

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE
2015 - 2017.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIADAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

GRACIELA EPIFANIA YALLICO CHUMBE

**CALLAO, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Graciela Yallico Chumbe', written in a cursive style.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 070

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°458-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. GRACIELA EPIFANIA YALLICO CHUMBE

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVOS.....	6
1.3 JUSTIFICACION.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 ANTECEDENTES.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	35
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	36
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME.....	43
IV. RESULTADOS	46
V. CONCLUSIONES	50
VI. RECOMENDACIONES.....	51
VII.REFERENCIALES.....	52
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es un bloqueo parcial o total del intestino que impide que se puedan evacuar con normalidad el contenido intestinal, ya sea debido a un trastorno de la estimulación neurológica del peristaltismo intestinal o debido a que existe algo que interfiere en el flujo normal del contenido intestinal y que se manifiesta con dolor abdominal de tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y detención de gases y heces. (1)

En los adultos de 40-60, las causas más frecuentes son bandas de tejido cicatricial derivado de cirugías abdominales previas (adherencias), partes del intestino que protruyen por una abertura anómala (hernia) y tumores. La probabilidad de cada causa particular varía dependiendo de la parte del intestino afectada. (2)

El presente trabajo académico titulado "cuidado de enfermería a pacientes adultos con obstrucción intestinal que ingresan al servicio de emergencia del hospital rezola de cañete 2015-2017 " tiene como finalidad describir el cuidado de enfermería en pacientes con obstrucción intestinal realizando una adecuada valoración y preparación tanto física como psicológica para su próxima intervención quirúrgica.

El presente informe consta de VII Capítulo los cuales se detallan a continuación: el capítulo I: descripción del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el

capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV: resultados, capítulo V: conclusiones, capítulo VI: recomendaciones, capítulo VII referencias bibliográficas. Y contiene un apartado de anexos incluyendo resultados, conclusiones y recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Una obstrucción gastrointestinal (GI) se produce cuando se obstruye el tubo digestivo de una persona. El tubo digestivo está formado por el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. Durante el proceso habitual de digestión, los alimentos y los líquidos se mueven a través del tubo digestivo. Las enzimas, los líquidos y los electrolitos ayudan al cuerpo a absorber los nutrientes durante este proceso.

Cuando una persona tiene una obstrucción GI, los alimentos y los líquidos no se pueden desplazar por el sistema como lo harían habitualmente. Una obstrucción GI puede ocurrir por algo que se encuentre dentro del tubo digestivo y obstruya el paso. También puede ser algo externo al tubo digestivo lo que provoque una obstrucción si presiona contra este y lo hace colapsar. Cuando hay una obstrucción, las contracciones intestinales que hacen que los alimentos se desplacen pueden producir un dolor intenso. Estos movimientos se denominan peristalsis. Si no se trata, la obstrucción GI constituye un problema grave, que incluso puede poner en riesgo la vida. (3)

La obstrucción intestinal puede presentarse en cualquier etapa de la vida; la causa varía de acuerdo con el grupo de edad.

Sin embargo, el padecimiento es más frecuente en la cuarta y quinta décadas de la vida, si bien en los últimos 65 años, la causa más frecuente

de obstrucción ha cambiado: hacia 1932, la frecuencia de obstrucción por hernias era del 49% y del 7%, en el caso de las adherencias, en tanto que en 1960, la frecuencia para las hernias del 6% y del 71% para la obstrucción por adherencias. Esto se explica por el aumento de las operaciones abdominales que se practican en la actualidad, así como por la intervención temprana en el tratamiento de las hernias. El 80% de las obstrucciones intestinales se presenta en el intestino delgado y el resto en el colon.

Según estudio realizado en Hospital Emergencia Pediátricas, donde revisaron 74 historia clínicas de Enero a Julio del año 2014 en Perú; encontró que el grupo etario más afectado por obstrucción intestinal fue entre 6 a 10 años con 22 casos (29.7%). (4)

En el hospital rezola de cañete ingresan con frecuencia al servicio emergencia pacientes adultos de 50 años a más con obstrucción intestinal siendo en la mayoría de sexo masculino a consecuencia de adhesiones por operaciones quirúrgicas previas, esta situación es una oportunidad para ofrecer nuestro servicios a pacientes mayores teniendo en cuenta todos los aspectos del ser humano tanto físico psico socio espiritual, educación que debe extenderse a la familia y/o cuidador. (5)

Mediante la revisión bibliográfica y datos recogidos a nivel local, sobre la

aparición de la obstrucción intestinal en pacientes que ingresan a emergencia, demostrando el impacto personal, familiar y social que tiene esta complicación; con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas en riesgo y a su vez fomentar en el profesional de Enfermería la Gestión del Cuidado más humanizado.

1.2 OBJETIVOS

Describir la experiencia profesional en el cuidado de enfermería en obstrucción intestinal a apacientes adultos mayores que ingresan al servicio de emergencia del hospital Rezola cañete 2015-2017.

1.3 JUSTIFICACION

El presente trabajo académico tiene como finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben de tener a los pacientes adultos mayores ingresan con obstrucción intestinal al servicio de emergencia del Hospital Rezola 2015-2017 con el propósito de evitar complicaciones que pueden atentar contra la vida del paciente. Así mismo se justifica.

Nivel Teórico: El presente trabajo servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería en todas sus dimensiones mostrando habilidades sociales y destreza profesional sobre la atención de pacientes adultos mayores con OGI, es necesario mencionar los principios cuidativos utilizados por Watson, los cuales son referidos al amor, apoyo emocional, apoyo físico y espiritual, crear ayuda

y confianza que permita asistir las necesidades humanas en su totalidad

Nivel Metodológico: El presente trabajo es importante a nivel metodológico ya que lograra precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados necesarios antes durante y después de la obstrucción intestinal.

Nivel social: A nivel social el presente trabajo beneficiara a los pacientes que ingresan solicitando atención al servicio de emergencia del hospital Rezola. Así mismo los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor de enfermería en el servicio de emergencia y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes, afín de evitar complicaciones y facilitar una pronta recuperación después de la intervención quirúrgica.

Nivel práctico: A nivel práctico el presente trabajo permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre la posible complicación y manejo que se debe de tener con la obstrucción intestinal y la intervención correcta en el mismo. A fin de cambiar actitudes en la toma de decisiones al cambio a la mejora de la práctica profesional al brindar nuestros servicios, a la eficacia, a la satisfacción de los profesionales y a la satisfacción del usuario.

Nivel económico: Los pacientes adultos mayores con obstrucción intestinal ocupan la segunda causa de urgencia quirúrgica, siendo un gran problema para la familia por la morbilidad que suponen, por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan ya que

provocan prolongaciones de estancia hospitalaria con incremento de costo sanitario ocasionando en el paciente: pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

CONTRERAS AMORETTI, Leya **“Obstrucción Intestinal Asociada A Cirugía De Urgencia En Adultos Mayores En El Hospital Santa Rosa” Perú 2014 – 2015** Con el objetivo de: Determinar la asociación entre la obstrucción intestinal y la cirugía de urgencia en el adulto mayor en el Hospital Santa Rosa durante el 2014– 2015. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, analítico relacional. De 784 pacientes ≥ 60 años atendidos en el servicio de cirugía general por patologías abdominales, se revisó 156 historias clínicas y reportes operatorios de pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia y de ellos 57 presentaron obstrucción intestinal. Además se determinó la asociación y frecuencia de las variables clínico-epidemiológicas: sexo, edad, antecedentes quirúrgicos, comorbilidades; hallazgos operatorios y tipo de procedimiento quirúrgico. Resultados: El 36.54% presentó obstrucción intestinal, que a su vez constituye un factor de riesgo (OR=3.58, $p=0.000$) para cirugía abdominal de urgencia; así mismo, se halló para el sexo femenino (OR=0.55, $p=0.092$); edad >65 años (OR=3.81, $p=0.000$); antecedentes quirúrgicos (OR=38.5, $p=0.000$); presencia de comorbilidades complicadas (OR=5.38, $p=0.004$); hipertensión arterial: 43.9%, diabetes mellitus tipo 2: 33.3%; el hallazgo operatorio: bridas y adherencias obtuvo un 73.7%, igual que la liberación de bridas y adherencias como procedimiento quirúrgico realizado. Conclusiones: La obstrucción intestinal, edad, presencia de

comorbilidades complicadas y antecedentes quirúrgicos están asociadas y constituyen un factor de riesgo para cirugía abdominal de urgencia en el paciente adulto mayor. El hallazgo operatorio más frecuente fue las bridas y adherencias; las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 y el procedimiento quirúrgico más realizado fue la liberación de bridas y adherencias. (6)

