



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA (REDISEÑADA)

EXAMEN DE CARÁCTER COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DE 47 AÑOS CON
ABSCESO INTESTINAL.

AUTOR

MUÑOZ SOTOMAYOR MALENI ROCIO.

TUTORA

LIC. HINOJOSA GUERRERO MARILU

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR.

2024 – 2025

C. Malenita

5%
Textos sospechosos



- 4% Similitudes**
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
- 1% Idiomas no reconocidos**
- 0% Textos potencialmente generados por la IA**

Nombre del documento: C. Malenita.docx
ID del documento: d4ade813927d2a44aacf74f81142ac481cfa08cc
Tamaño del documento original: 57,39 kB
Autores: []

Depositante: Hinojosa Guerrero Marilú
Fecha de depósito: 5/4/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 5/4/2025

Número de palabras: 5744
Número de caracteres: 38.988

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dspace.utb.edu.ec Proceso de atención de enfermería en adulto joven con tum... El documento proviene de mi biblioteca de referencias 16 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (85 palabras)
2	Insuficiencia Renal Aguda Lopez.docx Insuficiencia Renal Aguda Lopez #d01fb1 El documento proviene de mi biblioteca de referencias 15 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (80 palabras)
3	www.cun.es Qué es absceso abdominal. Diccionario médico. Clínica U. Navarra https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/absceso-abdominal	1%		Palabras idénticas: 1% (74 palabras)
4	Salazar Y.docx Salazar Y #e126fd El documento proviene de mi grupo 15 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (73 palabras)
5	Caso Milena.docx Caso Milena #40b6f8 El documento proviene de mi grupo 15 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (76 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Caso clinico para analisis Kemberlin Cruz.docx Caso clinico para anal... #caba0e El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
2	dspace.utb.edu.ec https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10472/E-UTB-FCS-ENF-000605.pdf?sequence...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)
3	www.intramed.net Abscesos abdominales - Artículos - IntraMed https://www.intramed.net/106604/Abscesos-abdominales-	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (13 palabras)
4	www.eciempas.sanidad.gob.es Lista Tabular de Enfermedades. Capitulo 12 https://www.eciempas.sanidad.gob.es/assets/statics/es/accessible/cie10mc/tabular_list/tl_enf...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (11 palabras)



Firmado electrónicamente por:
**MARILU MERCEDES
HINOJOSA
GUERRERO**

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN.....	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	V
CASO CLÍNICO	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1 Antecedentes personales del paciente.....	2
2. Justificación.....	3
3. Objetivos	4
3.1 Objetivo general	4
3.2 Objetivos específicos	4
4. Línea de investigación	5
5. MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS.....	6
5.1 Definición	6
5.2 Epidemiología.....	6
5.3 Etiología	6
5.4 Causas.....	7
5.5 Cuadro clínico	7
5.6 Tratamiento.....	8
5.7 Complicaciones.....	9
5.8 Cuidados de Enfermería en el absceso intestinal	9
6. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	11
6.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	11
6.1.1 Examen físico (valoración cefalocaudal)	12
6.2 Valoración según la teorizante a utilizar y aplicación del proceso atención de enfermería basado en un caso real.....	13
6.3 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	16
6.4 Formulación del diagnóstico enfermero	17
6.5 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	17
6.6 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	22
7. Resultados	23
7.1 Descripción de los resultados obtenidos.....	23
7.2 Seguimiento del plan de cuidados	23
8. Observaciones.....	28
9. Discusión de los resultados.....	29
10. CONCLUSION	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
ANEXOS	34

DEDICATORIA

Dedico este estudio de caso a mis padres y a mi hijo quienes confiaron en mí y me apoyaron incondicionalmente para que pueda culminar mis estudios, su amor incondicional, los esfuerzos que hacían cada día para que yo pueda lograrlo me enseñaron el significado de amor verdadero. Todo lo que hoy soy y he logrado es gracias a ustedes.

Este estudio de caso no es solo un logro académico, sino una ofrenda de gratitud ya que con su apoyo me han permitido llegar hasta aquí. Me faltará vida para agradecerles y retribuirles todos los esfuerzos que han hecho por mí, espero algún día lograr ser tan fuerte y valiente como ustedes.

Este trabajo también me lo dedico a mí por superar cada obstáculo que se me presentó a lo largo de mi vida porque, aunque muchas veces dudé de mí y quise abandonar la carrera no me rendí y hoy estoy aquí cumpliendo uno de mis sueños

Maleni Rocío Muñoz Sotomayor

AGRADECIMIENTO

Al culminar esta etapa tan importante en mi vida, quiero agradecer infinitamente a Dios por darme la fe necesaria para superar cada obstáculo presente en mi vida y enseñarme el significado de perseverancia en los momentos difíciles.

A mis padres Galo Muñoz y Adela Sotomayor les agradezco por haber confiado en mí por haberme dado la fuerza necesaria para continuar aun cuando yo dudaba de mis capacidades. Gracias por todos los sacrificios, porque, aunque pasamos situaciones económicas difíciles siempre me apoyaron y me motivaron a seguir continuando con mis estudios, gracias por cada día trabajar arduamente para que yo pueda lograr mis objetivos, ustedes son mi mayor motivación

A mi querido hijo, Santiago Jafett

Con orgullo y amor, dedico este estudio de caso a ti, quien ha sido mi motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

A mi Tutora la Lcda. Marilú Hinojosa

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento por su orientación, apoyo y dedicación durante todo el proceso de elaboración de este estudio de caso.

Su experiencia, sabiduría y guía me han sido fundamentales para superar los desafíos y alcanzar mis objetivos.

Agradezco especialmente su disponibilidad, paciencia y capacidad para hacerme reflexionar y mejorar mi trabajo

Maleni Rocío Muñoz Sotomayor

RESUMEN

El presente estudio de caso clínico está aplicado en paciente de sexo masculino de 47 años de edad con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía hace 1 semana que ingresa por el área de emergencia por presentar cuadro clínico de ± 48 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de gran intensidad EVA 7/10, hipertermia, náuseas, emesis, hiporexia, malestar general y secreción purulenta y fétida a nivel de herida postquirúrgica. A la toma de signos vitales se evidencia alteración en la presión arterial (135/79mmhg) y temperatura (38,4°C). En la valoración física se comprueba abdomen blando, depresivo, doloroso a la palpación con absceso a nivel de herida postquirúrgica más eliminación abundante de líquido purulento de apendicectomía realizada hace una semana atrás. Se canaliza vía periférica y se administra antibióticos de amplio espectro, antipiréticos y analgésicos, bajo prescripción médica. Se realiza hemograma completo y ecografía abdominal. Paciente queda hospitalizado en el área de medicina interna debido a su herida quirúrgica infectada (apendicectomía) y diagnóstico de absceso intestinal (antecedentes quirúrgicos). Donde se le aplicará el Proceso Atención de Enfermería utilizando como herramienta de apoyo las taxonomías Nanda, Noc y Nic, con la finalidad de brindarle los cuidados de enfermería acorde a su diagnóstico.

Palabras claves: Apendicetomía, absceso, emesis, hiporexia, ecografía.

