

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud**



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente intervenido de laparotomía exploratoria por trauma abdominal abierta por arma blanca en el servicio de sala de operaciones de un hospital de Lima, 2018

Por

Jhovana Magaly Cárdenas Saavedra

Asesora

MSc. Mary Luz Solórzano Aparicio

Lima, abril 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARY LUZ SOLORZANO APARICIO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente intervenido de laparotomía exploratoria por trauma abdominal abierta por arma blanca en el servicio de sala de operaciones de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada JHOVANA MAGALY CÁRDENAS SAAVEDRA, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Centro Quirúrgico, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los diez días del mes de abril de 2019.

  
Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente intervenido de laparotomía exploratoria  
por trauma abdominal abierta por arma blanca en el servicio de sala de operaciones de un  
hospital de Lima, 2018

## TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de segunda especialidad profesional de enfermería  
en Centro Quirúrgico

### JURADO CALIFICADOR



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio

Asesor

Lima, 10 de abril de 2019

### **Dedicatoria**

A Dios por su gran amor y por sus  
inmensas bendiciones.

A mi familia por brindarme su  
amor incondicional.

A mis estimados docentes por  
compartir sus amplios conocimientos.

### **Agradecimiento**

A Dios por darme la vida y por darme la gran oportunidad de culminar una meta más de vida, culminar mi especialidad.

## Índice

Resumen.....	10
Capítulo I .....	11
Proceso de Atención de Enfermería.....	11
Valoración .....	11
Datos generales.....	11
Resumen de motivo de ingreso.....	11
Situación Problemática .....	12
Exámenes auxiliares .....	13
Tratamiento médico .....	13
Valoración según patrones funcionales de salud .....	14
Diagnósticos de enfermería .....	16
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	16
Enunciados de los diagnósticos de enfermería .....	16
Planificación .....	188
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	18
Planes de cuidados.....	20
Ejecución .....	25
Evaluación .....	27
Capítulo II.....	29
Marco teórico .....	29
Antecedentes.....	29
Marco conceptual .....	33
Traumatismo abdominal .....	33

Modelo teórico de autocuidado de Virginia Henderson .....	38
Capítulo III.....	40
Materiales y métodos .....	40
Tipo y diseño .....	40
Sujeto de estudio.....	40
Delimitación geográfica temporal .....	40
Técnica de recolección de datos .....	41
Consideraciones éticas.....	41
Capítulo IV.....	42
Resultados, análisis y discusión.....	42
Resultados.....	42
Análisis de los diagnósticos.....	43
Discusión .....	46
Capítulo V.....	49
Conclusiones y recomendaciones .....	49
Conclusiones.....	49
Recomendaciones .....	50
Referencias.....	51
Apéndices .....	55
Apéndice A. Instrumento Guía de valoración .....	56
Apéndice B. Consentimiento informado .....	58
Apéndice C. Fichas farmacológicas .....	59
Apéndice D. Escalas de evaluación .....	62

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Exámenes de laboratorio.....	13
<b>Tabla 2.</b> Plan de cuidados diagnosticos Deterioro de la ventilación espontánea .....	130
<b>Tabla 3.</b> Plan de cuidados diagnóstico Riesgo de shock.....	21
<b>Tabla 4.</b> Plan de cuidados diagnóstico Déficit de volumen de líquidos. ....	22
<b>Tabla 5.</b> Plan de cuidados diagnóstico Riesgo de aspiración..;Error! Marcador no definido.	
<b>Tabla 6.</b> Plan de cuidados diagnóstico Riesgo de caídas .....	20
<b>Tabla 7.</b> SOAPIE Deterioro de la ventilación espontánea .....	25
<b>Tabla 8.</b> SOAPIE Riesgo de shock. ....	25
<b>Tabla 9.</b> SOAPIE Déficit de volúmen de líquidos. ....	25
<b>Tabla 10.</b> SOAPIE Riesgo de aspiración. ....	26
<b>Tabla 11.</b> SOAPIE Riesgo de caída. ....	26
<b>Tabla 12.</b> Evaluación de diagnósticos.....	27
<b>Tabla 13.</b> Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería. ....	41

## Símbolos usados

BHE	Balance hídrico estricto
Cm	centímetro
D/C	descartar
IMC	Índice de masa corporal
IV	Intravenosa
Mg/dl	miligramos por decilitros
MSI	Miembro superior izquierdo
NPO	Nada por vía oral
PAE	Proceso de atención de enfermería
SF	Sonda Foley
SNG	Sonda nasogástrica
TET	Tubo endotraqueal
T°	Temperatura

