

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DE  
LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA POR TRAUMA ABDOMINAÑ EN EL  
SERVICIO DE CIRUGIA HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.  
BERNALES. LIMA - 2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS  
QUIRURGICOS**

**GLEDY YESICA RUPAY JAIMES**

**Callao - 2020**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ                      SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL                      VOCAL

**ASESORA:** DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 153-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 11 de Noviembre del 2020

**Resolución de Consejo Universitario** N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **DEDICATORIA**

*En memoria de Dogomar Torres del Águila le diste cariño, amor a tu hijo, a tu hija política, a tus nietos fue corto el tiempo que te cruzaste en nuestro camino que esta pandemia hoy por hoy nos enseñe a valorar la vida y la familia que nos rodea porque cuando ya no están te dejan un vacío tan grande y un sin fin de preguntas q no pudiste hacerlos en vida... Descansa en paz nuestro ángel...*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por darme vida, salud y una hermosa familia

A mis amados padres, por amarme y estar siempre presente en sus oraciones, a mí esposo e hijos por apoyarme en continuar con mis estudios

A mis estimados docentes, por la paciencia por la preparación del profesional de enfermería en esta era globalizada y competitiva

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por acoger en sus aulas a los profesionales a nivel nacional con el fin de mejorar sus competencias en favor del educando y de la sociedad.

**GRACIAS...**

## ÍNDICE

Introducción	3
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	5
Capítulo II. Marco teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	13
2.2 Bases Teóricas	16
2.2.1 Teoría del Confort	16
2.2.2 Teoría de las 21 necesidades	17
2.2.3 NANDA-NIC-NOC	18
2.3 Bases Conceptuales	19
2.3.1 Traumatismo abdominal	19
2.3.2 Laparotomía exploratória	26
2.3.3 Paciente Post operado	27
Capítulo III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	28
3.1 VALORACIÓN	28
3.2 DIAGNOSTICO	39
3.3 PLANIFICACIÓN	44
3.4 EJECUCION Y EVALUACION	50
Capitulo IV CONCLUSIONES	53

Capítulo V	RECOMENDACIONES	55
Capítulo VI	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
Capitulo VII	ANEXOS	59

## INTRODUCCIÓN

Los traumatismos abdominales varían dependiendo del mecanismo de las fuerzas involucradas, por lo tanto, la mortalidad y la necesidad de una reparación quirúrgica dependerá de la estructura dañada. Se hace especial referencia a los traumatismos abdominales, cerrados y abiertos que pueden ser ocasionados por caídas de altura, accidentes de tránsito, las producidas por arma blanca o de fuego. La posibilidad de lesiones abdominales en el traumatismo penetrante por arma blanca es de 30%, por proyectil de arma de fuego de uso civil del 70% y por proyectil de arma de guerra del 90%. Para la planificación de estrategias de prevención y tratamiento es necesario tener en cuenta el momento y mortalidad del daño.

En la etapa pre hospitalaria fallecen el 60% de los pacientes politraumatizados y el 40% de los que ingresan, lo hacen en las primeras 4 horas de su ingreso al hospital. Los traumatismos requieren hospitalización en cifras que llegan al 90% de los casos, siendo importante el estudio clínico, teniendo en cuenta que las lesiones inadvertidas son la principal causa de muerte evitable. (1)

Dependiendo de la complicación de la cirugía, los cirujanos hacen uso de la laparotomía exploratoria como método terapéutico para la reparación inmediata de las lesiones graves producidas por el trauma abdominal (2)

El presente informe académico titulado cuidados de enfermería en pacientes post operados de laparotomía exploratoria por trauma abdominal en el servicio de cirugía Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Lima 2020” tiene el objetivo de fortalecer las competencias del personal enfermero para mejorar la calidad de atención, disminuir complicaciones, reducir el tiempo de permanencia del paciente post operado y lograr su pronta reinserción a su vida cotidiana.

Este plan de cuidados se desarrolla en la unidad de intermedios de cirugía general del hospital Nacional Sergio E. Bernales nivel III.I, hospital que brinda cobertura a la población del distrito de Comas, Carabayllo, Puente Piedra y Canta, está ubicado en el km. 14 de la Av. Túpac-Amaru, calle los Nardos 102. La unidad de cirugía general actualmente cuenta con 22 camas 12 para varones



y 10 para mujeres y una unidad de intermedios con 4 camas, el servicio cuenta con personal de enfermería capacitado con el grado de Maestría y especialidad que permite brindar la atención con las mejores competencias, en el presente informe académico describo mi desempeño laboral como enfermera asistencial en el servicio de cirugía -especialidad donde laboro hace 7 años, soy miembro del comité de bioseguridad del servicio desde el 2015 hasta la fecha. Es de resaltar que, gracias al apoyo del equipo multidisciplinario de cirugía se logró ocupar en el año 2018 el segundo puesto institucional entre las unidades que mejor aplicaban las prácticas seguras de bioseguridad. Las actividades que realizamos engloba los 4 campos de enfermería, asistencial porque desde que el paciente es referido de emergencia o de la unidad de sala de operaciones – recuperación se realiza todo un protocolo de ingreso-egreso a nivel asistencial (recepción, se designa la unidad del paciente, la tarjeta de identificación, cuidados, terapéutica, dieta, etc. ), administrativo (registro de ingreso, egreso, kardex, notas de enfermería, registro de medicamentos, registro de medicamentos del coche de paro, censo, actividades, incidencias, etc.) en lo docente, porque se le enseña al paciente , familia sobre el autocuidado y porque también la unidad de cirugía es parte de la currícula-syllabus de la institución como sede docente para la preparación de los alumnos de pre-grado y pos grado de las diferentes áreas de salud medicina, enfermería, psicología, nutrición, etc.

El desarrollo de un proceso de cuidados como describe la teorista Katharine Kolcaba en su teoría del confort, nos permite entender la necesidad de tranquilidad, la disminución del dolor que necesitan los pacientes post operados, en cuanto a las necesidades del paciente la teorista Faye Glenn Abdellah nos enfoca ya no 14 necesidades sino 21 necesidades, que engloba, las necesidades fisiológicas, sociológicas, emocionales y espirituales, los tipos de solución que plantea la enfermera al paciente. Nuestras teoristas nos enseñan que debemos de innovar y aprender en mejora de nuestra profesión . (3)

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo Del Plan de cuidados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo y un apartado de anexos

## **CAPÍTULO I**

### **DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Se denomina trauma abdominal cuando este compartimento orgánico sufre la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferentes magnitud y gravedad, en los elementos que constituyen la cavidad abdominal, sean estos de pared o de contenido(visceral) o de ambos a la vez. La alta incidencia de casos por trauma abdominal se debe por el aumento de accidentes de tránsito automotriz, aviación, etc., por la delincuencia en las grandes ciudades, las actividades deportivas en sus diferentes modalidades cada vez más competitivos y violentos, el abdomen puede ser traumatizado parcialmente o concomitante con otros compartimentos para estos casos se hace uso de la laparotomía exploratoria para observar, evaluar y reparar si hay sospecha de lesiones viscerales. La elección de este examen está determinada por el estado hemodinámico del paciente con traumatismo (2)

Según la OMS, los traumatismos son una epidemia desatendida en los países en desarrollo que producen más de cinco millones de muerte al año. El estudio fundamental Global burden of disease and risk factors (carga de morbilidad mundial y factores de riesgo) calcula que los traumatismos constituían en 1990 más del 15% de los problemas de salud y en el mundo y preveía que la cifra aumentaría al 20% en el 2020. Más del 90% de las muertes por traumatismo se produce en países con bajos ingresos y medios en los que no suelen aplicarse medidas de prevención y cuyos sistemas de salud menos preparados para afrontar el reto. El desarrollo económico de los países con ingresos bajos conlleva un aumento del número de vehículos, que lleva asociado un aumento de los accidentes, traumatismos y muertes relacionados con el tránsito. Se calcula que el costo anual de los traumatismos por accidentes de tránsito supera los 500 mil millones de dólares EE.UU., una cantidad muy superior al gasto mundial en asistencia para el desarrollo. Por cada caso de muerte por accidente de tránsito hay muchos más casos de traumatismos que requieren tratamiento en centro de urgencia u hospitalización y que, con frecuencia, ocasionan incapacidad permanente. (4)

Según la OMS y la OPS, CIE10 en el 2018, lo clasifica como S30 Y S39 (Traumatismo de abdomen que incluye pared abdominal, flanco, ano, etc.) y T18.2-T18.4 (Traumatismo ocasionado por cuerpo extraño que ingresa al estómago). En el Perú, se han desarrollado investigaciones sobre el tema donde se evidencia que tal trauma abdominal es una causa importante de morbilidad y de mortalidad en todos los grupos etarios. El abdomen es la tercera región del organismo más frecuentemente lesionada en los traumatismos, y el trauma abdominal es la causa del 20% de las injurias civiles que requieren intervención quirúrgica. El 2% de las consultas por trauma corresponden a la región abdominal. De ellas el 90% requieren internación, y el 50% serán sometidas a Laparotomía exploratoria. Por otra parte, las lesiones abdominales no reconocidas son la causa más frecuente de muerte postraumática evitable. La mayor parte de los traumatismos abdominales son producidos por accidentes automovilísticos, el resto corresponde a caídas de altura, accidentes deportivos o agresiones civiles. En la evolución del trauma abdominal el objetivo inicial es el reconocimiento de la presencia de una lesión intraabdominal que, requiera una Laparotomía de urgencia y luego definir el tipo particular de lesión órgano específico. Los pacientes con trauma abdominal cerrado que presentan evidencia obvia de abdomen agudo, hemorragia intraabdominal, o signos clínicos o radiográficos de Neumoperitoneo deben ser sometidos a una Laparotomía sin más estudios. (5)

En el servicio de cirugía general – cirugía intermedios de hospitalización del hospital Sergio E. Bernal se ha atendido en el año 2019, 108 casos de pacientes pos operados de laparotomía abdominal por trauma abdominal donde el 50% tuvo mejoría satisfactoria, el 37% presentaron complicaciones, el 10% fueron trasladados al área de uci para resolución y el 3% fallecieron, las complicaciones recurrentes que se observaron fueron las infecciones intrahospitalarias evidenciadas por temperaturas elevadas y oscilantes de 38 a 39.5, presencia de heridas post operadas con secreción purulenta, aparición de fistulas, por el impacto que sufrieron los órganos adyacentes, problemas respiratorios, dificultad para descansar, ansiedad. Se observó que la unidad no cuenta con las guías actualizadas en el cuidado de pacientes post operados de

laparotomía exploratoria por trauma abdominal abierta o cerrada siendo una desventaja pues aumenta la morbimortalidad y la hospitalización del paciente y aumento de costos de la institución, es por ello que me veo en la necesidad de realizar el presente informe con el fin de describir cuidados de Enfermería en Pacientes Post Operados de Laparotomía Exploratoria por trauma abdominal en el servicio de Cirugía Hospitalización en el Hospital Sergio E. Bernales con el fin de beneficiar a un significativo número de personas que diariamente se someten a intervenciones quirúrgicas, y así mismo a mejorar la calidad de atención de enfermería que brinda a estos pacientes. Nos permitirá unificar y potenciar las competencias del profesional de enfermería haciendo uso de las teorías y modelos de Enfermería, aplicando el uso de los dominios, el NIC, el NOC, te ayudará a superar las limitaciones en su ejecución e implementación aplicando estrategias viables que te permite tener un lenguaje enfermero diferenciado, toma de decisiones, tratamiento individualizado. Un cumplimiento, garantizando el cuidado holístico, humano y de calidad, concordante con el respeto a la vida y dignidad.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

##### 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**RODRIGUEZ E, (2019)** realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a la infección del sitio quirúrgico en pacientes adultos en el servicio de cirugía general del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo comprendido entre abril 2018 a abril del 2019”. Ecuador. **Objetivo:** identificar los factores de riesgo relacionados a la infección del sitio quirúrgico en los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía general del hospital Carlos Andrade Marín. **Metodología:** observacional, analítica, retrospectiva, de caso y control, Población: todos los pacientes adultos con tratamiento quirúrgico en el Hospital Carlos Andrade Marín durante el periodo abril 2018 a abril 2019. Muestra: 95 casos y 95 controles. La información fue recolectada con un instrumento creado al efecto y se analizó con el programa estadístico SPSS v22.0. **Resultados:** Factores preoperatorios: Edad: 46-60 años [IC 95%]. Normopeso [IC 95%]. ASA clase III [ IC 95%:]. Preoperatorio  $\geq 24$  h [OR: 95%]. Factores trans operatorios: cirugía de emergencia [OR: 1,99; IC 1,09-3,64] Herida contaminada [OR: 15,7; IC 95%: 3,59-68,7]. Drenaje [OR: 2,41; IC 95%: 1,33-4,35]. Tiempo quirúrgico  $\geq 120$  minutos [OR: 2,07; IC 95%: 1,16-3,69]. En el análisis multivariado: Edad (46-60 años), herida contaminada y limpia contaminada y estancia postquirúrgica  $\geq 7$  días. ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** la prevalencia de infección del sitio quirúrgico en esta investigación es similar a la descrita en la literatura nacional y en la estimada para los países en vías de desarrollo. El factor de riesgo fue la estancia por más de siete días en el postoperatorio. En nuestro servicio el tiempo de estancia hospitalaria ha sobrepasado los 60 días de hospitalización por evidenciar complicaciones respiratorias o sepsis. (6)

**Análisis:** Se concuerda con esta investigación en el servicio de cirugía los pacientes que han sufrido un traumatismo contundente donde no solo involucra la zona abdominal presentan más de 30 días de hospitalización evidencia infección en sitio quirúrgico o problemas respiratorios (atelectasias, neumonías).