ABSTRACT

The present clinical case study is applied to a 47-year-old male patient with a surgical history of appendectomy 1 week ago who was admitted to the emergency area due to a clinical picture of ± 48 hours of evolution characterized by abdominal pain of great intensity VAS 7/10, hyperthermia, nausea, emesis, hyporexia, general malaise and purulent and fetid discharge at the level of the post-surgical wound. When taking vital signs, alterations in blood pressure (135/79 mmHg) and temperature (38.4 ° C) were evident. In the physical evaluation, a soft, depressed abdomen was found, painful to palpation with an abscess at the level of the post-surgical wound plus abundant discharge of purulent fluid from the appendectomy performed one week ago. A peripheral vein was placed and broad-spectrum antibiotics, antipyretics and analgesics were administered under medical prescription. Complete blood count and abdominal ultrasound were performed. Patient is hospitalized in the internal medicine area due to his infected surgical wound (appendectomy) and diagnosis of intestinal abscess (surgical history). Where the Nursing Care Process will be applied using the Nanda, Noc and Nic taxonomies as a support tool, in order to provide nursing care according to his diagnosis.

Keywords: Appendectomy, abscess, emesis, hyporexia, ultrasound.

INTRODUCCIÓN

Se define a los abscesos intestinales conocidos también como abscesos abdominales o intraabdominales al foco infeccioso que se produce de modo espontáneo o en relación con una enfermedad abdominal, herida o después de una intervención quirúrgica (cirugía) (Rodríguez, 2020).

Esta patología se relaciona cerca del dos al treinta por ciento de las complicaciones que se asocian a la apendicectomía. Sin embargo, pueden complicarse hasta el 4,2% de las apendicitis agudas no perforadas y entre un 6,7% a un 28% de las apendicitis agudas perforadas (Bravo & Pacheco, 2021).

Entre las causas más comunes a desarrollar un absceso intestinal encontramos la perforación de vísceras, apendicitis perforada y diverticulitis, colecistitis gangrenosa, pancreatitis o necrosis pancreática que progresa a absceso pancreático y complicaciones posoperatorias (Saber, 2024).

Las manifestaciones clínicas más comunes tenemos el dolor abdominal en la zona afectada, fiebre alta persistente, malestar general, astenia, fatiga, náuseas, emesis, hiporexia, distensión abdominal. Entre otros síntomas puede incluir; diarrea, tos, angina de pecho, alteración en las evacuaciones, masa abdominal y malnutrición (Gurguí, Moreno, & Blanes, 2021).

Es importante tener en cuenta que en caso de sospecha clínica se debe realizar de inmediato una ecografía abdominal. Lo cual va a determinar el tamaño y localización del absceso. No obstante, si el diagnóstico no es fiable se puede recomendar una tomografía computarizada con contraste que cuenta con mejor sensibilidad y especificidad (Martín, Obando, & Sebastián, 2023).

En cuanto al tratamiento farmacológico dependerá mucho del absceso y su tamaño. Es recomendable el uso de antibiótico de amplio espectro y la realización de drenaje percutáneo para poder extraer líquido o aire de la cavidad abdominal (Ansari, 2024).

CASO CLÍNICO

1. Planteamiento del problema

Recibo paciente masculino de 47 años de edad por presenta cuadro clínico de \pm 48 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de gran intensidad EVA 7/10, hipertermia, náuseas, emesis, hiporexia, malestar general y secreción purulenta y fétida a nivel de herida postquirúrgica de apendicectomía realizada hace aproximadamente una semana.

En cuanto a los resultados de las constantes vitales, tenemos; P.A: 135/79mmhg, F.C: 115lpm, FR: 16rpm, T° 38,4°C, SpO2: 97% y medidas antropométricas; talla 1.70cm, peso 76.8kg e IMC 26.6 (sobrepeso).

En la valoración física se comprueba abdomen blando, depresivo, doloroso a la palpación con absceso a nivel de herida postquirúrgica más eliminación abundante de líquido purulento de apendicectomía realizada hace una semana atrás.

Paciente nos refiere que ha presentado varios episodios de fiebre y que se ha auto-medicado con paracetamol y analgésicos para controlar el dolor en la herida posquirúrgica.

También nos confiesa durante la entrevista que pensaba que se trataba de efectos secundarios del procedimiento quirúrgico, pero cuando surgieron las demás manifestaciones clínicas como la secreción purulenta y fétida a nivel de herida postquirúrgica, y no surgía efecto alguno el paracetamol para bajar la fiebre, decidió acudir por el área de emergencia a esta unidad hospitalaria.

Paciente queda hospitalizado en el área de cirugía debido a su herida quirúrgica infectada (apendicectomía) y diagnostico presuntivo de absceso abdominal debido a sus antecedentes quirúrgicas.

1.1 Antecedentes personales del paciente

Antecedentes alérgicos No refiere

Antecedentes quirúrgicos (AQ)	Apendicectomía realizada hace 1 semana
Antecedentes patológicos familiares (APF)	Padre: Hipertenso Madre: No refiere Hijos: No refiere
Antecedentes patológicos personales (APP)	No refiere
Datos epidemiológicos	Vacunación: <ul style="list-style-type: none">• Antitetánica: No• Covid-19: 3 dosis. Viajes al exterior: España hace un año
Hábitos cotidianos	Horas de sueño: 5 – 7 horas Comidas: 3 – 4 veces al día Ingesta de líquidos: Normal Nº de Micciones: 2 – 4 veces al día Nº de deposiciones: 1 – 3 veces Sustancias ilícitas: No Bebidas alcohólicas: Solo en fechas festivas

Fuente: Información obtenida del form.003 – Antecedentes personales del paciente.

2. Justificación

Después de haber indagado lo suficiente sobre esta patología conocida como absceso abdominal o intraabdominal, puedo justificar que la elaboración del presente estudio de caso fue de gran relevancia debido a su alta morbilidad del 2% al 30% asociada a complicaciones relacionada a la apendicectomía. Sin embargo, esto puede complicarse hasta el 4,2% de las apendicitis agudas no perforadas y entre un 6,7% a un 28% de las apendicitis agudas perforadas (Bravo & Pacheco, 2021).

Está comprobado que unas de sus principales causas más comunes de abscesos abdominales se deben a desaminación de la infección causada por enfermedades como la apendicitis, patología de Crohn, diverticulitis, pancreatitis o enfermedades inflamatoria relacionada con la zona pélvica. (Peruyero, González, & Hernández, 2020).

La mayor parte de los abscesos intestinales se dan durante el postoperatorio (después de una cirugía) o postquirúrgico (en el hogar). Sin embargo, estudios epidemiológicos han demostrado que la alta prevalencia de abscesos intestinales se da fuera de la unidad hospitalaria. Esto suele deberse al déficit de conocimientos en la limpieza y curación de la herida, medidas de bioseguridad, déficit de autocuidado por parte del paciente o cuidados directos hacia el paciente.

Por aquello, el presente estudio de caso clínico aplicado en paciente de 47 años de edad con diagnóstico de absceso intestinal tiene como prioridad la elaboración del Proceso Atención de Enfermería acorde a las taxonomías Nanda, Noc y Nic, donde vamos a determinar las intervenciones adecuadas por cada patrón funcional alterado de Marjory Gordon.

Esto se realizará con la finalidad de brindarle una atención adecuada, eficiente y eficaz al paciente durante su hospitalización. Donde se hará todo lo necesario para poder tratar, conservar y restaurar el estado de salud mental, físico y social del paciente, y poder reintegrarlo a la comunidad como un individuo sano y libre de enfermedades.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería en paciente de 47 años con absceso intestinal en el Hospital General Guasmo Sur.

3.2 Objetivos específicos

- Valorar el estado de salud del paciente, identificando sus necesidades.
- Identificar los factores de riesgo utilizando la metodología de valoración de Marjorie Gordon
- Ejecutar y evaluar el plan de cuidados basado en la evolución del paciente.

