

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



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
POSTOPERADO DE LAPARATOMÍA EXPLORATORIA POR
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL DE APOYO BAGUA, AMAZONAS 2022**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRURGICOS**

MELBIN BERNARDO TIQUILLAHUANCA HUAMAN

Callao - 2022
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ SECRETARIA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN VOCAL

ASESORA: DRA. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 110-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 03 de Agosto del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a mi familia, a mi esposa y mis hijos, quienes han sido parte fundamental para continuar preparándome y ser cada día mejor como persona y profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su bendición y protección espiritual

A mis amados padres, por apoyarme e inculcarme las buenas costumbres.

A mis estimados docentes, por brindarnos su sabiduría, experiencia y
cariño en nuestra formación,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por permitirnos seguir
preparándonos en tiempos de pandemia, utilizando herramientas de un
mundo globalizado.

INDICE

Introducción.....	6
Capítulo I. Descripción de la situación problemática.....	8
Capítulo II. Marco teórico	
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	11
2.1.2 Antecedentes Nacionales	14
2.2 Bases Teóricas.....	17
2.3 Bases Conceptuales.....	21
Capítulo III. Plan de cuidado de enfermería	
I. Valoración.....	31
II. Diagnóstico de enfermería.....	39
III. Planificación.....	42
IV. Ejecución y evaluación.....	52
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	61

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es un bloqueo que no permite el pase de comida, ni líquido a través del intestino delgado o intestino grueso. Entre las principales causas de la obstrucción intestinal pueden incluir las adherencias que se forman después de cirugías, hernias, cáncer de colon, determinados medicamentos o constricción de un intestino inflamado causada por ciertas afecciones, como la enfermedad de Crohn o la diverticulitis. Sin tratamiento, las partes obstruidas del intestino pueden morir, lo que provocaría problemas graves, pero con una atención médica inmediata, la obstrucción intestinal con frecuencia se puede tratar con éxito. (1)

La obstrucción intestinal aguda representa 1 a 3% de todas las hospitalizaciones y un 25% de todas las hospitalizaciones urgentes al servicio de cirugía general. El 80% de los casos afectan al intestino delgado y una tercera parte de los pacientes muestra datos de isquemia significativa. La tasa de mortalidad para pacientes con estrangulamiento que son operados en las primeras 24 a 30 hrs del inicio de los síntomas suele ser cercana al 8%, pero se triplica después de este periodo. (2)

Las enfermedades extrínsecas más a menudo causan obstrucción mecánica del intestino delgado, casi todos los casos son ocasionados por adherencias posoperatorias, >50%. (2)

El presente trabajo académico titulado “Plan de cuidados de enfermería en pacientes postoperados de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal en el servicio de cirugía Hospital de Apoyo Bagua. Amazonas 2022”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes postoperados de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal, realizando una adecuada valoración y preparación tanto física como psicológica para su tratamiento quirúrgico a través del método científico y tecnológico; asimismo fortalecer las competencias del personal enfermero para mejorar la calidad de atención de manera integral y humanista, disminuir complicaciones, reducir el tiempo de permanencia del paciente post operado y lograr su pronta reinserción a su vida cotidiana.

Se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermero del servicio de cirugía general del Hospital de Apoyo Bagua - Amazonas, el cual brinda atención a la provincia de Bagua y es un hospital referencial de la provincia de Condorcanqui, donde existen comunidades indígenas Awajún y Wampis.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de cuidados de enfermería en pacientes postoperados de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante el mes de abril del 2022 y fue elaborado en su totalidad por el autor y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios de la institución, ya que se cuenta con suficiente evidencia de que se ha logrado disminuir complicaciones y reducir el tiempo de permanencia del paciente postoperado.

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, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La obstrucción intestinal ocurre por obstrucción mecánica o por una anomalía en la motilidad cuando no existe obstrucción. En este último caso, la anomalía se describe como funcional. La obstrucción intestinal mecánica puede ser causada por enfermedades extrínsecas, anomalías de la pared intestinal o intraluminales. (2)

En las últimas décadas ha disminuido la morbilidad y mortalidad por obstrucción intestinal aguda. No obstante, no se ha modificado de manera significativa el tipo de complicaciones que sufre el paciente. La extensión de la obstrucción mecánica típicamente se describe como parcial, grave o completa, lo que suele correlacionarse con el riesgo de complicaciones y con la urgencia con la cual debe corregirse el proceso subyacente. La obstrucción a menudo también se describe como “simple” o “estrangulada” si hay insuficiencia vascular e isquemia intestinal evidentes. (2)

En Estados Unidos y Europa, corresponden a un 25% de todas las hospitalizaciones urgentes al servicio de cirugía general. El 80% de los casos afectan al intestino delgado y una tercera parte de los pacientes muestra datos de isquemia significativa y casi todos los casos son ocasionados por adherencias posoperatorias >50%. (2) y se reportan cifras de mortalidad que van desde un 2 % hasta un 30 %. (4)

A nivel latinoamericano los estudios realizados refieren que la edad promedio afectado son la personas de 59 años, predominando en ella la población masculina con el 52%, donde el principal motivo de consulta fue la detención de heces y gases, con distensión abdominal en un 60% y la etiología más frecuente de las oclusiones intestinales fueron las bridas y adherencias en un 32%. (3).

Estudios realizados en Cuba, refieren que las causas más frecuentes de oclusión intestinal se encuentran las bridas o adherencias con un 35-40 %, las hernias con

un 20-25 % y las cifras de mortalidad oscilan entre en 10 y el 20 % y en el anuario estadístico de salud del 2018 ocupa el número 14 de las primeras 35 causas de muerte, con una tasa de mortalidad de un 4 %. (4)

En el Perú, un estudio realizado en Huancayo en pacientes intervenidos por obstrucción intestinal por bridas y adherencias, se encontró que los más los afectados fueron hombres con el 63,27%; con mayor frecuencia los adultos mayores de 65 años en adelante. Entre los síntomas el dolor abdominal estuvo presente en el 100%, los vómitos en el 81,6% y la distensión abdominal en un 36,7%. El tratamiento quirúrgico que más se empleó fue lisis de bridas y adherencias con 61,3%, en el 26,5% se empleó lisis de bridas y adherencias más resección y anastomosis y en el 12,2% se empleó lisis de bridas y adherencias más ileostomía. Dentro de las complicaciones quirúrgicas la infección de sitio operatorio estuvo presente en 10,2%; además se presentó una tasa de mortalidad de 6,1% del total de pacientes por causa de sepsis foco abdominal. (5)

En Loreto, en un estudio se encontró que la obstrucción intestinal se presentó con mayor frecuencia en el grupo de > 71 años con un 21.7%, seguido del grupo de 0 a 5 años con un 15 %, afectando mayormente al sexo masculino con el 70%. El signo más frecuente de obstrucción intestinal fue la distensión con el 96.7%, el 32% de los casos presentaron antecedente de cirugía abdominal previa, por lo que la principal etiología de los casos fueron las bridas y adherencias. Los principales hallazgos operatorios fueron necrosis en el 28.6%, por lo que se realizó un drenaje seguido de resección más anastomosis y la liberación de bridas y adherencias. Los días de hospitalización para los casos de pacientes atendidos con tratamiento quirúrgico fueron entre 6 a 10 días, presentando un 5% de letalidad y la única causa de muerte fue la falla multiorgánica. (6)

En el hospital de apoyo Bagua – Amazonas, durante el año 2021 ha recibido 45 casos de obstrucción intestinal, donde el 73.3% han sido adultos mayores, 17.7% adultos y 9% niños; de las cuales el 77.7% (35) han terminado en intervenciones quirúrgicas, de los cuales el 71.4% por bridas y adherencias, 22.8% han sido por impactación de heces y un 5.8% otras causas. Con una mortalidad de 1% por

complicaciones post operatorias en adultos mayores. Según las estadísticas podemos concluir que la obstrucción intestinal puede presentarse en cualquier etapa de la vida, pero afecta mayoritariamente a los adultos mayores y la causa varía de acuerdo con el grupo de edad.

Observando que el área de cirugía general, no se cuenta con guías actualizadas en el cuidado de pacientes post operados de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal, lo que representa una desventaja en el manejo de los cuidados postoperatorios y aumenta el riesgo de complicaciones postoperatorias, los días de hospitalización, aumento de costos de la institución, mala experiencia hospitalaria del usuario y familiares, es por ello que veo la gran importancia de realizar el presente plan de cuidados, con el fin de describir los cuidados de enfermería en pacientes postoperados de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal y mejorar las capacidades, habilidades de los profesionales de enfermería que laboramos en el área de cirugía general del Hospital de Apoyo Bagua.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

TOTO J., MARTÍNEZ Á., QUIJANO F. (2021). “Características clínicas y tomográficas asociadas al manejo quirúrgico en pacientes con obstrucción intestinal de origen adherencial.” México. Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo de 5 años en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de oclusión intestinal adherencial, siendo una muestra de 162 pacientes, con una edad media de 61.5 años, un 52% de pacientes del sexo femenino (n = 84), El 7.4% de los pacientes no tenían antecedentes quirúrgicos abdominales (n = 12), el 49.4% (n = 80) tenían antecedente de solo una cirugía abdominal previa y el 43.25 % (n = 70) tenían antecedente de dos o más intervenciones quirúrgicas abdominales. Se realizó tratamiento quirúrgico al 65.4% de los pacientes (n = 106): 52.8% (n = 56) cirugía abierta y 47.2% (n = 50) cirugía laparoscópica. Concluyendo que el signo del rebote abdominal, el líquido libre y la presencia de zona de transición por tomografía están asociados al manejo quirúrgico en los pacientes con oclusión intestinal adherencial. (8)

Los exámenes complementarios son de suma importancia para definir el diagnóstico médico y brindar oportunamente el tratamiento quirúrgico; en el Hospital de Apoyo Bagua solo se cuenta con radiografías, el cual es útil para el diagnóstico y manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal en nuestra institución, lo que conlleva a estar siempre preparados para brindar los cuidados postoperatorios de este tipo de casos.