ROMEO SUB CAAL, Carlos. Estudio de las causas, tratamiento y evolución de Obstrucción Intestinal en Pacientes de 1 a 60 años ingresados al área de emergencia de Cirugía del Hospital de Cobán de enero 2009 a diciembre 2013 Con el objetivo de caracterizar las causas, tratamiento y evolución de obstrucción intestinal en pacientes 1 a 60 años. Es un estudio descriptivo retrospectivo. Se solicitaron 232 expedientes clínicos de pacientes 1 a 60 años, de estos 117 cumplieron los criterios para obstrucción intestinal. Resultados: Las bridas y adherencias como causa principal de obstrucción intestinal 37 (32%), seguido de íleo adinámico 32 casos (27%), parasitismo intestinal 22 casos (19%), Hernia interna 10 (9%), otros (tumores, cuerpo extraño, íleon biliar, bezoar) 5 (4%), perforación intestinal y divertículo de Meckel 4 cada uno (3%), y por ultimo vólvulos sigmoides 3 (2.5%). Las edades más frecuentes es de 1 a 9 años 36 casos (31%), seguido a 40 a 49 años 25 casos (21%). El sexo masculino con 79 casos (68%), en relación al sexo femenino con 38 (32%). 50 (43%) pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa, en cuanto al tratamiento quirúrgico fueron 85 (73%),

tratamiento médico 32 (27%). Los diagnósticos médico-tratamiento médico de egreso fueron las infecciones 19 (59%), las bridas y adherencias 13 (41%). El tiempo de recuperación post-operatoria fue 72 horas con 33 (39%), Seguido > = 96 horas 22 (26%). Las complicaciones post-operatoria que presentaban es el íleo paralítico post-operatorio con 31 casos (36%), seguido de dehiscencia de herida operatoria 11 casos (13%). Conclusiones: En este estudio determinamos que las causas de obstrucción intestinal fueron las bridas y adherencias 32%, seguido de íleo adinámico 27%, parasitismo intestinal 19%, con respecto a las edades es significativo 1 a 9 años debido a que estos pacientes están susceptibles adquirir infecciones oportunistas que los exponen a íleo adinámico, y en las edades de 40 a 49 años donde se manifiestan las bridas y adherencias. Con predominio al sexo masculino, debido a que estaban expuestos a intervención quirúrgica temprana por múltiples riesgos de traumatismo abdominal, 73% resolvieron con cirugía, 28% con tratamiento médico. El tiempo de recuperación post-operatorio fueron de 72 horas con 39%, entre las complicaciones post-operatoria el íleo paralítico 37%, dehiscencia de herida operatoria 13%, sin embargo los pacientes resolvieron satisfactoriamente sin evidenciar mortalidad. Obstrucción intestinal se presenta en toda etapa de la vida, sospechar siempre, en pacientes con distensión abdominal, náuseas, vómitos, dolor abdominal, y estreñimiento, y también en pacientes que tienen antecedentes de cirugía previa. (7)

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” Describir las características epidemiológicas, clínicas y resultado precoz del tratamiento quirúrgico de pacientes intervenidos por bridas y adherencias. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional de serie de casos. Se revisaron 49 historias clínicas de pacientes con Obstrucción intestinal por Bridas y adherencias con antecedente de cirugía previa, intervenidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo durante el año 2016. Los resultados: El 63,27% (n=31) fueron hombres y el 36,73% (n=18) mujeres; con mayor frecuencia entre los 65 años en adelante; una edad media de 54,7 años y una desviación estándar de 20,4 años. El dolor abdominal estuvo presente en el 100% (n=49), seguido de los vómitos con 81,6% (n=40) y distensión abdominal con 36,7% (n=18) de todos los pacientes. El tratamiento que más se empleó fue lisis de bridas y adherencias con 61,3% (n=30), en el 26,5% (n=13) se empleó lisis de bridas y adherencias más resección y anastomosis y en el 12,2% (n=6) se empleó lisis de bridas y adherencias más ileostomía; del total de pacientes presentaron complicaciones quirúrgicas el 26,52% (n=13) dentro de las cuales la infección de sitio operatorio estuvo presente en 10,2% (n=5) ; además se

presentó una tasa de mortalidad de 6,1% (n=3) del total de pacientes por causa de sepsis foco abdominal. Conclusiones: Las principales características epidemiológicas de los pacientes con obstrucción intestinal por bridas postoperatorias: afectó a los varones y al grupo etario entre los 65 años en adelante. El dolor abdominal estuvo presente en todos los pacientes. El tratamiento que más se empleó fue lisis de bridas y adherencias, se presentó una tasa de mortalidad de 6,1% a causa de sepsis foco abdominal. (8)

DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ, Erian Jesús. “Factores predictivos de mortalidad vinculados con alteraciones del medio interno en la oclusión intestinal mecánica desde enero de 2011 hasta diciembre de 2013”. Santiago Cuba. Diseñar un modelo predictivo de mortalidad basado en las alteraciones del medio interno presentes en pacientes atendidos en el Hospital Provincial “Saturnino Lora” de Santiago de Cuba. Método: Se realizó un estudio descriptivo, analítico de cohorte. Se seleccionó una muestra de 191 pacientes (165 egresados vivos y 26 fallecidos). La identificación de los factores predictivos de la mortalidad se llevó a cabo a través de la construcción de un modelo de regresión logística multivariable. Resultados: Predominaron los pacientes del sexo masculino y hubo una mayor tendencia hacia la muerte en los mayores de 60 años (p=0,000). La existencia de tumores fue la principal causa asociada con la mortalidad (p=0,000). El inicio de los síntomas fue más

prolongado en los casos que fallecieron, asociado, sobre todo, con la presencia de alteraciones del medio interno. El diseño del modelo predictivo se estructuró por la presencia de deshidratación posoperatoria, shock posoperatorio, acidosis metabólica posoperatoria y alteraciones mixtas del equilibrio ácido básico posoperatorias. Se calculó una sensibilidad de 84,6 y especificidad de 97,6, con un valor predictivo positivo de 84,5 y un valor predictivo negativo de 97,7. Conclusiones: La presencia de alteraciones del medio interno enmascara el curso y pronóstico de los pacientes con oclusión intestinal mecánica. Fue posible el diseño de un modelo predictivo de la mortalidad en las variables vinculadas con las alteraciones del medio interno. (9)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

a) Definición

La oclusión intestinal es la incapacidad del intestino para permitir, con sus movimientos, el paso regular de alimentos y contenido intestinal en sentido caudal, lo que origina cambios locales y generales. Puede manifestarse por obstrucción simple, donde única y exclusivamente se encuentra perturbado el tránsito intestinal, o por obstrucción con estrangulación, donde, además de

estar perturbado el tránsito intestinal, se encuentra comprometida la circulación sanguínea del segmento intestinal afectado. (10)

b) Fisiopatología

La distensión abdominal se debe a la acumulación intestinal del líquido y gas. Y cuando la actividad intestinal aumenta en un esfuerzo para vencer la obstrucción, lo que explica el dolor tipo cólico y la diarrea. La secreción diaria en el tubo digestivo es de 5 a 6 litros además de líquidos y solutos, además también saliva, secreciones gástricas, bilis y jugo pancreático. (7)

El 80% del líquido producido en el tracto gastrointestinal alto se reabsorbe antes de alcanzar el colon; al existir una obstrucción se altera esta función. Durante las primeras 24 h de instalarse esta patología, ocurre una disminución en el flujo hídrico desde la luz hacia la sangre. Un 80% del gas intestinal está formado por aire deglutido componiéndose por nitrógeno no absorbible. Al presentarse la obstrucción hay un aumento de las bacterias intestinales aeróbicas y anaeróbicas, las cuales incrementan la producción de metano e hidrógeno; lo que contribuye a una mayor distensión.

- Cuando el quimo y el gas pueden atravesar el punto de la obstrucción, ésta es parcial; cuando esto no ocurre es completa.

- Cuando el intestino se ocluye en un solo punto, condicionando dilatación intestinal, hipersecreción y sobre crecimiento bacteriano proximal y descompresión distal, la obstrucción es simple.
- Cuando un segmento de intestino se ocluye en dos puntos por una lesión simple, se presenta una obstrucción en asa cerrada.
- Cuando se compromete el aporte sanguíneo al segmento intestinal se presenta estrangulamiento.
- Las causas más comunes de obstrucciones simples son las adherencias intraabdominales, tumores y estenosis.
- Las causas más comunes de una obstrucción cerrada son hernias, adherencias y vólvulos. (10)

c) Causa

La causa más frecuente de Obstrucción intestinal, en pacientes previamente intervenidos, son las bridas (60%) y los 40% están distribuidos entre Hernias, íleo biliar o causa inflamatoria (enteritis, enfermedad inflamatoria.) y neoplasias. Las causas de síndrome de obstrucción intestinal se clasifican en mecánicas y funcionales o no mecánica; las mecánicas pueden ser: Extrínsecas, intrínsecas e Intraluminales. (7)

Mecánicas:

Extrínsecas: Adherencias (Congénitas o Adquiridas), Hernias (internas o externas), Mala rotación, Vólvulo, Masas extra intestinales (carcinomatosis, abscesos, lesiones inflamatorias)

Intrínsecas: (Intramurales) Congénitas (atresia, estenosis, ano imperforado, duplicaciones, quistes, membranas).

Intraluminales: Adquiridas (neoplásicas, inflamatorias, infecciosas, traumáticas, fibrosis), posanastomóticas, isquémicas, intususcepción, endometriosis, enteropatía por radiación. Cálculos biliares, parásitos, cuerpos extraños, bezoares, meconio.

Funcionales:

Íleon adinámico o paralítico.

Íleon espástico

d) Factores de riesgo

Los factores de riesgo son:

Las personas de cualquier edad pero más a menudo aquellos de más de 70 años

Antecedentes de cirugía abdominal

Antecedentes de haber recibido terapia radioactiva en el abdomen.

Antecedentes de tener o haber tenido alguna forma de cáncer.