4. Línea de investigación

- **Línea de investigación:** Salud humana
- **Sublínea de investigación:** Salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales.

He optado por esta línea y sublínea de investigación debido a que el presente estudio de caso clínico aplicado en paciente de sexo masculino de 47 años de edad con diagnóstico de absceso intestinal tiene una conexión directa en cuanto a los factores físicos, mentales y sociales del paciente.

Debido a que sus factores físicos están involucrados por su condición actual de salud. Lo cual le impide laborar y ejercer su profesión de abogado. Al igual que realizar cualquier actividad física, posturas o funciones que permiten mantener su estado óptimo a nivel fisiológico.

En cuanto a sus factores mentales también se verán implicados debido al estrés, preocupación, inquietud que siente el paciente al estar hospitalizado y estar consciente de su estado actual de salud y las complicaciones que podría conllevar si no hubiese sido tratado a tiempo por profesionales sanitarios.

Por último, los factores sociales también estarán comprometidos debido a los días de hospitalización que requerirá para restablecer su estado de salud y los cuidados directos por parte del personal de enfermería. Lo cual le impedirá temporalmente salir de paseo o convivir con familia, amigos y seres queridos que conviven dentro y fuera de su residencia.

5. MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS.

5.1 Definición

Se define al absceso intestinal o conocido comúnmente como absceso intraabdominal a la acumulación de fluido infectado (exudado) que se encuentra adentro de la cavidad abdominal. No obstante, suelen ubicarse alrededor o en el interior del hígado, riñones, páncreas u otros órganos (Tango, 2019).

5.2 Epidemiología

Se estima que los abscesos intestinales corresponden el 2% - 30% de complicaciones relacionada a la apendicectomía. Sin embargo, pueden llegar a complicarse hasta el 4,2% en las apendicitis agudas no perforadas y 6,7% - 28% en las apendicitis agudas perforadas (Bravo & Pacheco, 2021).

Se llevó a cabo un estudio basado en las historias clínicas de la Unidad Hospitalaria Isidro Ayora durante el mes de enero a junio, 2008. Donde se estudió a sesenta pacientes con diagnóstico definitivo de abdomen agudo relacionado con traumas o procedimientos quirúrgicos. De los cuales, 25 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente a una laparotomía exploratoria y solo 5 pacientes presentaron absceso intestinal como complicación postoperatoria (Sarango, 2008).

Se estima que 70% de los abscesos intraabdominales son posquirúrgicos y que el 6% de los pacientes sometidos a cirugía colorrectal son más propensos a desarrollar un absceso post-operatorio. No obstante, los abscesos hepáticos constituyen el 13% de los abscesos intraabdominales (Mehta, Lotfollahzadeh, & Copelin, 2023).

5.3 Etiología

Se ha comprobado que los abscesos intestinales o intraabdominales se originan en los espacios subfrénicos y en el saco de Douglas. Sin embargo, en los pacientes operados los abscesos intestinales suelen localizarse comúnmente en las proximidades del órgano intervenido (Gurguí, Moreno, & Blanes, 2021).

La localización de los abscesos se comprende cuando el diafragma actúa como bomba aspirante e impelente del líquido presente en la cavidad peritoneal, de manera que, al producirse el vertido de contenido intestinal al peritoneo por perforación de una víscera hueca o de una anastomosis quirúrgica, éste es arrastrado hacia los espacios subfrénicos, provocando gravedad y situación declive del receso de Douglas.

Las cuales explican la preferencia de las colecciones originadas en el hemiabdomen inferior (apendicitis, diverticulitis e infecciones intestinales) por situarse en la zona de la pelvis (Gurguí, Moreno, & Blanes, 2021).

5.4 Causas

Entre las causas más comunes que pueden causar un absceso intestinal, encontramos:

- Perforación de vísceras, que incluye la perforación de úlcera péptica.
- Apendicitis perforada y diverticulitis.
- Colecistitis gangrenosa.
- Isquemia mesentérica con infarto intestinal.
- Pancreatitis o necrosis pancreática que progresa a absceso pancreático.

También encontramos otras causas que incluyen:

- Traumatismos penetrantes no tratados en las vísceras abdominales.
- Complicaciones posoperatorias, como fuga anastomótica o cálculos biliares no detectados durante la colecistectomía laparoscópica (Saber, 2024).

5.5 Cuadro clínico

- Dolor abdominal en la zona afectada.
- Fiebre alta persistente.
- Malestar general, astenia y fatiga.
- Náuseas, emesis e hiporexia.
- Distensión abdominal.

Entre otros síntomas, puede incluir:

- Diarrea.

- Tos.
- Angina de pecho.
- Alteración en las evacuaciones.
- Proctitis, masa abdominal.
- Malnutrición (Gurguí, Moreno, & Blanes, 2021).

1.1 Exámenes de laboratorios y complementarios

Es indispensable tener presente que el diagnóstico de un absceso intestinal se basará en primera instancia en historia clínica única del paciente, examen físico y estudios de imagen.

Los pasos diagnósticos van a incluir:

- **Historia clínica y examen físico:** Evaluación del cuadro clínico, antecedentes del paciente, y un examen físico detallado para detectar signos de infección y localización del dolor.
- Hemograma completo.
- Hemocultivos.
- Radiografía y tomografía computarizada (TC).
- Ultrasonido y resonancia magnética (RM) (Vera, 2023).

5.6 Tratamiento

El tratamiento ideal para el absceso intestinal ordinariamente incluye el drenaje del exudado y la administración de antibióticos de amplio espectro.

Sin embargo, las opciones de tratamiento incluyen:

- **Drenaje percutáneo:** Procedimiento mínimamente invasivo donde se insertará un catéter a través de la piel con la finalidad de drenar el absceso guiado por ultrasonido o tomografía computarizada.
- **Drenaje quirúrgico:** Si el drenaje percutáneo no es posible o efectivo en ciertos casos, es recomendable optar por una cirugía para poder drenar el absceso lo antes posible.
- **Antibióticos:** La administración de antibióticos es indispensable para tratar la infección bacteriana subyacente. No obstante, los antibióticos pueden ser

administrados por vía intravenosa u oral. Esto dependerá de la severidad de la infección.

- **Cuidados de soporte:** Se incluirá la administración de líquidos por vía intravenosa, analgésicos y monitoreo constante del paciente durante su hospitalización (Clínica Universidad de Navarra, 2023).

5.7 Complicaciones

Las complicaciones más comunes en los abscesos intraabdominales, encontramos:

- Fallo multiorgánico.
- Formación de fístula.
- Shock séptico y muerte.
- Trombosis venosa profunda.
- Desnutrición (Araújo & Domínguez, 2023).

5.8 Cuidados de Enfermería en el absceso intestinal

Entre los cuidados de enfermería que se le brindarán al paciente con absceso intestinal, pueden incluir:

- Control de constantes vitales.
- Administrar antibioticoterapias.
- Mantener aséptico el área de inserción del catéter.
- Verificar la permeabilidad del tubo de drenaje y del catéter, asegurándose de no remover suturas accidentalmente
- Vigilar la aparición de señales de infección, inflamación y malestar en torno al drenaje.

Cuidados del drenaje

- Conservar la permeabilidad del drenaje.
- Asegurar el tubo para prevenir la presión y la extracción involuntaria.
- Higienizar el tapón con una gasa con alcohol antiséptico
- Vigilar la cantidad, el color y la textura del drenaje.
- Anotar en las notas de enfermería el volumen y las propiedades del drenaje.
- Examinar el área circundante al lugar de inserción.

