

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
TAMBOBAMBA COTABAMBAS, APURIMAC-2020**

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

ANAIS QUISPE CHIPA

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ SECRETARIO
- MG. CÉSAR ANGEL DURAND GONZÁLES VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAUQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 162-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 21 de Agosto del 2020

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

INDICE

INTRODUCCION	2
2. CAPITULO I	3
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	3
1.2. JUSTIFICACION	5
1.3. OBJETIVOS.....	5
1.3.1. OBJETIVO GENERAL:	5
1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO:	6
3. CAPITULO II	7
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	7
2.2. BASES TEORICAS.....	9
2.3. MARCO CONCEPTUAL	11
2.3.2. CUIDADOS DE ENFERMERIA.....	20
4. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON OBSTRUCCION INTESTINAL	22
3.1. VALORACION Y ANAMNESIS	23
3.1.1. RECOLECCION DE DATOS: - DATOS DE FILIACION:.....	23
3.2. ANTECEDENTES PERSONALES.....	24
3.3 EXAMEN FISICO	24
3.4. VALORACION Y AGRUPACION DE DATOS.....	27
3.5. DIANOSTICOS DE ENFERMERIA.....	29
3.6. PLANIFICACION Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	31
3.7. EVALUACION.....	35
5. CONCLUSIONES	36
6. RECOMENDACIONES	37
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	38

INTRODUCCION

El proceso de atención de enfermería es el instrumento óptimo mediante el cual se aplica una base teórica y científica al ejercicio profesional, la importancia de la profesión de enfermería radica en la científicidad de sus intervenciones basadas en criterios técnicos, objetivos y medibles.

En ese entender La obstrucción intestinal es un bloqueo parcial o total del intestino que impide que se puedan evacuar con normalidad el contenido intestinal, 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, 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.

El presente trabajo de investigación; busca que la especialista de enfermería en emergencia logre brindar un cuidado integral y humanista a través del método científico y tecnológico.

El presente trabajo académico titulado cuidado de enfermería en pacientes con obstrucción intestinal en el servicio de emergencia del hospital de Tambobamba, Apurímac – 2020, 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 tratamiento médico o su próxima intervención quirúrgica.

El presente informe para su proceso de planificación, ejecución y evaluación está estructurado en seis capítulos: Capítulo I: Planteamiento del Problema, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Experiencia profesional, Capítulo IV: Resultados, Capítulo V: Conclusiones, Capítulo VI: Recomendaciones, Referencias Bibliográficas, Anexos

CAPITULO I

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

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.

El aumento de la población de mayores de 60 años es actualmente un fenómeno observado a nivel mundial, que se ha venido desarrollando en forma progresiva en los países desarrollados; y en los países en vías de desarrollo se está realizando con mayor velocidad. ⁽¹⁾

Así, en el período 1950-2000, el porcentaje de población mayor de 60 años subió de 5.7% a 7.1%, en el 2016 fue de 9,9% ⁽²⁾ ; y se prevé que para el 2050 sea de 21.8%, e irá creciendo a tasas cercanas al 3.1% anual en todas las regiones del Perú, siendo las regiones: Ancash, Apurímac, Moquegua y Puno las que superan el 10% ⁽³⁾ , y este incremento será sostenido en los próximos decenios ya que la prolongación de la esperanza de vida para el 2050 será de 79 años. ⁽⁴⁾

Estos cambios demográficos producirán retos a los responsables de la elaboración de políticas en general, pues se deberá mantener los niveles de seguridad económica social, y de oferta de servicios de salud de calidad a este segmento de la población. Considerando el creciente envejecimiento de la población peruana, los adultos mayores enfrentan una carga acumulada de problemas de salud, que no fueron atendidos de manera adecuada en las etapas de vida productivas. Esto determina que se presenten en este grupo, mayores riesgos de enfermar y morir. ⁽⁴⁾

La obstrucción intestinal es un conjunto de signos y síntomas que dan como problema principal la imposibilidad de canalizar los gases y evacuar el contenido intestinal. Se puede producir por diversas patologías, pero actualmente las bridas

y adherencias son la causa más frecuente y responsables de al menos el 70-75% de obstrucción intestinal; de estas, más del 80% son postquirúrgicas y un 15% de causa inflamatoria. (5, 6, 7, 8)

La obstrucción intestinal es una patología frecuente en los servicios de urgencia, representando aproximadamente el 20% de los ingresos y es una de las causas de intervención quirúrgica más frecuente. (5, 6, 9)

Las bridas y adherencias postoperatorias son una causa importante de morbilidad y mortalidad para el paciente operado. Los pacientes sometidos a laparotomía por diversas razones tienen un 90% de riesgo de desarrollar adherencias intraperitoneales. Las adherencias postoperatorias causan el 60-70% de las obstrucciones de intestino delgado en diversos países. La tercera parte de todas las reintervenciones se deben a obstrucción intestinal por bridas y adherencias postoperatorias. (10)

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. (11)

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.

En nuestro medio, es frecuente la obstrucción intestinal por bridas y adherencias, siendo imprescindible contar con datos estadísticos y clínicos que nos permitan brindar un adecuado y oportuno tratamiento. Una gran parte de esta población afectada es atendida en el Hospital de Tambobamba, por ello nuestro trabajo consiste en cuidados de enfermería en pacientes con obstrucción intestinal en el servicio de emergencia del hospital de Tambobamba.

1.2. JUSTIFICACION

La obstrucción intestinal mecánica continúa siendo una patología que representa un problema de gran frecuencia en las salas de emergencia de todos los hospitales y por lo tanto es una importante fuente de gastos en el sistema de salud alrededor del mundo. La etiología ha sido ampliamente estudiada, estableciéndose como una de las principales causas la obstrucción intestinal mecánica por bridas y adherencias, que por lo general son ocasionadas por un procedimiento quirúrgico abdominal previo, reportándose su presentación posterior a intervenciones tales como cirugía de colon, histerectomía, apendicetomía, colecistectomía, etc.