CARBO M., GUIN R. (2020). “Prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en pacientes atendidos del Hospital General Guasmo Sur 2017 - 2019.” Guayaquil – Ecuador. El diseño de investigación es observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Fueron 161 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales, siendo el

grupo etario más afectado en pacientes entre los 40-49 años, hubo una mayor prevalencia en el 2019 con un 41%, en relación al sexo de los pacientes hubo una relación 1:1 y en relación a las características clínicas la más frecuente fue el dolor abdominal con 93%, el examen imagenológico más utilizado es la radiografía de abdomen con 93%. Se pudo concluir que el abdomen obstructivo es más común en pacientes que están bordeando la quinta década de vida, se identificó que la principal causa es de origen no mecánico, seguido de hernias, tumores, fecalomas y adherencias. (14)

Las obstrucciones intestinales son de mayor prevalencia en los adultos y adultos mayores, siendo el grupo etario más vulnerable y el que necesita de mayores cuidados postoperatorios, por lo que tenemos que conocer la patología y tener el desarrollo profesional para brindar cuidados postoperatorios adecuados y especializados con el fin de disminuir las complicaciones.

IDROBO A., BASTIDAS B., YASNO L., VARGAS A. (2019). “Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca” Colombia. Este fue un estudio descriptivo tipo cohorte prospectiva de 56 pacientes que ingresaron con diagnóstico de obstrucción intestinal. El 58,9 % de los casos eran masculinos con edad media de 55,2 años, el 57,1 % tenía comorbilidades en las que predominaron las enfermedades cardiovasculares y 91,1 % tenía antecedentes quirúrgicos, la mitad de ellos por procesos inflamatorios. Los principales síntomas fueron emesis y distensión abdominal. La respuesta al tratamiento conservador fue de 80,4 %; del 19,6 % que requirió manejo quirúrgico, en el 81,8 % de los casos el hallazgo intraoperatorio fue de obstrucción intestinal por bridas. El tiempo medio de hospitalización fue de 5,5 días y durante el estudio solo un paciente falleció. Concluyen que el manejo médico conservador debe ser considerado como el tratamiento inicial de esta entidad por su alta tasa de respuesta, la disminución de complicaciones posoperatorias y estancia hospitalaria. (7)

En el servicio de cirugía general del Hospital de Apoyo Bagua, de igual manera se opta por el manejo medico conservador al principio y según las características clínicas del paciente, pero existe un gran porcentaje de

pacientes que terminan en intervenciones quirúrgicas de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal (77.7%), los cuales van a necesitar de cuidados de enfermería postoperatorios.

CRESPO J. (2018). “Obstrucción intestinal en pacientes pediátricos de 1 a 5 años complicaciones y nuevas tecnologías de diagnósticos, estudio a realizar en el Hospital Francisco Icaza Bustamante durante el período de enero del 2011 a enero del 2016” Guayaquil – Ecuador. Este estudio de investigación descriptiva es de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental de corte transversal y retrospectivo con el método de observación y analítico con una muestra de 100 pacientes pediátricos con diagnóstico de obstrucción intestinal, donde se mostró mayor prevalencia en dentro del grupo de edad de 1 a 5 años, de procedencia rural 57%, masculinos 52%, según la etiología por adherencias y bridas 48%, según las manifestaciones clínicas predomina el dolor y cólico abdominal, entre las complicaciones asociadas al problema fueron infección del sitio operatorio 21% y la deshidratación 19%. Concluyendo que la obstrucción intestinal es una de las principales complicaciones e importante causa de morbimortalidad en niños, caracterizándose por la presencia de distensión abdominal, dolor y cólicos en el área del abdomen, estreñimiento, entre otros. (12)

La obstrucción intestinal es un problema de salud que afecta a todos los grupos etarios, por lo tanto los cuidados de enfermería postoperatorios de una obstrucción intestinal deben realizarse de forma personalizada, adecuada y oportuna, por lo que debe de ser, de conocimiento de todos los profesionales de enfermería del servicio de cirugía general, del Hospital de Apoyo Bagua.

BARRERA S., BRAN B. (2018). “Principales causas de laparotomía exploradora en pacientes adultos mayores que ingresan al servicio de emergencia de cirugía del hospital general san juan de dios”. Guatemala. La metodológica que se ha seguido en esta investigación es cualitativa descriptiva. Se tomaron en cuenta todos los adultos mayores admitidos en la emergencia del Hospital General San Juan de Dios que fueron un total de 56 adultos mayores, llevados a sala de operaciones y cuyo tratamiento quirúrgico

fue laparotomía exploratoria. Los principales resultados mostraron que las causas fueron abdomen agudo no traumático con 22 pacientes, obstrucción intestinal con 8 pacientes, hernia encarcelada y/o estrangulada con 7 pacientes al igual que la herida por arma blanca en abdomen. Concluyendo que la causa principal del abdomen agudo no traumático en los adultos mayores fueron las apendicitis agudas en fase perforada, seguido de las obstrucciones intestinales. (14)

La laparotomía exploratoria es un procedimiento quirúrgico muy utilizado en los problemas del abdomen agudo, por lo que en el área de cirugía general del Hospital de Apoyo Bagua, siempre vamos a tener pacientes post operados de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal, que necesitan de cuidados holísticos de enfermería.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

CARDEÑA L. (2021). “Características epidemiológicas, clínico-quirúrgicas en pacientes sometidos a laparotomía- servicio de Cirugía “A”- Hospital Regional, Cusco 2020” Perú. Se basó en un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se evaluaron 125 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. Se encontró que los varones son más sometidos a la operación con un 57,60%, los mayores de 67 y 71 años están representados por el 16% lo que significa que gran parte de los pacientes sometidos a esta cirugía son mayoritariamente de la tercera edad, siendo el diagnóstico post quirúrgico la obstrucción intestinal la más frecuente en 22% seguida de apendicitis aguda complicada con un 13,6%. Concluyendo que las laparotomías exploratorias fueron más frecuentes en varones y en el grupo de 67 a 71 años, la mortalidad fue muy baja y el diagnóstico más frecuente fue obstrucción intestinal. (16)

La obstrucción intestinal en el Perú, es una patología muy frecuente en los adultos mayores, siendo estos una población muy vulnerable a las complicaciones postoperatorias, por lo que brindar un cuidado de enfermería eficaz y de calidad ayudará a disminuir las complicaciones y disminuir la tasa de mortalidad en el servicio de cirugía general del Hospital de Apoyo Bagua.

HUAMÁN C. (2020). “Características clínico-quirúrgicas y complicaciones posoperatorias de la obstrucción intestinal hospital Carlos Monge Medrano 2019. “Piura–Perú. Se desarrolló una investigación no experimental, retrospectiva y transversal. Se registraron 72 casos de obstrucción intestinal que ingresaron a sala de operaciones de enero a diciembre del 2019. La edad promedio fue 57.5 años, el 65.3% fueron del sexo masculino, el 36.1% tenía alguna comorbilidad asociada: 20.9% con hipertensión arterial, 8.3% diabetes mellitus y 6.9% insuficiencia renal, el 22% tenía antecedente de cirugías previas. La principal causa de obstrucción intestinal fue el vólvulo de sigmoides 56.9%, seguida de bridas y adherencias 19.4%, hernias 15.3% y tumores 2.8%. Las principales complicaciones postoperatorias fueron: trastorno hidroelectrolítico 30.6%, ISO 27.8%, íleo prolongado 23.6%, sepsis 22.2%, dehiscencia de herida 16.7% e insuficiencia respiratoria 13.9% y la tasa de mortalidad en los pacientes con obstrucción intestinal fue 9.7%. Concluyendo que las principales manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal y náuseas, asociados a ausencia de flatos, distensión abdominal, timpanismo, ruidos hidroaéreos disminuidos, vómitos y mucosas secas. Las principales complicaciones posoperatorias fueron: trastorno hidroelectrolítico e infección de herida operatoria. (11)

Las complicaciones post operatorias de una obstrucción intestinal siempre van a estar presentes y va a depender de las características individuales del paciente, por lo que es importante brindar cuidados de enfermería de manera individualizada, de calidez y calidad, para disminuir y en la manera posible eliminar las complicaciones postoperatorias en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo Bagua .