## Resumen

El presente trabajo académico “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente intervenido de laparotomía exploratoria por trauma abdominal abierta por arma blanca, en el servicio de sala de operaciones de un hospital de Lima, 2018”, tuvo como objetivo cooperar en la recuperación de la salud de la paciente. Para ello, se identificaron los diagnósticos y se planificó un plan de cuidados de salud personalizado, enfocados a solucionar su estado actual de salud. Es un estudio de tipo descriptivo y analítico. El método utilizado fue el Proceso de Atención de Enfermería con sus indicadas fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Para la recolección de datos, se utilizó la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional. Los Resultados finales: Se identificó los siguientes diagnósticos de enfermería priorizados: Riesgo de shock factor relacionado a hipovolemia evidenciado por bata manchada con abundante sangrado, heridas abiertas a nivel de epigastrio, flanco izquierdo, brazos, tórax, cuello, con sangrado profuso, hemoglobina 8.4 mg/dl; Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa, frecuencia cardiaca alterada. Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia, presencia de sonda nasogástrica. Riesgo de caídas relacionado a alteración de la función cognitiva. Se concluye que los cuatro objetivos de los diagnósticos priorizados fueron alcanzados.

**Palabras Claves:** Laparotomía exploratoria, cuidados de enfermería, abdomen agudo.

## Capítulo I

### Proceso de Atención de Enfermería

#### Valoración

##### Datos generales

- Nombre: K.N.R.
- Sexo: femenino
- Edad: 33 años
- Lugar de procedencia : Junín
- Servicio: Sala de Operaciones
- N° de cama: 01
- Fecha de ingreso al hospital: 20 - 09-2018
- Fecha de ingreso al servicio: 20 - 09-2018
- Días de hospitalización: 30 minutos
- Fecha de valoración: 20-09-2018
- Hora: 14:00 p.m.
- Diagnóstico médico: trauma toracoabdominal abierta por arma blanca.

##### Resumen de motivo de ingreso

El paciente es trasladado en camilla por serenazgo al servicio de emergencia, tras haber sufrido un incidente familiar provocando un traumatismo abierto, los cuales reportaron que recibió varias cuchilladas en el abdomen, tórax, brazos y cuello. A la evaluación médica deciden ingresar a Cirugía de Emergencia en Centro Quirúrgico para operar al paciente de una laparotomía exploratoria.

### **Situación problemática**

La paciente ingresa en camilla a Sala de Operaciones, procedente del servicio de emergencia, traída por el personal de salud que está inquieta, llorosa, Glasgow 10/15, respuesta ocular abre los ojos ante una orden verbal, actividad motora localiza el dolor, respuesta verbal desorientada, confusa, piel y mucosas ligeramente pálidas, secas, con disminución de la turgencia de la piel, en aparente mal estado general, regular estado de higiene, con apoyo ventilatorio de máscara de reservorio, saturando un 94% a 6 litros por minuto, respirando limitadamente, sonda nasogástrica a gravedad conectada a una bolsa colectora, con escaso residuo gástrico bilioso, abdomen distendido, duro, bata manchado con abundante sangrado, ruidos hidroaéreos disminuidos, heridas abiertas de 4 cm aproximadamente punzocortantes a nivel de epigastrio, flanco izquierdo, brazos, tórax, cuello, con sangrado profuso. Vía periférica permeable en miembro superior izquierdo, pasando Cloruro de Sodio 0,9%, Ceftriaxona 1gr. Con sonda vesical conectada a bolsa colectora, orina 30ml colúrico. Fuerza muscular de ambas extremidades disminuida.

### **Funciones vitales**

- Presión arterial: 125/64 mmHg
- Frecuencia respiratoria: 14 respiraciones por minuto
- Frecuencia cardiaca: 122 latidos por minuto, irregular
- Temperatura: 36.6°C

## Exámenes auxiliares

**Tabla 1**

*Exámenes de laboratorio*

<b>Hematología</b>	<b>Bioquímica</b>	<b>Valores Normales</b>
Hemoglobina 8.4 gr/dl	Glucosa 178 mg/dl	70-105
Hematocrito 25.1 %	Urea 41mg/dl	17-49
Hematíes ..... /mm <sup>3</sup>	Creatinina 1.05mg/dl	0,70-1.40
Leucocitos ..... /mm <sup>3</sup>		
<b>Otros</b>	<b>Inmunología</b>	
Grupo Sanguíneo "O"	HIV prueba rápida: Negativo	
Factor Rh "+"		
Coagulación 8		5-15
Sangría 2		1-4
T. Protrombina 13.5 Segundo		12-15