**PARRA G et al. (2018)** realizaron el estudio Trauma abdominal. Experiencia de 4961 casos en el occidente México. **Objetivo:** Describir y analizar el perfil sociodemográfico y las lesiones encontradas en pacientes con trauma abdominal en un hospital de referencia del occidente de México. **Metodología:** El tipo de estudio es retrospectivo, observacional y descriptivo, se evaluaron 5544 pacientes registrados en la base de datos GDL-SHOT. Del servicio de cirugía medicina legal y se incluyeron a los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de trauma abdominal y se excluyeron 328 paciente por no contar con los datos completos de las variables analizadas. **Resultados:** De 4961 pacientes analizados el 91.4% fueron hombres, con un promedio de edad de 28.7 años. Respecto al mecanismo, el 39.7% correspondió a arma blanca, el 33% a trauma cerrado y el 27.3% a arma de fuego. Los órganos más afectados fueron el intestino delgado (20.9%), el hígado (18.2%) y el colon (14.2%). La estancia hospitalaria promedio fue de 6.95 días, con una mortalidad del 6.74%. **Conclusiones:** En México, el trauma abdominal representa una causa importante de morbimortalidad, en especial en pacientes jóvenes, se comprobó que las lesiones accidentales son menos comunes que las infligidas por la situación actual de violencia que vive el país. La frecuencia de lesiones encontradas es discordante con la literatura de otros países y predominan las de vísceras huecas, probablemente por la diferencia en los mecanismos implicados. En nuestro servicio el traumatismo abierto por arma de fuego o elemento punzocortante es el que predomina donde el grupo afectado son varones entre las edades de 15 a 40 años. (7)

**Análisis:** El hospital Sergio Bernal se ubica en la zona norte de Lima rodeada de distritos como Comas, independencia, Puente Piedra, Carabayllo quienes, ante el INEI, presentan los mayores índices de violencia, robos y/o delitos ocasionados por armas d fuego, o arma blanca y donde el grupo de riesgo son las edades de 15 a 45 años, los cuales generan gasto al individuo familia y a la sociedad por la morbimortalidad que puede presentar.

**RUIZ, S. (2017)** Cuidados de enfermería de un paciente con traumatismo abdominal: Caso clínico. Ciudad Alicante España. **Objetivo,** establecer comparaciones y crear una evaluación y mejora de la asistencia.

**Metodología.** - Se realiza un plan de cuidados de enfermería en el cual distinguimos dos valoraciones de enfermería siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson. En una primera valoración realizada en una fase crítica se detectan los problemas reales o potenciales para los cuales se proponen unos objetivos o indicadores y se ponen en práctica las actividades de enfermería tanto en cuidados básicos como especializados más centrados en los pacientes con traumatismo abdominal. En una segunda valoración en una fase en la que la función respiratoria comienza a estabilizarse y se actúa sobre los problemas reales o potenciales y se formulan unos objetivos desarrollándose las actividades de enfermería correspondientes. **Resultados,** Utilizando las precauciones que recomienda el Institute for Healthcare Improvement (IHI) en relación a las consideraciones a tener en cuenta para el control de las infecciones y mantenimiento de los catéteres y aplicando las recomendaciones de la guía de práctica clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos en los que se aplicaron los catéteres venosos impregnados en Rifampicina se consiguió reducir el riesgo de infección del catéter venoso periférico y del catéter venoso central, cumpliendo así los objetivos fijados para solventar este problema de ausencia de infección en la herida quirúrgica y en los catéteres venosos central y periférico. Se consiguió disminuir los niveles de dolor utilizando para evaluar el dolor abdominal técnicas de relajación y ajustando el entorno del paciente para favorecer el confort, además de medidas farmacológicas. **Concluye** que es fundamental el papel de enfermería en los cuidados brindados a los pacientes críticos, y en este caso en los pacientes con traumatismos múltiples, ya que estos cuidados son claves para la supervivencia del paciente, para disminuir las secuelas futuras y mejorar su calidad de vida (8).

**Análisis:** En el servicio de cirugía aplicamos una hoja de cuidados de enfermería basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson donde comenzamos desde la valoración, planificación, intervención ejecución y evaluación de los pacientes pos operados el cual puede ser aplicado en cirugía general solo que la cantidad de paciente que maneja el servicio no le permite una adecuada valoración, el tiempo que se le otorga a la atención y a los registros es poco lo cual genera cierta impotencia en el personal de enfermería.

**Ortega, A (2015)** “El estudio Aplicación del inspirómetro incentivo y ejercicios respiratorios para la prevención de complicaciones respiratorias en pacientes postquirúrgicos de abdomen en el servicio de cirugía del hospital Pablo Arturo Suárez entre mayo y julio del 2014”. Quito- Ecuador. El planteamiento del problema a investigar se fundamenta en identificar si la aplicación del incentivo respiratorio y ejercicios respiratorios evita las complicaciones respiratorias en pacientes post quirúrgicos de abdomen del Hospital Pablo Arturo Suárez. **Objetivo** aplicar el inspirómetro incentivo y ejercicios respiratorios para evitar complicaciones respiratorias en pacientes post quirúrgicos de abdomen en el Servicio de Cirugía del Hospital Pablo Arturo Suárez. **Metodología** es descriptivo, transversal, el vaciamiento de los datos son univariado y bivariado. representados en pasteles, tablas y gráficos estadísticos a través de herramientas informática. **Resultado**, Se demostró que el porcentaje de interconsultas para Fisioterapia Respiratoria emitidas por el Servicio de Cirugía y recibidas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación durante el período Mayo-Julio 2014. En total se atendieron 17 pacientes, equivalente al 54% de 31 pacientes que fueron incluidos en este estudio; se observó que el 16,1% de la muestra se encuentra entre los 15 y 25 años, los que tienen entre 26 y 35 años también corresponden al 16,1%. Los pacientes que se encuentran entre los 36-45 y 46-55 obtuvieron el mismo porcentaje de 6,5% cada uno. Por último, el 54% pertenece al grupo que se encuentra en los 56 o más. En el gráfico N°5 que la anestesia general es el método más empleado con un porcentaje de 96,8% y una notable diferencia a la anestesia local 3,2%, en este estudio la aplicación de anestesia raquídea fue 0%. Como se mencionó antes en la bibliografía, las complicaciones respiratorias post quirúrgicas se relacionan con el proceso de extubación posterior a la anestesia general. Los datos obtenidos en el gráfico N°10 indican que el mayor porcentaje de los pacientes ingresaron sin apoyo de oxígeno mientras que el 22,6% requerían apoyo de oxígeno por medio de cánula nasal, que con el transcurso de los días de hospitalización adquirieron autonomía respiratoria, La edad con mayor frecuencia en este estudio, fue la comprendida entre 56 años o más, factor que implica mayor deterioro en la mecánica ventilatoria, produjo la asimilación tardía del tratamiento. Además, se pudo apreciar que los pacientes cuyo tipo de intervención quirúrgica fue electiva compensaron sus signos vitales con mayor



facilidad. Al analizar los gráficos que contienen el promedio obtenido de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y expansibilidad torácica no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa, no obstante, en la práctica hubo modificaciones en la profundidad de la respiración y amplitud del movimiento inspiratorio, mínimos cambios que mejoraron significativamente la resistencia a la fatiga y la calidad de vida de los pacientes. Se **concluyó** que la expansibilidad torácica aumentó posterior a la aplicación del tratamiento profiláctico un rango comprendido entre 0,5 cm y 8 cm, lo que significa que la técnica empleada incrementa la amplitud del movimiento de la caja torácica durante la inspiración. Aplicando la técnica se modificó: Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardíaca, Saturación de Oxígeno; se mejoró la mecánica ventilatoria mediante la reeducación del patrón respiratorio en el paciente post quirúrgico de abdomen, y se evitó complicaciones respiratorias al mantener a pacientes pulmonarmente sanos, En nuestro servicio se ha observado que los pacientes con mayor estancia hospitalaria suele presentara problemas respiratorios motivo por el cual como método de terapia respiratoria se le solicita al paciente pos operado el uso del inspirómetro para mejorar y estabilizar su frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria saturación de oxígeno e incrementar la expansibilidad torácica(9).

**Análisis:** Es muy importante el uso del inspirómetro, se aplica en la unidad de cirugía para la prevención de los problemas respiratorios, pero a comparación de lo que ofrece este trabajo de investigación no se maneja un registro de uso , de los horario que se debe de aplicar en el paciente con el fin de documentar sobre los cuidados que el paciente maneja en el pos operatorio, es importante la aplicación de ejercicios respiratorios observados y monitoreados, porque la indicación puede estar dada pero la ejecución dependerá del trabajo en conjunto paciente- enfermero.

### 2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

**FERNÁNDEZ, D et al. (2017)** En su estudio “Trauma abdominal-Manejo quirúrgico en el hospital Cayetano Heredia 2014-2017, Lima tiene como **objetivo** describir la morbimortalidad posoperatoria y tiempo de estancia en los pacientes con trauma abdominal manejados quirúrgicamente en el hospital Cayetano Heredia. **Metodología**, Estudio descriptivo-retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 14 años intervenidos quirúrgicamente por trauma abdominal

en el Hospital Cayetano Heredia del 2014-2017. Se excluyeron aquellos con manejo conservador o historias clínicas incompletas. El análisis estadístico fue en función al tipo de variable, presentando frecuencias, porcentajes y promedios.

**Resultados:** El 92.5% de los casos fueron varones. La edad promedio fue 31 años. El trauma abdominal abierto fue el más frecuente (88.78%). El procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado fue la Colostomía. El órgano más lesionado fue el Intestino delgado (39.25%). El tiempo de estancia hospitalaria fue en promedio 13 días. El score TRISS tuvo en promedio 95.2% de probabilidad de supervivencia. Existieron complicaciones relacionadas al procedimiento en el 20.6% de casos. La mortalidad fue de 2.8%. **Conclusiones:** Los varones jóvenes fueron la población más afectada. El trauma más frecuente fue por arma de fuego. El órgano más lesionado fue el intestino delgado. El procedimiento más realizado fue la colostomía. La complicación postoperatoria más común fue la Atelectasia. La mortalidad fue de 2.8%. La estancia hospitalaria promedio fue de 13 días. La supervivencia calculada en el score TRISS (99.3%) fue muy similar a la encontrada. Se observó que los pacientes pos operados de trauma abdominal complicado presentaban lesiones a los órganos adyacentes páncreas, intestino delgado, colon, hígado, bazo, etc. ocasionando mayor data hospitalaria del paciente (10)

**Análisis:** La mayoría de los pacientes de cirugía son pos operados de apendicetomía, hernioplastía, colecistectomía, con poca data hospitalaria pero los pacientes pos operados de laparotomía exploratoria han evidenciado mayor estancia por la complicación de sus operaciones, la presencia de drenajes, colostomías, yeyunostomía o ileostomía debido a los , traumatismos sufridos, a

la cantidad de órganos, las infecciones en situ operatorio, la atelectasia se evidencia los cuadros censales la morbimortalidad de los paciente hospitalizados.