VARGAS J. (2019). “Factores asociados a mortalidad post operatoria en cirugía de emergencia por obstrucción intestinal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2016 – 2018”. Lima - Perú. Se realizó un estudio observacional transversal y retrospectivo incluyendo a 264 pacientes que fueron operados de emergencia por diagnóstico de obstrucción intestinal. Los pacientes tuvieron una edad media de 69.6 años, fueron en su mayoría varones 56.1%, el antecedente más frecuente fue cirugía abdominal

previa 29.9%, la comorbilidad más frecuente la HTA con 28.4%, la etiología más frecuente fue bridas y adherencias 29.9%, el tiempo de enfermedad fue mayor a 3 días en 42,8% de pacientes, 80% fueron operados en menos de 24 horas, 47.3% de pacientes tuvieron una complicación postoperatoria la más frecuente fue la infección del sitio operatorio 25.6% La tasa de mortalidad fue 9,8%. Concluyendo que la edad mayor a 75 años, la comorbilidad previa y el desarrollo de complicaciones post operatorias en pacientes operados por obstrucción intestinal fueron factores de riesgo independientes asociados con mayor mortalidad. (9)

La valoración adecuada mediante los dominios y clases es de suma importancia porque nos permite identificar los factores y/o problemas que presentan los pacientes de forma preliminar, para luego poder intervenir sobre ellos de manera que se puedan disminuir o eliminar mediante las intervenciones de enfermería, para mejorar los resultados de los pacientes postoperados de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo Bagua.

SÁNCHEZ P. (2019). “Factores asociados a complicaciones post quirúrgicos en pacientes adultos con obstrucción intestinal mecánica en el Centro Médico Naval durante enero 2013 a Enero 2018”. Lima - Perú. Estudio retrospectivo, observacional, analítico, cuantitativo de casos y controles. Se contó con una muestra de 146 pacientes. La población fue a predominio del sexo masculino 66.4%, mayores de 62 años se obtuvo 57.7%, la comorbilidad más frecuente es la diabetes mellitus 59.3%, la cirugía realizada con mayor frecuencia es la liberación de adherencias 41.1%, la complicación más frecuente fue infección del sitio operatorio 59.3%, seguido de atelectasias/neumonía 37%, la media de la estancia hospitalaria fue de 18 días. Se encontró asociación entre edad mayor a 62 años y presencia de alguna comorbilidad. Concluyendo que la edad mayor a 62 años, la presencia de alguna comorbilidad, tener diabetes mellitus, hipoalbuminemia o una estancia hospitalaria mayor a 10 días constituyen factores de riesgo asociados al desarrollo de complicaciones post quirúrgicas. (10)

Los adultos mayores con comorbilidad, son los más propensos a presentar complicaciones postoperatorias y estancias hospitalarias más largas, por tal motivo es de suma importancia brindar cuidados de enfermería postoperatorios adecuados, eficaces y oportunos a los adultos mayores, con la finalidad de disminuir las complicaciones y los tiempos hospitalarios de los pacientes postoperados de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo Bagua.

POLONIO M. (2018). “Factores asociados a obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes postoperados” Trujillo – Perú. Investigación de casos y controles poblacionales retrospectivos. La edad < 50 años, el sexo masculino y cirugías previas, son factores asociados que aumentan el riesgo de presentar obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes postoperados. Concluyendo que la edad < 50 años, el sexo masculino y las cirugías previas son factores asociados que aumentan el riesgo en pacientes postoperados de presentar obstrucción intestinal por bridas y adherencias. (15)

Las obstrucciones intestinales por bridas y adherencias son muy frecuentes en personas adultas con cirugías previas, por lo que frecuentemente se van a presentar este tipo de casos en las salas de cirugía general y como futuros especialistas en cuidados quirúrgicos tenemos que estar preparados técnica y científicamente para brindar un cuidado enfermero de manera holística, eficiente, eficaz y de manera oportuna logrando su pronta recuperación e independencia de los pacientes postoperados de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo Bagua.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON:

El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. (18)

Henderson reconoce en su modelo influencias que provienen de la fisiología (Stackpole) y la psicología (Thorndike), identificando las 14 Necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow.

Henderson desarrolló su definición de Enfermería debido a su preocupación por el papel, la función y la idoneidad de la formación de las enfermeras: La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.

Virginia Henderson parte de una serie de asunciones científicas o postulados que representan el “cómo hacer”, “por qué hacer” y “qué hacer”, donde constituyen el núcleo y confieren sentido a las intervenciones de las enfermeras.

A. METAPARADIGMAS

- 1. PERSONA:** un todo complejo que presenta 14 Necesidades Básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla.
- 2. SALUD:** se equipara con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.
- 3. ENTORNO:** inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud.
- 4. ENFERMERÍA:** ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo

B. CONCEPTOS ESPECÍFICOS DEL MODELO

- 1. NECESIDADES BÁSICAS:** Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir, cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales, indispensables para mantener la integridad. Las necesidades básicas pueden ser:
- Universales: comunes y esenciales para todos.
 - Específicas: se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona

Las 14 Necesidades Básicas tal como las formula Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

2. CUIDADOS BÁSICOS: Derivan del concepto de Necesidades Básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas:

- Reflexionadas y deliberadas
- Basadas en un juicio profesional razonado
- Dirigidas a satisfacer las Necesidades Básicas de la persona

Los cuidados básicos actúan supliendo la autonomía de la persona en aquellos aspectos que lo requieran, ayudándola a desarrollar su Fuerza, Conocimientos y Voluntad para que pueda satisfacerla por sí misma.

3. INDEPENDENCIA: Estado en el que la persona es capaz de satisfacer por sí misma sus necesidades, desarrollando todo su potencial de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

4. DEPENDENCIA: Surge cuando la persona necesita a otra para que le ayude, le enseñe lo que debe hacer para satisfacer una o varias necesidades o le supla, debido a una falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad. Siempre debe existir un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera. Se da cuando existe ausencia de actividades por parte de la persona a satisfacer sus 14 Necesidades Básicas, o puede ser que se realicen acciones, pero inadecuadas o insuficientes.

5. AUTONOMÍA: Capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma.

6. AGENTE DE AUTONOMÍA ASISTIDA: Persona (familiar, amigo, enfermera...) que, cuando la persona carece de la capacidad física o intelectual necesaria, realiza por ella ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades básicas. (17)

Basados en el modelo de Virgínea Henderson podemos decir que el paciente hospitalizado no puede cumplir con la satisfacción de sus necesidades, por que afronta un proceso de enfermedad que le impide ser independiente o autónomo, por lo que necesita de cuidados básicos y asistencia, siendo así la importancia de la enfermería en la asistencia y cuidado al paciente hospitalizado, para ayudarlo a realización de aquellas actividades que contribuyan a la recuperación de su salud, tal forma que el individuo pueda

ser independiente lo antes posible y reintegrarse a su vida normal, he ahí la importancia de aplicar el presente modelo de virgínea Henderson a la práctica del cuidado de un paciente postoperado de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo Bagua, permitiéndonos enfocar las acciones del cuidado de manera individualizada hacia el paciente, brindándole cuidado holístico que contribuye a recuperar su salud siendo el objetivo lograr que el paciente sea lo antes posible dependiente y autónomo.

2.3 BASE CONCEPTUAL

2.3.1 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

A. Definición:

La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso.

Cuando no sea completa o persistente hablaremos de suboclusión intestinal. (19)

B. Epidemiología

En las últimas décadas ha disminuido la morbilidad y mortalidad por obstrucción intestinal aguda. No obstante, el diagnóstico aún es difícil y no se ha modificado de manera significativa el tipo de complicaciones que sufre el paciente. La extensión de la obstrucción mecánica típicamente se describe como parcial, grave o completa, lo que suele correlacionarse con el riesgo de complicaciones y con la urgencia con la cual debe corregirse el proceso subyacente. La obstrucción a menudo también se describe como “simple” o “estrangulada” si hay insuficiencia vascular e isquemia intestinal evidentes. (2)

C. Etiología

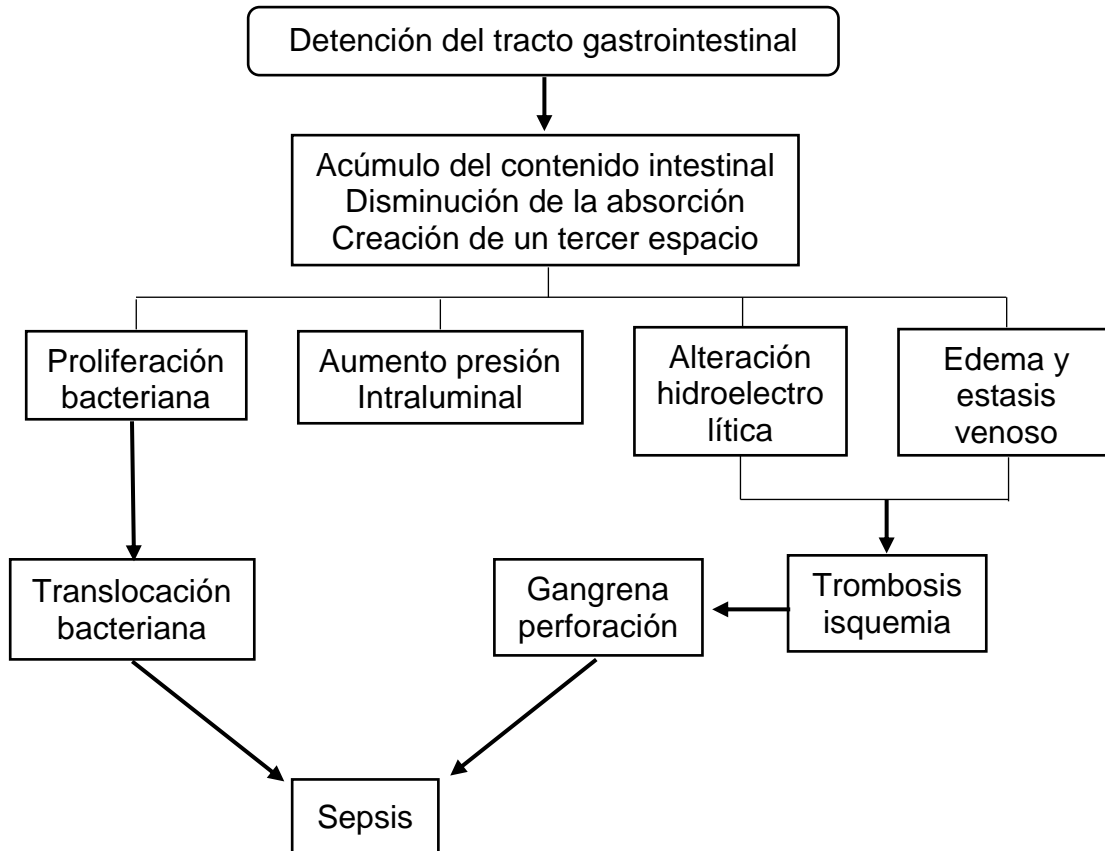
La obstrucción intestinal puede ser aguda o crónica, mecánica o adinámica (funcional) y simple o estrangulada; asimismo, puede producirse en el intestino delgado o grueso. Ciertas características

son comunes a todos los tipos, pero la elección del tratamiento depende del diagnóstico específico.