En nuestro medio, es frecuente la obstrucción intestinal por bridas y adherencias, siendo imprescindible contar con datos estadísticos y clínicos que nos permitan brindar un adecuado y oportuno tratamiento. Una gran parte de esta población afectada es atendida en el Hospital de Tambobamba - Cotabambas, por ello nuestro trabajo consiste en determinar y mejorar los cuidados de Enfermería y evitar de alguna forma secuelas negativas en el paciente.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Valorar las intervenciones en el cuidado de enfermería a pacientes con Obstrucción intestinal en el Servicio de Emergencia del Hospital de Tambobamba, Apurímac - 2020”.

1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO:

- ✓ Valorar al paciente con Obstrucción intestinal en el Servicio de Emergencia, identificando datos significativos.
- ✓ Identificar los diagnósticos de enfermería del paciente con Obstrucción intestinal en el Servicio de Emergencia.
- ✓ Planificar la intervención de la enfermera en el paciente con Obstrucción intestinal en el Servicio de Emergencia.
- ✓ Ejecutar el Plan de intervención de la enfermera en el paciente con Obstrucción intestinal en el Servicio de Emergencia
- ✓ Evaluar la intervención de la enfermera en el paciente con Obstrucción intestinal en el Servicio de Emergencia.

CAPITULO II

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

➤ A NIVEL INTERNACIONAL

RODRÍGUEZ PASCUAL Y. (2016) Cuba, en un estudio titulado “Modelo Teórico - Práctico de Atención Medica al adulto con síndrome doloroso abdominal”, Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin, arribó a las siguientes conclusiones, que con bases teóricas, es decir que con el dominio de un alto nivel de conocimientos los profesionales de enfermería sustentaron el modelo teórico práctico de atención al adulto con síndrome doloroso abdominal, siendo este aplicable y produciendo una disminución considerable de complicaciones, muertes y estadía. ⁽¹²⁾

NAVARRO P, VEGA A. Nicaragua 2015, en un estudio titulado “Obstrucción Intestinal en pacientes mayores de 60 años en sala de Cirugía General del Hospital Escuela Regional “Santiago de Jinotepe”, concluye Las adherencias ocuparon el primer puesto de las causas de obstrucción con 55,6%, seguido de hernias con 27,8%, vólvulos 13,9% y solo 2,8% por impactación fecal, de ellas el 77,8% de las obstrucciones fueron en el intestino delgado, seguidos del 19,4% en el intestino grueso y 2,8% en ambos segmentos intestinales; completas (88,9%) y el resto fueron parciales (11,1%). Las complicaciones más frecuentes en estos pacientes fueron la sepsis de herida (16,7%) y dehiscencia de herida. Se encontró mortalidad de 19,4%. ⁽¹³⁾

➤ A NIVEL NACIONAL

LÓPEZ LORENZO, Richard Enrique. En su estudio "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 Bidas 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 bidas y adherencias con 61,3% (n=30), en el 26,5% (n=13) se empleó lisis de bidas y adherencias más resección y anastomosis y en el 12,2% (n=6) se empleó lisis de bidas 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 bidas 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 bidas y adherencias, se presentó una tasa de mortalidad de 6,1% a causa de sepsis foco abdominal. ⁽¹⁴⁾

QUISPE C. Lima Perú 2015. En su estudio titulado “Complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal mecánica según la clasificación de Claviendino Hospital María Auxiliadora, 2015”. Concluye que la obstrucción intestinal mecánica es más frecuente en mayores de 60 años y un leve predominio en el sexo femenino siendo la causa etiológica más frecuente las hernias complicadas, en segundo lugar el síndrome adherencial, y en tercer lugar los vólvulos sigmoides. ⁽¹⁵⁾

2.2. BASES TEORICAS

Para la elaboración de este trabajo se consultaron distintas referencias bibliográficas e investigaciones relacionadas con las teorías de enfermería.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON 14 NECESIDADES BÁSICAS.

Virginia Henderson El modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y haces este de tal forma que le ayude hacer independiente lo antes posible.

Las 14 necesidades de Virginia Henderson son:

1. Respiración.

Respirar con normalidad es una función vital mediante la cual el organismo absorbe oxígeno y elimina dióxido de carbono, proceso fundamental para mantener la vida y sin el cual, el resto de las necesidades no tendría sentido alguno.

2. Alimentación/ hidratación.

Comer y beber adecuadamente tras conseguir el oxígeno requerido para las funciones vitales, el organismo necesita hidratarse y nutrirse de manera adecuada para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. La alimentación requerida dependerá del ritmo y estilo de vida de la persona, así como de la patología que este presentando.

3. Eliminación.

El cuerpo procesa y elimina aquello que no necesita y que una vez usado se convierte en desecho toxico. El organismo tiene diversas maneras de eliminar productos de desecho: heces, orina, sudor, aire.

4. Movilidad.

El movimiento hace libres a los pacientes de hacer aquello que se necesita, quiere y se debe. Cuando una persona ve limitado su movimiento, sea en menor o mayor grado, se ve obligado a pedir ayuda para realizar actividades de su vida cotidiana.

5. Reposo/sueño.

El organismo necesita reponer fuerzas para emprender un nuevo día, el sueño reparador de la noche o los pequeños descansos del día, hace que el paciente sea capaz de proseguir con los quehaceres.