Según los resultados de laboratorio se puede observar que tiene una hemoglobina de 8.4 g/dl, con un incremento de la glucosa; no hay antecedentes de diabetes, mientras que la urea y la creatinina están dentro de los valores normales. Indican un riesgo de shock hipovolémico; en tanto, la coagulación, sangría y tiempo de protrombina están dentro de los valores normales.

Porth, 2014.

### Tratamiento médico

- Cloruro de Sodio 9% x 1000 ml I-II
- Ketamina 3 mg EV
- Succinil colina 100mg EV.
- Tramadol 150 mg EV
- Ketoprofeno 100mg EV
- Vecuronio 4 mg EV
- Metoclopramida 50 mg EV

- Metronidazol 500 mg EV
- Ranitidina 50 mg EV
- Dexametasona 4 mg EV
- Metamizol 2 gr EV
- Ceftriaxona 2gr EV.

### **Valoración según patrones funcionales de salud**

#### ***Patrón percepción- control de la salud.***

Paciente en pre operatorio para una laparotomía exploratoria, por trauma abdominal abierta por arma blanca, inquieta, llorosa.

#### ***Patrón nutricional metabólico.***

Piel y mucosas ligeramente pálidas, secas, con disminución de la turgencia de la piel, en aparente mal estado general, regular estado de higiene, sonda nasogástrica a gravedad conectada a una bolsa colectora, con escaso residuo gástrico bilioso, abdomen distendido, duro, bata manchado con abundante sangrado, ruidos hidroaéreos disminuidos, heridas abiertas de 4 cm aproximadamente punzocortantes a nivel de epigastrio, flanco izquierdo, brazos, tórax, cuello, con sangrado profuso. Pesando 55 kg, talla: 1.50 cm, Hb: 8.4 mg/dl, Hematocrito: 25.1 % T° de 36.6°C. IMC: 24.44 conclusión: peso normal (IMC entre 18,50 y 24,99 kg/m<sup>2</sup>.) con balance hídrico estricto +730.

#### ***Patrón eliminación.***

Paciente con sonda vesical conectada a bolsa colectora, orina 30ml, colúrico, deposiciones ausentes y no elimina flatos.

***Patrón de actividad ejercicio.******Actividad respiratoria.***

Paciente con apoyo ventilatorio por máscara de reservorio, a 6 litros por minuto, saturando 94%, respirando limitadamente, 14 por minuto,

***Actividad circulatoria.***

Paciente con presión arterial 125/64mmhg, frecuencia cardiaca 122 latidos por minuto, irregular, catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo (20/09/18).

***Capacidad de autocuidado.***

Paciente con bata manchada con abundante sangrado, regular higiene corporal, fuerza muscular de ambas extremidades disminuida.

***Patrón perceptivo cognitivo.***

Paciente inquieta, llorosa, Glasgow 10/15, respuesta ocular abre los ojos ante una orden verbal, actividad motora localiza el dolor, respuesta verbal desorientada, confusa, en aparente mal estado general.

***Patrón autopercepción-auto concepto/***

No valorable por estado de paciente.

***Patrón relaciones – rol.***

Paciente de ocupación ama de casa, vive con su esposo, sin hijos.

***Patrón sexualidad reproducción.***

Paciente de sexo femenino, conviviente sin hijos.

***Patrón tolerancia afrontamiento al estrés.***

No valorable por estado de paciente.

***Patrón valores y creencias.***

No específica.

***Patrón descanso- sueño.***

No valorable por estado de paciente.

**Diagnósticos de Enfermería****Análisis de las etiquetas diagnósticas**

**Etiqueta diagnóstica:** Riesgo de shock

**Definición:** Vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado para los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituya a una amenaza para la vida, que pueda comprometer la salud (Nanda 2015).

**Factor de riesgo:** Hipovolemia.

**Enunciado de enfermería:** Riesgo de shock relacionado a hipovolemia secundario a heridas abiertas.

**Etiqueta Diagnóstica:** Déficit de volumen de líquidos

**Definición:** Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la hidratación, pérdida sólo de agua, sin cambios en el sodio (Nanda 2015).