- Brindar atención a la piel para prevenir lesiones.

Cuidados en el manejo del dolor

- Efectuar una evaluación del dolor utilizando la Escala de EVA antes, durante y después de haber recibido el tratamiento farmacológico.
- Reducir o suprimir los elementos que provoquen o intensifiquen la vivencia del dolor (temor, cansancio, desconocimiento).
- Proporcionar analgesia para controlar el dolor.
- Emplear estrategias de control antes de que el dolor se vuelva agudo.
- Preguntar al paciente acerca de los síntomas que tiene.
- Consultar al paciente acerca del nivel de dolor tras la aplicación de analgesia (Arroyo, Asensio, & Gómez, 2023).

Solución del problema

En cuanto a la solución del problema para los casos de absceso intestinal es recomendable iniciar de inmediato con tratamiento antibiótico de amplio espectro para tratar la infección y prevenir complicaciones en el paciente.

Sin embargo, si se le realiza una cirugía al paciente se deberá realizar los debidos cuidados de enfermería en cuanto al drenaje y curaciones por parte del personal de enfermería. Por último, el paciente deberá recibir una nutrición adecuada con la finalidad de que reciba los nutrientes y la energía necesaria durante su hospitalización.

Datos generales del paciente

- **Nombre y apellidos:** NN. NN
- **Número de historia clínica:** 093XXXX140
- **Edad:** 47 años
- **Sexo:** Masculino
- **Lugar de nacimiento:** Guayaquil
- **Fecha de nacimiento:** 10/11/1974
- **Etnia:** Mestizo
- **Estado civil:** Divorciado
- **Lugar de residencia:** Ciudad Del Rio 2.
- **Nivel de estudios:** Tercer nivel
- **Ocupación actual/anterior:** Abogado
- **Nivel sociocultural/Económico:** Bajo
- **Grupo sanguíneo:** Rh O+
- **Religión:** católico
- **Fecha de ingreso:** 08/08/2024
- **Hora de ingreso:** 23h:10min
- **Diagnóstico en emergencia:** Herida quirúrgica infectada + diagnostico presuntivo de absceso intestinal debido a sus antecedentes quirúrgico.

6. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente de sexo masculino de 47 años de edad acude por el área de emergencia por presentar cuadro clínico de hace ± 48 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de gran intensidad EVA 7/10, fiebre persistente, náuseas, emesis, hiporexia, malestar general y secreción purulenta y fétida a nivel de herida postquirúrgica de apendicectomía realizada hace aproximadamente una semana.

6.1.1 Examen físico (valoración cefalocaudal)

- **Facies:** Turgencia y elasticidad conservada acorde a su edad.
- **Cabeza:** Simétrica, sin presencia de masas, ni quistes.
- **Cabello:** corto, limpio sin presencia de pitiriasis capitis.
- **Cejas:** pobladas y simétricas, sin presencia de lesiones, ni perforaciones.
- **Párpados:** simétricos, no edematizados.
- **Pestañas:** pobladas, tamaño mediano, color negro, bien implantadas e integras.
- **Ojos:** Simétricos con pupilas isocóricas normoreactivas a la luz.
- **Nariz:** mucosas semihúmedas, sin heridas visibles, sin desviación y sin perforaciones
- **Oreja:** Simétricas, sin perforaciones y sin signos de enfermedad auditiva.
- **Boca:** Mucosas húmedas, lengua saburral más cara interna del maxilar inferior edematizadas.
- **Labios:** Semihidratados, pálidos y sin cicatrices.
- **Piezas dentales:** Completas, higiénica, no se observa presencia de carie
- **Lengua:** Se encuentra libre de lesiones, ulceraciones, hidratada sin presencia de sarro.
- **Cuello:** Normal, sin presencia de masas a la palpación, sin ingurgitación yugular, tiroides en condiciones normales y sin presencia de nódulos linfáticos inflamados.
- **Tórax:** Se procede a la auscultación, palpación, percusión, inspección, se observa la expansión correcta de tórax, presenta ruidos respiratorios expandidos y audibles con saturación de oxígeno al 97% y frecuencia respiratoria 16rpm.
- **Corazón:** Latidos cardiacos rítmicos normales. Presión arterial: 135/79 y frecuencia cardiaca 115lpm.
- **Abdomen:** En la *inspección* se observó en la fosa iliaca derecha herida postquirúrgica de apendicectomía que emanaba secreción purulenta y fétida proveniente del colon ascendente ubicado en el flanco derecho del cuadrante abdominal. En la *palpación* se comprueba abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación con absceso a nivel de la fosa iliaca

derecha y flanco derecho. En la *percusión* se evidencia sonoridad sin alteraciones, pero expresiones de dolor cuando se percute a los alrededores de la herida quirúrgica. En la *auscultación* se comprueba ruidos intestinales y soplos normales.

- **Miembros superiores:** brazo derecho con presencia de brazalete de identificación y en el brazo izquierdo consta vía periférica permeable #18.
- **Dedos:** No edematizados y sin lesiones visibles.
- **Uñas:** cortas, limpias, sin presencia de micosis u alteraciones.
- **Genitourinario:** presencia de sonda vesical más bolsa recolectora. No se evidencia anomalías en los escrotos, ni pene.
- **Extremidades Inferiores:** simétricas, sin señales de edemas y con abundante vello.
- **Dedos:** sin edemas, sin lesiones visibles.
- **Uñas:** cortas y poco higiénicas.
- **Examen Neurológico:** Normal con Glasgow de 15/15.

Signos vitales tomados en emergencia:

- Presión arterial: 135/79mmhg.
- Frecuencia cardíaca: 115lpm.
- Frecuencia respiratoria: 16rpm.
- Temperatura 38,4°C.
- Saturación de oxígeno 97%.

6.2 Valoración según la teorizante a utilizar y aplicación del proceso atención de enfermería basado en un caso real.

Patrón 1. Percepción de la salud

- Paciente orientado en tiempo, espacio y persona.
- Refiere tener conocimiento sobre su anterior intervención quirúrgica (apendicectomía), pero desconoce su patología actual.
- Refiere no tener alergias y no consume sustancias ilícitas (drogas), solo bebe alcohol en reuniones familiares o eventos festivos.
- No ha sufrido de accidentes de tránsito, ni accidentes domésticos, y tampoco accidentes laborales.

- Hace una semana tuvo un ingreso hospitalario a causa de una apendicectomía.

Patrón 2. Nutricional / Metabólico

- **Valoración talla/peso:** Peso: 76.8kg, talla: 170cm con índice de masa corporal de 26.6. Lo que nos indica: sobrepeso.
- **Membranas y mucosas:** Integras.
- **Temperatura corporal:** 38,4°C
- Paciente refiere que no lleva buenos hábitos alimenticios. Además, su ingesta de comidas es de 3 – 4 veces al día y su ingesta de líquidos es normal.
- No consume vitaminas, ni suplementos nutricionales.
- **Dieta:** blanda.
- **Hidratación e infusiones:** Solución salina 1000ml al 0.9% pasar 18ml/h.
- **Tratamiento farmacológico:** Clindamicina, Amikacina, Metoclopramida, Paracetamol y omeprazol.

Patrón 3. Eliminación e Intercambio

- **Micciones:** 4 – 5 veces al día. Consistencia y regularidad normal.
- **Deposiciones:** 1 – 3 veces al día. Consistencia y regularidad normal.
- No estreñimientos, ni dependencia de laxantes.
- Actualmente, consta de una sonda vesical más bolsa recolectora para medir los ingresos y egresos en cada turno.
- Paciente refiere que ha presentado náuseas y emesis en varias ocasiones.