Menos de uno de cada tres pacientes de cáncer colorectal desarrollan de hecho una obstrucción del intestino grueso. (11)

e) Signos y síntomas

La obstrucción intestinal se manifiesta como náuseas, vómitos, dolor abdominal intenso y distensión abdominal. Para salvar la obstrucción el intestino aumenta su peristaltismo y hay un aumento de los ruidos intestinales. Cuando esta obstrucción no puede ser solventada los movimientos del intestino se detienen y los ruidos desaparecen.

El dolor suele ser de tipo cólico debido a la distensión abdominal. Si evoluciona a continuo, localizado y de mayor intensidad, sugiere estrangulación o perforación.

Los vómitos pueden ser biliosos si la obstrucción está localizada a nivel del intestino delgado o pueden ser fecaloideos si la obstrucción está localizada en el intestino grueso.

Otros síntomas que se presentan son estreñimiento, fiebre, taquicardia e hipotensión. (12)

f) **Diagnóstico**

La obstrucción intestinal aguda suele diagnosticarse mediante historia clínica y exploración física. Está indicada la exploración física completa, dedicando especial atención a ciertos puntos. Taquicardia e hipotensión indican deshidratación grave, peritonitis ó ambas. En cuanto a la exploración abdominal, a la inspección, suele estar distendido, no obstante, el examinador debe distinguir si se debe a obstrucción intestinal o a ascitis. Esta última se caracteriza por onda líquida y matidez cambiante. El grado de distensión depende de la localización y tiempo de evolución. A veces, es posible ver ondas peristálticas a través de la pared en pacientes delgados. Se deben descubrir cicatrices quirúrgicas previas, dada la implicación etiológica de la cirugía previa. A la palpación, el abdomen suele ser doloroso de forma difusa. La sensibilidad localizada, sensibilidad de rebote y defensa muscular involuntaria harán sospechar peritonitis y o estrangulación. En algunos casos, se podrán detectar masas abdominales como neoplasias, abscesos, invaginación, etc. Nunca debe faltar en este tipo de pacientes la exploración sistemática y metódica de los orificios herniarios en busca de hernias encarceladas. Así mismo, debe hacerse exploración rectal en busca de masas extraluminales, fecalomas, restos hemáticos, neoplasias, etc.

La auscultación abdominal en los pacientes con obstrucción intestinal revela un peristaltismo aumentado de intensidad en una primera fase, y una ausencia del mismo según progresa el cuadro. La calidad de los sonidos se caracteriza por un tono alto o características musicales. (13)

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen (radiografía, ecografía y TAC), valoración de la sintomatología típica acompañante y la analítica de sangre. Con estas medidas se diagnostica la obstrucción, cuál es su causa y dónde está localizada. (12)

g) Tratamiento

En la mayoría de los casos, el tratamiento de la obstrucción intestinal es quirúrgico, la excepción a esta regla la constituyen las oclusiones debidas a adherencias y las incompletas o suboclusiones.

La pseudoobstrucción intestinal y los íleos de etiología funcional no son, en principio, subsidiarios de tratamiento quirúrgico, en estos casos, se debe instaurar un tratamiento médico con especial atención a la hidratación del paciente y al equilibrio hidroelectrolítico. Cuando la causa de la obstrucción sea por adherencias se debe intentar tratamiento conservador en la sala de cirugía con sonda nasogástrica, nada por vía oral, control de iones

diario y reposición hidroelectrolítica adecuada. El paciente será valorado a diario prestando atención al grado de distensión, grado de dolor, presencia o no de ruidos peristálticos, cantidad de aspiración nasogástrica y estado general, asimismo, se efectuarán controles radiológicos. Si el cuadro no mejora en un plazo de 24-48 horas, está indicada la intervención quirúrgica urgente.

En las obstrucciones incompletas de intestino grueso, siempre y cuando el estado general del paciente lo permita, se puede intentar tratamiento conservador para evitar cirugía de urgencia y la posterior realización de cirugía electiva.

La hernia encarcelada que consiga ser reducida manualmente, deberá ser observada en las horas siguientes a la reducción por el potencial riesgo de perforación intraabdominal . (13,14)

h.- Complicaciones

Las complicaciones de la obstrucción intestinal tienen repercusiones locales y sistémicas, aunque se pueden prevenir con un diagnóstico temprano y una adecuada reanimación del paciente antes de manejar la causa subyacente.

Así tenemos, que se pueden presentar variados estados de desequilibrios hidroelectrolíticos como consecuencia de los vómitos y los secuestros a terceros espacios, esto último de igual manera puede llevar al shock.

Se puede presentar peritonitis localizada y o generalizada, producto de la traslocación bacteriana, o como resultado de la salida de contenido intestinal por una perforación intestinal, lo cual es otra complicación de las obstrucciones con estrangulamiento; o bien pro gangrena y necrosis.

Cabe mencionar el síndrome de reperfusión, que aunque no es una complicación directa de la enfermedad, se puede dar como resultado del tratamiento de la misma y es potencialmete letal. (13)

2.1.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ADULTO CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Las prioridades de enfermería se orientan a realizar una valoración hemodinámica y del dolor frecuente controlar la aparición de complicaciones e informar al paciente y a la familia. (12)

Diagnósticos de enfermería:

- Dolor agudo R/C agente lesivo físico.
- Alteración de la perfusión gastrointestinal, R/C vasoespasmo por afección gastrointestinal.
- Nauseas, R/C distensión gástrica, Irritación gastrointestinal.
- Estreñimiento R/C con obstrucción abdominal.
- Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida activa de volumen de líquidos. (15)

Intervención de enfermería:

La actuación de la enfermera en el equipo de salud debe ser complementaria con las demás especialidades que manejan el paciente adulto con obstrucción intestinal

Valoración neurológica Requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y neurológicos para el reconocimiento temprano del deterioro hemodinámico y neurológico.

1. Colocar al paciente en una posición que le resulte cómoda.
2. Aplicar dieta prescrita por el médico: Nada por vía oral.
3. Canalizar una vía venosa periférica para la administración de líquidos y medicamentos prescritos.
4. Realizar sondaje nasogástrico y conectarlo a aspiración suave.
5. Controlar las constantes vitales por turno: frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura y presión arterial.
6. Control del balance hídrico.
7. Aplicar medidas específicas relacionadas con la etiología del cuadro: preparación de paciente para pruebas diagnósticas, analíticas, etc.
8. Realizar preparación quirúrgica del paciente en caso de cirugía.

9. Coordinarla actividad con los servicios de apoyo: Rayos y Laboratorio.

10. Observar en forma continua al paciente en busca de clonas, episodios de desorientación, cambios en la coloración de la piel, signos vitales, registrar e informar. Registrar todos los datos del ingreso como así también todas las intervenciones realizadas.

11. Informar los cambios al médico tratante.

12. Disminuir la ansiedad del paciente con expresiones de apoyo, amabilidad e información sobre su estado actual y los procedimientos que se han de realizar.

13. Información a la familia sobre la situación del paciente (actividad conjunta entre médico y enfermera) y permitir el acompañamiento del paciente cuando sea pertinente. La presencia de los padres en el paciente pediátrico es esencial para ayudar al niño a afrontar el estrés de la lesión traumática.

(12, 16)

2.1.2 TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Jean Watson destacada teórica contemporánea de enfermería, inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un Bachelor of Science en Enfermería en 1964

en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la Graduate School del Campus de Boulder. (17)

Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias (18)

a.- Metaparadigma de la teoría:

- **Persona:** Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

Medio ambiente. Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

-**Salud:** De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está

asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”

-Enfermería: La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación. (18,19)

b.- Postulados

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo

anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera persona y paciente persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.(18)

Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la

naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

Interacción enfermera paciente

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud enfermedad, interacción persona medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera paciente).

Campo fenomenológico

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

Relación de cuidado transpersonal

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden "persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno". Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud.

Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de

significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la auto curación independientemente de la condición externa de salud.(19)

Momento de cuidado

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la

posibilidad de venir juntos a una transacción humana a humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relacionadas en los procesos de cuidado humano.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el "fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia" (18,19)

c.- Aplicación a la práctica

Diferentes lugares del mundo a través de un Instituto y Consorcio Internacional de Cuidados Caritas. Actualmente, la teoría de Watson tiene una conexión con 29 países, lo que refleja la trascendencia de ella. También existe una variada literatura que ha expuesto la utilidad de la teoría de Watson en la práctica. Por ejemplo, Bent et al. Consideraron la conceptualización de Watson en un sistema de salud en Colorado, Estados Unidos, como modelo guía de la práctica, basados en la relación de personas, sistemas y experiencias. Dentro de las partes del proyecto, la unidad Nightingale creó un ambiente propicio para cambios con el personal usando el Reiki, la Reflexología, la pintura, la decoración de la unidad y el uso de la música. La teoría de Watson fue una guía iluminadora que sostuvo la fundamentación y apoyó la práctica dado por su beneficio en cultivar una conciencia de cuidados, y el establecimiento de una relación terapéutica fuerte y sostenible. En Canadá, Cara en una educación continua instó a las enfermeras a aplicar la teoría de Watson en su práctica clínica ya que frente a la

deshumanización en los sistemas sanitarios, las enfermeras deben hacer un esfuerzo consciente por preservar el cuidado. Rafael-Falk ha extrapolado la teoría de Watson usando los conceptos de holismo, atención y ecología, para afirmar que es congruente con los enfoques contemporáneos de salud de la comunidad en la atención primaria, la promoción de la salud, y en modelos de desarrollo de la comunidad. (19)

Aportes a distintos campos

-Docencia: el objeto de la práctica profesional es la naturaleza de la vida, del ser humano. Incluye teorías filosóficas respecto de la salud, del cuidado y de la curación. Las áreas centrales de contenido son las humanidades, la ciencia socio-biomédica y tanto el fondo como la forma del cuidado a los pacientes. Los cursos deberían utilizar el arte, la música, la literatura, la poesía, el teatro y el movimiento para facilitar el entendimiento de las reacciones ante distintos estados de salud y ante nuevas posibilidades de dispensación de cuidados y de curación que vayan surgiendo.