6. Vestirse/desvestirse.

Una tarea tan simple como elegir la ropa que se necesita utilizar y ser capaz de que el paciente pueda colocársela es sinónimo de independencia.

7. Temperatura.

Estar en un ambiente con la temperatura adecuada, ser capaz de regular el organismo según haga frío o calor, no tener una temperatura corporal que signifique hipotermia o hipertermia.

8. Higiene/ piel.

Poder realizar baño diario sin ayuda, mantener la integridad cutánea.

9. Seguridad.

Seguridad: ser capaz de identificar los peligros del entorno, saber cómo actuar para prevenirlos y obrar en consecuencia.

10. Comunicación.

Comunicarse, explicar emociones, necesidades, miedos y opiniones: tener vida social, un círculo de amistades, personas en las que apoyarse...

11. Religión/ creencias.

Poder expresar y actuar de acuerdo a las creencias o religión de cada uno.

12. Trabajar/ realizarse.

Para que el paciente se sienta útil y parte de la sociedad.

13. Actividades lúdicas.

Recreación y ocio, tiempo de disfrute y relajación.

14. Aprender.

Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un descubrimiento normal de la salud.

En el presente estudio se ha aplicado el modelo de virgínea Henderson a la práctica del cuidado de un paciente con Obstrucción intestinal en el Servicio de Emergencia del Hospital de Tambobamba, permitiéndonos enfocar las acciones de cuidado de manera individualizada hacia el paciente, brindándole cuidado holístico que contribuye a recuperar su salud siendo su objetivo hacer que el paciente sea independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. OBSTRUCCION INTESTINAL

A. DEFINICION

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. ⁽¹⁶⁾

B. FISIOPATOLOGIA

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. ⁽¹⁷⁾

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. ⁽¹⁶⁾

C. CAUSAS

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 (pueden ser: Extrínsecas, intrínsecas e Intraluminales).y funcionales o no mecánica. ⁽¹⁷⁾

1. 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.

2. FUNCIONALES:

Íleon adinámico o paralítico.

Íleon espástico

Tabla N° 01 causas de obstrucción intestinal

Mecánica	Íleo paralítico
<ul style="list-style-type: none"> — Extraluminar: <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. — Intraluminar: <ul style="list-style-type: none"> • Impactación fecal. • Cuerpo extraño. • Bezoar. • Parasitosis (anisakis...). 	<ul style="list-style-type: none"> — Adinámico: <ul style="list-style-type: none"> • Postquirúrgico. • Peritonitis. • Alteraciones metabólicas: uremia, coma diabético, mixedema, hipocaliemia. • Traumatismos, procesos abdominales inflamatorios (apendicitis, pancreatitis...). • Compromiso medular. • Fármacos. • RAO. • Proceso retroperitoneal (pielonefritis, litiasis ureteral, hematomas). • Enfermedades torácicas (neumonía basal, Fx costales, IAM). — Espástico: <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación por metales pesados. • Porfirias. — Vascolar: <ul style="list-style-type: none"> • Embolia arterial. • Trombosis venosa.

Las enfermedades y trastornos que pueden aumentar tu riesgo de obstrucción intestinal incluyen:

- ✓ Cirugía abdominal o pélvica, que con frecuencia causa adherencias intestinales — una obstrucción intestinal común
- ✓ La enfermedad de Crohn, que provoca que se engrosen las paredes del intestino, estrechando el pasaje
- ✓ Cáncer en el abdomen, especialmente si te han hecho cirugía para extraer un tumor, o radioterapia

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. ⁽¹⁸⁾

E. CUADRO CLINICO

La obstrucción intestinal se manifiesta con:

- ✓ Dolor abdominal tipo cólico intermitente
- ✓ Pérdida del apetito
- ✓ Estreñimiento
- ✓ Nauseas
- ✓ Vómitos
- ✓ Incapacidad de evacuar los intestinos o eliminar gases
- ✓ Distensión o Inflamación del 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 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. ⁽¹⁹⁾

F. DIAGNOSTICO

Las pruebas y los procedimientos que se usan para diagnosticar la obstrucción intestinal incluyen:

Examen físico. El médico te preguntará sobre tu historia clínica y tus síntomas. También realizará un examen físico para evaluar tu situación. El médico puede sospechar que tienes una obstrucción intestinal si tienes el abdomen hinchado o te duele cuando palpa, o si hay un bulto en el abdomen. Es posible que el médico escuche los sonidos del intestino con un estetoscopio.

Radiografía. Para confirmar un diagnóstico de obstrucción intestinal, es posible que tu médico recomiende realizar una radiografía del abdomen. Pero algunos casos de obstrucción intestinal no se pueden ver con una radiografía estándar.

Tomografía computarizada. Una exploración por tomografía computarizada es una serie de radiografías tomadas desde diferentes ángulos para generar imágenes transversales. Estas imágenes son más detalladas que una radiografía estándar y es más probable que muestren una obstrucción intestinal.

Ecografía. Cuando un niño tiene una obstrucción intestinal, se suele preferir las ecografías. En los niños con invaginación intestinal, una ecografía normalmente muestra un «centro», que representa el intestino enrollado dentro del intestino.

Enema de bario o aire. Un enema de bario o aire es básicamente un diagnóstico por imágenes mejorado del colon, que se puede realizar cuando se sospecha hay determinadas causas de obstrucción. Durante el procedimiento, el médico colocará aire o bario líquido en el colon a través del recto. En el caso de invaginación intestinal en un niño, un enema de bario o aire puede solucionar el problema en la mayoría de los casos, sin necesidad de otro tratamiento

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 o 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. ⁽²⁰⁾

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. ⁽¹⁹⁾

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.

El tratamiento de la oclusión intestinal si no existen signos de perforación es inicialmente médico independientemente de la etiología y la localización.

