por trozo endurecido de heces que generar una multiplicación de bacterias.

Una de las principales causas que presenta es por hiperplasia de los folículos linfoides y por apendicolito o fecalito según cómo van evolucionado esto puede presentar una peritonitis y el único tratamiento es la intervención quirúrgica y una de la más usada es por laparoscopia.

La apendicitis aguda ocurre infrecuentemente en niños muy jóvenes, así como en adultos mayores, teniendo su pico de incidencia en pacientes entre el final de la segunda década y tercera década de la vida.

En el presente estudio clínico tiene la finalidad de poner en práctica los conocimientos científicos adquirido en las enseñanzas académicas y asistenciales como prácticas preprofesionales del internado, los conocimientos científicos adquiridos en nuestro estudio académico, bríndanos adecuados cuidados de enfermería a su patología tanto en la parte clínica y parte quirúrgica, aplicando la metodología de NANDA NIC Y NOC, en la cual se logró los objetivos propuestos dando como resultado la recuperación del paciente.

Palabras Claves: apendicitis, aguda, inflamación, hiperplasia, folículos, peritonitis.

ABSTRACT

Appendicitis is an inflammation of the appendix, a finger-shaped pouch that projects from the colon on the lower right side of the abdomen. Inflammation can occur as a result of the blockage produced by a hardened piece of stool that generates a multiplication of bacteria.

One of the main causes that it presents is due to hyperplasia of the lymphoid follicles and due to appendicolith or fecalith, depending on how they evolve, this can present peritonitis and the only treatment is surgical intervention and one of the most used is by laparoscopy.

Acute appendicitis occurs infrequently in very young children, as well as in older adults, having its peak incidence in patients between the end of the second decade and the third decade of life.

In the present of this clinical study is to put into practice the scientific knowledge acquired in academic and healthcare teachings as pre-professional internship practices, the scientific knowledge acquired in our academic study, provide us with adequate nursing care for its pathology both in the clinical part and the surgical part, applying the NANDA NIC and NOC methodology, in which the proposed objectives were achieved, resulting in the recovery of the patient.

Key Words: appendicitis, acute, inflammation, hyperplasia, follicles, peritonitis.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es una inflamación aguda del apéndice cecal. Es la causa más común de abdomen agudo que se tratan quirúrgicamente, y esto se debe al presentar múltiples manifestaciones clínicas, uno de los factores predisponente es el proceso inflamatorio o por oclusión de la luz apendicular. Empieza con la obstrucción del apéndice vermiforme, la cual lleva a un aumento de la presión intraluminal que da como resultado la obstrucción linfática, estasis venosa e isquemia. Si se permite que el proceso progrese se llega a la invasión bacteriana, gangrena, perforación y formación de absceso. (Udaquiola J, Arriaga V, Oesterreich R, Cañada MR & Giambini D, 2014)

Ya que las mayorías de las intervenciones al padecer de apendicitis aguda se encuentra entre la segunda y tercera década de vida. Para detectar esta patología se presenta diversas sintomatologías como también se puede confundir con otras enfermedades por ello se debe realizar exámenes complementarios para confirmarlo.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) dio a conocer en el año 2017 que la apendicitis aguda es la primera causa de morbilidad del país. Siendo la primera causa en los hombres con el 53,2 % siendo los más afectados por esta enfermedad. (El Comercio, 2018)

Este estudio de caso clínico en paciente de sexo masculino de 30 años con apendicitis aguda y una de las principales sintomatologías es el dolor en la fosa iliaca derecha, que hace referencia al signo de McBurney e hipertermia, por lo cual se aplica el Proceso de Atención de Enfermería tanto en pre-post operatorio aplicando los cuidados directo al paciente para mejorar su pronta recuperación; mediante la valoración de Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

I.MARCÓ TEÓRICO

DEFINICIÓN DE APENDICITIS

La apendicitis es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen.

La apendicitis provoca dolor en el abdomen bajo derecho. Sin embargo, en la mayoría de las personas, el dolor comienza alrededor del ombligo y luego se desplaza. A medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y finalmente se hace intenso.