- Práctica: tiene por objetivo ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo que hace que tengan lugar procesos de autoconocimiento, respeto propio, auto-curativos y de atención a uno mismo a la vez que aumenta la diversidad, que es el objetivo de la aplicación de los diez factores.

- Investigación: invita a las enfermeras a utilizar enfoques de investigación innovadores. (20)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) **Bridas**: Filamentos membranosos que se forman en los labios de determinadas heridas y tumores.
- b) **Adherencias**: Las adherencias abdominales son bandas de tejido cicatricial fibroso que se forman en los órganos del abdomen y provocan que éstos se peguen entre sí o a la pared de abdomen.
- c) **Íleo**: Es la interrupción aguda del tránsito intestinal. Aunque es frecuente utilizar como sinónimos los conceptos de íleo y obstrucción intestinal, es más correcto reservar este último término para referirse al íleo mecánico.
- d) **Parasitismo intestinal**: Son infecciones causadas por parásitos que se alojan principalmente en el sistema digestivo. Afectan principalmente a los niños, entre 1 y 5 años. Los más frecuentes son: Oxiurus, Ascaris, Giardias.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización a las respectivas Jefaturas; Servicio de Emergencia y de enfermería, oficina de estadística a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- **Recolección de Datos:** Libro de registro, Historia clínica, registros de enfermería
- **Procesamiento de Datos:** Se realizó a través del programa informático Excel, que facilitó el trabajo a través de las hojas de cálculo.
- **Resultados:** Los resultados se presentan a través de gráficos.
- **Análisis e interpretación de resultados:**

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

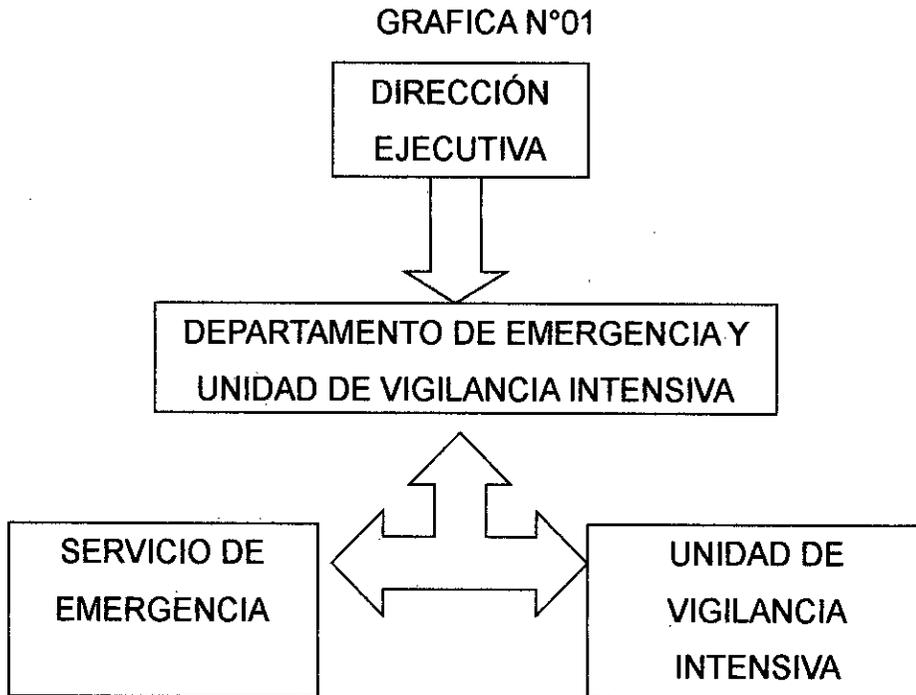
Mi desempeño laboral se inicia con el SERUMS desde el 01 de mayo del 2006 al 01 de mayo del 2007 el cual realice en el C. S San Luis (Micro red San Vicente) Distrito de San Luis, de la provincia de Cañete Región Lima, bajo la modalidad de equivalente. en el año 2008 ingrese a la clínica Monte Sinai donde me asignaron en el área de hospitalización donde labore hasta el 2011 renuncie en setiembre del 2011, desde el 13 de mayo del 2013 hasta la actualidad me encuentro laborando en el servicio de Emergencia, rotando por todas las áreas como, shock trauma, sala de observaciones, y diversos tópicos: (cirugía, medicina, pediatría), realizando labores asistenciales.

- Descripción del Área Laboral

Es la unidad orgánica encargada de realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterada; durante las 24 horas del día. Depende de la Dirección Ejecutiva.

- Organización

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA - HOSPITAL REZOLA CAÑETE

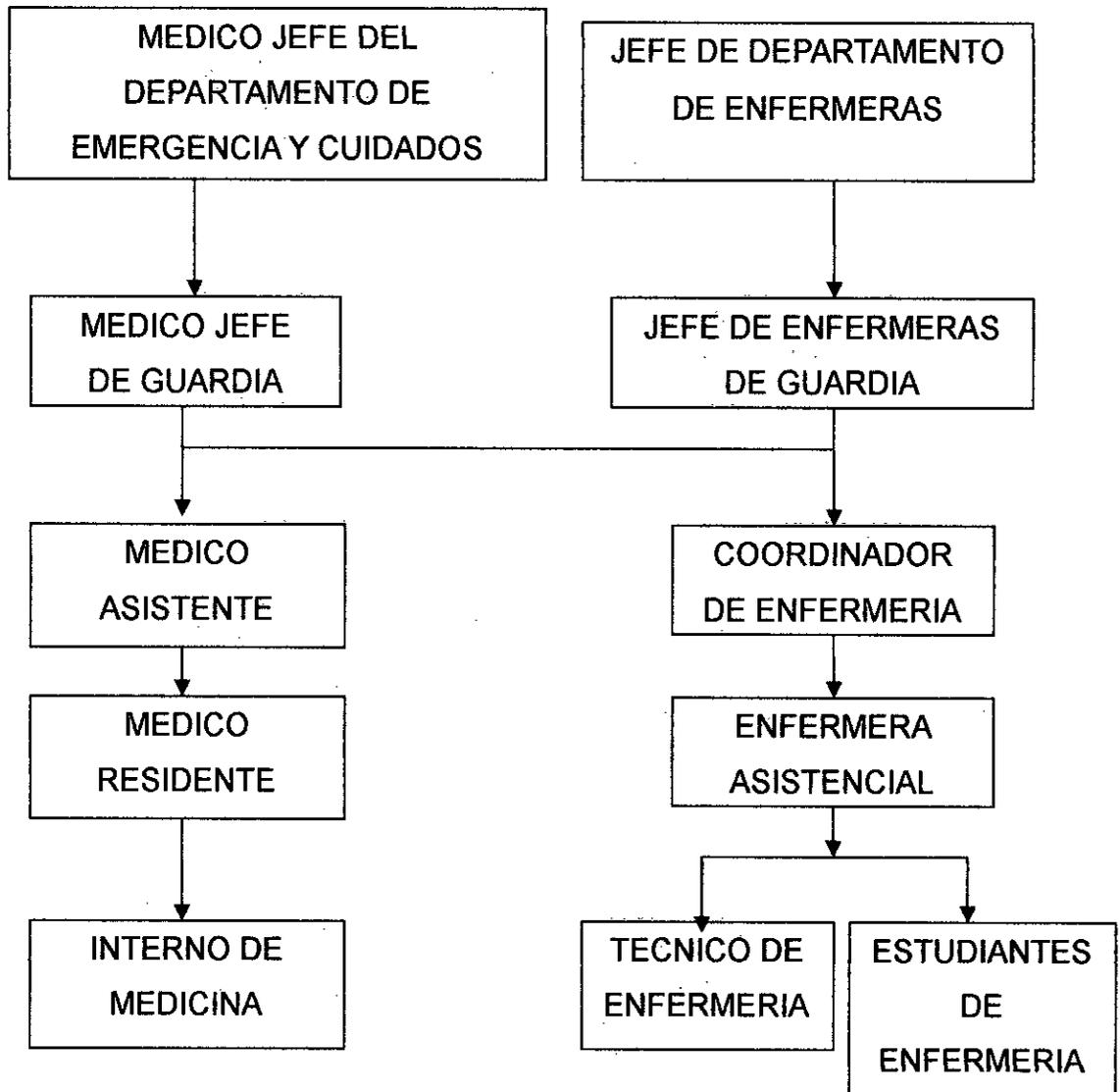


Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HRC

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

HOSPITAL REZOLA CAÑETE

GRAFICA N°02



Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HRC

- Recursos Humanos

05 médicos, 13 enfermeros y 10 técnicos de enfermería.