(ww)

- ✓ Aspiración nasogástrica o nasoentérica para descomprimir el intestino.
- ✓ Reposición hídrica y electrolítica con control de equilibrio ácido-base.
- ✓ Antibióticos de amplio espectro, si existen signos de toxicidad sistémica.
- ✓ Control del paciente con evaluación clínica para detectar signos de peritonismo o deterioro del estado general.
- ✓ Si en 24-48h no hay mejoría clínica evidente o aparecen signos de perforación o isquemia intestinal se procederá a intervención quirúrgica urgente. La obstrucción intestinal es la causa del 20% de las intervenciones quirúrgicas urgentes.
- ✓ El tratamiento definitivo de la oclusión intestinal es en su mayor parte quirúrgico. Cuando existe obstrucción completa o signos de perforación o estrangulación se indicará cirugía urgente. En la obstrucción parcial se iniciará tratamiento de mantenimiento durante 24-48 h con estrecha vigilancia del paciente; si tras 48h el paciente no ha mejorado se indicará tratamiento quirúrgico.

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. (20, 21)

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 potencialmente letal. (20)

- ✓ Peritonitis.
- ✓ Shock hipovolémico.
- ✓ Perforación intestinal.

2.3.2. CUIDADOS DE ENFERMERIA

Las prioridades de enfermería se orientan a realizar una valoración hemodinámica y del dolor frecuente controlar la aparición de complicaciones e informar al paciente ya la familia. ⁽¹⁹⁾

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 hemodinámica 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 cardiaca 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 donas, 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. ^(19, 22)

CAPITULO III

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON OBSTRUCCION INTESTINAL

PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

TEORÍA DE ENFERMERIA QUE APLICA AL TRABAJO ACADÉMICO

La Enfermera/o especialista en emergencia en el desarrollo de su función asistencial y en búsqueda de resolver las necesidades humanas de los pacientes, emplean una metodología propia que es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este Proceso permite brindar cuidados eficientes que están centrados en los logros de los resultados esperados, apoyándose de un Método Científico, que debe brindar cuidados a las patologías abdominales, para su tratamiento la enfermera debe manejar diagnósticos de enfermería e intervenciones que permita obtener resultados de mejoramiento del estado de salud del paciente. Es así, que el modelo de Virginia Henderson es compatible con el proceso de atención de enfermería y los cuidados esenciales, para que tenga aplicación en la práctica.

Por ello el trabajo académico del proceso de enfermería, Se basa en las 14 necesidades básicas humanas para luego orientarse en las 5 etapas del proceso.

- ✓ Fase de valoración permite conocer las 14 necesidades humanas básicas.
- ✓ Fase de diagnóstico, se examinan, según el resultado de la valoración.
- ✓ Fase de planificación, un plan que responda a las necesidades y actividades que el paciente y su familia pueden realizar.
- ✓ Fase de ejecución, actividades donde la enfermera ayuda al paciente para recuperarse de la enfermedad.
- ✓ Fase de evaluación, resultados esperados del paciente.

3.1. VALORACION Y ANAMNESIS

3.1.1. RECOLECCION DE DATOS: - DATOS DE FILIACION:

Nombres y Apellidos : BOLIVAR BONDIA ANASTACIO
Edad : 71 años
Fecha de nacimiento : 28-04-1948
Lugar de nacimiento : Mara
Sexo : Masculino
Religión : Católica
Lugar de procedencia : Curca
Grado de instrucción : Secundaria completa
Ocupación : Agricultor
Estado civil : Conviviente
Idioma : Quechua - Castellano
Fecha de ing. a Emergencia : 07-04-20
Hora de ingreso : 14:40 pm
Fuente de información : HCL. Entrevista

3.1.2. ENFERMEDAD ACTUAL O MOTIVO DE CONSULTA:

Tiempo de enfermedad	03 días
Forma de inicio	Insidioso
Curso	Progresivo
Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none">✓ Náuseas y vómitos✓ Dolor abdominal, dolor lumbar✓ Ausencia de flatos,✓ Constipación estreñimiento✓ Deshidratación
Relato de la enfermedad	Paciente adulto varón de 45 años de edad, acude al servicio de emergencia de este hospital por presentar dolor abdominal tipo cólico por más de 02 horas, con aumento de volumen abdominal, con ausencia de flatos, además refiere ser acompañado con náuseas y vómitos hasta 3 ocasiones por día de aspecto bilioso con contenido gástrico y restos alimenticios en poca cantidad, se le observa deshidratado; según referencia del paciente el tiempo de enfermedad es de hace 03 días, forma de inicio insidioso y curso progresivo; posteriormente es referido al Hospital Regional de Cusco.

3.1.3. FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito	: Disminuido
Sed	: Aumentada
Sueño	: Alterado
Orina	: Disminuido
Deposiciones	: Ausente
Peso / talla	: 73 Kgrs. Talla: 1.67 mt

3.2. ANTECEDENTES PERSONALES

3.2.1. ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:

Nacido de parto	: Eutócico
Desarrollo psicomotriz	: Normal
inmunizaciones	: Completa

3.2.2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Alergias	: Niega
Traumatismos	: Niega
Enfermedades	: Niega
Hospitalizaciones	: Niega
Cirugías	: Colectomía hace 6 años

3.2.3. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

Vivencia	: Propia
Servicios	: Básicos completos
Alimentación	: No Balanceada

3.2.4. ANTROPOMETRÍA Y SIGNOS VITALES ACTUALES:

Peso	: 73 Kgr
Talla	: 1.67 cm.
Frecuencia cardíaca	: 62 x min.
Presión arterial	: 100 /60 mmhg.
Temperatura	: 36.8 °C
Frecuencia respiratoria	: 24 x min.
Saturación de oxígeno	: 90%