Hablamos de obstrucción mecánica cuando existe un obstáculo al paso del contenido intestinal (pudiendo acompañarse de compromiso vascular) y de íleo paralítico (funcional), cuando no hay una verdadera interrupción del tránsito intestinal, sino una detención o enlentecimiento de la motilidad intestinal. (19)

Causas de obstrucción intestinal	
Mecánica	Funcional (Íleo paralítico)
<ul style="list-style-type: none"> — Extraluminal: <ul style="list-style-type: none"> • Hernia. • Bridas adhesivas. • Torsión. • Vólvulo. • Invaginación. • Compresión extrínseca. — Parietal: <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia. • Diverticulitis. • Hematoma parietal. • Proceso inflamatorio. — Intraluminal: <ul style="list-style-type: none"> • Impactación fecal. • Cuerpo extraño. • Bezoar. • Parasitosis. 	<ul style="list-style-type: none"> — Adinámico: <ul style="list-style-type: none"> • Postquirúrgico. • Peritonitis. • Alteraciones metabólicas: uremia, coma diabético, mixedema, hipocalcemia. • Traumatismos, procesos abdominales inflamatorios (apendicitis, pancreatitis...). • Compromiso medular. • Fármacos. • RAO. • Proceso retroperitoneal (pielonefritis, litiasis renal, hematomas). • Enfermedades torácicas (neumonía basal, Fx. costales, IAM). — Espástico: <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación por metales pesados. • Porfirias. — Vascular: <ul style="list-style-type: none"> • Embolia arterial. • Trombosis venosa.

D. Fisiopatología



E. Síntomas

Los síntomas y signos son muy variables y dependen, sobre todo, de la localización y la causa de la obstrucción, así como del tiempo transcurrido desde el comienzo. El paciente típico con obstrucción intestinal aguda presenta un cuadro de retortijones, vómitos, distensión abdominal y alteración del ritmo intestinal. Sin embargo, como ya se mencionó en el capítulo de Abdomen agudo, esta presentación típica está ausente en un porcentaje de los ancianos y son frecuentes las presentaciones atípicas como caídas, delirium, etc.

Anamnesis

Dolor abdominal

Es el síntoma más frecuente y, generalmente, el primero en aparecer, sobre todo en los mecánicos. Es de tipo cólico, insidioso o brusco e intenso si existe compromiso vascular (estrangulación),

perforación o peritonitis. Aunque existe una amplia variación individual en la obstrucción mecánica de intestino delgado, el dolor suele localizarse en mesogastrio y tiende a ser más intenso cuanto más alta sea la obstrucción; el dolor puede disminuir a medida que progresa la distensión. En la obstrucción colónica, en general, el dolor es de menor intensidad, pudiendo incluso estar ausente. En la obstrucción mecánica del colon el dolor suele localizarse en el piso abdominal inferior.

Vómitos

Presentes desde el comienzo si la obstrucción es alta, de aspecto biliogástrico o alimenticio. En la obstrucción del intestino grueso, los vómitos aparecen mucho más tarde o faltan y son en general fecaloideos. Ausencia de ventoseo y deposición, es signo típico de que la obstrucción es completa, aunque en los mecánicos puede haber emisiones aisladas diarreicas. La existencia de diarreas frecuentes, sin embargo es signo de obstrucción incompleta y de pseudoobstrucción y si éstas se acompañan de sangre puede ser signo de estrangulación o isquemia en las asas.

Distensión abdominal

Localizada selectivamente en los mecánicos y difusa en el adinámico.

Exploración física

— El examen general nos aporta datos de gravedad evolutiva, valorando la afectación del estado general, el estado de hidratación, la fiebre, la alteración del pulso y tensión arterial, así como la actitud en que está el paciente. Tempranamente, en el íleo mecánico complicado y, más tardíamente, en el funcional pueden aparecer signos de gravedad como shock y sepsis.

— Inspección: hay que inspeccionar el abdomen en busca de cicatrices de intervenciones previas y de hernias inguinales. Apreciaremos si el abdomen está distendido (de forma general en el íleo adinámico, o local en el íleo mecánico).

— Auscultación: previa a la palpación para no alterar la frecuencia de ruidos intestinales. Se valora la frecuencia y características de estos ruidos. Al principio presenta ruidos hidroaéreos aumentados, de lucha y metálicos (en intestino delgado), borborigmo (en intestino grueso) y en fases avanzadas silencio abdominal.

— Percusión: ayuda a evaluar la distensión dependiendo de su contenido, gaseoso (timpanismo) o líquido (matidez), y será dolorosa si hay afectación de las asas o peritoneo.

— Palpación: debe ser superficial y profunda, realizarse con extrema suavidad y comenzando siempre desde las zonas más distales al dolor. El dolor selectivo a la descompresión abdominal, considerado esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal, está ausente en gran número de ancianos. El vientre en tabla puede estar ausente en muchos pacientes mayores y el signo de rebote típico dependerá de la localización del proceso, de la integridad del sistema nervioso, así como de la velocidad de instauración del cuadro.

— Tacto rectal: detecta presencia o no de tumores, fecaloma o restos hemáticos y un fondo de saco de Douglas doloroso por afectación peritoneal. Debe realizarse después del estudio radiológico.

F. Diagnóstico

Ante la sospecha de obstrucción intestinal habrá que solicitar:

Analítica

— Bioquímica y hemograma:

- La deshidratación producirá hemoconcentración.
- La leucocitosis indicará hemoconcentración o compromiso vascular.
- Anemia: puede ser debida a pérdidas crónicas por neoplasias.

— La amilasa sérica puede estar moderadamente elevada, así como la LDH en afectación isquémica de asas.

— Las alteraciones en la bioquímica (hiponatremia, hipocalcemia, acidosis/alcalosis metabólica, elevación de urea/creatinina) pueden ser:

- Consecuencia del secuestro de volumen.
- Causa metabólica responsable del íleo parálítico.

RX simple de abdomen

Al menos en dos proyecciones (decúbito supino y bipedestación o decúbito lateral con rayo horizontal). Es la prueba más rentable y útil. Nos fijaremos en el luminograma intestinal y su distribución a lo largo del tubo digestivo. Lo primero que llama la atención es la dilatación intestinal y la presencia de niveles hidroaéreos en la radiografía de abdomen en bipedestación.

G. Tratamiento

Debe iniciarse ya durante la fase diagnóstica si existe alteración del estado general, del estado de hidratación y/o cardiopulmonar.

Íleo funcional

Iniciamos un tratamiento conservador mediante:

1. Dieta absoluta.
2. Reposición hidroelectrolítica.
3. Colocación de sonda nasogástrica aspirativa si existe dilatación de asas de delgado o vómitos asociados.
4. Control de diuresis: valorar si precisa sondaje vesical.
5. Antibioterapia empírica:
 - Cefalosporina con actividad anaerobicida (cefotaxima, cefotaxima).
 - Betalactámicos (amoxicilina-clavulánico, piperacilina-tazobactán).
 - Quinolonas (ciprofloxacino o levofloxacino).

En la mayoría de los cuadros debidos a íleo parálítico y obstrucción por bridas este tratamiento será suficiente. Sin embargo, en las infecciones graves se recomienda:

- Carbapenemes (imipenem, meropenem, ertapenem).
- Clindamicina o metronidazol + aminoglucósido.

— Clindamicina o metronidazol + cefalosporina de 3.^a generación.

— Clindamicina o metronidazol + fluoroquinolona.

Si en 24-48 horas el cuadro no mejora o por el contrario, empeora (aumento de la leucocitosis, del dolor o signos de irritación peritoneal) en el postoperatorio temprano estará indicada la cirugía urgente.

El retraso del diagnóstico quirúrgico en obstrucción de intestino delgado tiene consecuencias nefastas, principalmente en pacientes mayores de 80 años y en mujeres, con un claro aumento de la mortalidad, así como aumento de la estancia hospitalaria.

Íleo mecánico

El íleo mecánico simple se trata al inicio de forma conservadora: con descompresión nasogástrica si aparecen vómitos, reposo digestivo, rehidratación, analgesia y antibioterapia empírica/terapéutica.

En casos de impactación fecal, se procederá a su eliminación de forma manual o bien con enemas de aceite mineral templado.