**DE LA CRUZ, E. (2018)** en su estudio "Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pos operado de laparotomía exploratoria por trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post anestésica de un hospital nacional de Lima "fue elaborado con el **objetivo** de: Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) a un paciente con diagnóstico post operatorio: Laparotomía exploratoria: sutura de ciego + resección ileal + lavado de cavidad + ileostomía + drenaje pen rose, atendido en el servicio de recuperación post anestésica en el Hospital Nacional Dos de Mayo para brindar cuidados de enfermería oportunos evitando posibles complicaciones. **Metodología:** El diseño de investigación fue el estudio de caso, descriptivo y analítico. Se utilizó como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon adaptado por la investigadora, con la que se realizó la valoración; seguidamente, se realizaron los diagnósticos de enfermería (NANDA), para luego realizar la planificación. Se ejecutaron las actividades programadas y, finalmente, se evaluaron los objetivos planteados. **Resultados:** el 80% de los objetivos propuestos fueron alcanzados, mientras que el 20% de ellos fue parcialmente alcanzado. Conclusiones: Se **concluye** que el cuidado de enfermería ejecutada en el paciente coincide con los cuidados realizados en otras realidades con casos similares. (11)

**Análisis:** En el servicio de Cirugía de intermedios se hace uso de la teoría de Virginia Henderson aplicados en sus hojas de notas de enfermería motivo por el cual nos va a permitir comparar ambas teorías y renovar criterios. Lo que si se tiene en claro es que en este tiempo la aplicación de una buena valoración del paciente optando el uso de las teoristas y del NANDA nos facilitará hacer uso del lenguaje enfermero, el uso de los 13 dominios, el NIC y NOC.

**ROJAS, E. (2015)** realizó un estudio "Características del periodo posquirúrgico inmediato y mediato de trauma abdominal en el hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo 2012-2014 **Objetivo:** Determinar las características clínicas del periodo postquirúrgico inmediato y mediato del trauma abdominal en el

servicio de cirugía del Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo 2012-2014. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisó historias clínicas de pacientes que recibieron manejo quirúrgico de emergencia por trauma abdominal y se hospitalizaron en el servicio de cirugía. **Resultados:** Se revisó 50 historias clínicas, la edad promedio fue 30.8 años, la mayoría tienen entre 20 y 39 años y 47 fueron varones. 43 pacientes ingresaron por trauma abdominal abierto, 24 de ellos por proyectil de arma de fuego (PAF) seguido de 19 pacientes por arma blanca. 20 pacientes presentaron lesión de colon y 19 pacientes de intestino delgado. 17 presentaron alguna complicación en el postquirúrgico, la mayoría en el periodo mediato. Se presentó 5 casos de fiebre en el postquirúrgico inmediato y 13 en el mediato, el desangrado se presentó en 2 pacientes en cada periodo. Los pacientes se hospitalizaron 12.4 días en promedio. **Conclusiones:** Las lesiones por PAF fueron los mecanismos más frecuentes de trauma abdominal y la mayoría presentó lesión de colon. La complicación más frecuente fue la infección del sitio operatorio más fiebre. La mitad de los pacientes sometidos a laparotomía fue por retiro de packing. En nuestro servicio los pacientes pos operados por un traumatismo abdominal que ingresan a la unidad de cirugía en el mes se evidencia una proporción de entre 3 a 6 casos de los cuales el 50% son heridos de bala el 30 por traumatismo abdominal cerrado y el 20 % por armas punzocortantes según el registro de ingresos de la unidad de emergencias. (12)

**Análisis:** Según el estudio realizado es evidente que los pacientes que han sufrido traumatismo abdominal abierto o cerrado han evidenciado complicaciones porque las lesiones fueron concomitantes con órganos anexos como el intestino que con el solo hecho de ser tocados sufren infecciones debido a la alta carga de bacterias gran positivas o negativas que cuenta la flora del ser humano. A medida que se presente una apertura en un situ operatorio la piel está expuesta a sufrir un sinfín de infecciones, no solo es ello a veces los proyectiles que ocasionaron la lesión están alojados en uno de los órganos que ante un mal movimiento o retiro puede ocasionar la muerte. Es por ello que los pacientes que están en la unidad de cirugía lo clasificamos de acuerdo al grado de dependencia y a las necesidades que evidencia el paciente con el fin de aplicar un plan de cuidado.

## 2.2 Base Teórica

### 2.2.1 Katharine Kolcaba (Teoría del confort)

Se encuentra comprendidas las teorías de Katharine Kolcaba (teoría del confort), teoría 21 necesidades de Faye Glenn Abdellah y la aplicación de la NANDA. (dominios, NIC, NOC)

Katharine Kolcaba nació en 1944, OHIO, enfermera, especialista en el área de geriatría, empezó a teorizar sobre la comodidad y confort. Mientras realizaba un doctorado en enfermería, trabajaba como profesora, aprovecho esto para desarrollar una teoría y demostrarla. Publico un análisis del concepto del confort con su marido filosofo (kolcaba y kolcaba 1991), elaboro un diagrama recogiendo aspectos de la comodidad (Kolcaba,1991), utilizo la comodidad como objetivo del cuidado (Kolcaba 1992), contextualizo la comodidad en teoría intermedia (Kolcaba 1994) y demostró la teoría en un estudio de intervención. (13)

Para el personal de enfermería es de suma importancia brindar comodidad al paciente pos operado mediato, la comodidad está relacionada con el medio en el cual se encuentre el paciente; éste debe ser agradable, ameno, el paciente deberá tomar una conducta que este encaminada a mejorar su estado actual de salud. Katherine Kolcaba ve los cuidados de calidad como acciones de confort prestadas de forma deliberada para crear un entorno que lleve a comprometerse en conductas de búsqueda de la salud, es decir, si el paciente tiene confort, en la medida que la enfermera observa que el mismo ayuda en su proceso de recuperación de la salud, se hace más fácil negociar con él. Kolcaba (2003) menciona las medidas protectoras; para lograrlas establece como estrategia promover el acercamiento familiar, donde se evidencie el afecto a través de acciones como: tomarlo de la mano, hablarle en forma, suave, escucharlo con atención y decirle palabras de aliento.

**Persona:** principales receptores del cuidado, entendiendo por paciente, al individuo, familia, institución que necesite dicho cuidado.

**Cuidado:** Incluye la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades y la

revaloración de los niveles de comodidad, la enfermera puede preguntar a su paciente si está cómodo, o también puede estar pendiente en el momento de su curación

**Salud.** Funcionamiento óptimo del paciente, familia profesional de la salud o comunidad.

**Entorno.** Todo aquello que le rodea al paciente y que la enfermera puede aprovechar para intervenir en el proceso de confort del paciente.

### **2.2.2 Teoría de las 21 Necesidades Faye Glenn Abdellah**

Abdellah nació en la ciudad de Nueva York el 13 de marzo de 1919, sus padres fueron H. B. y Margaret Glenn Abdellah. Fue una historia de vida la que la llevó a iniciar sus estudios de Enfermería. En 1937, junto a su hermano, ayudó a brindar auxilio a los heridos del incendio del dirigible Hindenburg. En él perdieron la vida 36 personas, un tercio de los pasajeros.

Planteo que uno de los grandes obstáculos para que la enfermera alcanzase un status profesional era la falta de un cuerpo científico de conocimiento peculiar. Formulo un modelo como remedio a los problemas de enfermería la tipología de las 21 necesidades que se basa en la teoría de V. Henderson. La aportación de esta teoría me va a permitir desarrollar un registro para identificar y resolver problemas del paciente.

Dicho registro se dividirá en 3 áreas:

- 1.-Las necesidades físicas, sociológicas y emocionales del paciente.
- 2.-Tipos de solución personal entre la enfermera y paciente.
- 3.-Los elementos comunes al cuidado del paciente.

La aplicación de un cuidado sistematizado y científico requiere una secuencia de procesos para resolver cada problema iniciamos con la etapa de la valoración, la persona retorna a un estado de salud en el que está incapacitado para valerse por sí mismo en cualquiera de las 2 situaciones tenemos que ejecutar acciones de enfermería que se incluyen en la 2da etapa de la intervención, así como ver las respuestas que se producen sean positivas o negativas, que se ubican en la 3ra, etapa de la evaluación.(14)

### 2.2.3 NANDA- NIC- NOC

NANDA (antes llamada North American Nursing Diagnosis Association) sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura criterio y la taxonomía de diagnóstico de enfermería. En 2002 se convirtieron oficialmente en NANDA International, en consideración del importante crecimiento de miembros fuera de América del Norte. Desde esa fecha han sido diversas las publicaciones que ha realizado el NANDA-I en relación a los diagnósticos de enfermería.

Un año más tarde se publica. Actualmente la NANDA 2015-2017. 10 ed. contiene 13 dominios, 47 clases Y 235 diagnósticos de los cuales se clasifican en: Diagnósticos focalizados en el problema, de riesgo y de la promoción a la Salud. y actualmente se cuenta con la undécima edición 2018-2020.

**NANDA INTERNACIONAL(NANDA-I)** es una organización sin ánimo de lucro. Esto significa que, con la excepción de la gestión de sus negocios y las funciones administrativas, todo nuestro trabajo es realizado por voluntarios. Algunas de las enfermeras con más talento científico y algunas de las más eruditas son o han sido voluntarias de NANDA. Al contrario de la mayoría de los negocios, no existen unas oficinas donde las enfermeras investiguen sobre los diagnósticos enfermeros. Los voluntarios son personas que donan su tiempo su experiencia a NANDA-I porque creen firmemente en la importancia del cuidado del paciente y en la importancia de la contribución enfermera a la sociedad.

Las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas **NANDA**, los Criterios de Resultados **NOC** y las Intervenciones **NIC**, no son más que la relación entre el problema, real o potencial que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución del problema. Nuestra intención ha sido plasmar de forma gráfica una sugerencia de la asociación entre los diferentes conceptos de las taxonomías **NANDA-NOC-NIC** (15)

## **2.3 BASE CONCEPTUAL**

### **2.3.1 TRAUMATISMO ABDOMINAL**

#### **A) CONCEPTO**

El traumatismo abdominal en su definición más genérico, lo conceptualiza como cualquier tipo de agresión con repercusión lesiva que sufre la pared abdominal o su contenido.

#### **b) EPIDEMIOLOGIA**

El traumatismo abdominal se encuentra habitualmente en el paciente politraumatizado asociado a otros traumatismos. Son más frecuentes en la vida moderna y en los últimos años se han convertido en verdaderas urgencias médico-quirúrgicas. Los accidentes de tránsito son responsables de al menos el 60% de los traumatismos abdominales. En el 20% de ellos se encuentra algún tipo de afectación abdominal. Por otra parte, hasta un 44% de las muertes tardías en politraumatismo se deben a lesiones de abdomen. La posibilidad de lesiones abdominales en el traumatismo penetrante por arma blanca es de 30 %, por proyectil de arma de fuego de uso civil del 70 % y por proyectil de arma de guerra del 90%. La prevención y tratamiento han tenido en cuenta el momento y mortalidad del daño. En la etapa prehospitalaria fallecen el 60% de los pacientes politraumatizado y el 40% de los que ingresan, lo hacen en las primeras 4 horas de su ingreso al hospital. Los traumatismos requieren internación en cifras que llegan al 90% de los casos, siendo importante una sistemática en el estudio clínico, teniendo en cuenta que las lesiones inadvertidas son la principal causa de muerte evitable. (2)

#### **c) ETIOLOGIA**

Pueden ser de forma directa, cuando el agente traumatizante impacta al abdomen, una patada, el golpe de timón, asta del toro, el arma de fuego, etc.

El mecanismo indirecto es en forma de contragolpe, de sacudimiento por caídas de altura. Puede ser de dos tipos:



1.- **Traumatismo cerrado o no penetrante**, denominado Contusión. Se caracteriza por no presentar solución de continuidad en la pared abdominal. El agente que lo produce es de superficie roma o plana, tipo barra de timón, puño, etc.

2.- **Traumatismo abierto o penetrante**, . Es cuando existe solución de continuidad en la pared abdominal, producida por elementos cortantes o transfixiantes, como en las heridas por arma blanca o heridas por arma de fuego.

Las heridas pueden comprometer sólo a la pared abdominal, como también a las vísceras intraabdominales, teniendo como límite el peritoneo parietal, que es lo que delimita la cavidad abdominal como tal. Las heridas no penetrantes son las que no trasponen el peritoneo parietal; por tanto, no llegan a la cavidad abdominal. Las penetrantes son las que comprometen la cavidad.

Frente al traumatismo abdominal hay que considerar el estado de la pared o de las vísceras en el momento del trauma. La pared contraída puede ser un mecanismo protector, que evita lesiones graves; la pared relajada, puede favorecerlas. En las vísceras sólidas con estado de plétora sanguínea o biliar pueden facilitarse lesiones más serias que en las que no tienen éstas.