Patrón 4. Actividad / Ejercicio

- **Signos vitales:** Frecuencia cardiaca: 115lpm, frecuencia respiratoria: 16rpm, saturación de oxígeno: 97%
- Capacidad motora limitada por su condición actual de salud.
- Debido a sus largas jornadas de trabajo no realiza actividades físicas.
- Lleva un estilo de vida muy sedentario.

Patrón 5. Sueño / Descanso

- Paciente menciona que sus horas normales de sueño son de 5 – 7 horas durante la noche. Debido a los papeleos que debe realizar cada mañana antes de salir a trabajar.
- Paciente confiesa que nunca ha dependido de hipnóticos para conciliar el sueño.
- Actualmente, no ha podido conciliar el sueño debido al dolor, malestar general e intervenciones de enfermería durante la noche.

Patrón 6. Cognitivo / Perceptual

- **Nivel de conciencia:** alerta, orientado y responde a estímulos.
- **Percepción del dolor:** muy alto, debido a su dolor abdominal de gran intensidad, EVA 7/10 y malestar general.
- Su lenguaje, memoria y habla se encuentran en perfectas condiciones al igual que su estado neurológico.
- No se evidencia alteraciones su juicio y comprensión de ideas, incógnitas e inquietudes.

Patrón 7. Autopercepción / Autoconcepto

- Paciente muestra culpabilidad por no haberse cuidado lo suficiente una vez que le otorgaron su alta médica, para que continúe el tratamiento farmacológico y nutricional en casa.
- Desde el ingreso del paciente no ha mostrado problemas conductuales a pesar de su condición actual de salud.
- Paciente se considera honrado, alegre y con buena autoestima.

Patrón 8. Rol / Relaciones

- **Estado civil:** Divorciado.
- **Nº de hijos:** 2 mujer y 1 hombres.
- Su rol como padre se basa en pasar la manutención para la alimentación y estudios a sus tres hijos que se encuentran viviendo con su madre.

- Paciente refiere que tiene buena comunicación con sus hijos y que no tiene problemas con su ex esposa.
- Menciona que tiene buena relación con su familia, amigos y conocidos.

Patrón 9. Sexualidad / Reproducción

- Paciente sexualmente activo, no posee ninguna infección de transmisión sexual (ITS), según sus antecedentes personales.
- Tiene 3 hijos con su ex esposa.
- Paciente refiere no desear tener más hijo en un futuro.
- Debido a su condición actual de salud el paciente posee sonda vesical.
- No presenta anomalías en el aparato reproductor masculino.

Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés

- Actualmente, paciente se encuentra algo estresado y angustiado por su hospitalización, pero trata siempre de mantener la calma ante esta situación tan delicada.
- Desde su ingreso a esta unidad hospitalaria el paciente se ha adaptado a los nuevos cambios.
- El personal de enfermería ha brindado ese apoyo emocional y psicológico en todo el momento al paciente y familiares que acuden a visitarlo.

Patrón 11. Valores / Creencias

- Paciente cree en Dios y pertenece a la religión católica, pero confiesa que no es de esas personas que asisten a las iglesias.
- Se considera una persona llena de valores que fueron inculcados por sus padres desde que era un niño y que ha aprendido nuevos a lo largo de la vida y carrera profesional.

6.3 Formulación del diagnóstico presuntivo y definitivo.

- **Diagnostico presuntivo:** CIE – 10 (L08.9) Infección local de la piel y del tejido subcutáneo, no especificada + (R50.1) Fiebre persistente.
- **Diagnóstico definitivo:** CIE – 10 (K63.0) Absceso intestinal.

6.4 Formulación del diagnóstico enfermero

Dx: Hipertermia

Clase 6: Termorregulación **Etiqueta:** 00007 **Dominio 4:** Seguridad/protección

- **R/C:** Alteración de la integridad cutánea.
- **E/P:** Temperatura 38.4°C, eritema cutáneo circundante, supuración purulenta y calor en herida quirúrgica.

Dx: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Clase 2: Lesión física **Etiqueta:** 00047 **Dominio 11:** Seguridad/protección

- **R/C:** Alteración de la integridad de la piel.
- **E/P:** Absceso intestinal.

Dx: Dolor agudo

Clase 1: Confort físico **Etiqueta:** 000132 **Dominio 12:** Confort

- **R/C:** Agentes lesivos biológicos (infección, cáncer, daño en órganos, etc.)
- **E/P:** Dolor abdominal de gran intensidad, EVA 7/10, expresiones de dolor, respuesta motora 5/6 en Glasgow, malestar general.

Fuente: Información obtenida de los libros de NANDA, NOC y NIC.

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

La causa del problema que provocó en el paciente un absceso intestinal en el mismo lugar donde hace 1 semana atrás había sido intervenido quirúrgicamente a una apendicectomía, fue causado por la bacteria *Staphylococcus aureus*. La cual causó infecciones en la herida quirúrgica, seguido de forúnculos para después convertirse en absceso.

Recordemos que esta bacteria conocida como *Staphylococcus aureus* no causa directamente los abscesos intestinales, pero es la responsable de provocar directamente o indirectamente (otras personas) los abscesos intestinales lesionando la piel y después el organismo.

En este caso, el paciente fue dado de alta médica luego de haber pasado aproximadamente 4 días en el área de hospitalización. Se le indicó al paciente y familiar sobre el tratamiento farmacológico y nutricional que debía seguir en casa.

Al igual que las curaciones de la herida tomando todas las medidas de precaución y los controles médicos en el centro de salud más cercano.

Lo que nos lleva a determinar que una mala práctica en cuanto a la limpieza y curación de la herida, fue lo que desencadenó que el paciente contrajera dicha bacteria por contacto indirecto y empezara a presentar manifestaciones clínicas de menos a más frecuencia y gravedad de la misma.

Después de haber realizado la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, puedo establecer que los patrones funciones alterados son los siguientes:

- Nutricional / metabólico.
- Eliminación / intercambio.
- Actividad / reposo.
- Afrontamiento / tolerancia al estrés.

Procedimientos a realizar:

- Control de signos vitales.
- Control de drenaje y cuantificación a través de balance hídrico.
- Proporcionarle al paciente analgésicos antes de que el dolor empeore o antes de las actividades que lo provocan.
- Conservar la permeabilidad del drenaje.
- Asegurar el tubo para prevenir la presión y la remoción accidental.
- Observar la cantidad, el matiz y la textura del drenaje que se expulsa.
- Vigilar constantemente el sitio de inserción del tubo y punto de fijación, para evitar posibles complicaciones.
- Brindar apoyo emocional y psicológico al paciente/familiar.