Aunque cualquiera puede tener apendicitis, lo mas frecuente es que ocurra en personas entre los 10 y 30 años de edad. El tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica del apéndice. (Mayoclinica, 2019)

En la actualidad se reconoce que la apendicitis aguda afecta 7 % de cualquier población, aunque se reporta con mayor frecuencia en los hombres. El dolor abdominal es la causa mas frecuente de consulta medica en los servicios de urgencia. De las posibles etiologías del dolor abdominal la apendicitis aguda es la causa mas frecuente de abdomen agudo la extirpación quirúrgica una prevalencia estimada durante la vida del 7-8 %. (AJ. Zarate&V Garlaschi., 2016)

Anatomía

El apéndice se encuentra localizado según los cuadrantes topográficos del abdomen están en la fosa iliaca derecha y es una pequeña porción del ciego. Y mide un aproximado entre 6 y 10 cm de largo y entre 3 y 5 de diámetro ya que los valores pueden cambiar según dependiendo de la edad del paciente. La ubicación del ciego es permanente y se encuentra a 2 cm del orificio ileocecal, donde se unen las tres tenías del colon. Poseen un meso independiente que contiene a los vasos apendiculares. La arteria apendicular es una rama de la arteria cecal posterior, rama de la arteria ileocecoapendiculocólica. (CASTAGNETO, 2009)

Epidemiología

(El Comercio, 2018) “Según los datos que se recolectaron en las unidades de salud en el Ecuador a través de los censos se registran nuevos datos que son de 38 533 en el año 2017 casos de apendicitis aguda, con incremento de en la población de 22,97 por cada 10 000 habitantes y siendo la primera causa de morbilidad (enfermedad) en el país”.

Etiología

Se vincula a un proceso infeccioso bacteriano que, en la mayoría de los casos, pero en todos, está asociado a una obstrucción de la luz del apéndice. Existen factores incidentales como edad, raza, sexo y herencia y factores predisponentes como parásitos intestinales, infecciones intestinales, patología de órganos vecinos, cuerpos extraños endógenos(fecalitos) y exógenos (intra peritoneales). Las causas de obstrucción de la luz apendicular se pueden dividir en endoluminales, parietales y extra parietales. Dentro de las endoluminales los coprolitos son las más frecuentes (35 %), otros cuerpos extraños (1 %), parásitos (0,8%) y entres otros. Dentro de las parietales la hiperplasia de los folículos linfoides (60%) y tumores de apéndice tipo el carcinoide (1%). Las causas extra parietales son mas raras y se mencionan los tumores o metástasis en órganos vecino. (Gabriel Massafarro Fernández& Juan Martín Costa Marsicano, 2016)

Fisiopatología

La apendicitis aguda continúa siendo enigmática, sin embargo, existen varias teorías que intentan explicar esta patología. La más aceptada por los cirujanos describe una fase inicial que se caracteriza por obstrucción del lumen apendicular causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños como huesos de animales pequeños o semillas; esto favorece la secreción de moco y el crecimiento bacteriano, generando entonces distensión luminal y aumento de presión intraluminal. Posteriormente se produce obstrucción del flujo linfático y venoso, favoreciendo aun mas el crecimiento bacteriano y desencadenando la producción de edema.

En este momento encontramos un apéndice edematoso e isquémico, causando una respuesta inflamatoria. Esta isquemia a la que se somete al apéndice puede generar necrosis de la pared con translocación bacteriana, desarrollándose la apendicitis gangrenosa. Si este proceso se deja evolucionar y el paciente no es intervenido el apéndice ya gangrenoso se perfora y puede generar un absceso con peritonitis local siempre y cuando la respuesta inflamatoria y el aumento logren contener el proceso, pero si estos son incapaces se producirá una peritonitis sistémica. (González, 2012)

Etapas de la apendicitis

Basándose en los hallazgos histológicos y en la apariencia macroscópica se pueden diferenciar varias etapas o estudios en la apendicitis:

- Etapa 1. **Apendicitis simple o catarral**: cuando se obstruye la luz del apéndice el moco que segrega cualquier parte del intestino no puede fluir libremente y comienza a acumularse en su interior. Esto hace que las bacterias que forman parte de la flora intestinal se multipliquen en exceso y comienza el proceso inflamatorio. En esta etapa el apéndice tiene un aspecto exterior normal y solo se puede identificar la inflamación al microscopio.
- Etapa 2. **Apendicitis flemonosa o fibrinosa**: poco a poco el apéndice se destiende al aumentar su presión interior. Llega un momento que la presión es tanta que la sangre no puede irrigar correctamente el apéndice. El aspecto del apéndice es inflamatorio: rojo y agrandada.
- Etapa 3. **Apendicitis gangrenosa**: las paredes del apéndice se van debilitando, tanto por falta de riesgo sanguíneo, como por el aumento de la presión interna. Hay partes que empiezan a necrosarse y se vuelven de color negro pudiendo segregar pus.
- Etapa 4. **Apendicitis perforada**: finalmente las paredes se rompen y se libera toda la pus y heces hacia el interior de la cavidad abdominal, dando lugar a una peritonitis. (Luis, 2016)