#### **d)FISIOPATOGENIA**

En el Traumatismo abdominal se producen lesiones de alguna magnitud y gravedad en los elementos de la pared abdominal, con o sin participación del contenido abdominal; es decir, de las vísceras sólidas o huecas, y conductos vasculares, biliopancreáticos o urinarios. En la pared pueden objetivarse lesiones de poca gravedad como son las equimosis, los xeromas, los hematomas, rupturas de apo-neurosis, de músculos, que pueden complicarse secundariamente con infecciones, dando lugar a celulitis, xeromas o hematomas infectados que pueden derivar en abscesos o flemones, sobre todo. cuando son por heridas o si son contusiones que se acompañan de erosiones en la piel.

Estos cuadros requieren generalmente de acciones quirúrgicas,.

Hacia la cavidad se pueden producir lesiones de diferente tipo, en las vísceras y conductos. Las vísceras sólidas son las que más fácilmente se lesionan, por la friabilidad de sus parénquimas y el volumen que tienen puede afectar diversos órganos como hígado, bazo, páncreas, etc.

#### •Páncreas

Órgano que cabalga sobre la columna vertebral (L1-L2), susceptible a lesiones por trauma a nivel del epigastrio. Da lugar a hematomas retroperitoneales difíciles de diagnosticar y tratar. Traumatismos del parénquima pancreático, sea por herida o por contusión que condiciona una pancreatitis traumática, expresada por dolor intenso, vómitos, íleo adinámico, que puede ser superado por tratamiento médico. Con frecuencia, se instala un pseudoquiste pancreático, que será tratado quirúrgicamente, efectuando un drenaje interno a estómago o yeyuno.

### e) CUADRO CLÍNICO

#### \* Síntomas y signos en el Trauma abdominal

Más que la existencia de un cuadro clínico definido, en el trauma abdominal es el análisis adecuado y minucioso de los síntomas y signos en la evolución de horas, que pueden ser hasta las 72 horas te puede conducir al diagnóstico y a horas quirúrgicas. Puede suceder la muerte súbita o instantánea en el momento del traumatismo, como producto de un reflejo vago simpático que condiciona paro cardíaco, el que de no ser asistido con reanimación urgente (2 a 5') deja definitivamente muerto al traumatizado.

Este cuadro dramático se presenta en los traumatismos violentos que comprometen la zona del epigastrio o mesogastrio, por encontrarse en el centro neurovegetativo del abdomen (plexo solar) Más frecuente es el shock inicial, que es el colapso neurovegetativo secundario al trauma que produce pérdida de conciencia, hipotensión marcada con bradicardia, palidez intensa y sudoración fría; estado de duración corta, que puede ser desde 1' a 60'. Hay recuperación

asistida cuando es posible; de otro modo es espontánea lográndose superar el trance.

Este tipo de shock es de causa neurogénica, que no debe confundirse con el shock hipovolémico o el shock séptico que puede manifestarse en la evolución del cuadro.

**El dolor** es un síntoma capital en la evolución del abdomen con traumatismo. La semiología del dolor debe ser analizado en todos sus aspectos durante un tiempo de 24 horas iniciales. La localización, el tipo, forma de inicio, la irradiación, relación con los movimientos de la respiración intensidad, variaciones en el tiempo, etc. Es un síntoma de los más importantes para el diagnóstico, de ahí la necesidad de su estudio exhaustivo.

**Vómitos:** Pueden existir vómitos en forma precoz, de tipo mucoso o de alimentos y que son de naturaleza refleja, condicionados por el miedo o el pánico. Por el contrario, los vómitos tardíos (4 a 6 horas), son por irritación peritoneal, por infección o secreciones libres en la cavidad. Pueden ser hemáticos, por desgarros en la pared del estómago o por hematemesis, secundarias a lesión de hígado o vías biliares.

### **Contractura de la pared abdominal:**

La pared abdominal tiene un estado de normotonicidad peculiar para cada individuo, según la edad y el sexo; pero en el paciente traumatizado este estado se altera hacia la contractura parcial o general, debido al reflejo visceroparietal secundario a la agresión peritoneal. Inmovilidad del diafragma: signo característico del trauma-tizado de abdomen, que se evidencia por la respiración muy superficial, preferentemente costal, evitando movilizar el vientre para no condicionar dolor. Se acompaña de polipnea. Pueden existir signos típicos en el traumatizado de abdomen, como la equimosis periumbilical (halo violáceo alrededor del ombligo) en los casos de lesión pancreática o de ruptura de la cara posterior del duodeno. Síntomas generales: puede haber variaciones de la temperatura, de las constantes corpusculares y de signos vitales en el paciente

traumatizado. En la etapa de shock inicial, puede haber hipotermia, la que posteriormente se normaliza y luego puede elevarse a 38° ó 38.5°; en casos de infección peritoneal, se pone en evidencia a las 6 horas en promedio. Las constantes corpusculares varían, cuando hay extravasación sanguínea disminuye el hematocrito, el nº de hematíes y puede presentarse el shock hipovolémico.

Las constantes vitales, tipo pulso, presión arterial, diuresis, son datos que deben controlarse continuamente en el Trauma Abdominal; para advertir oportunamente la instalación de un cuadro hemorrágico intraperitoneal. Cuando estas variaciones son significativas, debe actuarse antes de que se produzca la descompensación irreversible.

### **2.3.2 TECNICA UTILIZADAS COMO MEDIOS DE EVALUACION**

**a) La laparoscopia.** -las primeras experiencias para evaluaciones de pacientes con sospecha de lesiones en traumatismo abdominal.

La introducción de cámara de televisión con chip de computadora permitió proyectar la imagen laparoscópica en un monitor de video, así se abrió un gran espacio para los cirujanos al aplicar la laparoscopia no sólo como método diagnóstico, sino también como tratamiento.

Hay un gran afán de readiestramiento de los cirujanos y reequipamiento de las salas de operaciones. Con esta transformación permanente de video tecnología, el cirujano y personal entrenado está avanzando con rapidez por ser un proceso dinámico en evolución y revisión constante para alcanzar a ser un método seguro, benéfico y efectivo en manos bien entrenadas.

La laparotomía exploradora constituye un método terapéutico en pacientes con traumatismo abdominal y sospecha de lesiones viscerales, permite reparar de inmediato las lesiones graves producidas por el trauma. La elección de este examen está determinada por el estado hemodinámico del paciente traumatizado, lo mismo que por el mecanismo de la lesión. En aquellos que presentan inestabilidad hemodinámica debe valorarse con exámenes que

ofrezcan resultados rápidos de manera que pueda tomarse una decisión inmediata de realizar laparotomía y reducir los retrasos operatorios, con lo cual disminuye la incidencia de morbi-mortalidad; la paracentesis, el lavado peritoneal diagnóstico y la ultrasonografía satisfacen estos requerimientos mientras que la tomografía computarizada y la laparoscopia están indicadas para pacientes hemodinámicamente estables como condición fundamental. La laparoscopia diagnóstica puede realizarse en la cama del paciente, en las salas de la UCI, con anestesia local o general, si se realiza en sala de operaciones puede ser hasta de tipo terapéutico o convertirla en laparotomía si la gravedad y las condiciones del caso lo exigen.

### **a.1 Técnica Laparoscópica**

Preparación del paciente: Como para toda intervención quirúrgica, debe obtenerse el consentimiento informado del paciente y de su familia. Se descomprimen el estómago y la vejiga con la finalidad de tener el mínimo riesgo de aspiración pulmonar y de lesión iatrogénica del estómago o de la vejiga. Si hay una probabilidad razonable de lesión diafragmática debe colocarse un tubo torácico para prevenir el neumotórax a tensión.

La realización en la cama del paciente en los servicios de emergencia o de cuidados intensivos, debe estar restringida sólo a pacientes con dificultades para su movilización al quirófano. Es preferible que la exploración laparoscópica se realice en sala de operaciones, donde se encuentra preparado el material necesario no sólo para el examen, sino también para el tratamiento y la conversión a laparotomía si el caso lo exigiera. Puede efectuarse la laparoscopia bajo anestesia local, con sedación intravenosa o sin ella tomando las precauciones debidas para garantizar la seguridad del paciente, sin embargo es casi imposible realizar un examen completo del abdomen bajo anestesia local; por tanto, si se quiere disminuir el riesgo de errores, debe ser sometido el procedimiento bajo anestesia general y en sala de operaciones que permita disponer de mesa rotatoria, emplear más trócares para manipular con seguridad las vísceras con un equipo de vigilancia y disponibilidad de apoyo anestésico.

**Equipo:** Debe disponerse de un equipo básico de laparoscopia, con instrumental adecuado y personal entrenado.

En pacientes con trauma abdominal contuso hemodinámicamente estables está indicada la laparoscopia en aquellos de difícil diagnóstico de lesión visceral, con examen clínico y de laboratorio e imágenes no contributivo, cuando la observación puede ser peligrosa o la intervención quirúrgica inútil, puede tener alta posibilidad de morbimortalidad.; sin embargo, ante cualquier duda razonable de lesión mayor o inestabilidad la indicación es realizar laparotomía. La exploración laparoscópica del abdomen debe iniciarse con examen del diafragma y pared abdominal, pueden utilizarse métodos de contraste o colorantes fluorescentes como ayuda diagnóstica. El tipo de lesión a encontrar dependerá del órgano comprometido: hemoperitoneo en lesiones de víscera sólida y mesenterio, peritonitis en lesiones de intestino, colon y la magnitud de hematoma retroperitoneal. Las posibilidades terapéuticas deben ser realizadas por personal muy entrenado, con disponibilidad de material e instrumental adecuado.

## **a.2 Laparoscopia en trauma abdominal penetrante**

Independientemente del mecanismo de lesión, los pacientes con trauma abdominal penetrante y signos vitales anormales o inestables y los que presentan peritonitis deben ser sometidos a laparotomía sin demora. Cuando se encuentran estables se realiza exploración local de la herida. Si la pared abdominal anterior no ha sido penetrada el paciente es dado de alta.

Las heridas por proyectil de arma de fuego de baja velocidad en el flanco y las heridas tangenciales en la pared abdominal tienen muy poca probabilidad de causar lesiones intraabdominales de consideración. Los pacientes con este tipo de heridas donde hay duda de penetración o la posibilidad de lesión mínima se benefician con la laparoscopia.

Debido a la insensibilidad de la exploración laparoscópica para las lesiones de intestino delgado, debe realizarse un examen exhaustivo de las asas intestinales,

si existe cualquier sospecha de compromiso de lesión se convertirá a laparotomía de inmediato. Las lesiones penetrantes de la región posterior del abdomen y los flancos, se evalúan mejor con la TAC. (2)

### **2.3.3 LAPARATOMIA EXPLORATORIA:**

La laparotomía exploratoria es una operación en la que se abre el abdomen para averiguar la causa de ciertos problemas, como dolor o sangrado abdominal, que no puede detectarse con otras pruebas. Resulta especialmente útil en casos de traumatismo abdominal que requieren tratamiento inmediato. Si se encuentra la causa del problema, el tratamiento suele hacerse al mismo tiempo. Para realizar la cirugía, se practica una incisión grande que le permite al proveedor de atención médica ver y examinar directamente los órganos en el interior del abdomen. En algunos casos, puede usarse laparoscopia exploratoria con una cámara y varias incisiones pequeñas. No obstante, hay muchas circunstancias en las que se prefiere la laparotomía exploratoria. Siga leyendo para obtener más información sobre la laparotomía exploratoria (2).

**2.3.4 CUIDADOS DE ENFERMERIA:** Es un proceso donde se adquiere actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su trabajo a través de la práctica y el desempeño en el área donde labore. El cuidado es asistir a un individuo o interpretar su propia realidad a través de los tiempos, la acción de cuidar siempre ha trascendido y según se estudie desde la óptica cultural, religiosa, sociológica, psicológica, antropológica, económica, o medicamente, tiene singularidades y especificidades que directa o indirectamente influyen ya sea en quien da y quien recibe la acción de cuidar, en por qué y para que el cuidado, en el dónde y cuándo se cuida y en el cómo y con que se cuida. La acción de cuidar requiere de un sujeto, el cuidador. •Puede ser ejercida por la propia persona, se habla del auto-cuidado y si es ejercida por una familia y/o amigo, nos referimos al cuidado afectivo-instintivo. Los cuidados de enfermería son el pilar de la recuperación favorable del paciente, el concepto dado por diferentes teóricos de enfermería lo definen como parte fundamental de la práctica de enfermería; la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, individuo o paciente cuando se ejerce la acción de

cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando éste se da en el continuo salud enfermedad y al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin. La asistencia de enfermería en el postoperatorio entraña el cuidado intensivo con la finalidad de apreciar el estado del paciente psicológica y físicamente e intervenir eficazmente para fomentar la recuperación, prevenir y apreciar oportunamente las complicaciones, proteger al paciente de lesión durante el período de inconsciencia, aliviar molestias y ayudar al paciente a recuperar su independencia (14).