El íleo mecánico complicado (si el diagnóstico es seguro de obstrucción completa o en la incompleta que no se resuelve en 48 horas de tratamiento conservador) o hay estrangulación por hernia, se indica tratamiento quirúrgico urgente.

La cirugía de urgencia inmediata debe ser máxima para evitar complicación isquémica y peritonítica:

— Hernias estranguladas e encarceladas.

— Peritonitis/neumoperitoneo.

— Estrangulación intestinal y sospecha.

— Vólvulos no sigmoideos.

— Vólvulos sigmoideos con toxicidad y peritonitis.

— Obstrucción completa.

La laparotomía permite una exploración abdominal completa, liberación de bridas o hernias, extirpación de causas obstructivas cuando es posible (resección intestinal, tumoral) o derivación del tránsito, bien por derivaciones internas (entero-enterostomías) o hacia el exterior (ileostomía, colostomía). (19)

2.3.2 LAPAROTOMIA EXPLORATORIA.

A. Definición:

Se trata de una cirugía abierta del abdomen para ver los órganos y los tejidos que se encuentran en el interior.

B. Indicaciones:

Entre los distintos problemas que pueden evaluarse mediante una laparotomía exploratoria se incluyen:

- Un orificio en la pared del intestino
- Embarazo ectópico (fuera del útero)
- Endometriosis
- Daño en un órgano a causa de un traumatismo
- Infección en el abdomen
- Cáncer
- Oclusión intestinal.

C. Complicaciones:

- Sangrado
- Infección
- Coágulos sanguíneos
- Daño a los órganos
- Formación de una hernia
- Cicatrices grandes
- Reacción a la anestesia

Algunos factores que pueden aumentar el riesgo de complicaciones incluyen:

- Cirugía abdominal previa
- Diabetes
- Enfermedad cardíaca o pulmonar
- Sistema inmunitario deficiente
- Trastornos sanguíneos
- Tomar determinados medicamentos
- Tabaquismo, alcoholismo o drogadicción

D. Procedimiento:

El médico realizará una única incisión larga en la piel del abdomen. Luego examinará los órganos para detectar cualquier enfermedad. El médico puede realizar una biopsia. Si el problema puede ser reparado o extirpado, el médico llevará a cabo el procedimiento en el momento. Se cerrará la incisión con grapas o puntos de sutura.
(20)

2.3.3 Cuidados de enfermería en laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal.

A. Preoperatorio

- Disminuir la ansiedad que experimenta el paciente y familia en el preoperatorio mediante una educación prequirúrgica, apoyo psicológico, expresiones de apoyo, amabilidad e información sobre los procedimientos que se han de realizar.
- Colocar al paciente en una posición que le resulte cómoda.
- Aplicar dieta prescrita por el médico: Nada por vía oral.
- Canalizar una vía venosa periférica con abocat N° 18, para la administración de líquidos y medicamentos prescritos.
- Realizar sondaje nasogástrico.
- Controlar las constantes vitales por turno
- Control del balance hídrico.
- Preparación de paciente para pruebas diagnósticas, analíticas, etc.
- Coordinarla actividad con los servicios de apoyo: Rayos y Laboratorio.
- Observar en forma continua al paciente en busca de episodios de desorientación, cambios en la coloración de la piel, signos vitales, registrar e informar.
- Informar al médico tratante si hubieran cambios.
- Registrar todos los datos del ingreso como así también todas las intervenciones realizadas.

- Realizar preparación quirúrgica del paciente para ingresar a SOP.
- Educar al paciente y familia en las medidas posibles de prevención de las complicaciones quirúrgicas que puedan presentarse en la cirugía de laparotomía exploratoria.

B. Postoperatorio

- Observe la frecuencia / profundidad respiratoria para prevenir la hipoventilación y/o atelectasia.
- Ausculta los sonidos respiratorios.
- Ayude al paciente a girar, toser y respirar profundamente periódicamente, para promover la ventilación de todos los segmentos pulmonares, la movilización y expectoración de las secreciones.
- Eleve la cabecera de la cama, mantenga la posición de Fowler baja, para facilitar la expansión pulmonar.
- Enseñar como toser, apoyando el abdomen con la mano, el entablillado proporciona soporte y disminuye la tensión muscular.
- Ayudar con tratamiento respiratorio y al uso del espirómetro para maximizar la expansión de los pulmones para prevenir atelectasia.
- Administrar analgésicos antes de tratamientos respiratorios, actividades terapéuticas, facilita la tos, una respiración profunda y una actividad más eficaces.
- Administrar antibióticos, según la prescripción médica para prevenir la aparición de infecciones y disminuir las complicaciones postoperatorias.
- Iniciar la tolerancia oral según la indicación médica.
- Valorar la herida operatoria en busca de signos de posibles complicaciones.
- Apoyar a la deambulacion.

CAPÍTULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

- A. **Nombre y Apellidos:** L.A.D.S.
- B. **Edad:** 49 a.
- C. **Sexo:** M
- D. **Fecha de Nacimiento:** 15/02/1973
- E. **Lugar de Nacimiento:** La Peca, Bagua.
- F. **Lugar de Procedencia:** La Peca.
- G. **Fecha de intervención:** 10/03/2022
- H. **Fecha de alta:** 14/04/2022

1.2. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente adulto varón de 49 años, acude al servicio de emergencia de este hospital, refiere que hace 3 días presenta dolor abdominal en flanco izquierdo, con irradiación a la espalda de moderada intensidad, que con el pasar de los días las molestias fueron aumentado, agregándose inapetencia, niega náuseas y vómitos, también refiere que hace 3 días no realiza deposiciones, ni ha eliminado flatos.

Tiempo de enfermedad de hace 03 días, de inicio insidioso y curso progresivo. Al momento del examen afebril, dolor moderado 6/10 en flanco izquierdo, al control de funciones vitales: Tº: 36.6 Cº, FR: 22xm, FC: 71xm, PA: 100/80mHg, Sat. O₂: 96%.

Inicia plan quirúrgico.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente adulto de 49 años, con diagnostico medico de post operado de obstrucción intestinal de 16hrs. Refiere que durante la noche ha presentado dolor en sitio operatorio 8/10 EVA, al momento dolor es punzante en sitio operatorio de moderada intensidad, niega otras molestias, no ha eliminado

gases, no deposiciones, en NPO, con sonda nasogástrica a gravedad y sonda Foley conectada a bolsa colectora.

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Manifiesta que ninguno

1.4.2. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Intervenciones Qx.: Niega.
- Transfusiones sanguíneas: Niega.
- Alergias: Niega.
- Hipertensión Arterial: Niega.
- Diabetes Mellitus: Niega.
- Tuberculosis Pulmonar: Niega.
- Covid-19: hace 12 meses
- Vacunación anti Covid-19: 3ra dosis.

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales

- A.** P.A.: 120/70 mmHg.
- B.** FC.: 76 x'.
- C.** FR.: 22 x'
- D.** T° Axilar: 36, 8° C
- E.** Sat O2: 96%
- F.** Peso: 67 kg
- G.** Talla: 1.65 cm.

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

A. Examen Físico General

- **Neurológico:** LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización, no signos de descerebración, no signos decorticación, reflejos conservados. REG, AREN, AREH, despierto poco comunicativo quejumbroso, Glasgow 15/15.
- **Piel y faneras:** Tibia, elástica, turgente, llenado capilar < 2'.

- **TCSC:** Normal
- **Sis. Linfático:** Normal
- **Sis. Osteoarticular:** Normal.
- **Sis. Muscular:** Normal.

B. Examen Físico Regional

- **Cabeza:** normo céfalo, Cabello con buena implantación. (no se palpa ganglios ni masas)
- **Ojos:** simétricos, pupila foto reactivas, isocóricas con apertura ocular adecuada, con movimientos oculares conservadas.
- **Pabellón Auricular:** de buena implantación, conducto auditivo externo permeable.
- **Pirámide nasal:** alineada y simétrica sin lesiones, fosas nasales permeables, con presencia de sonda nasogástrica a gravedad.
- **Mucosas orales:** húmedas, sonrosadas.
- **Orofaringe:** No eritematosa, No congestiva, no presencia de secreciones.
- **Cuello:** cilíndrico, centrado, móvil no se evidencia masas, no adenomegalias.
- **Tórax:** simétrico, con movimientos respiratorios normales.
- **Pulmones:** con murmullo vesicular pasa bien en ACP. No ruidos sobre agregados.
- **Corazón:** rítmicos, normo fonéticos, no soplos.
- **Abdomen:** con ruidos hidroaéreos presentes disminuidos, no globuloso, no distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, se observa a nivel del mesogastrio herida operatoria afrontada puntos limpios y secos cubiertos con gasas limpias.
- **Genitourinario:** Normal, con presencia de catéter urinario, conectado a bolsa colectora de orina ligeramente clara.
- **Columna vertebral:** Normal, "refiere dolor por estar en cama".
- **Extremidades:** simétricos, movimientos conservados, no doloroso a la palpación y movilización. En miembro superior

derecho con presencia de vía periférica pasando dextrosa al 5% más agregados (NaCl 20% 1 amp. + KCl 20% 1 amp.)