Causas de la apendicitis

La apendicitis se produce como consecuencia de la obstrucción de su luz, es decir, del conducto interno del apéndice. Esta obstrucción sucede por diferentes motivos:

- **Hiperplasia de folículos linfoides:** es la causa de apendicitis más < frecuente. Los folículos linfoides apendiculares funcionan igual que las amígdalas faríngeas, de modo que si se infectan por un microbio se inflaman, crecen y obstruyen la luz. Quizá en las edades jóvenes de la vida nuestro organismo es más propenso a ello, y eso justifique que la mayoría de los casos de apendicitis sucedan entre los 10 y los 30 años.
- **Apendicolito o fecalito:** es la segunda causa más frecuente. A través del intestino grueso pasa toda la masa fecal hacia el ano. En ocasiones un pequeño excremento puede ocluir la luz apendicular.
- **Cuerpos extraños:** del mismo modo que un fecalito, un cuerpo extraño que hayamos ingerido podría obstruir la luz apendicular, siempre que tuviese el tamaño adecuado.
- **Microorganismo y parásitos:** ya sea porque obstruyen directamente la luz o porque inflaman los folículos linfoides. El microorganismo que más se relaciona con la apendicitis es la Yersinia.
- **Tumores:** muy raro que den la cara provocando una apendicitis; pueden ser del propio apéndice o del colon. (Luis, 2016)

Manifestaciones clínicas

Generalmente se manifiesta, por dolor abdominal que empieza en la parte superior, en el epigastrio, luego pasa a la foca iliaca derecha, poco a poco va incrementando hasta llegar un dolor muy severo, tal punto que a la palpación de la zona resulta intolerable, este síntoma se puede no asociar a uno o más síntomas después de su inicio como nauseas, vomito, fiebre o diarrea. (Obando, 2018)

Diagnóstico de la apendicitis

Se puede llegar a un diagnóstico de apendicitis por los siguientes medios:

Exploración física

El estado general del paciente suele ser bueno, aunque en apendicitis de etapas avanzadas suele deteriorarse. La temperatura es alrededor de 37,5 y 38 °C.

En la exploración abdominal hay signos que pueden ayudar al diagnóstico:

- **Dolor en el punto de McBurney:** se marca una línea desde el ombligo hasta la punta del hueso pélvico derecho anterior. El punto es la unión de los dos tercios más cercanos al ombligo con el tercio externo.
- **Signo de Blumberg:** al presionar una zona del abdomen alejada del apéndice se produce dolor en este de forma refleja. Indica irritación peritoneal y sucede en otras enfermedades.
- **Dolor abdominal a la extensión del muslo:** esta maniobra solo es útil cuando el apéndice tiene una localización retro cecal, es decir, está colocado detrás del colon y por lo tanto la palpación del abdomen no es tan efectiva.

En los casos complicados hay fiebre alta y alteración del estado general. Cuando existe peritonitis generalizada, el dolor es intenso y generalizado, con riesgo de shock séptico.

Exámenes complementarios

Análisis de laboratorio

En el análisis de sangre, la apendicitis suele cursar con un recuento de leucocitos aumentado (leucocitos moderada), con aumento de neutrófilos, aunque solo se ha observado en fases avanzadas de apendicitis. Un análisis complementario al recuento de leucocitos, es el análisis de marcadores sanguíneos de inflamación aguda (proteína C reactiva); actualmente se ha demostrado que la proteína C reactiva está aumentada en la mayoría de los casos de apendicitis aguda. El análisis de orina suele ser norma.

Diagnóstico por imágenes

- **Radiología:** la radiografía del tórax es indispensable, porque permite descartar otras afecciones como las enfermedades cardiopulmonares. La radiología de abdomen suele ser normal o puede verse una dilatación de asas del intestino debido a la paralización de los movimientos peristálticos. Excepcionalmente, puede apreciarse un fecalito calcificado en la fosa iliaca derecha.
- **Ecografía:** es muy útil para el diagnóstico y para descartar otras enfermedades. En caso de apendicitis, la ecografía puede ver el apéndice inflamado o liquido libre por el abdomen. Sin embargo, en algunas ocasiones no se encuentra ningún hallazgo anormal a pesar de que si hay una apendicitis.
- **Tomografía axial computadorizada (TAC):** el TAC es un método diagnóstico de una apendicitis y cada vez se usa más en caso de duda. También permite descartar otras patologías.
- **Laparoscopia:** en los casos de difícil diagnóstico, sobre todo en mujeres en edad fértil, pacientes obesos o ancianos, puede recurrirse a la laparoscopia para confirmar el diagnóstico. Actualmente se obtienen excelentes resultados utilizando la técnica de simple incisión laparoscópica, por la cual se puede realizar no solo una exploración, sino también la cirugía laparoscópica del apéndice(apendicetomía). (Luis, 2016)

Tratamiento

El tratamiento de la apendicitis es quirúrgico y urgente; se extirpa el apéndice y se elimina la inflamación(apendicetomía). Solamente en los pacientes con apendicitis subaguda, que tiene una duración mas larga sin afección general, la cirugía se suele realizar más tardíamente.