3.3 EXAMEN FÍSICO

3.3.1. EXAMEN CEFALO CAUDAL:

- Paciente : MEG, AREN, AREH, despierto poco comunicativo quejumbroso con colaboración adecuada, Glasgow 15/15
- Piel: Tibia, elástica, turgente, con TCSC adecuado, llenado capilar < a 02 segundos
- Cabeza: Normo céfalo, Cabello con buena implantación.
- 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: Simétricos, Fosas nasales permeables.
- Mucosas orales: Secas rosadas.
- Orofaringe: No eritematosa, No congestiva, no presencia de secreciones.
- Cuello: Cilíndrico central no se evidencia masas, adenopatías.
- Tórax: Simétrico, con movimientos respiratorios normales.
- Pulmones: Amplexacion conservada con murmullo vesicular pasa bien en ACP. No ruidos sobre agregados.
- Corazón: Rítmicos, Normo fonéticos, no soplos.
- Abdomen: -A la inspección abdomen globuloso, aumentado de volumen
 - A la auscultación; signos de sufrimiento intestinal con timbre metalico.
 - A la percusión; timpanismo a predominio en hemi abdomen inferior
 - A la palpación; doloroso a la palpación no viseromegalias.
- Genitourinario: Conservada acorde para la edad.
- Extremidades MM. SS. Y MM. II: Simétricos, movimientos Conservados, no Doloroso a la palpación y movilización.
- Neurológicos: LOTEPE, No signos meníngeos ni de focalización, no signos de descerebración, no signos decorticacion, reflejos conservados.
- Rectal: Conservadas
- Genitales: Conservadas

3.3.2. DIAGNOSTICO MEDICO:

- ABDOMEN AGUDO
- OCLUSION INTESTINAL
- D/C BRIDAS Y ADHERENCIAS
- D/C PERITONITIS

3.3.3. TRATAMIENTO MEDICO

TRATAMIENTO INICIAL: (Ingreso)

- 1.- NPO
- 2.- CLNA 9% 1000 cc frasco I y III mas
 - Clna 20 % 1 amp + Clk 1 amp a 45 Gotas x min
- 3.- Dextrosa 5% frasco II mas
 - Clna 20 % 1 amp + Clk 1 amp a 45 Gotas x min
- 4.- Metamizol 1 gr C/8 Hs. IV
- 5.- Ranitidina 50 mg C/8 Hs. IV
- 6.- Clindamicina 600 mg C/8 Hs. IV
- 7.- Ceftriaxona 2gr C/24 Hs. IV
- 8.- Sonda Nasogástrica a gravedad
- 9.- S/S Rx simple de abdomen de pie.
- 10.- Examen de laboratorio
 - Hemograma, Recuento De Plaquetas
 - Urea –Creatinina -Glucosa
 - Tc, Ts Grupo Y Factor
 - EKG
- 11.- CFV - BHE.
- 12.- Pre Quirúrgicos

TRATAMIENTO ACTUAL: (2 día de hospitalización)

- 1.- NPO
- 2.- CLNA 9% 1000 cc frasco I y III mas
 - Clna 20 % 1 amp + Clk 1 amp a 45 Gotas x min
- 3.- Dextrosa 5% frasco II mas
 - Clna 20 % 1 amp + Clk 1 amp a 45 Gotas x min
- 4.- Metamizol 1 gr C/8 Hs. IV
- 5.- Ranitidina 50 mg C/8 Hs. IV
- 6.- Clindamicina 600 mg C/8 Hs. IV
- 7.- Ceftriaxona 2gr C/24 Hs. IV
- 8.- Sonda Nasogástrica a gravedad
- 9.- CFV - BHE.
- 10.- Referencia a Cusco

3.3.4. EXAMENES AUXILIARES

➤ RAYOS X ABDOMEN DE PIE:

Resultado de lectura, presencia de Niveles hidroaereos.

➤ **PRE QUIRURGICOS:**

- Hemograma, Recuento De Plaquetas
- Urea –Creatinina -Glucosa
- Tc, Ts Grupo Y Factor
- EKG

3.4. VALORACION Y AGRUPACION DE DATOS

3.4.1. VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES.

NECESIDAD 01: RESPIRACIÓN.

Pulsos centrales y periféricos palpables. Frecuencia respiratoria 24 x', Paciente con buena saturación 90%

NECESIDAD 02: ALIMENTACIÓN.

Peso de 73Kg, talla de 1.67 mt. Por el momento se encuentra en NPO. Con presencia de náuseas y vómitos biliosos con restos alimenticios, paciente portador de SNG

NECESIDAD 03: ELIMINACIÓN DE DESECHOS CORPORALES.

Con estreñimiento y constipación ausencia de faltos diuresis disminuida, distención abdominal, globuloso y timpanismo.

NECESIDAD 04: MOVILIDAD Y POSTURAS ADECUADAS.

Paciente en MEG, con dolor tipo cólico, portador de SNG, irritado por cambios de ambiente, Con reposo relativo por dolor.

NECESIDAD 05: DORMIR Y DESCANSAR.

Duerme 7 horas y una pequeña siesta de 30-45 minutos tras comer.

NECESIDAD 06: VESTIRSE Y DESVESTIRSE CON NORMALIDAD.

Paciente autónomo para su auto cuidado.

NECESIDAD 07: TERMORREGULACIÓN.

Paciente a febril T°= 36.8 °C.

NECESIDAD 08: HIGIENE CORPORAL.

Su apariencia general e higiene son adecuadas. Portadora de una vía venosa periférica en antebrazo izquierdo para reposición hídrica y administración de medicación.