- Infraestructura

Se encuentra ubicado en el primer piso con puerta a la Calle y cuenta con las siguientes áreas:

Área administrativa

- Sala de Espera
- Star de Enfermería
- Estacionamiento de ambulancias

Área Asistencial

- Atención al paciente
- Triage
- Unidad de Reanimación o Shock Trauma
- Consultorio diferenciado por especialidades (Medicina, Cirugía y Pediatría.)
- Área de Inyectable y nebulizaciones
- Sala de Observación diferenciado por grupo etáreo
- Sala de rehidratación oral.
- Otras Áreas

- Área para stock de materiales e insumos
- Deposito de ropa limpia
- Depósito de ropa sucia
- Cuarto de limpieza.

Funciones Desarrolladas en la Actualidad

a) Área Asistencial

Disponer las medidas necesarias para el buen cuidado de los pacientes en el servicio de Emergencia y supervisar su ejecución.

Brindar atención integral de enfermería y realizar la referencia y contrarreferencia cuando el caso lo requiera.

Ejecutar las actividades de salud en Emergencia y realizar seguimiento de casos en riesgo.

Controlar y registrar los controles vitales cuando ahí se requieren de acuerdo a estado del paciente.

Brindar educación sanitaria al usuario, la familia y la comunidad de acuerdo a las necesidades identificadas.

Brindar atención de enfermería en situaciones de emergencia y desastres.

Cumplir con las guardias hospitalarias y realizar la atención domiciliaria según el usuario y la comunidad.

Realizar el registro diario de las actividades de enfermería y realizar las anotaciones de enfermería de cada paciente.

Cumplir con las medidas de bioseguridad.

Participa en la vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria.

Velar por el mantenimiento y la conservación del buen estado de los equipos y mobiliario del servicio y responder ante cualquier circunstancia de sustracción o pérdida de cualquier material u equipo.

Realizar la entrega de turno a la enfermera entrante con su respectiva entrega de cargo.

Realizar el traslado del paciente a hospitalización o sala de operaciones.

Colaborar con la conservación del buen estado de los equipos y enseres del servicio.

b) Área Administrativa

Supervisar las actividades del personal técnico de enfermería.

Participar en la elaboración de los documentos de gestión del servicio de Emergencia, como guías de procedimientos, guías de atención de enfermería.

Participar en las reuniones programadas por el Departamento de Enfermería.

c) Área Docencia

Participar en los programas de formación y capacitación programados por la Unidad de Docencia e Investigación.

Capacitación en servicio al personal técnico de enfermería a mi cargo.

a) Área Investigación

Mantener un nivel óptimo de conocimientos de Enfermería, acorde con los avances científicos y tecnológicos en la salud.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

El presente informe profesional se realizó en el servicio de emergencia recabando datos de los diferentes registros que contamos en el servicio y casos clínicos.

3.3.1. Presentación de Caso

Paciente de 70 años, sexo masculino, ingresa al servicio de emergencia, despierto agitado, quejumbroso, con dolor y distensión abdominal, náuseas y vómitos, con signos de deshidratación, refiere estreñimiento.

Antecedentes:

- Colectectomía convencional 2014

Al control de signos vitales:

PA 100/60mmhg FC 98 x min SO2 92% FR 22 x min

3.3.2. ¿Que se hizo?

- Se instala en la unidad de Shock Trauma, con monitoreo, cardiorrespiratorio y hemodinámica.
- Se canaliza vía periférica.
- Se realiza sondaje: sonda nasogástrica a gravedad, sonda Foley y sonda rectal.
- Se efectiviza exámenes de laboratorio, radiografías, tomografía.
- Se prepara paciente para sala de operaciones (preoperatorio inmediato).

3.3.3. ¿Qué se aprendió?

A partir del caso se aprendió el manejo del paciente adulto con obstrucción intestinal así como la valoración, el control y prevención de las complicaciones:

3.3.4. Innovaciones – Aportes

- Guía de atención de enfermería paciente adulto con obstrucción intestinal.
- Guía de procedimientos de enfermería en emergencia.
- Capacitación en servicio al personal de enfermería.

3.3.5- Limitaciones para el Desempeño Profesional

- Una de las principales limitaciones es el recurso humano, ya que no tenemos personal de enfermería de reten o para las referencias de pacientes a un hospital de mayor complejidad.
- En cuanto a la infraestructura, el espacio es pequeño, el hospital está declarado en emergencia.
- El equipamiento e insumos es insuficiente para el área de Shock trauma.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

NUMERO DE PACIENTE ADULTO CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 2014 - 2016

AÑO	N° CASOS	%
2014	39	37,9%
2015	31	30,0%
2016	33	32%
TOTAL	103	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.1 vemos que según Oficina de Estadística del hospital Rezola de Cañete, el número de casos de pacientes adultos con obstrucción intestinal que son atendidos en el servicio de emergencia es constante : 39 casos (2014), 31 casos (2015), 33 casos (2016).

CUADRO 4.2

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ADULTO CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 2014 - 2016

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
18 - 29 años	06	15.0%	08	12.7%	14	14%
30 - 59 años	14	35%	26	41.2%	40	39%
60 años a mas	20	50%	29	46.1%	49	47%
TOTAL	40	100%	63	100%	103	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.2 vemos que a mayor edad aumenta la frecuencia de los casos, siendo el grupo de 60 años a más el que aportó 47% de los casos, siendo predominante en el género masculino en aprox. el 61%, con 63 casos.

CUADRO 4.3

NUMERO DE PACIENTE ADULTO FALLECIDO CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 2014 – 2016

AÑO	N° FALLECIDOS				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
2014	00	0%	00	0%	00	0%
2015	01	50%	00	0%	01	50%
2016	01	50%	00	0%	01	50%
TOTAL	2	100%	00	0%	02	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.3 podemos apreciar que la mortalidad es muy baja y que los pocos casos presentados se dan en el género masculino con el 100%, representando el 1,9 %.

CUADRO 4.4

**NUMERO DE PACIENTE PACIENTES ADULTO CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL QUE INGRESAN A UCI EN EL POS OPERATORIO
HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
2014 – 2016**

AÑO	N° PACIENTE REFERIDO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
2014	6	38%	3	16.0%	9	43%
2015	4	25%	1	32.4%	5	24%
2016	6	38%	1	51.6%	7	33%
TOTAL	16	100%	5	100%	21	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.4 vemos que el 76% de los ingresos en el pos operatorio a la UCI corresponde al sexo masculino, y el 20 % del total de los casos recibieron cuidados posoperatorios en la UCI.

V. CONCLUSIONES

- a) 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 con obstrucción intestinal.
- b) Se evidencia que la adecuada valoración e intervención del profesional de enfermería desde el triaje hasta el alta, es fundamental para la atención del paciente adulto con obstrucción intestinal para controlar y o prevenir complicaciones. Tal es así que el número de casos que son atendidos en el servicio de emergencia es constante: 39 casos (2014), 31 casos (2015), 33 casos (2016), el sexo masculino representa el 61% y se presenta a predominio a mayor edad. La mortalidad es muy baja (1.9%) y el ingreso a la UCI en el posoperatorio es el 20% del total de casos
- c) A pesar de los esfuerzos, aún hay mucho trabajo por realizar, esto hace que el personal de enfermería del servicio de emergencia plante estrategias dirigidas a mejorar la atención y el cuidado de enfermería del usuario que acude al servicio.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales: Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado del paciente adulto con obstrucción intestinal, que permita un desempeño profesional eficiente; que cubra las más altas expectativas de los usuarios que en ellos confían, a fin de brindar un cuidado con excelencia y calidad.
- b) A la institución: Brindar las facilidades para la realización de las actividades académicas científicas que compete al servicio de emergencia, mejorando así la calidad de la atención y el cuidado de enfermería al paciente adulto con obstrucción intestinal previniendo y/ controlando las complicaciones que aumentan los costes hospitalarios y costes sociales.
- c) Al servicio: Continuar con el gran trabajo, que no se pierdan las ganas de innovar y mejorar cada día, a pesar de las limitaciones existentes; cumpliendo con el compromiso de mejorar la salud de las personas sobre todo a los pacientes adultos con obstrucción intestinal.

VII.REFERENCIALES

- 1.-Ansari, P. Trastornos-gastrointestinales/urgencias-gastrointestinales/obstrucción-intestinal. (2005). Disponible en: <http://www.msmanuals.com>, 1-2. Consultada el 03 de Diciembre del 2017.
- 2.- Luna Aljama, J. D. Cuidados de Enfermería en el paciente con obstrucción intestinal. (2013). Disponible en: www.revista-portalesmedicos.com/. Consultada el 03 de Diciembre del 2017.
- 3.- Mizell JS, Turnage RH. Intestinal obstruction. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 123.
4. Enríquez Sánchez, Salvador. Análisis De La Obstrucción Intestinal. En Pacientes Mayores De 50 Años Hospital Clínico Universitario. Tesis Doctoral. GRANADA de Santiago de Compostela. 2014
- 5.- Oficina de Estadística del Hospital Rezola deCañete
6. -Contreras Amoretti, Leya. Obstrucción Intestinal Asociada A Cirugía De Urgencia En Adultos Mayores En El Hospital Santa Rosa 2014 –

2015. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/928>.
Consultada el 03 de Diciembre del 2017.