Se puede operar de dos formas:

- **Laparoscopia:** un método cada vez más utilizado, que consiste en realizar unas pequeñas incisiones en la superficie abdominal el interior y manipularlo. La apendicetomía laparoscópica está siendo de elección en

una gran cantidad de caos con apendicitis aguda, tanto en etapas tempranas como en etapas avanzadas. Uno de los beneficios de esta técnica es el corto post-operatorio y la rápida recuperación del paciente.

- **Laparotomía:** en este caso se realiza una incisión mayor en el abdomen para poder buscar y extirpar el apéndice manualmente. La incisión más utilizada es la incisión de McBurney, que sigue un trayecto paralelo a la ingle en la región inferior derecha del abdomen, donde está el apéndice. (CORTÉS, 2020)

1.1 JUSTIFICACIÓN

La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice vermiforme convirtiéndose una de las patologías más frecuente del abdomen agudo. Se produce mayormente a las personas más propensa entre la segunda y tercera década, siendo las menos frecuente a padecer esta enfermedad son los que está a los extremos niños o ancianos. Bajo esta premisa, el diagnóstico temprano y certero se considera la actuación clínica más significativa para reducir la morbi-mortalidad y las complicaciones asociadas a esta enfermedad.

El problema de la apendicitis no es en sí la inflamación del apéndice si dejamos avanzar el cuadro clínico, el apéndice puede llegar a gangrenarse provocando una peritonitis causando así una situación de urgencias que pondría en peligro la vida del paciente. Su tratamiento indicado es de tipo quirúrgico como lo es la apendicectomía, siendo ésta la cirugía más frecuente en realizarse en nuestro medio. El Proceso de Atención de Enfermería se realiza con la finalidad de poder brindar una atención oportuna y mejorado la calidad de la vida del paciente.

Este estudio de caso clínico tiene como finalidad de aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente de 30 años de edad con un diagnóstico de apendicitis aguda, mediante las taxonomías NANDA, NIC y NOC y así desarrollar los cuidados de enfermería y actividades de las intervenciones dependiendo de los patrones afectados, para así tener una pronta recuperación y brindar los respectivos cuidados tanto preoperatorio y post-operatorio.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería en un paciente masculino de 30 años de edad con un diagnóstico de apendicitis aguda.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recopilar información mediante historia clínica, anamnesis y exámenes de laboratorio.
- Brindar cuidados de enfermería en paciente post-operatorio de acuerdo a los patrones funcionales alterados.
- Formular diagnósticos según los cuidados de enfermería que el paciente requiere mediante el uso de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC.

1.3 DATOS PERSONALES

Nombres: NN

Apellidos: NN

Numero de Cedula: 1723752406

Edad: 30 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Unión Libre

Grupo Cultural: Mestizo

Lugar y Fecha de Nacimiento: Chillanes, 1998-08-27

Lugar de Procedencia: Chillanes

Residencia: Guaranda y La juntas

Nivel de Estudio: Secundario

Ocupación: Agricultor

Región: católico

Grupo Sanguíneo: O+

Numero de Historia Clínica: 149958

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis y motivo de la consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente

Paciente de sexo masculino 30 años de edad transferido del Hospital Básico Chillanes que acude a la área de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro presentado un cuadro clínico que aproximadamente hace 5 días comenzó una molestia en la región de epigastrio tipo cólico y al realizar las deposiciones diarreicas semisólidas amarillentas fétidas por 3 ocasiones presentado mal olor, según como iban avanzado los días fue incrementado el dolor que se irradia a la fosa iliaca derecha, con una intensidad de 8/10 según la Escala Visual Analógica y al realizar la palpación presenta el signo de McBurney e hipertemia de 38 °C y se observa facies pálidas y dolorosas, motivo por el cual es ingresado a esta casa de salud.