**Características definatorias:** Alteración de la turgencia de la piel, aumento en la concentración de la orina, mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa, frecuencia cardiaca 122 latidos por minuto.

**Factor relacionado:** Pérdida activa del volumen de líquidos

**Enunciado de enfermería:** Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa, frecuencia cardiaca 122 latidos por minuto.

**Etiqueta diagnóstica:** Riesgo de aspiración

**Definición:** vulnerable a la penetración en el árbol traqueo bronquial de secreciones gastrointestinales, oro faríngeos, solidos o líquidos, que puede comprometer la salud (Nanda 2015).

**Factor de riesgo:** Disminución del nivel de conciencia, Glasgow 10/15.

**Enunciado de enfermería:** Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de Conciencia.

**Etiqueta diagnóstica:** Riesgo de caída

**Definición:** vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud (Nanda 2015).

**Factor de riesgo:**

Alteración de la función cognitiva

**Enunciado de enfermería:** Riesgo de caídas relacionado a alteración de la función cognitiva.

**Etiqueta diagnóstica:** Deterioro de la ventilación espontánea.

**Definición:** Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida (Nanda 2015).

**Características definatorias:** Aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la saturación de oxígeno, inquietud, disminución de la cooperación.

**Factor relacionado:** Alteración del metabolismo.

**Enunciado de enfermería:** Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con

alteración del metabolismo.

### **Enunciado de los diagnósticos de enfermería**

1. Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa, frecuencia cardiaca 122.
2. Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia (Glasgow 10/15), presencia de sonda nasogástrica.
3. Riesgo de caídas relacionado a alteración de la función cognitiva.
4. Riesgo de shock relacionado a hipovolemia.
5. Riesgo de lesión como consecuencia de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.
6. Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión.
7. Riesgo de infección relacionado a presencia de vías invasivos, disminución de la hemoglobina.
8. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a la alteración del metabolismo.
9. Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico
10. Dolor agudo relacionado a cambios en parámetros fisiológicos, a agentes lesivos físicos.

### **Planificación**

#### **Priorización de los diagnósticos enfermería**

1. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a alteración del metabolismo.
2. Riesgo de shock relacionado a hipovolemia secundario a herida abierta.

3. Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa, frecuencia cardiaca 122 latidos por minuto.
4. Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia (Glasgow 10/15), presencia de sonda nasogástrica.
5. Riesgo de caídas relacionado con alteración de la función cognitiva.
6. Deterioro del intercambio de gases relacionado a desequilibrio en la ventilación perfusión.
7. Dolor agudo relacionado a cambios en parámetros fisiológicos, a agentes lesivos físicos.
8. Riesgo de lesión como consecuencia de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.
9. Riesgo de infección relacionado a presencia de vías invasivos, disminución de la hemoglobina.
10. Deterioro de la integridad tisular relacionado con procedimiento quirúrgico

## Planes de cuidados

**Tabla 2**

*Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a alteración del metabolismo*

<b>Objetivos</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamento científico</b>
<p><i>General</i></p> <p>El paciente mejorará la ventilación pulmonar y la oxigenación.</p> <p><b>Resultados esperados</b> El paciente mostrará SaTO<sub>2</sub> dentro de los parámetros normales.</p>	<p>1.- Valorar funciones vitales respiración y frecuencia cardiaca.</p> <p>2.-Observar la interacción paciente, ventilación.</p> <p>3.-Valorar el modo de apoyo ventilatorio.</p> <p>4.-Auscultar ambos campos pulmonares.</p> <p>5.- Observar la permeabilidad de las vías aérea</p> <p>6.-Administrar oxígeno, teniendo en cuenta el tipo de apoyo ventilatorio.</p>	<p>1.- Aporta información oportuna más cercana y rápida, la completa integración de la información que recibimos a través de la monitorización, junto con la información obtenida al valorar al paciente de forma holística, permiten ofrecer una atención de enfermería inmediata y de alta calidad (Ranieri 1995).</p> <p>2.- Puede verse alterada por diferentes factores que interfieren en la sincronía, son los relacionados con el centro respiratorio, la mecánica pulmonar y la presencia de hiperinsuflación pulmonar dinámica. (Dick 1996)</p> <p>3.- Es fundamental el control de los parámetros del apoyo ventilatorio, para verificar su correcto funcionamiento, prevenir desperfectos y mantener una ventilación cómoda, segura. Lo cual permite corregir la hipoventilación, mejorar la oxigenación y el transporte de oxígeno, y disminuir el trabajo respiratorio, procurando descanso y reacondicionamiento muscular (Ranieri 1995)</p> <p>4.- Realizar una auscultación bilateral de los sonidos respiratorios, con la finalidad de detectar si existe evidencia de sonidos adventicios. Es la medición no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos. Cuando la molécula de hemoglobina libera oxígeno, pierde su color rosado, adquiriendo un tono más azulado y deja pasar menos la luz. (Dick 1996)</p> <p>5.- Para asegurar la permeabilidad de la vía aérea y la adecuada ventilación, además de humidificar y calentar el gas inspirado para evitar la deshidratación del epitelio pulmonar para favorecer la movilización de las secreciones. (Ranieri 1995)</p> <p>6.- Los objetivos de la ventilación mecánica son corregir la hipoventilación, mejorar la oxigenación y el transporte de oxígeno, y disminuir el trabajo respiratorio. (Dick 1996)</p>