7.- Romeo Sub Caal, Carlos. Estudio de las causas, tratamiento y evolución de Obstrucción Intestinal en Pacientes de 1 a 60 años ingresados al área de emergencia de Cirugía del Hospital de Cobán de enero 2009 a diciembre 2013. Tesis de Grado Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/02/Sub-Carlos.pdf>
Consultada el 08 de Diciembre del 2017.

8.- López Lorenzo, Richard Enrique. "Características Clínico Epidemiológicas De Pacientes Intervenidos Por Obstrucción Intestinal Por Bidas Y Adherencias En El Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, Durante El Año 2016" Para Optar El Título Profesional De: Médico Cirujano Huancayo - Perú 2017 Universidad Nacional Del Centro Del Perú.
Disponible en:

<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1548/CARACTER%20C3%8DSTICAS%20CL%20C3%8DNICO%20EPIDEMIOL%20C3%93GICAS%20DE%20PACIENTES%20INTERVENIDOS%20POR%20OBS%20TRUCCI%20C3%93N%20INTESTINAL%20POR%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Consultada el 08 de Diciembre del 2017.

- 9.- Domínguez González, Erian Jesús. Factores predictivos de mortalidad vinculados con alteraciones del medio interno en la oclusión intestinal mecánica desde enero de 2011 hasta diciembre de 2013. Santiago de Cuba. Panorama Cuba y Salud 2015; 10(1):10-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2015/pcs151c.pdf>. Consultada el 13 de Diciembre del 2017.
10. Hernández Villaseñor, Alan. Diagnóstico y valoración para llevar a cabo manejo quirúrgico en pacientes con oclusión intestinal. Mexico 2014. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-alan.pdf>. Consultada el 13 de Diciembre del 2017.
- 11.- Cleveland clinic. Obstrucción intestinal. Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s15287.asp>. Consultada el 13 de Diciembre del 2017.
- 12 Luna Aljama, José. Cuidados de Enfermería en el paciente con obstrucción intestinal. DUE H.U. Reina Sofía de Córdoba. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-obstruccion-intestinal/>. Consultada el 13 de Diciembre del 2017.

- 13.- López Dávila, Nelson E. "Caracterización clínica, manejo y complicaciones de pacientes ingresados por obstrucción intestinal en el servicio de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense 2012-2014" Tesis para obtener el título de Cirujano General. "Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1179/1/73183.pdf>. Consultada el 13 de Diciembre del 2017.

- 14- Urden Ld, Lough ME, Stacy KM. Cuidados intensivos en enfermería. En O'Donnell.M. Dirks J , editores. Trastornos cardiovasculares. 3ª ed. Madrid: Ed. Harcourt/Oceano.; 2005

- 15.-NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros Definición y Clasificación 2015-2017 (Versión en español de la obra orinal en Inglés) Elsevier, 2015 España.

16. Bulechek GM, Bucher HK, Dochterman JM, Wagner CM. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)" Sexta edición. Elsevier. 2014 España.

- 17.- Brunner y Suderath. Enfermería Medico quirúrgica. 12 ° ed. España: Ed. Lippincott Williams y Wilkins. 2013.

18. Encolombia. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>. Consultada el 13 de Diciembre del 2017.
- 18.-Alligond MR, Tomey AM. Modelos y teorías em Enfermería. Septima Edic. Editorial Elsevier. España 2011.
- 19.- Meiriño JL, Vásquez Méndez, M, Simonetti, C, Palacio MM. El cuidado. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>. Consultada el 29 de Diciembre del 2017.
- 20.- Urra M, Eugenia. Jana A, Alejandra. García V, Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y Enfermería XVII (3): 11-22, 2011. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>. Consultada el 29 de Diciembre del 2017.

ANEXOS

ANEXO 01

GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN SONDA NASOGASTRICA Y SONDA OROGASTRICA

DESCRIPCION:

Técnica consistente en la introducción de un tubo flexible (silicona, poliuretano o teflón), en el estómago a través de las fosas nasales (sonda nasogástrica) o través de la boca (sonda gástrica).

INDICACIONES:

- Para vaciar o descomprimir extrayendo el gas o el contenido del estómago por medio de succión especialmente en casos de obstrucción intestinal.
- Para diagnosticar ciertas enfermedades mediante el análisis de material aspirado.
- Para lavar el estómago después de la ingestión de sustancias tóxicas o para obtener una contracción de los vasos sanguíneos del estómago en caso de hemorragia gastrointestinal.
- Para administración de alimentación enteral.

CONTRAINDICACIONES:

- Ileo pseudo obstrucción intestinal grave.
- Obstrucción nasofaríngea o esofágica.
- Traumatismo maxilofacial severo y/o sospecha de fractura de la base del cráneo.
- Sospecha de perforación esofágica.
- Coagulopatía severa no controlada.
- En caso de ingestión de ácidos, álcalis, otras sustancias cáusticas o derivados del petróleo.

PERSONA RESPONSABLE: Licenciada de Enfermería.

RECURSOS HUMANOS: Enfermera y técnica de enfermería

EQUIPO Y MATERIALES:

- Sonda gástrica del calibre y longitud adecuada.
- Guantes limpios. - Gasas.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Lubricante hidrosoluble.
- Linterna.
- Depresor lingual.
- Jeringa de alimentación
- Estetoscopio.
- Bolsa de drenaje.
- Aspirador.
- Vaso con agua.

PROCEDIMIENTO:

ACCIONES	FUNDAMENTOS
1. Explique el procedimiento en caso el niño esta consiente y con capacidad de compresión.	1. Es una técnica difícil de realizar, requiere la colaboración del niño.
2. Coloque a la paciente en posición de sentado elevado con almohadas detrás de cabeza y hombros, en caso de intoxicación se pone en decúbito lateral izquierdo en trendelenburg.	2. Se facilita la capacidad de tragar y la fuerza de gravedad ayuda a pasar la sonda.
3. Elija sonda de calibre y tipo adecuado según procedimiento a realizar.	3. El calibre de la sonda gástrica es teniendo en cuenta el peso de los neonatos al menor de 1,3 kg se usa la sonda N° 5 O la N° 6 y en los de mayor peso usar la sonda N° 8.
4. Lávese las manos y	8. La sonda debe ser de material blando y flexible con

<p>colóquese los guantes.</p> <p>5. Realice la medición correcta, desde el puente de la nariz y el lóbulo de la oreja al extremo del apéndice xifoides en caso de SNG; En la orogástrica entre la comisura bucal y la apófisis, xifoides pasando por el lóbulo de la oreja.</p> <p>6. Marque la longitud obtenida con un esparadrapo orotulador.</p> <p>7. Prepare el tipo de sujeción de la sonda.</p> <p>8. Enrolle la parte final de la sonda alrededor de la mano.</p> <p>9. Lubrique la sonda con lubricante hidrosoluble.</p> <p>10. Introduzca suavemente la sonda por el suelo de orificio nasal hacia abajo y hacia la oreja de ese lado.</p> <p>11. Aplique una ligera presión hacia abajo para hacer avanzar la sonda, si no se avanza rotar la SNG y si aun así persiste no forzar y retire la sonda.</p> <p>12. Flexione la cabeza del paciente hacia el pecho y dejar que el paciente se relaje un</p>	<p>graduación en centímetro.</p> <p>4. Reduce la transmisión de microorganismos.</p> <p>5. Esta medida corresponde aproximadamente a la longitud de sonda que debe introducirse para alcanzar el estómago. La colocación por vía nasal no se recomienda en el periodo neonatal por que el neonato respira por la nariz y la sonda podría interferir con la respiración.</p> <p>6. Evita errores de medida.</p> <p>7. Fija sonda y evita retiradas accidentales. 8. Ayuda a la inserción y disminuye la rigidez del tubo.</p> <p>9. Disminuye el roce de la sonda con la mucosa nasal.</p> <p>10. Disminuye el malestar que produce en roce con los cornetes.</p> <p>11. Al introducir con fuerza una sonda se puede lesionar las mucosas nasales.</p> <p>12. Reduce la posibilidad que la sonda penetre en tráquea, facilita el paso hacia la faringe posterior pues cierra la glotis.</p>
--	--

<p>momento.</p> <p>13. Estimule al paciente para que se trague sorbos de agua, saliva, avanzando la sonda a medida que el paciente traga.</p> <p>14. Retire la sonda si aparece tos.</p> <p>15. Inspeccione la garganta con el depresor y la linterna cuando exista nauseas repetidas y la sonda no avanza con la deglución.</p> <p>16. aspire el contenido gástrico e identifique las características.</p> <p>17. Insufle aire por la sonda colocando el estetoscopio en el epigástrico. La cantidad de aire insuflado variara con la edad del niño.</p> <p>18. Coloque el extremo de la sonda nasogástrica en un vaso de agua.</p> <p>19. Limpie y seque la nariz del paciente</p> <p>20. Fije la sonda con una tira de esparadrapo o apósito apropiado dependiendo de la edad del niño y de la zona de introducción.</p> <p>21. Mantenga al niño con el tórax elevado de 30 a 45°.</p>	<p>13. Facilita el avance de la sonda al deglutir.</p> <p>14. Accidentalmente se habrá introducido en la tráquea.</p> <p>15. La sonda al estar en la garganta puede estimular el reflejo nauseoso.</p> <p>16. El color suele ser verde turbio, blanquecino o de color marrón.</p> <p>17. Se oirá un ruido sibilante o gorgoteante .Si no es así podrá estar en tráquea.</p> <p>18. Es un método fiable de comprobación. Si hay burbujas es que está colocada en el árbol bronquial.</p> <p>19. Para que la fijación no se afloje.</p> <p>20. No debe fijarse en la frente, porque puede producir ulcera por presión sobre la nariz.</p> <p>21. Previene la neumonía por aspiración.</p> <p>22. En este registro se debe anotar el tipo de sonda y las</p>
---	---

<p>Conecte el extremo de la sonda de drenaje, aspiración, nutrición o Pinzarla. Quítese los guantes y lavarse las Manos.</p> <p>22. Registre la técnica en la hoja de enfermería.</p>	<p>posibles complicaciones surgidas durante la técnica</p>
---	--

ANEXO 02

GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN LAVADO GASTRICO

DESCRIPCION:

Es la introducción de líquidos en el estómago y la extracción de sustancias ingeridas por el mismo utilizando sonda nasogástrica.