<i>Antecedentes Patológicos Personales</i>	<i>Antecedentes Patológicos Familiares</i>	<i>Hábitos Personales</i>
No refiere	Padre: No refiere Madre: Diabetes Mellitus	Alcohol: Bebedor desde los 18 años de edad Tabaco: No refiere

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

Paciente de sexo masculino de 30 años de edad acompañada de su esposa, orientado en tiempo y espacio con puntuación en Glasgow de 15/15; refiere un cuadro clínico aproximadamente hace 5 días comenzó una molestia en la región epigastrio tipo cólico con una intensidad de 8/10 según la Escala Visual Analógica, acompañado de deposiciones diarreicas semisólidas amarillentas fétidas por 3 ocasiones y con una hipertemia de 38 °C, refiere tomar 2 enterogerminas con lo que cede la diarrea, dolor abdominal persiste hace 48 horas el dolor irradia en fosa iliaca derecha, el cuadro clínico empeora al paso de las horas, por lo que acude al Hospital Básico Chillanes donde es valorado y es referido a esta casa de salud.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Cabeza	<p>Cabello: implantación normal de acuerdo a la edad y sexo.</p> <p>Ojos: Conjuntivas rosadas, escleras normales, pupilas isocóricas, normoreactivos a la luz.</p> <p>Oídos: cae permeable, membranas timpánicas de aspectos normales</p> <p>Nariz: fosas nasales permeables</p> <p>Boca: mucosas orales húmedas, usa placa dentaria.</p>
Cuello	Simétricos, movimientos conservados sin adenopatías
Tórax	Simétrico, expansibilidad conservada
Abdomen	Suave, depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel epigástrico y fosa iliaca derecha, signo de McBurney positivo, signo de Blumberg positivo
Miembros Superiores	Simétricos, con movilidad disminuida, ceter venoso periférico en Brazo derecho
Miembros Inferiores	Simétricos, sin presencia de edema, sin lesiones
Piel	Turgencia y elasticidad conservada
Medidas Antropométricas	<p>Talla: 1.75 CM</p> <p>Peso: 51 KG</p> <p>IMC: 16.7</p>
Signos Vitales	
<p>Saturación de Oxígeno: 95 %</p> <p>Presión Arterial: 110/ 70 mmHg</p> <p>Frecuencia Cardíaca: 95 min</p> <p>Frecuencia Respiratoria: 20 min</p> <p>Temperatura: 37 °C</p>	

Valoración de enfermería por patrones funcionales (Teoría de Marjory Gordon)

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN- MANEJO DE SALUD

Paciente despierto, consciente, orientado en tiempo y espacio indica que su estado de salud es regular al presentar dolor en fosa iliaca derecha, además tiene hábitos tóxicos social (Alcohol) cumple con la fisioterapia propuesto por el médico, no presenta alergia a ningún medicamento.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABOLICA

Paciente pesa 51 kg con una estatura de 1.75 cm, con IMC 16.7 lo que evidenciaría estar en bajo peso severo, mucosas orales hidratadas, no sufre de alergias alimenticias, piel pálida tiene las mucosas moderadamente hidratadas alteración de la discontinuidad de la piel producida por herida quirúrgica. febril de 37.2 ° C.

Numero de comida en el hospital: 3 veces al día

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Urinario: Refiere tener una eliminación urinaria normal de 4 a 5 veces al día, no presenta dificultad para miccional.

Intestinal: Frecuencia de evacuación 1 vez al día, manifiesta dolor al realizar las disposiciones.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

Al valorar sus signos vitales esta normales frecuencia respiratoria 21 min, frecuencia cardiaca 90 y presión arterial 110/70mmHg y refiere que al moverse y tratar de levantarse presenta dolor y su actividad está limitada y su movilidad disminuida por herida quirúrgica.

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

Manifiesta que debido al dolor que siente después de la intervención quirúrgica, no puede conciliar el sueño y presenta un poco de dificultad para dormir.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

Paciente se encuentra despierto, consciente, orientado en tiempo y espacio, con facies pálidas, tiene un lenguaje claro, refiere que tiene una buena comunicación con su familia no presenta problemas de audición, olfato y tacto.

PATRÓN 7: AUTO PERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Paciente refiere estar intranquilo, preocupado por su imagen corporal que pueda verse alterada debido a la consecuencia de la cicatriz.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Se encuentra en compañía de su esposa desde su ingreso, mantiene una buena comunicación con sus familiares, se relaciona fácilmente con el personal de salud y compañeros de habitación.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Paciente manifiesta tener una vida sexual activa.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Paciente refiere que se siente mejor después del proceso quirúrgico realizado ya que este calmó bastante la dolencia que tenía y no le dejaba realizar sus actividades con normalidad. Paciente se encuentra tranquilo.

PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS

Paciente refiere ser católico y cuenta con el apoyo de su familia y siempre muestra humildad y respeto por los demás.