NECESIDAD 09: SEGURIDAD.

Paciente refiere dolor abdominal tipo coloco, con deshidratación, mucosas orales secas. Sensación de malestar relacionada con la distensión abdominal. Portador de vía venosa, SV, SNG, con temor y ansiedad

NECESIDAD 10: COMUNICACIÓN.

Paciente Pregunta sobre su evolución, si con el tratamiento conservador se va a solucionar la obstrucción intestinal, No presenta alteraciones en esta necesidad.

NECESIDAD 11: RELIGIÓN Y CREENCIAS.

Católica no practicante.

NECESIDAD 12: ADAPTACIÓN.

Trabaja independiente y como agricultor.

NECESIDAD 13: RECREACIÓN.

Le gusta hacer deporte con su familia e ir de viaje.

NECESIDAD 14: EDUCACIÓN.

Muestra interés en conocer datos acerca de su diagnóstico y evolución.

3.4.2. VALORACION DE DATOS POR DOMINIOS.

DOMINIOS	RECOLECCION DE DATOS POR DOMINIOS
DOMINIO 01 Promoción de la salud	-Paciente desconoce situación de salud -Trasladado al establecimiento de salud.
DOMINIO 02 Nutrición	-Hambre, dieta no balanceada -Dentadura incompleta, mucosas secas, NPO, Deshidratado, peso 73 Kgr. Vómitos más de 3 veces en SNG
DOMINIO 03 Eliminación	- -Estreñimiento, ausencia de flatos - Diuresis disminuida - Distención abdominal, globuloso y timpanismo. FR= 24 Min

DOMINIO 04 Actividad / reposo	-Facies fastidiada, irritada, MEG -Sueño alterado insomnio, posición antalgica con imposibilidad para caminar, Grado de dependencia 1, con reposo relativo en ocasiones.
DOMINIO 05 Percepción / cognición	-Escala de Glasgow 15/15 -Actividad limitada, sin visita, no fobia, nerviosa
DOMINIO 06 Auto percepción	- preocupada de su enfermedad, - molesto, fastidiado, Temor Dificultad para comunicarse
DOMINIO 07 Rol / relaciones	-familiar preocupada por su situación - Casada con 01 hijo Agricultor, buenas relaciones con familia, nervioso y sin dinero
DOMINIO 08 Sexualidad	- -No refiere alteraciones
DOMINIO 09 Afrontamiento /tolerancia al estrés	-Temor, miedo -Irritabilidad, tristeza, ansiedad, preocupado, trastorno en sueño
DOMINIO 10 Principios vitales	- -Religión católico no practicante.
DOMINIO 11 Seguridad / protección	-Ansiedad -Dolor abdominal y embalonado, posición antalgica, Riesgo de caída, pregunta sobre su evolución, T=36,8 °C
DOMINIO 12 confort	-Apatico, indiferente -Dolor abdominal tipo cólico, aumento del volumen abd, posición antalgica, valoración con escala del dolor,
DOMINIO 13 Crecimiento y desarrollo	- -Riesgo de sobre peso, peso 73 Kgr

3.5. DIANOSTICOS DE ENFERMERIA

3.5.1. DX. DE ENFERMERIA ORDENADOS POR PRIORIDAD DE DOMINIOS

DOMINIO/CLASE	RELACION DE DIAGNOSTICOS
D2 C5 (Nutrición : Hidratación)	Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Pérdidas excesivas a través de vías normales (vómitos) y vías anormales (sondaje nasogástrico).

D12 C1 (confort : confort físico y sensación de bienestar)	Dolor agudo relacionado a agentes lesivos (mecánicos) evidenciado por facies del dolor, verbalización e imposibilidad para caminar
D4 C2 (actividad / Ejercicio : actividad movimiento del cuerpo)	Deterioro de la movilidad física relacionado a la intolerancia a la Actividad, dolor evidenciado por imposibilidad para caminar y movilizarse y facies de dolor al movilizarse
D11 C2 (seguridad / protección : lesión física)	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada a factores mecánicos (SNG)
D9 C2 (Afrontamiento / tolerancia al estrés : Rpta. de afrontam)	Temor relacionado a falta de familiaridad con experiencia evidenciado por informe verbal de inquietud
D3 C2 (Eliminac : función y sistema gastrointestinal)	Estreñimiento relacionado a la actividad física insuficiente y trastornos de la función gastro intestinal evidenciado por, náuseas y sonidos abdominales hipo activos
D7 C2 (Rol /Relaciones : relación familiares)	Interrupción a procesos familiares relacionados a la hospitalización por situación de salud evidenciada por verbalización del paciente y estancia hospitalaria.

3.6. PLANIFICACION Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DOMINIO CLASE	DX PRIORIDAD DE DOMINIOS	OBJETIVO	CIE (NIC) CODIGO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTIFICO	CRE (NOC) CÓDIGO DE RESULTADOS
D2 C5 (Nutrición : Hidratación)	Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Pérdidas excesivas a través de vías normales (vómitos) y vías anormales (sondaje nasogástrico).	Paciente realizará balances hídricos positivos.	<p>Manejo de líquidos / electrolitos: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles alterados</p> <ul style="list-style-type: none"> -Examen de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos -Administrar líquidos, si está indicado. -Ajustar un nivel de flujo de perfusión IV adecuado. -Mantener la solución IV que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante. <p>Monitorización de líquidos y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar ingresos y egresos: llevar registro exhaustivo. -Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado respiratorio. -Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina. 	<p>Los niveles de Hto. Nos indica el porcentaje de células transportadoras de O₂ con respecto al volumen total de sangre y el AGA indica los valores de pO₂, pCO₂, Ph, etc.</p> <p>El balance hidroelectrolítico permite controlar la cantidad que ingresa y pierde el paciente, para saber su estado de hidratación y evitar la sobrecarga de líquidos.</p>	Paciente con Equilibrio hídrico: equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo
		OBJETIVO			