INDICACIONES:

- Vaciamiento del contenido gástrico y suspensión del vomito causado por íleo o una obstrucción mecánica.
- Eliminación de sustancias tóxicas.
- Prevención de la limitación gástrica y la aspiración en pacientes con traumatismos grandes
- Realización del lavado gástrico terapéutico o diagnóstico.

CONTRAINDICACIONES:

- En pacientes que haya ingerido sustancias como: ácido, lejía.
- En pacientes con traumatismo facial o fractura de base de cráneo debe realizarse por vía oral.
 - Ingestión de hidrocarburos.

PERSONA RESPONSABLE: Licenciada de Enfermería.

RECURSOS HUMANOS: Enfermera y técnica de enfermería

EQUIPO Y MATERIALES:

- jeringa /septo jeringa.
- Cloruro de sodio.
- Riñonera.
- Gasas.

PRECAUCIONES Y/O RECOMENDACIONES:

- Nunca deje solo al paciente durante el lavado gástrico
- Mantenga la sonda gástrica permeable
- Tenga a mano el equipo para aspiración traqueal
- En pacientes inconscientes aspire con frecuencia la cavidad oral durante el procedimiento para prevenir la bronco aspiración.
- Drene el contenido gástrico en su totalidad antes de administrar cualquier solución irrigatoria.

PROCEDIMIENTO:

ACCIONES	FUNDAMENTOS
1. Revise el expediente y verifique la orden médica.	1. Evita errores de transcripción.
2. Identifique al paciente y explíquele el procedimiento y su objetivo.	2. Permite la colaboración del paciente y disminuye la ansiedad.
3. Lávese las manos.	3. Evita infecciones cruzadas.
4. Prepare el equipo y llévelo al cuarto del paciente.	4. El equipo completo ahorra energía y tiempo.
5. Proteja la intimidad del paciente (cortina, lámpara).	5. La privacidad proporciona seguridad al paciente.
6. Póngase los guantes.	6. El uso de guantes protege al paciente y al trabajador de la salud al evitar el contacto directo con bacterias y sustancias.
7. Coloque al paciente en posición semi sentado.	7. Esto permite que los líquidos bajen por la gravedad
8. Introduzca la sonda naso gástrica y ponga el extremo	8. Permite el drenaje del contenido gástrico esto confirma la colocación correcta de la sonda y

<p>colgante de la sonda dentro de la riñonera, dejando salir el contenido gástrico.</p> <p>9. Llene la jeringa hasta completar 250ml y coloque al extremo libre de la sonda iniciando la irrigación lentamente.</p> <p>10. Aspire suavemente con la jeringa cuando el líquido no regresa por gravedad.</p> <p>11. Descarte el líquido drenando en la riñonera y repita el procedimiento aumentando el volumen de irrigación a 300ml, repita el ciclo hasta que la solución salga limpia.</p> <p>12. Retire la sonda si esta ordenado o conéctela al aparato de aspiración o al recipiente para drenaje libre.</p> <p>13. Deje cómodo al Paciente.</p> <p>14. Recoja el equipo lávelo y déjelo en orden.</p> <p>15. Lávese las manos.</p> <p>16. Haga las anotaciones necesarias en el expediente clínico.</p>	<p>disminuye el riesgo de llenar en exceso el estómago.</p> <p>9. La aplicación de líquido de manera lenta y en poca cantidad evita la distensión de los tejidos y dolor.</p> <p>10. Facilita la salida del líquido.</p> <p>11. Asegura el lavado de todos sus pliegues.</p> <p>12. Indica que el estómago se ha vaciado de toda sustancia venenosa o nociva o que la hemorragia ceso.</p> <p>13. La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.</p> <p>14. Protege el equipo evitando su deterioro</p> <p>15. Evita infecciones cruzadas.</p> <p>16. Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.</p>
---	--

ANEXO 03

GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN LA COLOCACION DE SONDA VESICAL

1. DESCRIPCION:

Es un procedimiento donde se introduce un catéter vesical a través de la uretra hasta la vejiga a fin de drenar de manera temporal o permanente.

2.-INDICACIONES:

- Irrigación vesical en caso de hematuria o administrar medicamentos.
- Retención urinaria.
- Fines de diagnóstico: Exploración uretral o vesical, Obtención de muestras de orina, Medición del residuo postmiccional, control de la diuresis.
- Intervención quirúrgica (cesárea).
- Cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- Mantener seca la zona genital en pacientes incontinencia urinaria.
- Pielonefrítis de riñón.

3. CONTRAINDICACIONES:

- Prostatitis aguda.
- Uretritis aguda, flemones y abscesos peri uretrales.
- Estenosis o rigidez uretral (valorar individualmente).
- Sospecha de rotura uretral traumática.
- Alergia conocida a los anestésicos locales o al látex

4. PERSONA RESPONSABLE: Licenciada de Enfermería.

5. RECURSOS HUMANOS: Enfermera y técnica de enfermería

6. EQUIPO Y MATERIALES:

- Sonda vesical: la calidad (*) y el tipo (**) depende del paciente.
- Guantes estériles N° 7 1/2. - Riñones estériles N° 01.

- Lubricantes estériles (vaselina)
- Agua destilada y/o suero fisiológico estéril.
- Solución antiséptica.
- Paquete de gasa y/o torundas estériles.
- Equipo de dos pinzas (una de ellas kocher).
- Lámpara de pie. - Sonda a permanencia.
- Jeringa 20cc.
- Tela adhesiva.
- Bolsa colectora.

(*) La Sonda vesical puede ser Foley (con dos o tres luces), french (utilizado en sondaje momentáneo), Coude (sonda rígida con el extremo curvado).

(**) Las medidas de la sonda varían: Mujer adulta N°14-16, Varón adulto N°16-18; Niños mujer N° 8-6, Niños varón N°8.

7. PROCEDIMIENTO:

ACCIONES	FUNDAMENTOS
<p>PREVIO AL PROCEDIMIENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifique la historia clínica del paciente. 2. Explique el procedimiento al paciente. 3. Seleccione el tipo y calibre. 4. Prepare todo el material y equipo, colóquelo cerca a la unidad del paciente. 5. Propicie la privacidad del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica lesiones uretrales (estenosis, fistulas). 2. Disminuye la ansiedad y obtiene su colaboración. 3. La utilización de los distintos tipos de sonda depende de la patología del paciente y de sus características físicas. 4. Ahorra tiempo y energía. 5. Un ambiente adecuado permite la individualización del paciente. 6. Permite visualizar mejor el

<p>6. Asegúrese que la iluminación sea la adecuada.</p> <p>EJECUCION (SEXO FEMENINO)</p> <p>7. Coloque al paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y las piernas en abducción (Posición Ginecológica).</p> <p>8. Lávese las manos y colóquese los guantes según el procedimiento.</p> <p>9. Abra la bandeja estéril y añada la sonda jeringa y solución antiséptica.</p> <p>10. Cargue la jeringa con 5- 10ml de agua estéril y verificar la integridad del balón de la sonda.</p> <p>11. Prepare los labios mayores y menores ampliamente con los dedos pulgar índice, y medio de la mano no dominante.</p> <p>12. Limpie un lado del meato urinario con un solo movimiento descendente, cogiendo con la mano dominante una torunda con solución antiséptica en la pinza estéril.</p> <p>13. Coger otra torunda directamente sobre el meato.</p> <p>14. Cámbiese los guantes por un</p>	<p>procedimiento.</p> <p>7. Facilita la introducción de la sonda vesical al momento del paso por la uretra.</p> <p>8. Por principio de asepsia evita la transmisión de microorganismos por la uretra.</p> <p>9. Facilita el procedimiento y evita pérdida de tiempo</p> <p>10. Debe comprobarse la estanqueidad del balón.</p> <p>11. Para exponer el meato urinario externo.</p> <p>12. Es muy importante realizar la asepsia adecuada antes de introducir la sonda vesical principalmente en las, mujeres porque son más propensas a desarrollar infecciones de la vejiga debido a lo corto de la uretra femenina y su proximidad anatómica con la página glándulas peri uretrales recto.</p> <p>13. No colocar en caso de lesiones uretrales (estenosis, fístulas).</p> <p>14. Para lograr disminuir las infecciones intrahospitalarias.</p> <p>15. Para disminuir la ansiedad y</p>
---	---