PATRONES ALTERADOS

- Patrón 1: Percepción-Manejo de Salud
- Patrón 2: Nutricional-Metabólica
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad-Reposo
- Patrón 5: Sueño-Descanso
- Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto

2.4 Información de Exámenes Complementarios Realizados

Se le realizó exámenes de bioquímica sanguínea, Hematología, Hemograma.

1. HEMATOLOGIA

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES NORMALES
Hematíes	5.76	$\times 10^6/uL$	4.00-5.50
Hematocrito	54.2	%	38.3-48.6
Hemoglobina	17.3	g/dL	13.5-17.5
VCM	86.4	%	76.0-96.0
HCM	27.6	Pg	27.0-32.0
RDW – CV	12.3	%	11.0-16.0
RDW – SD	39.5	fL	46.0-59.0
Plaquetas	342.000	fL	150.000-400.000
Volumen Plaquetario Medio	8.2	fL	6.5-12.0
Leucocitos	8.800	fL	4.0-10.0
Segmentados	61	%	50-70
Eosinófilos	3	%	1-6

Linfocitos	30	%	21-40
Monocitos	6	%	4-8

2. QUÍMICA SANGUÍNEA

DETERMINACIÓN	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES NORMALES
Glucosa en ayuna	83.9	mg/dl	70-115
Urea	31.2	mg/dl	15-50
Creatinina	0.93	mg/dl	0,6-1.1
ALT(TGP)	47.6	u/l	31-41

3. UROANÁLISIS

ELEMENTAL		MICROSCÓPICO	
DENSIDAD	1.010	PIOCITOS/C	2-3
PH	6	ERITROCITOS/C	0-2
		BACTERIAS	Escasas

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

De acuerdo a lo que refiere el paciente al momento de su llegada a esta casa de salud su diagnóstico presuntivo fue abdomen agudo.

Después de haber realizado la valoración física y signos que presenta se le dio un diagnóstico diferencial de dolor abdominal.

Una vez que se le realizaron los exámenes de laboratorio y valoración del especialista de cirugía se le da un diagnóstico definitivo de apendicitis aguda.

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

Realizada la valoración al paciente post-operatorio se ha encontrado varios factores que afecta la salud y se ha seleccionado las prioritarias como la presencia de dolor, cuidados de la herida, cambios de posición para aliviar el dolor por lo cual se ha puesto en práctica el Proceso de Atención de Enfermería a través del NANDA, NIC y NOC.

Se realiza control de signos vitales cada 6/horas, reposo absoluto, exámenes de laboratorio; biometría hemática, química sanguínea y uroanálisis.

Previa indicación médica se realiza el siguiente tratamiento farmacológico:

- Cloruro de Sodio al 0.9% 1000 ml pasar 80 ml/H
- Paracetamol 1g IV cada/6 horas.
- Ampicilina+Salbutamol 3g IV cada/6 horas
- Omeprazol 40 mg IV QD
- Tramadol 100 mg IV PRN.
- Metoclopramida 10 mg IV cada/8 horas.

Una vez concluida la valoración con los Patrones de Marjory Gordon durante la entrevista con el paciente se puede ya diferenciar los patrones alterados, para realizar los cuidados de enfermería adecuadas, entre estos tenemos los siguientes:

- Patrón 1: Percepción-Manejo de Salud
- Patrón 2: Nutricional-Metabólica
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad-Reposo
- Patrón 5: Sueño-Descanso
- Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA: 00132
NOC: 1605
NIC: 1400

DX: Dolor Agudo
DOMINIO: 12 Confort
CLASE: 1 Confort Físico

M
E
T
A
S

R/C: Herida Quirúrgica

E/P: Facies que expresan dolor y manifestación verbal.

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

Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud (Cont.)

Clase: Q Conducta sobre Salud

Etiqueta: 1605 Control del dolor

Campo: 1 Fisiológico básico

Clase: E Fomento de la comodidad física

Etiqueta: 1400 Manejo del Dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
160502 Reconoce el comienzo del dolor.				X	
160504 Utiliza medidas de alivio no analgésico.					X
160509 Reconoce síntomas asociados al dolor				X	
160511 Refiere dolor controlado				X	

ACTIVIDADES

- Control de signos vitales (Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno y Temperatura)
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/expansiva, calidad, intensidad o severidad del dolor.
- Asegurarse de que el paciente reciba cuidados analgésicos correspondientes.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, humor).
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durar y las incomodidades que se esperan debido a lo procedimiento.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA: 00004
NOC: 2305
NIC: 3660

DX: Riesgo de Infección
DOMINIO: 11 Seguridad/Protección
CLASE: 1 Infección

M
E
T
A
S

R/C: Procedimiento Invasivo (Procedimiento Quirúrgico)