**2.3.5 PACIENTE POSTOPERADO:** Es el paciente que se atiende en la etapa postquirúrgica, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresada a la sala de recuperación post anestésica. El postoperatorio se divide en dos fases la primera es el postoperatorio inmediato, que se caracteriza por la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención comprende las primeras 24 horas post intervención quirúrgica; la segunda fase es el periodo de resolución y curación, comprende a partir de las 24 horas hasta las 72 horas (1)



## CAPÍTULO III

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

#### 3.1 Valoración

##### 3.1.1 DATOS DE FILIACIÓN:

Paciente: C.M.A

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Edad: 34

Fecha de nacimiento 29 / 03 /1986

Fecha de ingreso al servicio: 26 / 07 / 2020

Fecha de valoración 20 / 08 /2020

Historia clínica: 765182

**3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA:** Paciente es traído por personal policial tras sufrir agresión con arma de fuego según referencias por terceros. Aliento etílico, orificio por proyectil de arma de fuego en tórax a 6 a 7 del espacio intercostal derecho, y la línea medio clavicular, abdomen doloroso a la palpación, orificio por proyectil de arma de fuego en antebrazo izquierdo, orina hematórica.

Diagnostico medico:

- ✓ trauma abdominal por proyectil de arma de fuego
- ✓ Trauma musculo-esquelético por proyectil de arma de fuego en miembro superior derecho y muslo derecho.

**3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL:** Paciente ingreso al servicio de cirugía el día 26 de julio de 2020, pos

operado de laparotomía exploratoria+ rafia hepática,+ rafia gástrica por trauma abdominal. Con vendaje compresivo más férula de yeso en miembro superior e inferior derecho.

Actualmente paciente refiere dolor a nivel de herida operatoria, niega náuseas y vómitos. Al examen físico en aparente regular estado general, en aparente regular estado de hidratación, con presencia de sonda nasogástrica clampada, abdomen con ruidos hidroaéreos, blando depresible, no doloroso a la palpación no reacción peritoneal, drenajes serohemáticos, heridas cubiertas con apósitos secos, a nivel genitourinario con presencia de sonda vesical con irrigador vesical conectada a cloruro de sodio a 15 gotas se observa la bolsa colectora con orina ligeramente clara, con miembro superior e inferior derecho con férula y vendaje miembro superior izquierdo se le observa con vía periférica pasando intravenoso dextrosa al 5% más agregados y miembro inferior sin vendaje.

#### **3.1.4 ANTECEDENTES:**

**a) ANTECEDENTES PERINATALES:** No refiere

**b) ANTECEDENTES FAMILIARES:** Manifiesta que ninguno

**c) ANTECEDENTES PERSONALES:**

ASMA cuando era niño. COVID positivo en mayo actualmente COVID IG G(positivo). Niega: Alergias, Pero si manifiesta que consume de manera casual todo tipo de bebidas alcohólicas.

**d) ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES:**

**Religión:** católico

**Centro de trabajo:** en diversas actividades construcción, pintura.

**Grado de instrucción:** Secundaria completa

### **3.1.5 EXAMEN FÍSICO:**

#### **Control de signos vitales**

Presión arterial: 120/70 mm Hg

Frecuencia cardiaca: 110 por minuto

Frecuencia respiratoria: 25 por minuto

Temperatura: 38.6 °C

Sat. O<sub>2</sub> 95% día

O<sub>2</sub> 92% noche

#### **Exploración céfalo caudal:**

- Piel: caliente, húmeda, elástica, a la palpación llenado capilar <2'.
- Cabeza: Normo cefálico (no se palpa ganglios ni masas)
- Oreja: Simétricas y con buena audición
- Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.
- Boca: Grande sin lesiones. Mucosa hidratada.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico, móvil con presencia de catéter venoso central en subclavia derecha.
- Tórax: Simétrico, a la auscultación se evidencia roncales, sucrepitos murmullo vesicular disminuido; pulso cardiaco presenta taquicardia (por fiebre); no soplos.
- Mamas: Simétricas sin lesiones ni secuelas.
- Abdomen: con ruidos hidroaéreos presentes no globuloso, no distendido, se observa a nivel del mesogastrio herida operatoria afrontada puntos limpios y secos cubiertos con apósito, se observa en el flanco derecho un drenaje penrose con 35 cc de secreción serosa y en flanco izquierdo con drenaje penrose con secreción seroso turbio (achocolatado) derecho superior, con dolor difuso a la palpación.

- Genito urinario: Normal con presencia de catéter urinario, con irrigador vesical conectado a cloruro de sodio al 9 % 1000cc a bolsa colectora, orina ligeramente clara
- Columna vertebral: Normal, "refiere dolor por estar en esta cama".
- Extremidades: Superiores derecho con presencia de férula de yeso con vendaje compresivo, miembro izquierdo con presencia de vía periférica pasando dextrosa al 5% más agregados, e inferiores simétricas con edemas piel oscura y seca.
- Fuerza muscular: Disminuida

## INDICACIONES MÉDICAS

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

DROGA	DOSIS	VÍA
Dextrosa 5% +electrolitos clk 20%+CINa20%	35 gotas por minuto	IV
Omeprazol	40 mg c/24 h	EV
Meropenen	1g c/8h	EV
Vancomicina	1g c/12h	EV
Metronidazol	500mg c/8h	EV
Ciprofloxacino	400mg c/12h	EV
Ketoprofeno	100mg c/8 h	EV
Tramadol	50mg c/12h	SC
Metamizol	1.5gr	EV O IM
Salbutamol (aerosol)	2 puff c/6 h	Vo

	<b>TERAPEUTICA</b>	
Fisioterapia Respiratoria.	10 a 15´ c/6 h	(uso del inspirómetro personal)
BHE	c/12h	-----
Control-drenajes	c/4h	-----
CFV	c/2h	-----
DIETA:	NPO	-----

EV: Endovenoso

SNG: sonda Nasogástrica

FE: Formula enteral

CFV: Control de funciones vitales

PRN: Condicional VO: Vía oral

BHE: Balance Hídrico Estricto

### 3.1.6 EXÁMENES AUXILIARES:

#### Hematológicos (27/07/20)

<b>HEMOGRAMA</b>	<b>RESULTADOS</b>
Leucocitos	14.5.*10 <sup>3</sup> cel/μL
Hematíes	5.03*10 <sup>3</sup> cel/μL
Hemoglobina	15.9 g/Dl
Hematocrito	49.3 %
Linfocitos	30.9
Tiempo de protrombina	13.4 seg
INR	0.94

INR: Índice Internacional Normalizado.

<b>HEMOGRAMA</b>	<b>RESULTADOS</b>
Leucocitos	21.80*10 <sup>3</sup> cel/ $\mu$ L
Hematíes	3.61*10 <sup>3</sup> cel/ $\mu$ L
Hemoglobina	11.0 g/Dl
Hematocrito	34.8 %
Linfocitos	1.96*10 <sup>3</sup>
Tiempo de protrombina	13.4 seg
INR	0.94

<b>BIOQUÍMICA DE LA SANGRE</b>	<b>RESULTADOS</b>
Glucosa	94
Urea	21
Creatinina	0.64
Sodio	138
Potasio	3.48
Cloro	109.6

<b>ORINA</b>	<b>RESULTADOS</b>
Color	Amarillo
Aspecto	Lig. Turbio
Densidad	1.05

Ph	7.1
Leucocitos	>100 x campo

<b>Gases Arteriales</b>	<b>RESULTADOS</b>
PH	7.44
PCO <sub>2</sub>	28.3
PO <sub>2</sub>	88.3
HCT	25%
K <sup>+</sup>	3.48mmol/L
Na <sup>+</sup>	138.2 mmol/L
Cl	109.6mmol/L
Ca <sup>++</sup>	28.3
Glu	88.3
Lac	0.8mmol/L
TCO <sub>2</sub>	20.4mmol/L

FICHA DE RESULTADOS DE PRUEBA RAPIDA

Reactivo Ig M		
Reactivo Ig G	X	REACTIVO
Reactivo Ig M/ Ig G		
No reactivo		
Invalido		

### 3.1.7 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

#### **DOMINIO I. Promoción de la salud.**

**Clase 1.** Toma de conciencia de la salud:

**Clase 2.** Gestión de salud.

Disposición para mejorar la gestión de la salud (cod162). paciente manifiesta “deseo recuperarme”, “deseo estar con mi familia” si falta algo cuentea conmigo.

#### **DOMINIO II. Nutrición**

**Clase 1. Ingestión:** Sonda Nasogástrica clampada paciente en NPO (nada oral).

**Clase 2. Digestión:** No hay presencia de residuos gástricos.

**Clase 3. Absorción:** Ninguno por el momento

**Clase 4. Metabolismo:** Hemoglucotex = 94 mg/dL

**Clase 5. Hidratación:** indicación médica Dextrosa al 5% más agregados electrolitos (Nacl 20% 1 ampolla y Clk 20% 1 ampolla) a 35 gotas por minuto. Dx. Riesgo de desequilibrio electrolítico.

#### **DOMINIO III. Eliminación**

**Clase 1. Función urinaria:** Presencia de catéter urinario conectada a un irrigador vesical (orina ligeramente colurica). Balance hídrico = -1,350. Dx: Retención urinaria.

**Clase 2. Función gastrointestinal:** Portador de dos drenes penrose en zona abdominal en flanco izquierdo (1) y derecho (2) conectada a bolsa de colostomía, con contenido seroso la derecha y color turbio en el izquierdo en el mesogastrio se observa puntos confrontados y cubiertos con apósito limpio, y seco.

**Clase 3. Función tegumentaria:** Presencia de lesiones flictenas, hematomas en ambos miembros superiores e inferiores, en miembro superior e inferior derecho se observa vendaje compresivo más férula de yeso.



**Clase 4. Función respiratoria:** ventilando espontáneamente con Sat O<sub>2</sub> 95% en el día y en la noche 91%. Antecedente de Asma, Actualmente COVID IG G (+) Deterioro en el intercambio de gases.

#### **DOMINIO IV. Actividad y reposo**

**Clase 1.** Sueño/reposo: indican Reposo forzado, sueño conservado. Dx. trastorno del patrón de sueño.

**Clase 2.** Actividad/ejercicio: Reposo forzado por presencia de catéteres, manifiesta tener dificultades al mover su pierna y su brazo, dificultad para movilizarse Dx. Deterioro de la ambulación,

**Clase 3.** Equilibrio/energía: presenta dificultades, manifiesta fatiga,

**Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: Tiene antecedente de asma, covid IG +, hipertensión arterial controlada con medicación presión arterial = 120/60 mm Hg; frecuencia cardíaca con taquicardia = 120 x min por tener la temperatura = 38.4°C, frecuencia respiratoria = 22 x min, saturación = 95% con oxígeno ambiental.

**Clase 5.** Autocuidado: Asistido por el personal técnico, para el baño. Si se lava las manos y los dientes con ayuda.

#### **DOMINIO V: Percepción – Cognición**

**Clase 1.** Atención: Responde al interrogatorio.

**Clase 2.** Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona.

**Clase 3.** Sensación-percepción: Por tener colostomía e ileostomía esta disminuida la sensación de evacuación.

**Clase 4.** Cognición: No alterado conocimiento deficiente y control emocional inestable.

**Clase 5.** Comunicación: Por momentos con deterioro de la comunicación se muestra irritable.

#### **DOMINIO VI. Autopercepción**

**Clase 1.** Autoconcepción: Desesperanza.

**Clase 2.** Autoestima: Riesgo de baja autoestima por ser soltero y no tener mucha visita.

#### **DOMINIO VII. Rol/Relaciones**

**Clase 1.** Rol de cuidador: Riesgo de cansancio de la hermana quien la visita siempre.

**Clase 2.** Relaciones familiares: Hermana refiere que ya está cansada, pero continuara visitándolo. Trae pañales y compra medicamentos que no le da el SIS.

**Clase 3.** Desempeño del rol: No aparentan conflictos familiares.

#### **DOMINIO VIII. Sexualidad**

**Clase 1.** Identidad sexual: No refiere.

**Clase 2.** Función sexual: No refiere.

**Clase 3.** Reproducción: No tiene hijos.

#### **DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés**

**Clase 1.** Respuesta post traumática: Refiere que nunca pensó pasar por todos estos eventos (operación curación, baño, limpieza de drenaje). Riesgo de síndrome post traumática.

**Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: Siente ansiedad por salir del hospital, estrés con sobrecarga. Deterioro de la regulación del estado de ánimo.