NANDA: 00007
NOC: 0800
NIC: 3786

Dominio 11: Seguridad / protección **Clase 6:** Termorregulación

Etiqueta 00007 **Dx:** Hipertermia

M
E
T
A
S

R/C: Alteración de la integridad cutánea

E/P: Temperatura 38.4C, eritema cutáneo circundante, supuración purulenta y calor en herida quirúrgica

Dominio 2: Fisiológico fisiológica

Clase I: Regulación metabólica

Etiqueta 0800: Termorregulación

Campo 2: Salud fisiológica

Clase M: Termorregulación

Etiqueta 3786: Tratamiento de la hipertermia

ESCALA DE LIKERT

Grave (1) sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes Después				
	1	2	3	4	5
080001: Temperatura cutánea aumentada	X				X
080019: Hipertermia	X				X
080007: Cambios de coloración cutánea	X				X
080013: Malestar general	X				X

I
N
T
E
R
V
E

ACTIVIDADES

- Monitorizar las constantes vitales, especialmente a la Temperatura corporal.
- Administrar antipiréticos, según prescripción médica.
- Aplicar medios físicos para disminuir la fiebre.
- Proporcionar una solución de rehidratación oral e intravenosa en caso ser necesario.
- Instruir al familiar sobre los factores de riesgo de la fiebre y las consecuencias que se pueden presentar en caso de que no haya un control.

NANDA: Pag.387
NOC: Pag.283
NIC: Pag.143

Dominio 11: Seguridad/protección **Clase 2:** Lesión física
Etiqueta: 00047 **Dx:** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

R/C: Alteración de la integridad de la piel

E/P: Absceso intestinal

M
E
T
A
S

DOMINIO II: Salud fisiológica

Clase L: Integridad tisular

Etiqueta 1103: Curación de la herida: por segunda intención

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase I: Control de la piel/heridas

Etiqueta 3662: Cuidados de las heridas: drenaje cerrado

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

ESCALA DE LIKERT

Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
110303: Secreción purulenta	X				X
110307: Eritema cutáneo circundante	X			X	
110308: Edema perilesional		X			X
110433: Inflamación de la herida	X				X
110317: Olor de la herida	X			X	

ACTIVIDADES

- Administración de antibióticos y/o fármacos según prescripción médica.
- Comprobar la permeabilidad, hermeticidad y estabilidad del drem tubular y del catéter, teniendo cuidado de no retirar suturas de forma involuntaria.
- Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje.
- Limpiar el tapón del drenaje con una gasa empapada en antiséptico.
- Registrar el volumen y las características del drenaje (color, olor y consistencia).

NANDA: 000132
NOC: 1605
NIC: 1400

Dominio 12: Confort
Etiqueta: 000132
Clase 1: Confort físico
Dx: Dolor agudo



R/C: Agentes lesivos biológicos (infección, cáncer, daño en órganos, etc.).

E/P: dolor abdominal de gran intensidad, EVA 7/10, expresiones de dolor, respuesta motora 5/6 en Glasgow, malestar general.

M
E
T
A
S

DOMINIO 4: Conocimientos y conductas de salud

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
160502: Reconoce el comienzo del dolor	X				X
160501: Reconoce factores causales		X			X
160505: Utiliza los analgésicos de forma apropiada	X				X
160507: Refiere síntomas incontrolables		X			X
160509: Reconoce síntomas asociados del dolor	X				X
160511: Refiere dolor controlado		X			X

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

Clase Q: Conducta de salud

Etiqueta 1605: Control del dolor

- ACTIVIDADES**
- Realizar una valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia e intensidad del dolor
 - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, falta de conocimientos).
 - Administrar analgésicos para aliviar el dolor, según prescripción médica.
 - Utilizar medidas de control del antes que el dolor sea intenso.
 - Indagar en el paciente sobre los síntomas que presenta.
 - Preguntar al paciente sobre el grado de dolor después de la administración de analgésicos.

Campo II: Fisiológico complejo

Clase E: Fomento de la comodidad física

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

6.6 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Después de la aplicación el Proceso Atención de Enfermería en paciente de 47 años de edad con diagnóstico médico de absceso intestinal, relaciono mi estudio de caso con la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem.

Por la simple razón de que se enfoca directamente en tres modelos que son las siguientes:

1. Teoría del autocuidado.
2. Teoría del déficit del autocuidado.
3. Teoría de sistemas.

El primer modelo nos demuestra la importancia que tiene el autocuidado por parte del paciente intra – pre y postoperatorio. No obstante, recordemos que una vez que el paciente sea dado de alta deberá continuar con el tratamiento y cuidados individuales en el hogar y es ahí donde radica la importancia del primer modelo de Dorothea Orem.

El segundo modelo hace énfasis en el cuidado directo que debemos brindarle al paciente durante su hospitalización. Es decir, el paciente se encuentra en reposo absoluto luego de haber sido intervenido en el quirófano. Necesitará de nuestro apoyo para satisfacer sus necesidades requeridas como cambios posturales para evitar las UPP, necesidades fisiológicas, aseo diario, medicación, deambulación, y brindarle en todo momento ese apoyo y confort que requiere el paciente.

El tercer modelo se acopla más a la planificación y ejecución de cada una de las intervenciones de enfermería, y es aquí, donde radica la importancia de la elaboración del Proceso Atención de Enfermería.

Sin embargo, cuando se habla de sistema también se está hablando de la importancia que son los equipos e insumos que tenemos a nuestra disposición, para así brindarle al paciente unos óptimos cuidados de enfermería, y poder reintegrarlo a la comunidad como una persona sana y libre de enfermedades que amenacen su integridad.

7. Resultados

7.1 Descripción de los resultados obtenidos

Después de implementar cada una de las intervenciones de enfermería según el NIC, el paciente mostró una evolución favorable a medida que pasaron los días en las áreas de postoperatorio y hospitalización

Sin embargo, para haber logrado los resultados obtenidos se tuvieron que realizar varios exámenes de laboratorios e imagenología, para comprobar la gravedad del absceso intestinal. Al igual que la administración de medicamentos como antibióticos, antipiréticos, analgésicos y antieméticos que ayudaron a controlar el cuadro clínico del paciente desde su ingreso.

Durante su hospitalización los signos y síntomas iban siendo menos frecuentes, pero el dolor aun persistía siendo leve intensidad. Al igual que la eliminación de exudado purulento (pus) a través de dren tubular. Durante la estancia hospitalaria del paciente se mantuvo la administración de antibióticos, vaciado del dren, limpieza y curación de herida, confort, nutrición, y apoyo emocional y psicológico al paciente/familiar.

Es importante mencionar que el paciente no contrajo ninguna infección asociada a la atención de salud (IAAS) durante su días de recuperación en la sala de medicina interna.

7.2 Seguimiento del plan de cuidados

Día 1 – Área de Emergencia

Recibo paciente masculino de 47 años de edad con cuadro clínico de dolor abdominal de gran intensidad EVA 7/10, fiebre persistente, náuseas, emesis, hiporexia, malestar general y secreción purulenta y fétida a nivel de herida postquirúrgica de apendicectomía.

Signos vitales tomados en emergencia:

- Presión arterial: 135/79mmhg.
- Frecuencia cardiaca: 115lpm.
- Frecuencia respiratoria: 16rpm.

- Temperatura 38,4°C.
- Saturación de oxígeno 97%.

En la valoración física se comprueba abdomen blando, depresivo, doloroso a la palpación con absceso a nivel de herida postquirúrgica más eliminación abundante de líquido purulento de apendicectomía realizada hace una semana atrás.

Inmediatamente se realiza prescripción médica para hidratación y esquema de antibióticos, antipiréticos y analgésicos. Medico ordena realizar exámenes complementarios e interconsultas con las respectivas especialidades, para procedimiento quirúrgico.

Plan a seguir:

- Monitorización de constantes vitales.
- Dieta blanda.
- Cuidados de enfermería.
- Control de efectos adversos.
- EKG.
- Exámenes de laboratorios.
- Aplicación de riesgo de caída.
- Aseo diario.
- Permitir acompañamiento de familiar.