E/P: Herida Quirúrgica, malestar general

Dominio: Salud Fisiológica II

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
230522 Dolor			X		
230523 Drenado en el apósito				X	
230526 Nauseas					X
230527 Vómitos					X
230528 Cefalea				X	
230513 Nivel de Conciencia					X

Clase: A Respuesta terapéutica

Etiqueta: 2305 Recuperación Quirúrgica

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

Campo: Fisiológico: Complejo II

Clase: I Control de herida/piel

Etiqueta: 3660 Cuidado de Herida

ACTIVIDADES

- Control de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno).
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina normal o un limpiador no toxico, si procede.
- Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario.
- Reforzar apósito, si es necesario.
- Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Cambios de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, si procede.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.
- Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERADO VALORES NORMALES.

El presente estudio de caso lo relaciono con el modelo de Virginia Henderson, con la finalidad de realizar intervenciones de enfermería en base de las 14 necesidades básicas que todo el ser humano comparte en todas etapas de la vida, cuando hay desequilibrio en una de ellas, surgen un problema de salud, la función de enfermería es ayudar a individuos sanos y enfermos, en la teoría de autocuidado la salud poseen la capacidad de identificar las necesidades básicas afectadas e intervenir aplicando los cuidados de enfermería y con serie de actividades y cuidados de enfermería para la recuperación post-operatorio, con la finalidad de buscar la satisfacción del paciente.

El papel de enfermería en este modelo está basado en la suplencia o ayuda a las acciones que el paciente no puede realizar en cualquier ciclo de su vida, su función es ayudar al paciente de manera directa a tener un autocuidado independiente o dependiente a través de los familiares para cumplir sus necesidades básicas y contribuí con la pronta recuperación.

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzar su pronta recuperación.

2.8 SEGUIMIENTO

Se realiza seguimiento correspondiente del paciente durante 4 días de hospitalización desde el día de su ingreso 10-07-2020 hasta el día de su egreso 13-07-2020.

Primer día

Ingresa al área de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro paciente adulto de sexo masculino, quién fue atendida por el personal de salud médico y enfermera, con cuadro clínico de dolor abdominal en fosa iliaca derecha. Se le administra solución salina 0.9% pasando 80 ml/hora y omeprazol 40 mg intravenoso; continuamente se procede a realizar exámenes complementarios: biometría, química sanguínea, EMO por presentar dolor

abdominal para descartar apendicitis. Con la valoración de estos exámenes complementarios el médico diagnóstico: apendicitis aguda.

Inmediatamente el paciente es derivado al área de quirófano para ser intervenido quirúrgicamente por lo que no presenta ninguna complicación en la herida quirúrgica se mantiene cubierta con apósito seco y limpio, con vía permeable pasando Solución Salina 0.9 % 1000 ml por 90 ml/hora, con signos vitales cada 15 minutos y es ingresado al área de cirugía, paciente se encuentra en reposo absoluto, control de signos vitales cada/ 4 horas, cuidados de enfermería y con administración de medicamentos Solución Salina 0,9 % 1000 ml pasando 80 ml/hora, paracetamol 1 g IV cada/ 6 horas, Ampicilina+ Salbutamol 3 g IV.

Segundo día

Se mantiene en reposo absoluto y en posición semiflower, se le realiza curación de herida quirúrgica y se mantiene cubierto con apósito seco y limpio, se le realiza la toma de signos vitales cada 4 horas, se mantiene con vía permeable pasando solución salina 0.9 % 1000 ml pasando 80 ml/ hora, Ampicilina+Salbutamol 3 g IV cada 6/horas, paracetamol 1 g IV cada/ 6 horas, Omeprazol 40 mg IV cada día, metoclopramida 10 mg IV cada/8 horas.

Tercer día

Se mantiene en posición semiflower, reposo relativo, con dieta líquida progresiva, se realiza curación de herida quirúrgica y se mantiene con apósito limpio y seco, se le realiza control de signos vitales cada/ 6 horas, se mantiene solo con dish permeable, se le administra Ampicilina+Salbutamol 3 g IV cada/6 horas, Paracetamol 1 g IV cada/6 horas, Metoclopramida 10 mg IV cada/8 horas, Omeprazol 40 mg IV cada día, paciente se encuentra ya tranquilo, descansa bien, su herida quirúrgica en proceso de cicatrización.

Cuarto día

Paciente tranquilo, ambulante, se le da el alta hospitalaria por parte del médico con indicaciones medica amoxicilina+Acido Calvunico 625 mg VO cada/8horas, Paracetamol 500 mg VO cada/8 horas por su días, se le indica que en 8 días tiene una cita médica para ser valorado y retiro de los puntos, se le indica medidas de cuidado de herida en su hogar, se le brinda las recomendaciones

necesarias, también se le indica que debe llevar una dieta blanda, baja en grasa, baja en salud y glucosa para evitar alguna infección en la herida y llevar una rápida y buena cicatrización de la herida quirúrgica.