DOMINIO CLASE	DX PRIORIDAD DE DOMINIOS		CIE (NIC) CODIGO DE INTERVENCIONES ENFERMERIA	FUNDAMENTO CIENTIFICO	CRE (NOC) CÓDIGO DE RESULTADOS
D12 C1 (confort : confort físico y sensación de bienestar)	Dolor agudo relacionado a agentes lesivos mecánicos evidenciado por facies del dolor, verbalización e imposibilidad para caminar	Paciente lograra controlar el dolor en forma progresiva a través de las intervenciones de enfermería	MANEJO DEL DOLOR <ul style="list-style-type: none"> - Valoración del dolor (localización, duración, frecuencia e intensidad). - Control de la posición - Se realizó Cambios posturales. - Se brindó confort. - Fomentar al sueño y la distracción. - Administrar analgesia por vía EV. - Se realiza registro de enfermería 	- El origen del dolor establece el uso de las diferentes opciones para su control físico innecesario	Paciente controlara el dolor. Usuario sin signos y gestos de dolor.
D4 C2 (actividad / Ejercicio : actividad movimiento del cuerpo)	Deterioro de la movilidad física relacionado a la intolerancia a la Actividad, dolor evidenciado por imposibilidad para caminar y movilizarse y facies de dolor al movilizarse	Usuaría mejorara a su movilidad física y con tolerancia al movimiento	MANEJO DEL DOLOR de <ul style="list-style-type: none"> - Administración de analgésicos por vía EV. - Posición antalgica - Cambios de posición. - Se brinda ambiente cómodo FOMENTO A LA MOVILIDAD <ul style="list-style-type: none"> - Se cuida sobre caídas - Ejercicios en cama - Cambios de posición - Terapia de ejercicios - 	Una adecuada movilización física permitirá una adecuada función cardio vascular y respiratorio	Dolor en remisión con movimiento físico conservado Restablecimiento progresivo de la movilidad física
DOMINIO CLASE		OBJETIVO		FUNDAMENTO CIENTIFICO	

	DX PRIORIDAD DE DOMINIOS		CIE (NIC) CODIGO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA		CRE (NOC) CÓDIGO DE RESULTADOS
D11 C2 (seguridad / protección : lesión física)	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada a factores mecánicos (SNG)	Paciente mantendrá la integridad cutánea durante el ingreso hospitalario.	Cuidados de la sonda gastrointestinal: - observar la correcta colocación de la SNG - conectar tubo de aspiración - fijar el tubo cuidando la piel - realizar irrigaciones periódicas de la sonda para evitar obstruc. - observar si hay sensación de náuseas y vómitos. -observar periódicamente cantidad, olor y consistencia Observar si hay presión y fricción -observar cambios de la piel	Valorar el estado de la piel es un conjunto de medidas que se realiza para conservar la integridad y el buen estado de la piel y sus anexos, así como prevenir infecciones.	La Vigilancia continua reducirá las amenazas para la salud, función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.
D9 C2 (Afrontam / tolerancia al estrés : Rpta. de afrontam)	Temor relacionado a falta de familiaridad con experiencia evidenciado por informe verbal de inquietud	Paciente adquirirá los conocimientos y habilidades necesarios para manejar la situación.	POTENCIACION DE LA SEGURIDAD. - Fomentar las visitas, apoyo psico emocional. - Informe sobre su patología, intervención, Tratamiento Y complicaciones. - Escuchar al paciente - Ayudar a reconocer sus sentimientos de temor y miedo - Permanecer con el paciente	Un adecuado manejo de apoyo psico emocional y de información disminuirá el temor del paciente	Paciente durante la estancia disminuirá su temor y miedo
DOMINIO CLASE		OBJETIVO		FUNDAMENTO CIENTIFICO	

	DX PRIORIDAD DE DOMINIOS		CIE (NIC) CODIGO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA		CRE (NOC) CÓDIGO DE RESULTADOS
D3 C2 (Eliminac : función y sistema gastro intestinal)	Estreñimiento relacionado a la actividad física insuficiente y trastornos de la función gastro intestinal evidenciado por, náuseas y sonidos abdominales hipo activos	paciente lograra mejorar el tránsito intestinal	MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO - Administrar enemas o laxante - Incrementar el consumo de líquidos. - Monitorización de líquidos. - Vigilar sonido intestinal - Terapia de ejercicios - Consumo de productos que contienen fibras - Terapia de relajación simple. - Instruir al paciente sobre su enfermedad	Un adecuado manejo del estreñimiento permitirá disminuir los riesgos de complicaciones	Patrón de eliminación dentro del rango esperado

3.7. EVALUACION

RELACION DE OOBJETIVOS	CONDICION DE OBJETIVO LUEGO DE APLICACIÓN DEL PAE		
	LOGRADO	EN PROCESO	NO LOGRADO
Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C Pérdidas excesivas a través de vías normales (vómitos) y vías anormales (sondaje nasogástrico).	X		
Dolor agudo relacionado a agentes lesivos (mecánicos) evidenciado por facies del dolor, verbalización e imposibilidad para caminar	X		
Deterioro de la movilidad física relacionado a la intolerancia a la Actividad, dolor evidenciado por imposibilidad para caminar y movilizarse y facies de dolor al movilizarse	X		
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada a factores mecánicos (SNG)		X	
Temor relacionado a falta de familiaridad con experiencia evidenciado por informe verbal de inquietud	X		
Estreñimiento relacionado a la actividad física insuficiente y trastornos de la función gastro intestinal evidenciado por, náuseas y sonidos abdominales hipo activos		X	
Interrupción a procesos familiares relacionados a la hospitalización por situación de salud evidenciada por verbalización del paciente y estancia hospitalaria.	X		

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 con obstrucción intestinal.
2. 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.
3. 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.
4. Se aconseja a los profesionales de la salud y especialmente a los profesionales de enfermería que laboran en éste nosocomio a tomar en cuenta los signos y síntomas con la finalidad de valorar, diagnosticar oportunamente y mejorar los cuidados a pacientes con obstrucción intestinal.
5. Realizar promoción y prevención de esta patología mediante el plan docente con el objetivo de lograr diagnóstico oportuno, toma de decisiones y para evitar complicaciones y factores que contribuyan a la formación de adherencias.