**Clase 3.** Estrés neurocompartamental: Riesgo de disreflexia autónoma.

#### **DOMINIO X. Principios vitales**

**Clase 1.** Valores: Por momentos reacción a la atención y trata mal al personal de salud.

**Clase 2.** Creencia: Refiere tener religión católica.

**Clase 3.** Congruencia entre valores/creencias/acciones: Se aprecia riesgo de deterioro de la religiosidad, hay sufrimiento espiritual y moral. Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente.

#### **DOMINIO XI. Seguridad y protección**

**Clase 1.** Infección: Febril, Leucocitosis y procedimientos invasivos: Sondas nasogástrica, catéter venoso central, catéter urinario.

**Clase 2.** Lesión física: Heridas por venopunción irritación periestomal, no roncantes, no sibilantes, no crépitos.

**Clase 3.** Violencia: Riesgo de agresión al personal que lo asiste cuando no acepta un procedimiento.

**Clase 4.** Peligros del entorno: Riesgo de contaminación del catéter venoso central, ya que el paciente manipula drenajes con las manos y se agarra el cuello.

**Clase 5.** Procesos defensivos: Se observa irritación en estomas como respuesta al látex de la bolsa colectora.

**Clase 6.** Termorregulación: Alza térmica 38.4 °C.

#### **DOMINIO XII. Confort**

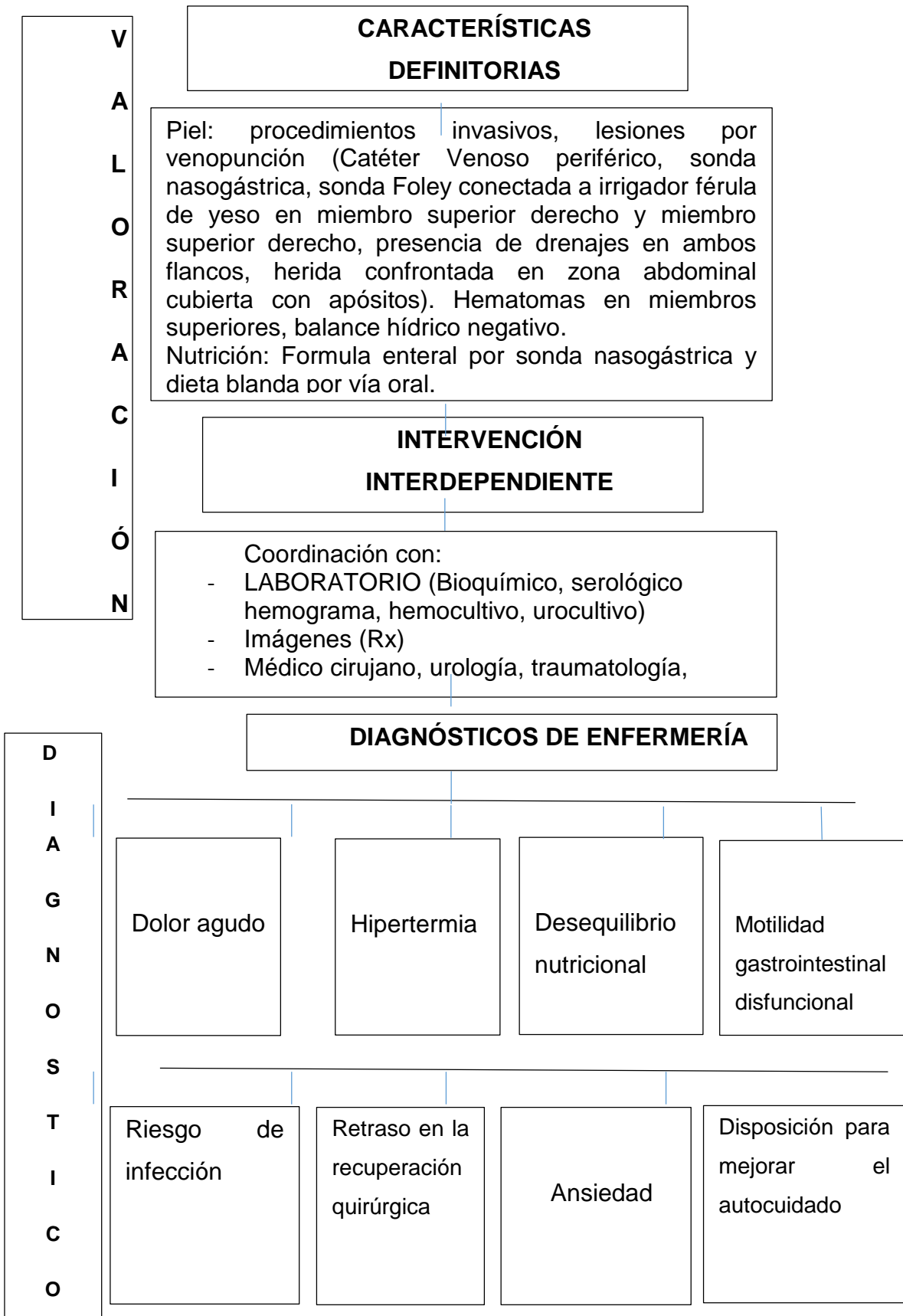
**Clase 1.** Confort Físico: Con facies de malestar por alza térmica y dolor abdominal.

**Clase 2.** Confort del entorno: Cubierto con sabana y bata hospitalaria.

#### **DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo**

**Clase 1.** Crecimiento: Riesgo de retraso en el crecimiento desproporcional.

### 3.1.8 ESQUEMA DE VALORACIÓN FLUJOGRAMA



## **3.2 Diagnóstico de enfermería**

### **3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:**

Presencia de procedimientos invasivos

Edema de miembros superiores e inferiores

Balance hídrico negativo

Lesión por venopunción

Leucocitosis

Hipertermia

Saturación de 97% a 92%

Ansiedad

### **3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO:**

- ✓ Dolor agudo
- ✓ Riesgo de infección
- ✓ Hipertermia
- ✓ Ansiedad
- ✓ Motilidad gastrointestinal
- ✓ Retraso en la recuperación quirúrgica
- ✓ Disposición para mejorar el autocuidado.
- ✓ Desequilibrio nutricional debajo de los requerimientos

### 3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
<b>Dolor agudo</b>	R/C agente lesivos físicos	La expresión del paciente. Se observa la herida quirúrgica enrojecida, la presencia de drenajes. EVA. 8. FC 110 x´	<b>Dominio 12 Confort. Clase1. Confort Físico Código: 00132. Dolor agudo</b>
<b>Hipertermia</b>	R/C enfermedad R/C sepsis	Temperatura 38.6°C Herida quirúrgica enrojecida Sudoración profusa	<b>Dominio 11 Seguridad/ protección Clase:1 Infección 0007 Hipertermia</b>
<b>Desequilibrio nutricional: inferior: a las necesidades corporales</b>	R/C Procedimientos invasivos.	Paciente NPO. (nada por vía oral). Dextrosa 5% + agregados BHE (negativo). Presencia de 3 drenajes con contenido en la zona abdominal.	<b>Dominio 2 Nutrición Clase 1 Ingestión 0002 Desequilibrio nutricional inferior</b>

<b>Riesgo de infección</b>	R/C Drenajes en zona abdominal. Herida quirúrgica Vía periférica Sonda nasogástrica Sonda Foley	Presencia en mesogastrio herida confrontada de 10 cm. Presencia en flanco derecho (2)drenajes con contenido seroso, seros y flanco izquierdo(1)con escaso contenido seroso	Dominio 11 Clase 1. Infección Código: 00004 Riesgo de infección
<b>Motilidad gastrointestinal disfuncional</b>	Inmovilidad	Presencia de férula de yeso en miembro superior (D) e inferior (D) presencia de drenajes en ambos flancos (D) e (I). Ausencia de deposiciones. Ausencia de flatos.	Dominio 3 Clase 2 00196 Función gastrointestinal

<p><b>Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica</b></p>	<p>R/C antecedente de retraso en la curación de las heridas. R/C deterioro de la movilidad</p>	<p>Apósitos humedecidos sero-hemáticos en sitio operatorio. Drenaje (D) con contenido seroso, Drenaje (IZQ) purulento</p>	<p>Dominio 11 Clase 2. lesión física Código: 00100 Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica.</p>
<p><b>Ansiedad</b></p>	<p>R/C incertidumbre Temor Aprensión</p>	<p>Preguntas frecuentes. ¿cuándo me voy de alta? Puedo tomar o comer algo).me estoy recuperando o solo me quieren tranquilizar. Tengo una hija pequeña.</p>	<p><b>Dominio 9</b> <b>Clase 2.</b> <b>Respuesta de afrontamiento</b> <b>Código: 00146</b> <b>Ansiedad.</b></p>
<p><b>Disposición para mejorar el autocuidado.</b></p>	<p>R/C enfermedad</p>	<p>Deseo de mejorar el autocuidado, Conocedor de su enfermedad, Evitar los factores de riesgo.</p>	<p><b>Dominio 1</b> <b>Clase 2.</b> <b>Codigo.00162</b> <b>Gestión de la salud</b></p>



### III.PLANIFICACIÓN

#### 3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p><b>Dominio 12 Confort.</b>  <b>Clase1. Confort Físico</b>  <b>Código: 00132.</b>  <b>Dolor agudo</b>  <b>r/c agente lesivo</b></p>	<p><b>Código NOC:1605</b></p> <p><b>Control de dolor</b></p> <p>Indicadores:</p> <p>Escala de valorac. (1-5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce factores causales.</li> <li>• Reconoce el comienzo al dolor.</li> <li>• Utiliza medidas preventivas.</li> <li>• Utiliza analgésicos de forma apropiada.</li> </ul> <p><b>Código NOC :2101</b></p> <p><b>Efectos nocivos de dolor</b></p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>° Estado de ánimo.</li> <li>° Falta de paciencia.</li> <li>° Trastorno del sueño.</li> <li>° Movilidad física alterada.</li> <li>° Higiene personal alterada</li> </ul> <p><b>Código NOC :2102</b></p> <p><b>Nivel de dolor</b></p> <p>Dolor referido  Frecuencia del dolor  Duración del dolor.  Expresión oral y facial del dolor</p>	<p><b>Código NIC:1400</b></p> <p><b>Manejo del dolor</b></p> <p>-Realizar una valoración exhaustiva del dolor, localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor. Observar las características verbales o no verbales. Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Utilizar estrategias de comunicación terapéutica. Considerar las influencias culturales sobre el dolor. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles. Utilizar un método de valoración del dolor (causa, tiempo, duración)</p>	<p>Disminuye el dolor del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizó la escala de EVA en la valoración del dolor del paciente en el 90%.</li> <li>• Se realizó el uso de analgésicos prescritos al 100%.</li> <li>• Se observó un 90 % compromiso del paciente, familia en su recuperación.</li> <li>• Se aplicó la comunicación terapéutica al 60%</li> </ul>

<p><b>Dominio 11</b>  <b>Seguridad/protección</b>  <b>Clase:1 Infección</b>  <b>0007 Hipertermia</b>  <b>R/C enfermedad</b>  <b>R/C Deshidratación</b></p>	<p><b>Código NOC: 0800</b></p> <p><b>Termorregulación</b></p> <p>Disminución de la temperatura.</p> <p>Indicadores (escala 1-5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• T° corporal.</li> <li>• Ausencia cefaleas.</li> <li>• Ausencia de dolor muscular</li> </ul> <p><b>Código NOC: 0802</b></p> <p><b>Signos vitales</b></p> <p>Estado de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Indicadores:</b></li> <li>• temperatura</li> <li>• Frec. del pulso apical.</li> <li>• Frec. del pulso radical.</li> <li>• Presión arterial.</li> </ul> <p><b>Código NOC: 0602</b></p> <p><b>Hidratación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación Cutánea</li> <li>• Ausencia de edema</li> <li>• Ausencia de fiebre.</li> <li>• Ausencia de dificultad respiratoria.</li> <li>• Diuresis.</li> <li>• Presión arterial.</li> </ul>	<p><b>Código NIC: 003740</b></p> <p><b>Tratamiento de la fiebre.</b></p> <p>Monitorizar la temperatura corporal y color de piel.</p> <p>Monitorizar los signos vitales.</p> <p>Comprobar los valores de recuento de leucocitos.</p> <p>Administración de medicamentos antipiréticos prescritos.</p> <p>Realizar baño tibio de esponja.</p> <p>Favorecer la ingesta de líquidos e intravenosos.</p> <p>Aplicar bolsa de hielo en ingle y axilas.</p> <p>Monitorizar la presencia de arritmias cardíacas.</p> <p>Balance Hídrico.</p> <p>Monitorizar la presencia de anormalidad en los electrolitos.</p> <p>Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería.</p>	<p>Disminuye la fiebre del paciente al 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de los resultados de laboratorio (leucocitos en orina)</li> <li>• Monitoreo continuo de las funciones vitales al 100%</li> <li>• Administración de intravenosos de acuerdo al requerimiento calórico del paciente al 100%</li> <li>• Se realizó al 90% el ingreso y egreso de los volúmenes de ingreso al paciente registrado en balance Hídrico</li> </ul>
--	--	---	---