1.6. DIAGNOSTICO MEDICO:

- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
- POSTOPERADO DE LPE POR OBSTRUCCION INTESTINAL

1.7. EXÁMENES AUXILIARES

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Leucocitos	18.840 xmm³
Hemoglobina	12.2 g/dl.
Hematocrito	36.8 %
Abastionados	02%
Segmentados	73 %
Eosinófilos	01 %
Monocitos	01 %
Linfocitos	23 %
Tiempo de coagulación	5 m
Tiempo de sangría	2 m
GRUPO Y RH	A +
VIH / SIFILIS	No reactivo
PR. COVID - 19	No reactivo
BIOQUÍMICA DE LA SANGRE	RESULTADOS
Glucosa	122 mg/dl
Urea	12 mg/dl

Creatinina	1.45 mg/dl
PROTEINAS TOTALES	6.5
ALBUMINA	4

1.8. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

1. NPO + SNG a gravedad
2. Dextrosa 5% x 1000 cc + NaCl 20% 1 amp + KCl 20% 1 amp a 28 gts xm.
3. Ceftriaxona 2gr EV C/24H
4. Metronidazol 500mg EV C/8H
5. Tramadol 50mg + dimenhidrato 50mg + Metamizol 1gr EV C/8H
6. Metoclopramida 10 mg EV C/8H
7. Omeprazol 40 mg EV C/24H
8. CFV +OSA

1.9. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: desconocimiento la patología que presentaba.

Clase 2. Gestión de salud: preocupado por sus dolencias acude al establecimiento de salud, con deseo de mejorarse.

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: en NPO, con sonda nasogástrica conectada a bolsa colectora con contenido bilioso, presenta mareo y nauseas.

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

Clase 3. Absorción: Ninguno por el momento.

Clase 4. Metabolismo: Hemoglucotest = 135 mg/dl

Clase 5. Hidratación: Indicación médica Dextrosa al 5% más agregados NaCl 20% 1amp + KCl 20% 1 amp a 28 gotas por minuto.

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: Presencia de catéter urinario (orina colurica).

Clase 2. Función gastrointestinal: Ausencia de deposiciones, ruidos hidroaéreos disminuidos (2 a 3 por minuto, de baja intensidad).

Clase 3. Función tegumentaria: Presencia de lesiones por venopunción en miembros superiores, no hay úlceras por presión, con sudoración normal.

Clase 4. Función respiratoria: ventilando espontáneamente con Sat. O₂ 96% en el día y en la noche 95%.

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Indican reposo forzado, sueño alterado por dolor operatorio.

Clase 2. Actividad/ejercicio: Reposo forzado por presencia de catéteres y sondas, dolor para movilizarse, parcialmente dependiente.

Clase 3. Equilibrio/energía: Se moviliza con dificultad y cambia de postura solo con ayuda.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Frecuencia cardiaca = 76 x min, frecuencia respiratoria = 22 x min, saturación = 96%, sin oxigenoterapia.

Clase 5. Autocuidado: Asistido por el personal técnico y/o familiar, para el baño, cambiarse, acicalarse, 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: Temeroso por su evolución.

Clase 4. Cognición: Conocimiento deficiente de su enfermedad.

Clase 5. Comunicación: Comunicativo.

DOMINIO VI. Auto percepción

Clase 1. Autoconcepción: Desesperanza.

Clase 2. Autoestima: Riesgo de baja autoestima porque refiere que ya no podrá trabajar como antes por la intervención quirúrgica.

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Riesgo de cansancio de la esposa quien lo cuida y visita.

Clase 2. Relaciones familiares: Esposa y familiares siempre está presentes y pendientes de él.

Clase 3. Desempeño del rol: Aparentemente no hay conflictos familiares.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: Masculino.

Clase 2. Función sexual: No refiere.

Clase 3. Reproducción: 2 hijos.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Refiere que nunca pensó pasar por una intervención quirúrgica, se siente preocupado.

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: Siente un poco de ansiedad por estar hospitalizado y desea salir de alta lo más pronto posible.

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: no presenta daño en medula espinal.

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: responde adecuadamente y trata con respeto al personal de salud.

Clase 2. Creencia: Refiere tener religión católica.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: se observa congruencia.

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: presencia de dispositivos invasivos como sondas nasogástrica, catéter venoso central, catéter urinario.

Clase 2. Lesión física: Lesión por venopunción, herida operatoria.

Clase 3. Violencia: Paciente colabora con el personal de salud.

Clase 4. Peligros del entorno: Riesgo de contaminación del catéter venoso, sondas y herida operatoria, por inadecuada manipulación y falta de asepsia.

Clase 5. Procesos defensivos: No se observa irritación en herida operatoria, ni catéter venoso.

Clase 6. Termorregulación: normotérmica.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Con facies de dolor por herida operatoria.

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

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: normal.

Clase 2. Desarrollo: normal.

II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

1. Nada por vía oral.
2. Náuseas.
3. Ausencia de deposiciones y disminución de ruidos hidroaéreos.
4. Sueño alterado.
5. Parcialmente dependiente.
6. Apoyo para realizar el autocuidado.
7. Desconocimiento de su enfermedad y el tratamiento.
8. Ansiedad.
9. Presencia de procedimientos invasivos.
10. Herida operatoria por LPE.
11. Dolor en herida operatoria.

2.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

1. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)
2. Náuseas (00134)
3. Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)
4. Trastorno del patrón de sueño (00198)
5. Deterioro de la movilidad en la cama (00091)
6. Disposición para mejorar el autocuidado (00182)
7. Conocimientos deficientes (00126)
8. Ansiedad (00146)
9. Riesgo de infección (00004)
10. Riesgo de sangrado (00206)
11. Dolor agudo (00132)

2.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
1. Náuseas	Fármacos (anestesia)	Manifestación verbal, aumento de salivación	Náuseas r/c fármacos (anestesia) e/p

			manifestación verbal, aumento de salivación.
2. Motilidad gastrointestinal disfuncional	Cirugía e inmovilidad	Residuo gástrico de color bilioso, disminución de los ruidos intestinales	Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c la cirugía e inmovilidad e/p residuo gástrico de color bilioso, disminución de los ruidos intestinales.
3. Trastorno del patrón de sueño	Dolor e interrupciones para la administración de medicamentos	Manifestación verbal de no conciliar el sueño y dormir bien	Trastorno del patrón de sueño r/c dolor e interrupciones para la administración de medicamentos e/p manifestación verbal de no conciliar el sueño y dormir bien.
4. Deterioro de la movilidad en la cama	Presencia de catéteres y dolor	Dificultad para pasar a decúbito lateral izquierdo o derecho, pasar de posición supina a sentada e incorporarse de la cama.	Deterioro de la movilidad en la cama r/c presencia de catéteres y dolor e/p dificultad para pasar a decúbito lateral izquierdo o derecho, pasar de posición supina a sentada e incorporarse de la cama.
5. Disposición para mejorar el autocuidado		Expresa deseos de aumentar la independencia en el Autocuidado	Disposición para mejorar el autocuidado e/p expresa deseos de aumentar la independencia en el Autocuidado.
6. Conocimientos deficientes	Deficiente información del problema	Manifestación verbal y solicita información	Conocimientos deficientes r/c deficiente información del problema

			y tratamiento e/p manifestación verbal y solicita información.
7. Ansiedad	Estado de salud	Expresión de preocupaciones a su evolución	Ansiedad r/c estado de salud e/p expresión de preocupaciones a su evolución.
8. Dolor agudo	Activación de nociceptores por incisión quirúrgica	Informe verbal de dolor y mascara facial de dolor.	Dolor agudo r/c activación de nociceptores por incisión quirúrgica e/p Informe verbal de dolor y mascara facial de dolor.
9. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	Cirugía abdominal e indicación de nada por vía oral		Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c la cirugía abdominal e indicación de nada por vía oral.
10. Riesgo de infección	Destrucción tisular y procedimientos invasivos		Riesgo de infección r/c destrucción tisular y procedimientos invasivos.
11. Riesgo de sangrado	Complicaciones post quirúrgicas		Riesgo de sangrado r/c intervención quirúrgica.

III. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
Náuseas r/c fármacos (anestesia) e/p manifestación verbal, aumento de salivación.	2106 NÁUSEAS Y VÓMITOS: EFECTOS NOCIVOS Indicadores • 210601 Disminución de la ingesta de líquidos • 210602 Disminución de la ingesta de alimentos • 210611 Intolerancia al movimiento • 210604 Alteración del equilibrio de líquidos • 210623 Efectos secundarios de las medicaciones antieméticas	1450 MANEJO DE LAS NÁUSEAS • Realizar valoración de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes • Identificar factores que pueden causar o contribuir a las náuseas • Administración de antieméticos • Eliminar la ingesta de líquidos y alimentos • Proporcionar información acerca de las náuseas, sus causas y su duración • Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad	Paciente no presenta efectos nocivos de las náuseas y vómitos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c la cirugía e inmovilidad e/p residuo gástrico de color bilioso, disminución de los ruidos intestinales.	1015 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL Indicadores • 101508 Ruidos abdominales • 101509 Aspirados gástricos: color • 101510 Aspirados gástricos: cantidad de residuos	0430 MANEJO INTESTINAL • Valorar los sonidos y movimientos intestinales • Informar si hay disminución de sonidos intestinales • Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal • Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases 1874 CUIDADOS DE LA SONDA GASTROINTESTINAL • Observar la correcta colocación y fijación de la sonda • Conectar la sonda para que se aspire o se recolecte • Observar periódicamente la cantidad, el color y la consistencia del contenido nasogástrico • Auscultar periódicamente los sonidos intestinales	Paciente mantiene función gastrointestinal normal