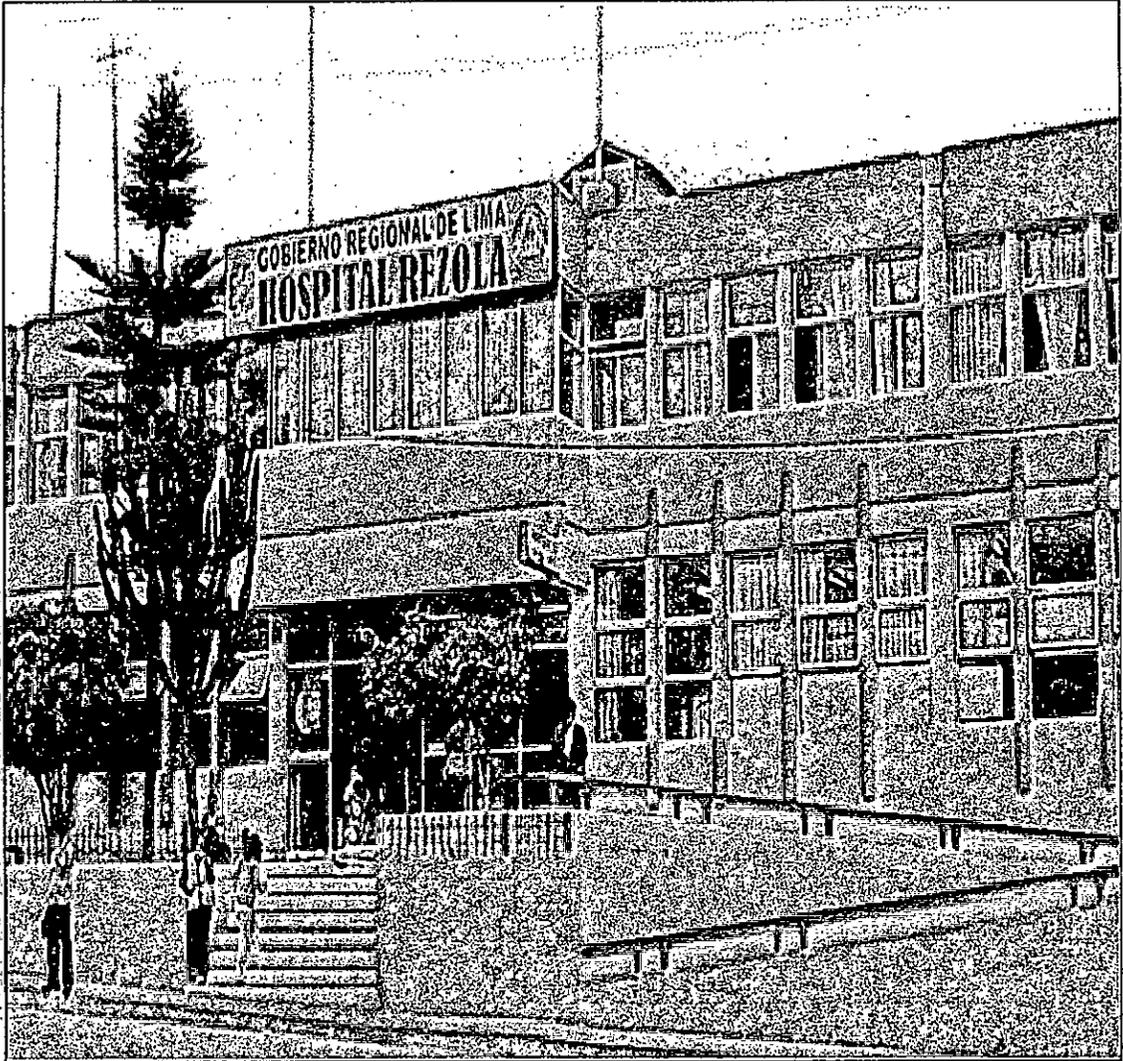
<p>par estéril.</p> <p>15. Coloque un paño estéril en región genital.</p> <p>16. Solicite al personal de apoyo que dirija una luz fuerte al meato y esponga el meato uretral separando los labios con el pulgar y el índice.</p> <p>17. Lubrique la punta de la sonda con vaselina estéril.</p> <p>18. Avance el catéter aproximadamente de 5 a 7cm hasta que comience a fluir la orina.</p> <p>19. Insufle con agua estéril y/o suero fisiológico, el balón de la sonda, cuando deje de fluir la orina.</p> <p>20. Tracciones suavemente la sonda.</p> <p>21. Conecte la sonda al colector de orina por debajo del nivel de la vejiga.</p> <p>22. Retírese los guantes y fije la sonda al muslo con tela adhesiva.</p> <p>23. Fije el recolector de orina a 20cm de lado de la cama, sin tocar el suelo.</p> <p>24. Deje cómodo al paciente y el equipo limpio y en su lugar.</p> <p>25. Lávese las manos.</p>	<p>obtener su consentimiento y colaboración.</p> <p>16. Visualizar la estructura morfológica, evitando iatrogenias.</p> <p>17. Facilita el procedimiento por el deslizamiento.</p> <p>18. El reflujo de orina en el paciente, evidencia la buena colocación de la sonda.</p> <p>19. Para fijar la sonda en el cuerpo del paciente evita el retorno de esta por presión de la orina.</p> <p>20. Para verificar posición del balón.</p> <p>21. El colector de orina a una altura superior a la vejiga puede producir infecciones por reflujo.</p> <p>22. Para evitar que la sonda se retire, ni este en contacto directo con la piel.</p> <p>23. Para que el paciente se pueda movilizar sin problema y prevenir la obstrucción del tubo.</p> <p>24. Disminuye las molestias ocasionadas.</p> <p>25. Evita la contaminación.</p> <p>26. Permite conocer el avance y los detalles del procedimiento.</p> <p>1. Facilita la introducción de la sonda vesical al momento del</p>
---	---

<p>26. Registre el procedimiento en la hoja de enfermería cantidad color y olor de la orina.</p> <p>EJECUCION (SEXO MASCULINO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coloque al paciente en decúbito supino. 2. Lávese las manos y colóquese los guantes de procedimiento. 3. Abra la bandeja estéril añada la sonda. 4. Cargue la jeringa 5-10ml de agua estéril y verifique la integridad del balón de la sonda. 5. Coger el pene con la mano dominante (entre el pulgar-índice), retraer el prepucio y con una torunda con solución antiséptica limpie el glande con movimientos circulares, comenzando por meato urinario siguiendo la dirección extrema. 6. Cámbiese los guantes a un par estériles y coloque sobre el pene un paño estéril ejerciendo presión suave elevar el pene hasta colocarlo perpendicular al cuerpo (60 a 90°). 7. Lubrique la punta de la sonda con vaselina estéril. 8. Introduzca la sonda hasta 	<p>paso por la uretra.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Es importante seguir los principios de asepsia (disminuye la flora transitoria) 3.Para facilitar el procedimiento 4. Debe comprobarse la integridad del balón de la sonda. 5. Reduce la probabilidad de contaminación del aparato urinario. 6. Esto hace que la uretra se enderece tanto como anatómicamente sea posible y facilita la introducción de la sonda vesical. 7. La lubricación disminuye fricción y el traumatismo. 8.Cuando la sonda atraviesa el esfínter uretral interno encontramos una resistencia la presión debe ser constante y suave nunca debe forzarse la sonda porque podríamos producir un trauma 9. Cuando fluye la orina estamos en la vejiga se debe inflar el balón de la sonda para poder fijarla.
--	--

<p>encontrar resistencia, pedir al paciente que respire profundamente y retraer más el pene bajarlo ligeramente e introducir la sonda impulsándola con movimientos leves.</p> <p>9. Avance el catéter aprox. de 15 a 18cm, hasta que comience a fluir la orina, inflar el balón de la sonda con 3 a 10cc de agua destilada o suero fisiológico.</p> <p>10. Traccione suavemente la Sonda.</p> <p>11. Conecte la sonda al recolector de orina por debajo del nivel de la vejiga.</p> <p>12. Retírese los guantes y fije la sonda al muslo o bien en el abdomen con tela adhesiva.</p> <p>13. El recolector de orina se fija a un lado de la cama sin que toque el suelo y sin acordar la sonda o el tubo de recolector.</p> <p>14. Deje cómodo al paciente.</p> <p>15. Deje el equipo limpio y en su lugar.</p> <p>16. Lávese las manos.</p> <p>17. Registre en la hoja de Enfermería.</p>	<p>10. Para verificar indemnidad y posición del balón.</p> <p>11. Nunca debe dejarse el recolector de orina a una altura superior a la de la vejiga para evitar el reflujo la cual producirá una infección.</p> <p>12. Siempre se coloca el pene en lateral o hacia arriba para prevenir la formación de fístulas o abscesos entre la base del pene y el escroto y asegurándose de que la sonda no quede tirante entre el punto de fijación y el punto de penetración.</p> <p>13. Para que el paciente pueda movilizarse y/o girar cuando yace sobre la espalda sin sufrir estiramiento.</p> <p>14. Disminuye las molestias ocasionando por procedimiento realizado.</p> <p>15. Evita la contaminación.</p> <p>16. Es una norma de Bioseguridad.</p> <p>17. Todo procedimiento realizado debe ser registrado en las hojas de enfermería para identificar los problemas del paciente.</p>
---	--

ANEXO 04

HOSPITAL REZOLA GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



ANEXO 05

EQUIPO PROFESIONAL DE EMERGENCIA HOSPITAL REZOLA