<p><b>Dominio 11</b>  <b>Seguridad y protección</b>  <b>Clase 1. Infección</b>  <b>Código:</b>  <b>00004</b>  <b>Riesgo de infección</b>  <b>R/C Procedimiento invasivo.</b>  <b>R/C alteración de las defensas primarias</b>  <b>R/c alteración de las defensas secundarias</b></p>	<p><b>Código NOC: 1101</b>  Integridad tisular piel y membranas.</p> <p><b>Código NOC: 1609</b>  Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.</p> <p><b>Código NOC: 1807</b>  Conocimiento: Control de la infección</p> <p><b>Código NOC: 1902</b>  Control de riesgo</p> <p><b>Código NOC:1908</b>  Detección del riesgo</p>	<p><b>Código NIC :6540</b>  <b>Control de infecciones</b></p> <p>-Limpiar el ambiente del paciente.</p> <p>-Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.</p> <p>- Mantener técnicas de aislamiento y distanciamiento.</p> <p>- Limitar el número de visitas, si procede.</p> <p>- Enseñar el lavado de visitas, si procede.</p> <p>Enseñar el lavado de manos.</p> <p>Instruir al paciente y familia acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</p> <p>Poner en practica precauciones universales.</p> <p>Prevención y detección precoz de las infecciones.</p> <p>Cuidado de los catéteres: sonda nasogástrica, Foley vía periférica.</p> <p><b>Código NIC: 3660</b>  <b>Curación de las heridas</b></p> <p>Prevención de las complicaciones de las heridas.</p> <p>Cuidado de las heridas de la intervención, de los drenajes.</p> <p>Cuidado del sitio de incisión: limpieza, seguimiento y fomento de la curación.</p> <p>Irrigación de las heridas.</p>	<p>Se logró al 90% mantener las normas de asepsia al paciente.</p> <p>Se estableció al 60% protocolos de ingreso y egreso en la visita o recojo de receta</p> <p>Lavado de manos 100%</p> <p>Uso de epps al 100% (trabajo con epps).</p> <p>Se logró el 80% del compromiso del familiar, ya que el acceso está restringido para los familiares.</p> <p>Se cumplió al 100% en el cuidado de los catéteres, sonda nasogástrica, Foley, vía periférica</p>
--	---	--	---

<p><b>Dominio 3</b>  <b>Eliminación / Intercambio</b>  <b>Clase 2</b>  <b>00196</b>  <b>Función</b>  <b>gastrointestinal</b>  <b>Motilidad gastrointestinal disfuncional</b>  <b>R/C inmovilidad</b>  <b>R/c cirugía</b></p>	<p><b>Código NOC:</b>          -Control del síntoma</p> <p><b>Código NOC: 0501</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación intestinal</li> <li>• Patrón de eliminación.</li> <li>• Control de movimientos intestinales.</li> <li>• Ausencia de peristaltismo intestinal visible.</li> </ul> <p><b>Código: NOC 0602</b></p> <p>-Hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidratación Cutánea</li> <li>• Ausencia de edema</li> <li>• Ausencia de fiebre.</li> <li>• Ausencia de dificultad respiratoria.</li> <li>• Diuresis.</li> <li>• Presión arterial.</li> </ul>	<p><b>Código NIC: 0430</b>  <b>Manejo intestinal.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen, y color si procede.</li> <li>• Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.</li> </ul> <p><b>• Código NIC: 2000</b>  <b>Manejo de líquidos y electrolitos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si los electrolitos están en los valores normales. Mantener acceso IV permeable.</li> <li>• Mantener solución intravenosa que contenga electrolitos a un flujo constante.</li> <li>• Realizar control de gases arteriales y electrolitos.</li> <li>• Observar si hay pérdida de electrolitos, en heridas, drenajes, ostomías, diaforesis.</li> <li>• Realizar el uso de inspirómetro por 10 a 15' cada 6 horas</li> </ul>	<p>Se realiza al 100% el control del manejo intestinal(deposición) movimientos intestinales.</p> <p>Se mantiene en observación constante en la administración de intravenosos, fluidos y electrolitos a través de la bomba de infusión al 99%.</p> <p>Se realiza el balance hídrico al 100% Se cumple con el control y monitoreo de egresos de líquidos (diuresis, drenajes).</p>
<p><b>Dominio 11</b>  <b>Seguridad/ protección</b>  <b>Clase 2. lesión física</b>  <b>Código: 00100</b>  <b>Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica. R/ C</b>  <b>Agentes lesivos</b>  <b>R/C Contaminación de la herida quirúrgica.</b></p>	<p><b>Código NOC: 1102</b></p> <p><b>-Curación de la herida: por primera intención</b></p> <p>Indicador:( escala 1-5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aproximación cutánea.</li> </ul>	<p><b>Código NIC: 0760</b>  <b>Cuidados del paciente encamado.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el estado de la piel.</li> <li>• Realizar ejercicios de margen de movimientos pasivos y/o activos.</li> <li>• Observar si se produce estreñimiento.</li> </ul>	<p>Se realizó los cambios de posición en bloque enfermero-técnico.</p> <p>Se logró al 100% piel sin escaras.</p> <p>Se logró al 50% movimientos pasivos por la dificultad de tener la férula de</p>

<p><b>IR/C Infección pos operatoria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución de la supuración purulenta.</li> <li>• Resolución de la secreción sanguínea del drenaje.</li> <li>• Resolución del aumento de la temperatura cutánea.</li> </ul> <p><b>Código NOC</b></p> <p>-Nivel del dolor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la función urinaria</li> <li>• Monitorizar el estado pulmonar</li> </ul> <p><b>Código NIC:3660</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de las heridas.</li> <li>• Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida.</li> <li>• Anotar las características de las heridas</li> <li>• Anotar las características de los drenajes producidos.</li> <li>• Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.</li> <li>• Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida</li> </ul> <p><b>Código NIC:3440</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados del punto de incisión.</li> <li>• Explicarle siempre al paciente.</li> <li>• Vigilar el proceso de curación.</li> <li>• Limpiar de lo más limpio a lo más contaminado</li> <li>• Limpiar la zona que rodea el drenaje.</li> <li>• Aplicar antisépticos indicados.</li> </ul>	<p>yeso en la pierna y brazo derecho. Lavado de manos 100%.</p> <p>Uso de epps al 100% (trabajo con epps).</p> <p>Curación de heridas al 100%</p> <p>Se realiza en la unidad el control estricto de los drenajes.</p> <p>Se realiza la curación y el vendaje por parte de los médicos bajo la supervisión y monitoreo de la enfermera.</p>
<p><b>Dominio 9</b> <b>Clase 2. Respuesta de afrontamiento</b> <b>Código: 00146</b> <b>Ansiedad. r/c estado de salud</b> <b>r/c entorno</b> <b>r/c situación económica</b></p>	<p><b>Código NOC: 1402</b> <b>Control de la ansiedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de ansiedad, escala de grave a ninguna (1-5)</li> <li>• Indicadores ataque de pánico</li> </ul>	<p><b>Código NIC: 5820</b> Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar los niveles de ansiedad en el paciente</li> <li>• Utilizar un enfoque sereno que de seguridad</li> <li>• Escuche as expresiones de sentimientos y creencias</li> <li>• Apoye el uso de mecanismos de defensa adecuados</li> </ul>	<p>Paciente disminuye su ansiedad al 75%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Utiliza estrategias para superar situaciones estresantes</li> <li>• Disminución de manifestaciones de una conducta de ansiedad</li> </ul>

<p><b>Dominio 4</b> <b>Clase5. Autocuidado</b> <b>Codigo.00182</b> <b>Disposición para mejorar el autocuidado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la frecuencia respiratoria</li> </ul> <p>Código NOC: -Control de la patología.</p> <p>Código NOC: -Nivel de comodidad</p> <p>Código NOC: -Autocuidado efectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayude al paciente a realizar una descripción realista de sucesos que se avecinan</li> <li>• Administre medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritas</li> </ul> <p>Considerar la cultura del paciente.</p> <p>Considerar la edad del paciente.</p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</p> <p>Observar la necesidad por parte del paciente.</p> <p>Proporcionar un ambiente terapéutico, relajante, privada y personalizada.</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.</p> <p>Usarla repetición constante de las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.</p> <p>Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.</p> <p>Establecer una rutina de actividades de autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refiere que a pesar de todo duermo y me siento</li> <li>• descansado cuando amanece</li> <li>• Paciente muestra aceptación sobre sus secuelas de su enfermedad y adaptación al entorno participando en su autocuidado.</li> </ul> <p>El paciente participa al 90% en su autocuidado. a pesar de sus limitaciones.</p> <p>Compromiso al 80% por parte de la familia.</p> <p>El ambiente es terapéutico, al 50% no cuenta con todas las comodidades, pero propicia el reposo del paciente durante su estancia hospitalaria.</p>
---	--	---	--

**FUENTE:**

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association (15).

**LENGUAJE ENFERMERO:** NANDA, NIC Y NOC

## 4.1 Ejecución y evaluación

### 4.1.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA, SOAPIE:

**S** Paciente adulto refiere "Siento calor, me late el corazón, siento que por momentos me falta el aire no puedo dormir no puedo moverme, siento escalofríos en el cuerpo, me duele la herida se observa enrojecimiento me puedo mover por esos yesos y por las bolsas que cuelgan en mi barriga, no como hace días bien, mi brazo derecho y pierna esta hinchada parezco a HOLL me duele la barriga".

**O** Paciente adulto post operado de 6 días por laparotomía exploratoria por traumatismo abdominal; despierto orientado en tiempo, espacio y persona; ventilando espontáneamente al aire ambiental 96% con sonda nasogástrica clampada.

Piel caliente a la palpación, tº38.6. Fc. 110x' sat. 96%;

mucosas poco hidratadas; presenta vía periférica permeable para tratamiento; miembro superior izquierdo, ligeramente edematizado el brazo derecho con lesiones venopunción; se observa abdomen ligeramente distendido, flanco derecho con presencia de 2 drenajes con secreción serosa y la otra secreción purulenta y flanco izquierdo 1 drenaje); herida operatoria con apósitos limpios y secos; presenta catéter urinario conectado a bolsa colectora con irrigación vesical.

**A** Hipertermia relacionada con enfermedad actual evidenciado por temperatura = 38.6 °C, FC 110. Piel caliente al tacto, se observa sudoración, sat O 96%

Riesgo de infección relacionado con efectos colaterales en procedimientos invasivos, y la exposición de los brotes de la enfermedad (proceso quirúrgico, catéter venoso central, sonda nasogástrica, drenaje derecho 1 (seroso) drenaje (seroso purulento) y catéter urinario).

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con enfermedad (paciente 8 días en NPO) (de 80Kg a 50 Kg).

Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud evidenciado por expresión de preocupación, con voz temblorosa y a veces gritando cuando le molesta un procedimiento.

**P** Paciente disminuirá la hipertermia progresivamente.

Paciente disminuirá el riesgo de infección controlando progresivamente.

Paciente mantendrá el requerimiento calórico necesario hasta el inicio de la tolerancia oral

Paciente superara la ansiedad paulatinamente durante su hospitalización.

**I** Lavado de manos antes de la colocación de epps

Colocación del equipo de protección individualizada.

Lavado de manos antes de ingresar a la unidad del paciente.

Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.

Baño de esponja. Colocación de medios físicos en frente, axila, y miembros inferiores.

Colocación de metamizol 1.5 prescrito en ordenes medicas



Se le brinda confort y comodidad. Unidad limpia y ordenada (cama, velador, soporte de medicamentos) colocación de bata limpia

Apoyo al médico en la curación de herida operatoria.

Limpieza de catéter periférico.

Fijación y limpieza de la sonda nasogástrica y sonda urinaria

Apoyo en el cambio de las bolsas conectadas a drenajes observando el contenido se observa secreción serosa en el (D<sub>1</sub>) 20cc en el D<sub>2</sub> escaso contenido y el en el drenaje izquierdo se observa purulento (30cc)

Se brinda comodidad y confort.

Se administra antipirético indicado (metamizol sódico 1.5 g en cloruro 100ml al 9% haciendo uso de una adecuada y aséptica manipulación.