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
Trastorno del patrón de sueño r/c dolor e interrupciones para la administración de	0004 SUEÑO Indicadores • 000401 Horas de sueño • 000403 Patrón del sueño	1850 MEJORAR EL SUEÑO • Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente	Paciente mejora el patrón del sueño

<p>medicamentos e/p manifestación verbal de no conciliar el sueño y dormir bien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 000404 Calidad del sueño • 000410 Despertar a horas apropiadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño • Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente • Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales 	
--	---	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
<p>Deterioro de la movilidad en la cama r/c presencia de catéteres y dolor e/p dificultad para pasar a decúbito lateral izquierdo o derecho, pasar de posición supina a sentada e incorporarse de la cama.</p>	<p>0208 MOVILIDAD</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • 020803 Movimiento muscular • 020804 Movimiento articular • 020810 Marcha 	<p>0840 CAMBIO DE POSICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición • Animar al paciente a participar en los cambios de posición • Pre medicar al paciente antes de cambiarlo de posición (analgesia) • Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos • Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor • Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida 	<p>Paciente logra la movilización en cama, logra ponerse de pie y la marcha.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar las sondas y catéteres durante el movimiento, para evitar su salida. • Apoyar a sentarse, a ponerse de pie y deambular. 	
--	--	---	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
Disposición para mejorar el autocuidado e/p expresa deseos de aumentar la independencia en el Autocuidado.	0300 AUTOCUIDADOS: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • 030002 Se viste • 030003 Uso del inodoro • 030004 Se baña • 030007 Higiene bucal • 030008 Deambulaci3n: camina	1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO <ul style="list-style-type: none"> • Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidados • Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes • Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jab3n de ba3o). • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. • Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. • Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acci3n dada. • Ense3ar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir cuando el paciente no pueda realizar la acci3n dada. 	Paciente logra las actividades de autocuidado, de manera independiente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
<p>Conocimientos deficientes r/c deficiente información del problema y tratamiento e/p manifestación verbal y solicita información.</p>	<p>1803 CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • 180302 Proceso de la enfermedad • 180303 Causa o factores contribuyentes • 180305 Efectos de la enfermedad • 180307 Curso habitual de la enfermedad • 180308 Medidas para minimizar la progresión de la enfermedad <p>1814 CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • 181402 Propósito del procedimiento • 181406 Restricciones relacionadas con el procedimiento • 181410 Posibles efectos indeseables 	<p>5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología • Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado • Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad <p>5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO / TRATAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento • Describir las actividades del procedimiento/tratamiento • Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación • Informar al paciente sobre las posibles complicaciones del procedimiento/tratamiento 	<p>Paciente comprende el proceso de la enfermedad y del tratamiento realizado</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
<p>Ansiedad r/c estado de salud e/p expresión de preocupaciones a su evolución.</p>	<p>1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • 140204 Busca información para reducir la ansiedad. • 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes • 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad • 140217 Controla la respuesta de ansiedad 	<p>5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo • Escuchar con atención • Crear un ambiente que facilite la confianza • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación 	<p>Paciente muestra un autocontrol de la ansiedad</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
<p>Dolor agudo r/c activación de nociceptores por incisión quirúrgica e/p Informe verbal de dolor y mascara facial de dolor.</p>	<p>1605 CONTROL DE DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • 160502 Reconoce el comienzo del dolor • 160503 Utiliza medidas preventivas • 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas • 160505 Utiliza analgésicos de forma apropiada <p>2102 NIVEL DE DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10201 Dolor referido • 210204 Duración de los episodios de dolor • 10206 Expresiones faciales de dolor • 210217 Gemidos y gritos 	<p>1400 MANEJO DEL DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o severidad del dolor (EVA). • Observar claves no verbales de molestias • Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, humor). • Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor • Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan. • Proporcionar al paciente un alivio del dolor mediante analgésicos prescritos • Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor 	<p>Paciente refiere control del dolor.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c la cirugía abdominal e indicación de nada por vía oral.	0601 EQUILIBRIO HÍDRICO <ul style="list-style-type: none"> • 060101 Presión arterial • 060105 Pulsos periféricos • 060107 Entradas y salidas diarias equilibradas • 060116 Hidratación cutánea • 060117 Humedad de membranas mucosa 	4120 MANEJO DE LÍQUIDOS <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación. • Realizar sondaje vesical, si es preciso • Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea • Monitorizar signos vitales • Administrar terapia i.v. según prescripción. 	Paciente mantiene una hidratación adecuada.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
Riesgo de infección r/c destrucción tisular y procedimientos invasivos.	1102 CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Secreción serosanguinolenta de la herida • 110208 Eritema cutáneo circundante. 1924 CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO	3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la herida quirúrgica 	Paciente no presenta signos de infección en herida operatoria.

	<ul style="list-style-type: none"> • 192401 Reconoce el riesgo personal de infección • 192408 Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección • 192411 Mantiene un entorno limpio • 192415 Practica la higiene de las manos 	<ul style="list-style-type: none"> • Curación de herida • Vigilancia de funciones vitales • Documentar las características de la herida <p>6540 CONTROL DE INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes • Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos • Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. • Poner en práctica precauciones universales • Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción o colocación de vías, sondas o catéteres • Administrar terapia de antibióticos, prescrita • Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección 	
--	---	---	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO
Riesgo de sangrado r/c intervención quirúrgica.	0413 SEVERIDAD DE LA PÉRDIDA DE SANGRE <ul style="list-style-type: none"> • 041301 Pérdida sanguínea visible • 041306 Distensión abdominal • 041308 Hemorragia postoperatoria • 041309 Disminución de la presión arterial sistólica • 041310 Disminución de la presión arterial diastólica • 041313 Aumento de la frecuencia cardíaca 	4010 PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia • Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre) • Controlar los signos vitales • Mantener reposo en cama según prescripción • Instruir al paciente y / o a la familia acerca de los signos de hemorragia 	Paciente no presenta sangrado postquirúrgico

FUENTE: (21) (22) (23)

IV. EJECUCION Y EVALUACION

OBJETIVOS NOC	EVALUACIÓN: RESULTADO ESPERADO	CONDICION DEL RESULTADO ESPERADO LUEGO DE APLICACIÓN DEL PAE		
		LOGRA DO	EN PROCESO	NO LOGRADO
2106 NÁUSEAS Y VÓMITOS: EFECTOS NOCIVOS	Paciente no presenta efectos nocivos de las náuseas y vómitos.	X		
1015 FUNCIÓN GASTROINTESTI NAL	Paciente mantiene función gastrointestinal normal	X		
0004 SUEÑO	Paciente mejora el patrón del sueño		X	
0208 MOVILIDAD	Paciente logra la movilización en cama, logra ponerse de pie y la marcha.	X		
0300 AUTOCUIDADOS: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	Paciente logra las actividades de autocuidado, de manera independiente.	X		
1803 CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD 1814 CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO	Paciente comprende el proceso de la enfermedad y del tratamiento realizado	X		
1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD	Paciente muestra un autocontrol de la ansiedad	X		
1605 CONTROL DE DOLOR 2102 NIVEL DE DOLOR	Paciente refiere control del dolor.	X		

0601 EQUILIBRIO HÍDRICO	Paciente mantiene una hidratación adecuada.	X		
1102 CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN 1924 CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO	Paciente no presenta signos de infección en herida operatoria.	X		
0413 SEVERIDAD DE LA PÉRDIDA DE SANGRE	Paciente no presenta sangrado postquirúrgico	X		

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

S	Paciente adulto refiere "Siento dolor en todo mi abdomen, no me puedo mover porque aumenta el dolor, me molesta las sonda que pasa por mi nariz y la sonda de la orina también, no puedo descansar tranquilo, me siento preocupado por mi estado de salud y tengo miedo que se complique mi operación".
O	Paciente adulto mediano postoperado de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal; en reposo decúbito dorsal, en NPO, despierto orientado en tiempo, espacio y persona; ventilando espontáneamente al aire ambiental; piel con huellas de venopunciones ligeramente seca; mucosas hidratadas; presenta sonda nasogástrica a gravedad conectada al bolsa colectora con contenido bilioso; presenta catéter venoso permeable para tratamiento; abdomen no distendido con herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos; presenta eliminación vesical a través de catéter urinario en circuito cerrado permeable.
A	Náuseas r/c fármacos (anestesia) e/p manifestación verbal, aumento de salivación. Deterioro de la movilidad en la cama r/c presencia de catéteres y dolor e/p dificultad para pasar a decúbito lateral izquierdo o derecho, pasar de posición supina a sentada e incorporarse de la cama.