Exámenes complementarios

Exámenes	Resultados	Valores Referenciales
Leucocitos	19,2	5.00 -10.00 K/UI
Hemoglobina	12.6	13.7-17.5 G/Dl
Hematocrito	36.5	40.1-51.0 %
Plaqueta	310	130-450x10/UI
Monocito	6.9	5.3 –12.2%
Eosinófilos	1.1	0.8 -7.0%
Linfocitos	74.4	20.0-50.0%

Neutrófilos	82.9	37.0-72.0%
Basófilos	0.1	0.2-1.2%
Glucosa	99.0	70.0 -115.0 Mg/Dl
Sodio En Suero	134.3	135.0-155.0 Meq/L
Potasio En Suero	4.0	3.5-5.0 Meq/L
Cloro En Suero	98.4	94.0-118.8 Meq/L
Nitrógeno Úrico	13.1	4.0-22.0 Mg/Dl
Creatinina	0.88	0.50-1.20mg/Dl

Fuente: Resultados obtenidos de los exámenes de laboratorios del Hospital General Guasmo Sur.

Dia 2 y 3 – Área de cirugía

Paciente es transferido de inmediato al área de cirugía para ser valorado por cardiología, anestesiología y cirugía general, y ser preparado a una intervención de drenaje quirúrgico, debido a la gravedad del absceso intestinal.

Paciente ingresa a quirófano con los siguientes signos vitales:

- Presión arterial: 125/77mmhg.
- Frecuencia cardiaca: 98lpm.
- Frecuencia respiratoria: 18rpm.
- Temperatura 37°C.
- Saturación de oxígeno 98%.

También se realiza profilaxis de amoxicilina más ácido Clavulánico antes de ingresar al quirófano y se preparó al paciente con ropa quirúrgica desechable (bata, gorros, mascarillas y zapatones). Se verificó permeabilidad vía periférica #16 y se descartó diuresis de la bolsa recolectora.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente sin presentar complicaciones, Se deja drenaje lateral izquierdo y lleva a cabo la toma de constantes vitales, medición del drenaje y manejo del dolor. Se toma muestra de líquido para cultivo y se traslada al paciente al área de postoperatorio.

Dia 3 y 4 – Área de postoperatorio

Paciente con signos vitales estables, pero con dolor y malestar general, recibe tratamiento farmacológico.

- Solución salina 1000ml al 0.9% pasar 18ml/h.
- Clindamicina 600mg intravenosa cada 8 horas.
- Amikacina 1gr intravenosa cada 12 horas.
- Metoclopramida 10mg intravenosa cada 12 horas.
- Omeprazol 40mg intravenosa cada día.
- Paracetamol 1gr intravenosa por razones necesaria (P.R.N).

Se verifica permeabilidad de vía periférica y dren tubular, no se encontró nada que pudiera obstruir el paso de los fluidos.

Medidas generales

- Control de signos vitales cada 8h. En especial, la T^o
- Administración de medicamentos, según kardex
- Balance hídrico.
- Dieta blanda.
- Curación de herida.
- Vaciar los fluidos del dren tubular cuando sea necesario.
- Aseo diario.
- Lavado de manos común o aplicación de gel antiséptico.
- Brindar apoyo emocional.

Día 5 y 6 – Área de hospitalización

En cuanto a los últimos exámenes de laboratorio que se le realizaron al paciente se evidenció que los leucocitos y neutrófilos se encuentran entre los rangos normales. Motivo por cual, el proceso infeccioso que estaba cursando el paciente a su ingreso había sido controlado en su totalidad por la administración de antibióticos.

En cuanto a su herida quirúrgica había evolucionado favorablemente sin presentar signos de infección.

Se realiza extracción de dren tubular bajo indicación médica, debido a que ya no había fluidos que descartar. El mismo día se realizaron nuevos exámenes de laboratorio y una ecografía donde mostraba que todo estaba normal.

Paciente queda en reposo y en compañía de familiares en el área de hospitalización a espera de su alta médica.

Día 7 – Alta médica

Al séptimo día de hospitalización el paciente recibe su alta médica. Se le brinda las debidas recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico y medidas de bioseguridad a la hora de realizar las curaciones y tambien sobre la importancia de asistir a su cita médica para llevar un óptimo control y seguimiento durante su recuperación total en casa.

8. Observaciones

- Paciente permaneció alerta, orientado en tiempo y espacio, y respondiendo a estímulos durante su estancia hospitalaria.
- La fiebre fue tratada de inmediato debido a la intervención quirúrgica que debía realizarse una vez que fuese trasladado al área de cirugía.
- Durante el control del balance hídrico no hubo alteraciones que pudiese conllevar a una sobrecarga de líquidos (positivo) o deshidratación (negativo) a través de los ingresos y egresos. En cuanto a la diuresis; su tonalidad, aspecto, olor y regularidad eran normales.
- El dolor fue el proceso más lento de tratar durante su recuperación.
- No hubo complicaciones algunas en el paciente respecto al dren tubular.
- Durante la recuperación del paciente aplicó en varias ocasiones el autocuidado mientras el personal sanitario cubría el déficit del autocuidado en el paciente.
- Nunca hubo señales de violencias o falta de respeto por parte del paciente por más estresante o preocupante que hubiese sido la situación.
- No hubo ninguna Infección Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) que hubiese complicado el estado del paciente.
- Paciente fue dado de alta médica con sus debidas recomendaciones tanto para el como para su familiar.

9. Discusión de los resultados

Según (Rodríguez, 2020) refiere en su investigación que los abscesos intestinales o intraabdominales se produce en su mayoría debido a focos de infección (diverticulitis, apendicitis, etc.), como resultado de una contaminación externa o interna (cirugía o colangiopancreatografía). No obstante, sus orígenes son polimicrobiano, prevaleciendo generalmente las enterobacterias, sobre todo *Escherichia coli* y los anaerobios.

Según (Ruíz, 2022) menciona que los abscesos intestinales son resultados de procesos inflamatorios e infecciosos que puede afectar la cavidad abdominal u órganos. Sin embargo, estos abscesos suelen aparecer luego de haber realizado una apendicectomía, siendo esta una de las complicaciones más comunes que debido a su gravedad y manifestaciones clínicas, puede provocar un corto o largo tiempo de hospitalización e incluso ingresos hospitalarios consecutivos.

Según (Saber, 2024) establece que las causas más comunes que pueden causar un absceso intestinal se debe a la perforación de vísceras que incluye la perforación de úlcera péptica. Sin embargo, también encontramos complicaciones posoperatorias como fuga anastomótica o cálculos biliares no detectados durante la colecistectomía laparoscópica.

10. CONCLUSION

A través del presente estudio de caso clínico elaborado, estructurado y aplicado en paciente masculino de 47 años de edad con diagnóstico de absceso intestinal, puedo concluir que se consiguieron cumplir con cada uno de los objetivos propuestos con apoyo de las herramientas de las taxonomías (Nada, Noc y Nic) así como también la buena gestión del personal sanitario en brindar en todo momento una atención oportuna y eficaz al paciente.

En cuanto al estado de salud del paciente se puede decir que evolucionó notoriamente gracias al tratamiento farmacológico, intervenciones médicas y a los cuidados pertinentes por parte del personal de enfermería. Donde se consiguió satisfacer sus necesidades requeridas como aliviar el dolor y malestar general, brindarle confort, y también apoyo emocional y psicológico durante su estancia hospitalaria.