RECOMENDACIONES

1. Que los hospitales del MINSA gestionen e incrementen de más especialistas y además se implementen con equipos de cirugía mínimamente invasivas (laparoscopios), lo cual está demostrado que produce menos adherencias que la cirugía convencional.
2. Los Hospitales de nivel II necesitan contar con profesionales de Enfermería capacitados y preparados para actuar ante un caso de emergencia abdominal cuando no se cuente con profesional médico de turno.
3. 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/o controlando las complicaciones que aumentan los costos hospitalarios y costos sociales.
4. 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.
5. 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.
6. Promover la aplicación del proceso de enfermería como método científico que permite realizar un diagnóstico adecuado de las necesidades del paciente, satisfacerlas y evaluar las acciones realizadas si fueron positivas y ayudaron al restablecimiento de la salud del paciente con Obstrucción con la finalidad de mejorar los cuidados proporcionados a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rojas D. Morbilidad y mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un hospital general del Perú. Revista Peruana de Epidemiología. Vol 14 N°2 - Agosto 2010.
2. Sánchez A., Hidalgo N., Benavides H., Gutiérrez C., Ruiz R. Situación de la Población Adulta Mayor. Enero - Febrero - Marzo 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe técnico N° 2 – Diciembre 2017.
3. Valdez W., Ramos W, Miranda J, Tovar J. MINISTERIO DE SALUD - DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL PERÚ. Perú. 2010. Pags. 16 – 50.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas. Nota de prensa. Perú. 2015.
5. Ruiz F. Síndrome de obstrucción intestinal. Revista del Hospital General “La Quebrada”. 2003; 2(1):36-43.
6. Castro M., Renedo S., Droppelmann N., Téllez J., Butrón S. Obstrucción intestinal: ¿Qué necesita saber el cirujano? Revista Chilena de Radiología. 2004; 10(4):165-171.
7. León D., Cárdenas E., González L., Palacios J., Ramírez M., Coutté A. Factores pronósticos en oclusión intestinal por adherencias postoperatorias. Revista Hospital General Dr. Gea González. 2001; 4(4):106-109.
8. . Escrig V., Senent V., Villegas C., Senís L., Salvador J. Oclusión adherencial de intestino delgado: Factores predictivos de la indicación quirúrgica. Cirugía Española. 2002; 72(2):72-78.
9. De la Garza-Villaseñor L. Etiología de la oclusión intestinal. Revista de Gastroenterología de México. 2004; 66 (4):193-196.
10. Escobedo S. Análisis de los factores asociados a la formación de adherencias peritoneales en pacientes post laparatomizados como causa de oclusión intestinal (tesis). Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Hospital Regional Docente de Trujillo, 2006-2011.

11. Mizell JS, Turnage RH. Intestinal obstruction. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Live Disease*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 123.
12. RODRIGUEZ PASCUAL Y. (2016) Cuba, Modelo Teórico Practico de atención Medica al Adulto Mayor con síndrome doloroso abdominal, [Tesis para optar el título de doctor en ciencias médicas] Holguín. Instituto Superior de ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2016.
13. Navarro P, Vega A, Obstrucción Intestinal en pacientes mayores de 60 años en sala de Cirugía General del Hospital Escuela Regional "Santiago de Jinotepe", Carazo 2003-2013" Nicaragua 2015.
14. 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" Huancayo - Perú 2017
Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1548/CARACTER%C3%8DSTICAS%20CL%C3%8Dnico%20EPIDEMIOLOGICAS%20DE%20PACIENTES%20INTERVENIDOS%20POR%20068TRUCCI%C3%93N%20INTES TINAL%20POR%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Quispe C. Complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal mecánica según la clasificación de Claviendino Hospital María Auxiliadora, 2014 (tesis para maestría), Lima-Perú, Hospital María Auxiliadora, 2015.
16. Hernández Villaseñor, Alan. Diagnóstico y valoración para llevar a cabo manejo quirúrgico en pacientes con oclusión intestinal. Mexico 2014.
Disponible en:
<https://www.uy.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocoloalan.pdf>.
17. 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.
18. Cleveland clinic. Obstrucción intestinal. Disponible en:
<http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s15287.asp>.

19. Luna Aljama, José. Cuidados de Enfermería en el paciente con obstrucción intestinal. DUE H.U. Reina Sofía de Córdoba.
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/cuidados-enfermeria-obstruccion-intestinal/>.
20. 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.
21. Urden Ld, Lough ME, Stacy KM. Cuidados intensivos en enfermería. En O'Donnell.M. Dirks J , editores. Trastornos cardiovasculares. ed. Madrid: Ed. Harcourt/Oceano.; 2005
22. Bulechek GM, Bucher HK, Dochterman JM, Wagner CM. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (MC)" Sexta edición. Elsevier. 2014 España.
- 23.

ANEXOS

INGRESO PRINCIPAL AL HOPITAL DE TAMBOBAMBA