	<p>Ansiedad r/c estado de salud e/p expresión de preocupaciones a su evolución.</p> <p>Dolor agudo r/c activación de nociceptores por incisión quirúrgica e/p Informe verbal de dolor y mascara facial de dolor.</p> <p>Riesgo de infección r/c destrucción tisular y procedimientos invasivos.</p>
P	<p>Paciente controla las náuseas.</p> <p>Paciente logra la movilización en la cama.</p> <p>Paciente controla su ansiedad.</p> <p>Paciente refiere alivio del dolor.</p> <p>Paciente no muestra signos de infección en herida quirúrgica.</p>
I	<p>Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos.</p> <p>Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.</p> <p>Higiene personal con asistencia.</p> <p>Valoración céfalo caudal en busca de signo de flogosis o presencia de infección en herida operatoria o procedimientos invasivos.</p> <p>Cambio de gasas y apósitos de la herida operatoria observando que este con bordes limpios, sin secreciones purulentas.</p> <p>Se brinda comodidad y confort: unidad limpia y ordenada (cama, velador, soporte de medicamentos) colocación de bata limpia.</p> <p>Apoyo al médico en la curación de herida operatoria.</p> <p>Se administra analgésicos prescritos, con una adecuada y aséptica manipulación.</p> <p>Se administra antibióticos prescritos, con una adecuada y aséptica manipulación.</p> <p>Se brinda apoyo y orientación en el proceso normal de recuperación de la intervención quirúrgica.</p> <p>Fijación y limpieza de la sonda nasogástrica y sonda urinaria.</p> <p>Apoyo en la eliminación de contenido de las bolsas conectadas a drenajes observando las características del contenido.</p> <p>Se brinda educación sanitaria sobre signos y síntomas de alarma.</p>

E	Paciente hemodinámicamente estable, mejora la movilidad en cama, en buen estado de higiene, controla las sensación nausea sin llegar al vómito, tolera el dolor, disminuye el riesgo de infecciones agregadas, disminuye su nivel de ansiedad y queda en observación continua.
----------	--

CONCLUSIONES

1. La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente adulto postoperado de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal.
2. La aplicación de un plan de cuidados actualizados en la atención de pacientes post operados de Laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal, facilita al personal de enfermería a realizar una adecuada valoración y priorización de problemas, establecer los diagnósticos y aplicar un plan de cuidados sistematizados y oportunos, haciendo uso del lenguaje enfermero (NANDA. NIC Y NOC).
3. El dolor en la herida operatoria, es un signo que experimenta todo paciente post operado inmediato o mediato y que mediante la teoría de las necesidades nos permite concluir que el dolor dificulta el cumplimiento de las necesidades del paciente, por lo que como enfermería debemos ayudar a satisfacer todas sus necesidades, disminuyendo y/o eliminando el dolor.
4. El conocer los dominios del NANDA facilita al enfermero emitir diagnósticos de enfermería de manera individualizada, dar respuestas reales o potenciales y permite la ejecución de intervenciones oportunas obteniendo mejores resultados.
5. Cuando el individuo carece de capacidad para satisfacer sus necesidades, el familiar es de suma importancia para la realización y cumplimiento de sus necesidades, por lo que se deber permitir en la medida posible el acompañamiento del familiar, como se sustenta en la teoría de las necesidades.
6. La obstrucción intestinal es la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso y puede ser mecánica o funcional, produciendo un daño contundente en el intestino, para lo cual se utiliza la laparotomía exploratoria como medio de reparación quirúrgica para salvaguardar la vida del paciente.
7. La disminución de complicaciones en pacientes hospitalizados se centra en el manejo adecuado de la herida operatoria, de los drenajes, el inicio de la deambulación temprana y la tolerancia oral del paciente.

RECOMENDACIONES

1. A la institución: brindar las facilidades para la realización de las actividades académicas científicas para contar con profesionales de enfermería capacitados y preparados, mejorando así la calidad de la atención y el cuidado de enfermería, previniendo y/o controlando las complicaciones postoperatorias de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal, que aumentan los costos hospitalarios y costos sociales.
2. Al servicio: continuar con el gran trabajo de actualización de todas las guías clínicas de la atención de los pacientes postoperados existentes en el servicio de cirugía general, aplicando el conocimiento de las enfermeras especialistas y haciendo uso del lenguaje enfermero.
3. A los profesionales: actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado del paciente adulto postoperado de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal, que permita un desempeño profesional eficiente y que cubra las más altas expectativas de los usuarios, a fin de brindar un cuidado con excelencia y calidad.
4. Promover la aplicación del proceso de enfermería como método científico para realizar un diagnóstico adecuado de las necesidades del paciente, satisfacerlas y evaluar las acciones realizadas en bien del restablecimiento de la salud del paciente postoperado de laparotomía exploratoria por obstrucción.
5. Brindar orientación al paciente y familia sobre el cuidado de la herida operatoria, alimentación y la identificación de signos de alarma al momento del alta, para disminuir complicaciones postoperatorias de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal y evitar el reingreso al servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayo Clinic. Oclusión intestinal. 2021. (consultado 5 abril 2022) disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/intestinal-obstruction/symptoms-causes/syc-20351460>
2. Danny O. Jacobs. McGraw Hill; 2019. Obstrucción intestinal aguda. (consultado 5 abril 2022) disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114934636#:~:text=La%20obstrucci%C3%B3n%20intestinal%20aguda%20representa,muestra%20datos%20de%20isquemia%20significativa.>
3. Pedro Mariano Pintos Fernández, et al. 2020. Etiología de la oclusión intestinal en pacientes operados en el servicio de cirugía general del hospital regional de pilar periodo 2018-2020. (consultado 5 abril 2022) disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1819/2598>
4. Alexander Marchena RodríguezI, Reinaldo Jiménez PrendesII, Julio César Sarmiento SánchezII. Morbimortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal en el Servicio de Cirugía General. Rev. Finlay vol.5 no.1 Cienfuegos ene.,mar. 2015 (consultado 6 abril 2022) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000100004
5. López Lorenzo, Richard Enrique. Características clínico epidemiológicas de pacientes intervenidos por obstrucción intestinal por bridas y adherencias en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, durante el año 2016. UNCP. (consultado 6 abril 2022) disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/1548>
6. Gabriela del pilar Pereira. 2018. Obstrucción intestinal en el hospital regional de Loreto. Iquitos –2016 (consultado 6 abril 2022) disponible en: https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3941/Gabriela_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Idrobo A, Bastidas B, Yasno L, Vargas A. 2019. Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. (consultado 11 abril 2022) disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3377/337765911007/>
8. Toto J, Martínez Á, Quijano F. 2021. "Características clínicas y tomográficas asociadas al manejo quirúrgico en pacientes con obstrucción intestinal de origen adherencial. (consultado 11 abril 2022) disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444-054X2021000500588&script=sci_arttext

9. Portugal Torres, Jose Diego. 2019. Factores asociados a mortalidad post operatoria en cirugía de emergencia por obstrucción intestinal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2016 – 2018. (consultado 11 abril 2022) disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8199>
10. Sánchez Figueroa, Pablo Jonathan. 2019. Factores asociados a complicaciones post quirúrgicas en pacientes adultos con obstrucción intestinal mecánica en el Centro Medico Naval durante enero 2013 a enero 2018. (consultado 11 abril 2022) disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1843>
11. Huamán Asqui, Carlos Aldair. 2020. Características clínico quirúrgicas y complicaciones posoperatorias de la obstrucción intestinal hospital Carlos Monge Medrano 2019. (consultado 11 abril 2022) disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57867>
12. Crespo Murillo, Julio David. 2018. Obstrucción intestinal en pacientes pediátricos de 1 a 5 años complicaciones y nuevas tecnologías de diagnósticos, estudio a realizar en el Hospital Francisco Icaza Bustamante durante el período de enero del 2011 a enero del 2016. (consultado 11 abril 2022) disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30683>
13. Carbo Vélez, Miguel Ángel Guin Mosquera, Ricardo Andrés. 2020. Prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en pacientes atendidos del Hospital General Guasmo Sur 2017 - 2019. (consultado 11 abril 2022) disponible en: <http://201.159.223.180/handle/3317/15377>
14. Barrera Medrano, Saira Lisbett, Bran Pozuelos, Byron Enrique. 2018. Principales causas de laparotomía exploradora en pacientes adultos mayores que ingresan al servicio de emergencia de cirugía del hospital general san juan de dios. (consultado 11 abril 2022) disponible en: http://biblioteca.galileo.edu/tesario/bitstream/123456789/718/1/2017-T-mgg-016_barrera_medrano_y_bran_pozuelos.pdf
15. Polonio Chumioque, Milagritos Morelia. 2018. Factores asociados a obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes postoperados. (consultado 12 abril 2022) disponible en: <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/3927>
16. Cardeña Santa Cruz, Levin. (2021). Características epidemiológicas, clínico-quirúrgicas en pacientes sometidos a laparotomía- servicio de Cirugía “A”- Hospital Regional, Cusco 2020. . (consultado 12 abril 2022) disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5767>

17. Candela Bonill de las Nieves y Manuel Amezcua. 2014. Virginia Henderson. (consultado 12 abril 2022) disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
18. Manuel Frutos Martín. 2015. El modelo de virginia henderson en la práctica enfermera (consultado 12 abril 2022) disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=9C51A08764F502C3DB703AD95791C094?sequence=1>
19. Natalia Bassy Iza, María Jesús Esteban Dombriz. obstrucción intestinal. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). tratado de geriatría para residentes. 1º D. Madrid. International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2006. p. 575-580.
20. Ricker Polsdorfer, MD. 2015. Laparotomía exploratoria. (consultado 13 abr 2022) disponible en: <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=121203>
21. Enfermería actual. Diagnósticos de enfermería. Listado de Diagnósticos NANDA. (consultado 25 abril 2022) disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda-2/>
22. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. 6º ed. Barcelona. ELSEVIER. 2018.
23. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner Ch. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7º ed. Barcelona. ELSEVIER. 2018

ANEXOS

**PACIENTE EN SU UNIDAD CAMA Nº 7 DE CIRUGÍA GENERAL DEL
HOSPITAL DE APOYO BAGUA.**



RETIRO DE GASAS Y APÓSITOS MANCHADOS



LIMPIEZA E INSPECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA



CAMBIO DE GASA Y APÓSITOS



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS





HOSPITAL DE APOYO BAGUA