Entre los factores de riesgos que se identificaron en este estudio de caso encontramos enfermedades como la apendicitis, procedimientos quirúrgicos abdominales e infecciones bacterianas. Las cuales fueron las causantes de desencadenar una variación de manifestaciones clínicas afectando patrones funcionales de Marjorie Gordon como el patrón nutricional / metabólico que comprometen sus necesidades metabólicas. Al igual que el patrón de eliminación e intercambio afectando su función intestinal, vesical y cutánea.

Por último, se consiguió aplicar de manera eficiente y eficaz cada una de las intervenciones de enfermería en base a la taxonomía NIC que se detallaron en cada uno de los PAE, con la finalidad de cumplir las demandas y necesidades requeridas por el paciente durante su hospitalización, y así recuperar su salud y bienestar, y lograr su reintegración en la comunidad como un individuo estable y libre de manifestaciones o complicaciones que podrían comprometer su condición actual de salud.

RECOMENDACIONES

- Se recomendó continuar con el plan terapéutico y acudir al centro de salud más cercano para un control adecuado.
- Se capacitó al paciente/familiar sobre la importancia del lavado de manos antes, durante y después de entrar en contacto con la herida quirúrgica.
- Evitar ingerir comidas picantes y altas en sal.
- Se recomendó al paciente de llevar una dieta nutricional adecuada debido a su herida quirúrgica y a su sobrepeso.
- También se recomendó tanto al paciente como familiar sobre la importancia de evitar tocar la zona afectada con las manos sucias.
- Evitar rascarse o tocarse con las uñas o manos debido a los gérmenes y agentes patógenos.
- Realizar una buena antisepsia si va a manipular la zona o los bordes de la herida.
- Se recomendó al paciente no practicar la automedicación por ningún motivo. En caso de sentir algún malestar en la herida quirúrgica deberá de asistir al centro de salud.
- Se instruyó al paciente/familiar sobre su patología y la manera de prevenir otra infección.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ansari, P. (04 de Julio de 2024). *Abscesos intraabdominales*. Obtenido de Manual MSD; Versión para profesionales: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/abscesos-intraabdominales>
- Araújo, M., & Domínguez, R. (2023). Complicaciones abdominales posquirúrgicas. *Revista Medica de la Sociedad Española de Radiología*, 65(1), S99-S108. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833822002053>
- Bravo, J., & Pacheco, V. (04 de Diciembre de 2021). Factores predictores asociados a colecciones intraabdominales en pacientes postquirúrgicos de apendicectomía. *Revista Científica; Dominio de la Ciencia*, 7(4), 24-47. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8384067.pdf>
- Clínica Universidad de Navarra. (01 de Abril de 2023). *Absceso abdominal*. Obtenido de Clínica Universidad de Navarra (CUN): <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/absceso-abdominal>
- Coelho, A., Sousa, C., & Barbosa, J. (2018). Abscesos intraabdominales postapendicectomía: seis años de experiencia de un Servicio de Cirugía Pediátrica. *Serviço de Cirurgia Pediátrica*, 152-155.
- Gurguí, M., Moreno, A., & Blanes, M. (2021). Peritonitis y otras infecciones intestinales. *Protocolos Clínicos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica SEIMC (SEIMC)*, 28-33. Obtenido de <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosclinicos/seimc-procedimientoclinicoix.pdf>
- Martín, L., Obando, P., & Sebastián, S. (2023). Infecciones intestinales. *SEIP: Sociedad Española de Infectología Pediátrica*, 245-257. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/15_infecciones_intraabdominales.pdf
- Peruyero, J., González, J., & Hernández, J. (2020). Absceso intraabdominal postoperatorio, apendicectomía. *Revista Latinoamericana de Cirugía*, 2(1), 21-24.
- Rodríguez, G. (2020). Protocolo de diagnóstico y tratamiento de los abscesos intraabdominales. *Revista Médica de protocolos de práctica asistencial*, 13(10), 587-589. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541220301359>
- Ruíz, L. (2022). *Factores de riesgo relacionados a absceso intraabdominal post apendilap*, Hospital Cayetano Heredia, Piura 2021. Universidad César

Vallejo, Escuela profesional de medicina. Piura, Perú: Editorial Universitaria de Piura. Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/88417>

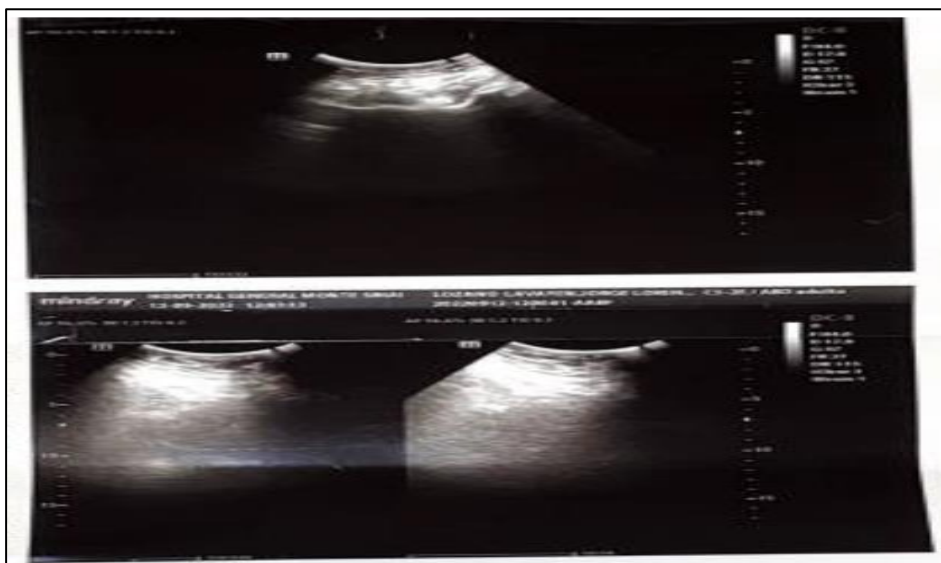
Saber, A. A. (03 de Septiembre de 2024). *Absceso intestinal*. Obtenido de Revista Medscape: <https://emedicine.medscape.com/article/1979032-overview#a7>

Tango, D. (20 de Agosto de 2019). Absceso intraabdominal (intestinal). *MedlinePlus*, 1-4. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000212.htm>

Vera, T. (2023). *Resultados del drenaje percutáneo versus quirúrgico para el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022*. . Universidad Ricardo Palma, Departamento de Medicina Humana. Lima, Perú: Editorial Universitaria del Perú.

ANEXOS

Ilustración 1 – Informe del SNS-MPS/HCU.Form.012B/2021. Ecografía abdominal en paciente con diagnóstico de Absceso Intestinal.



Nota: Exploración y hallazgos quirúrgicos (abdominal/pélvica): 1. Absceso intraabdominal (intestinal) +/- 200cc de contenido. 2. Plastrón que involucra ASAS intestinales y pared abdominal con formación de fistulas enterales.

Ilustración 2 – Procedimiento de Enfermería: Control de diuresis en paciente con diagnóstico de Absceso Intestinal.



Nota: Control de la diuresis para registro en hoja de balance hídrico para medir los ingresos y egresos durante la estancia hospitalaria del paciente.

Ilustración 3 Procedimiento de Enfermería: Control de signos vitales



Nota: Control de signos vitales en paciente con diagnóstico de Absceso Intestinal en el área de hospitalización.

Ilustración 4 Registro diario en hoja de Kardex sobre el tratamiento farmacológico.



Nota: Actualización de kardex en hoja del SNS/MSP/HCU/Form. 022/2021-Administración de medicamentos.