Se le explica al paciente sobre el cuidado de sus drenajes.

## **E**

Paciente hemodinámicamente estable temperatura= 36.8 °C, mejora el deterioro de la integridad cutánea, en buen estado de higiene, incrementa el volumen de sus alimentos, tolera la formula enteral por vía oral, disminuye el riesgo de infecciones agregadas y queda en observación continua.

## CONCLUSIONES

1. La aplicación de un plan de cuidados actualizados en la atención de pacientes post operados de Laparatomía exploratoria por trauma abdominal facilita al personal de enfermería en realizar una adecuada valoración y priorización problemas, establece los diagnósticos y aplica un plan de cuidados sistematizados haciendo uso del lenguaje enfermero (NANDA. NIC Y NOC).
2. Definimos el trauma abdominal como aquella lesión que afecta a la zona abdominal que puede ser abierto o cerrado produciendo daño contundente para lo cual se utiliza la laparotomía exploratoria como medio de reparación para salvaguardar la vida del paciente.
3. Todo paciente post operado inmediato o mediato evidencia dolor en la herida operatoria, la teoría del confort te permite realizar una evaluación de las necesidades fisiológicas (localización, características, intensidad y psicológicas (respuestas verbales, no verbales, fascia del paciente, actitud agresiva, etc.) logrando así la tranquilidad del paciente.
4. La 21 necesidad que se menciona abarca lo biológico, funcional, psicológico, espirituales, etc. en todas las facetas, y también ve la parte familiar, de qué manera se puede contribuir para que el paciente pronto se reincorpore a su medio, a la vez esta teoría evalúa la forma de intervención de enfermera a paciente.
5. El conocer los 13 dominios del NANDA facilita al enfermero emitir diagnósticos de enfermería de manera individualizada las respuestas reales o potenciales que se obtenga permite al enfermero la ejecución

intervenciones oportunas y respuestas en menos tiempo, aplicando siempre el lenguaje enfermero.

6. La disminución de complicaciones en pacientes hospitalarios se centra en el manejo adecuado de la herida operatoria, (localización, tamaño, aspecto, características y la curación de acuerdo a la necesidad existente), de los drenajes, ostomías,(característica, cantidad, etc.), y el inicio de la deambulación temprana, (para evitar disminución del tono y fuerza muscular, presencia de atelectasias, distensión abdominal estreñimiento) de acuerdo a la indicación del médico y a la tolerancia del paciente.
7. El uso de las hojas de control de drenajes cada 6 horas a facilitado al personal médico y enfermera la realización de un balance hídrico adecuado.
8. El uso del inspirómetro cada 6 horas por un tiempo de 10´ a 15´ sobre todo en paciente cirugía abdominal, torax y/o post operado por Laparatomía le ayuda a mejorar su ventilación, expansión pulmonar y sobre todo a prevenir las atelectasias ya que uno de las causas permanentes de estancias prolongadas de los pacientes post operatorios son las neumonías intrahospitalarias.
9. Es necesario la valoración de los exámenes bioquímicos, AGA, de los pacientes, con el fin de evitar una acidosis y/o alcalosis metabólica o respiratoria, hipopotasemia, la pérdida de hidroelectrolitos, deshidratación del paciente.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar la actualización de todas las guías clínicas de la atención de los pacientes pos operados existentes en el servicio de cirugía, aplicando el conocimiento de las enfermeras especialistas, haciendo uso del lenguaje enfermero.
2. Coordinar con el comité científico de enfermería institucional y/o del servicio para la capacitación del equipo profesional de cirugía para disminuir riesgos y aplicar medidas resolutivas en bien del paciente personal y servicio.
3. Desarrollar proyectos de mejora en relación a los formatos de enfermería y del servicio de cirugía que son aplicados por necesidad como la hoja de drenajes, el kardex, la hoja de inspirómetro, así como el flujograma de ingreso y alta del paciente.
4. Valorar e identificar los diagnósticos de enfermería recurrentes en el servicio de cirugía, con la finalidad de detectar oportunamente signos de alarma y/o complicaciones y ejecutar intervenciones para tener resultados oportunos
5. Educar al paciente y familia sobre el cuidado de la herida operatoria, alimentación y la importancia de la deambulación temprana, para prevenir el Íleo paralítico, y problemas respiratorios, neumonías, etc.
6. Efectivizar el uso de inspirómetros y la aplicación de ejercicios respiratorios y ventilatorios a los pacientes post operados para prevenir complicaciones e interconsultas recurrentes para reevaluación del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **RODRIGUEZ E, (2019)** realizo un estudio “Factores de riesgos asociados la infección del sitio quirúrgico en pacientes adultos en el servicio de cirugía general del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo comprendido entre abril 2018 a abril del 2019”. Ecuador. URL: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17508>
2. **RUIZ CISNEROS H. CIRUGIA GENERAL - BIBLIOTECA VIRTUAL UNMSM.** [Online]; 2018. Acceso 15 de AGOSTO de 2020. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/cap\\_09\\_trauma%20abdominal.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_09_trauma%20abdominal.htm)
3. **RUIZ, S. (2017)** Cuidados de enfermería de un paciente con traumatismo abdominal. URL: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67230/1/Cuidados\\_de\\_enfermeria\\_de\\_un\\_paciente\\_con\\_traumatismo\\_abdomi\\_RUIZ\\_DIAZ\\_SARA.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67230/1/Cuidados_de_enfermeria_de_un_paciente_con_traumatismo_abdomi_RUIZ_DIAZ_SARA.pdf)
4. **Ortega, A (2015)** “El estudio Aplicación del inspirómetro incentivo y ejercicios respiratorios para la prevención de complicaciones respiratorias en pacientes postquirúrgicos de abdomen en el servicio de cirugía del hospital Pablo Arturo Suárez entre mayo y julio del 2014”. Quito- Ecuador. URL: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7672/Disertaci%C3%B3n%20de%20Tesis\\_Augusta%20Ortega.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7672/Disertaci%C3%B3n%20de%20Tesis_Augusta%20Ortega.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
5. **FERNÁNDEZ, D. ET (2017)** En su estudio “TRAUMA ABDOMINAL- MANEJO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2014 – 2017. URL: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/5967/Trauma\\_FernandezValer\\_Daniel.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/5967/Trauma_FernandezValer_Daniel.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
6. **DE LA CRUZ, E. (2018)** en su estudio “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pos operado de laparotomía exploratoria por trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post anestésica de un

hospital nacional de Lima.

URL:[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1410/Edith Trabajo Acad%  
c3%a9mico\\_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1410/Edith_Trabajo_Acad%c3%a9mico_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

7. **RODRIGUEZ E, (2019)** realizo un estudio “Factores de riesgo asociados a la infección del sitio quirúrgico en pacientes adultos en el servicio de cirugía general del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo comprendido entre abril 2018 a abril del 2019”. Ecuador.  
URL: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17508>
8. **PARRA G, ET 2018** realizaron el estudio TRAUMA ABDOMINAL: EXPERIENCIA DE 4961 CASOS EN EL OCCIDENTE DE MEXICO.  
URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2019/cc192i.pdf>
9. **RUIZ, S. (2017)** Cuidados de enfermería de un paciente con traumatismo abdominal.  
URL:[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67230/1/Cuidados de enfermeria de un paciente con traumatismo abdomi RUIZ DIAZ SARA.  
pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/67230/1/Cuidados_de_enfermeria_de_un_paciente_con_traumatismo_abdomi_RUIZ_DIAZ_SARA.pdf)
10. **Ortega, A (2015)** “El estudio Aplicación del inspirómetro incentivo y ejercicios respiratorios para la prevención de complicaciones respiratorias en pacientes postquirúrgicos de abdomen en el servicio de cirugía del hospital Pablo Arturo Suárez entre mayo y julio del 2014”. Quito- Ecuador.  
URL:[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7672/Disertaci  
%c3%b3n%20de%20Tesis\\_Augusta%20Ortega.pdf?sequence=1&isAllo  
wed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7672/Disertaci%c3%b3n%20de%20Tesis_Augusta%20Ortega.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
11. **FERNÁNDEZ, D. ET (2017)** En su estudio “TRAUMA ABDOMINAL- MANEJO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA 2014 – 2017.  
URL:[http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/5967/Trauma  
FernandezValer Daniel.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/5967/Trauma_FernandezValer_Daniel.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- 12.. **ROJAS, E. (2015)** realizo un estudio “Características del periodo posquirúrgico inmediato y mediato de trauma abdominal en el hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo 2012-2014.

URL:<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4129>

13.- **Desarrollo del conocimiento en Enfermería**," La teoría del confort.",2014-España.

"URL":<http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/la-teoria-del-confort.html>,"author":{"family":"Enfermeria","given":"Desarrollo Del Conocimiento En"},"accessed":{"date-parts":["2020",9,17]},"issued":{"date-parts":["2014",1,21]}}},"schema":"<https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json>"}

14. **Guillén Fonseca Martha**. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en Educación Superior. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 1999 Abr [citado 2020 Sep 03] ; 15( 1 ): 10-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000100002&lng=es)

15.- **NANDA. North American Nursing Diagnosis Association**. (:agosto 2020) Desde su nacimiento hasta nuestros días","title-short":"(PDF) NANDA. North American Nursing Diagnosis Association." "URL":[https://www.researchgate.net/publication/28171848\\_NANDA\\_North\\_American\\_Nursing\\_Diagnosis\\_Association\\_Desde\\_su\\_nacimiento\\_hasta\\_nuestros\\_dias](https://www.researchgate.net/publication/28171848_NANDA_North_American_Nursing_Diagnosis_Association_Desde_su_nacimiento_hasta_nuestros_dias),"accessed":{"date-parts":["2020",9,16]}}},"schema":"<https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json>"}

16. Mundo enfermero NANDA NIC-NOC <https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nandadiag.php?coddiag=14>





IV. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE

V. PLANIFICACIÓN (Expresado en Objetivos)

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE

VI. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE

EVALUACIÓN

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE
Firma y Sello Enfermera de Turno	Firma y Sello Enfermera de Turno	Firma y Sello Enfermera de Turno

F-16c

## HOJA DE BALANCE HIDRICO (2)



### BALANCE HÍDRICO

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
 UNIDAD: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

NOMBRE	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
OCORRIMIENTOS												
INGRESOS												
EGRESOS												
ADICIONALES												

NOMBRE	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
OCORRIMIENTOS												
INGRESOS												
EGRESOS												
ADICIONALES												

INGRESOS $PI = P_{10} + (C \times M) \times K$ $PI = P_{10} + C \times M \times K$	EGRESOS - (+) 12% de reserva $PE = P_{10} + (R \times M) \times K$ $PE = P_{10} + R \times M \times K$	RESULTADO (+) o (-) de la prueba $R = PI - PE$ $PI > PE \rightarrow$ $\frac{PI - PE}{PE} \times 100$
--	--	--

F: 14-C



FECHA							
ANÁLISIS DE LABORATORIO	HEMOGRAMA - HEMOGLOBINA						
	GRUPO Y FACTOR						
	PERFIL DE COAGULACION						
	GLUCOSA - UREA - CREATININA						
	PERFIL HEPATICO						
	PERFIL LIPIDICO						
	EXAMEN DE ORINA						
	ADA						
CULTIVOS	HEMOCULTIVO						
	UROCULTIVO						
	COPROCULTIVO						
	OTROS:						
IMÁGENES	RADIOGRAFIAS						
	ECOGRAFIAS						
	TOMOGRAFIAS						
	ENDOSCOPIAS						
	RESONANCIA						
	ENG						
INTERCONSULTAS	QUIRURGA						
	MEDICINA INTERNA						
	GINECOLOGIA						
	UCI						
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	FL. SNG / N° DIAS / F.C.						
	FL. SP / F. CAMBIO						
	FL. CVP / N° DIAS / F. CAMBIO						
	FL. VMA CENTRAL / N° DIAS						
	FL. DRENAJES / F. CAMBIO						





**FOTOS (5) CATETER PERCUTANEO (SITUACION ACTUAL)**



**USO DE EPPS EN LA UNIDAD DE CIRUGIA HNSEB**



**UNIDAD DE RECUPERACION DE PACIENTES POST OPERADOS HSEB**



**PRIMEROS DIAS POS OPERADO PACIENTE ESTUDIO**





**30 DIAS POST OPERADO (ESTANCIA PROLONGADA)**



**PACIENTE CON DIFICIL ACCESO VENOSO**





**SITUACION ACTUAL PACIENTE**



**ENFERMERA ACTUAL SERVICIO CX HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**



**EQUIPO DE CIRUGIA ABRIL-2020**