Paciente de 30 años de edad, no presenta ninguna complicación en la intervención quirúrgica, se le brindo los cuidados de enfermería de calidad y calidez acorde a su medicación prescrita por el medico en la que muestra un progreso favorable, después de haber recibido los cuidados específicos al paciente se logró el objetivo planteado mejorando su estado de salud por lo que se realiza exámenes de laboratorio para verificar que no presente ninguna alteración antes de alta hospitalaria.

2.9 OBSERVACIÓN

Al paciente y familiar se les comunicó que diagnóstico y que tipo de intervención quirúrgica se iba a realizar ya que para esta patología no hay otro tratamiento más que la cirugía y las consecuencias que se podían presentar al no realizarse, puede ocasionar una peritonitis y se le explico que se iba extraer el apéndice, así como el seguimiento al tratamiento en el post-quirurgico, el tiempo de estadía, en la cual aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

Al proceder la intervención presento una evolución favorable al tratamiento, así como lo cuidados de enfermería y las intervenciones que fueron aplicando el proceso de atención de enfermería; tanto en el cuidado de la herida quirúrgica como el confort del paciente que se realizaron y mejorado considerablemente su estado de salud respondiendo de manera favorable al procedimiento.

CONCLUSIONES

Este estudio de caso clínico concluye con la aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente de 30 años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda. Se estableció que la utilización del proceso de atención de enfermería, nos proporciona una herramienta de ayuda para una correcta intervención de enfermería, llevando un orden sistemático que comprende desde la valoración hasta su evaluación.

Para poder determinar unas adecuadas intervenciones de enfermería se recopiló toda la información necesaria a través de diferentes fuentes en las cuales son la historia clínica, anamnesis, examen físico, valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon con la finalidad que el paciente reciba todos los cuidados de enfermería correctos de manera eficiente tanto preoperatorio como postoperatorio, adecuado a su patología acorde a los dominios alterados que se encontró en la valoración.

Con las intervenciones de enfermería desarrollada a través de la taxonomía NANDA, NOC y NIC se demuestra que se obtiene resultados favorables ya que el paciente consiguió un proceso de recuperación exitosa en su estancia hospitalaria en el área de cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AJ. Zarate&V Garlaschi. (2016). *Apendicitis Aguda*, 1-8. Obtenido de <https://medfinis.cl/img/manuales/apendicitis.pdf>
2. CASTAGNETO, G. H. (2009). PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL APÉNDICE CECAL. 1-11. Obtenido de <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tcuatro.pdf>
3. CORTÉS, A. (2020). Tratamiento de Apendicitis. *webconsultas*. Obtenido de <https://www.webconsultas.com/apendicitis/tratamiento-de-la-apendicitis-406>
4. Dr. Gabriel Massaferro Fernández&Dr. Juan Martín Costa Marsicano. (2016). APENDICITIS AGUDA. 1-7. Obtenido de https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf
5. El Comercio. (15 de Junio de 2018). *La apendicitis aguda, primera causa de morbilidad en Ecuador, según INEC*. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/actualidad/apendicitisaguda-primera-causa-morbilidad-ecuador.html>
6. González, J. F. (Marzo de 2012). Apendicitis Aguda. *Scielo*. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010
7. Luis, O. (2016). *Diagnostico de Apendicitis*. Obtenido de <https://olcc81.cubava.cu/2016/03/28/apendicitis-algo-que-debes-conocer/>
8. Luis, O. (28 de Marzo de 2016). Etapas de Apendicitis. Obtenido de <https://olcc81.cubava.cu/2016/03/28/apendicitis-algo-que-debes-conocer/>
9. MayoClinica. (2019). *Apendicitis Aguda*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/appendicitis/symptoms-causes/syc->

20369543?utm_source=Google&utm_medium=abstract&utm_content=A
ppendicitis&utm_campaign=Knowledge-panel

10. Obando, L. A. (18 de Febrero de 2018). Apendicitis. *El Tiempo*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/salud/causas-de-la-ependicitis-sintomas-y-riesgos-para-la-salud-184252>
11. Udaquiola J, Arriaga V, Oesterreich R, Cañada MR & Giambini D. (Julio de 2014). Apendicitis aguda. 1-3. Obtenido de https://apelizalde.org/revistas/2014-1-ARTICULOS/RE_2014_1_PP_1.pdf