**Tabla 3***Riesgo de shock relacionado a hipovolemia secundario a de herida abierta*

<b>Objetivos</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamento científico</b>
<i>General</i> El paciente disminuirá sangrado durante su estancia en centro quirúrgico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controlar funciones vitales: frecuencia cardiaca y presión arterial</li> <li>2. Mantener dos vías periféricas endovenosas permeables.</li> <li>3. Controlar la movilidad del paciente al pasar a la camilla operatoria.</li> <li>4. Inspeccionar el sitio de las heridas abiertas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El control de las funciones vitales, es una actividad de enfermería, esta se realiza para valorar al paciente. A la alteración de cualquiera de estas funciones vitales, es necesario la intervención de un médico, una enfermera para actuar en forma inmediata (Potter y Perry, 2002).</li> <li>2. La pérdida de volumen sanguíneo produce trastornos en los líquidos, por defecto por ello es necesario mantener un acceso directo al sistema vascular, con la finalidad de contar con una buena perfusión de líquidos (Potter y Perry, 2002).</li> <li>3. El paciente presenta una limitación física, se evita los movimientos bruscos para evitar la dehiscencia y disminuir el sangrado de las heridas quirúrgica. (Doenges et al., 2008).</li> <li>4. La inspección permite detectar alguna signo de sangrado (Doenges et al., 2008).</li> </ol>

**Tabla 4**

*Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa, frecuencia cardiaca 122*

<b>Objetivos</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamento científico</b>
<p><i>General</i> El paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante su estancia en centro quirúrgico.</p> <p><i>Resultados esperados</i> El paciente presentará mucosas orales hidratadas.</p> <p>El paciente presentará piel turgente.</p> <p>El paciente presentará flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controlar las funciones vitales.</li> <li>2. Administrar dextrosa 5 % + 1 ampolla de Hipersodio 20% a 45 gotas x minuto, volumen total 270 ml.</li> <li>3. Monitorizar el ingreso y egreso de líquidos cada hora, control de flujo urinario y características de la orina. BHE=horario=(0,5ml/kg/hora).</li> <li>4. Administrar paquete globular según indicación médica.</li> <li>5. Evaluar signos y síntomas de deshidratación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las funciones vitales, evalúan en forma global el funcionamiento del organismo permitiendo detectar oportunamente los signos de alarma., los cuales van a reflejar cambios que se producen en el paciente (Berman, Snyder, Kozier y Erb, 2008).</li> <li>2. La dextrosa 5% es una solución isotónica que sirve de fuerza nutritiva, de fácil asimilación para el organismo, mientras que el Hipersodio es una solución concentrada para tratar la carencia de sodio. La hidratación es importante porque permite un buen funcionamiento de todas las células (Berman <i>et al.</i>, 2008).</li> <li>3. Es importante la medición de todos los líquidos que ingresan al organismo, así como las pérdidas de líquidos, durante su estancia hospitalaria (Berman et al., 2008). El registro preciso de la entrada, así como la salida de líquidos, es de gran utilidad para poder realizar la valoración de la función renal, el circulatorio, se debe valorar la pérdida insensible ocasionada por diaforesis. La cantidad de diuresis está en función al ingreso de líquido y peso del paciente y en este caso la diuresis horaria no puede ser menos de 80cc (Potter y Perry, 2002).</li> <li>4. La reposición de volumen sanguíneo, mejora la capacidad de sangre para transportar oxígeno, incrementando el volumen circulante de hemoglobina, aportando factores plasmáticos. (Porth, 2014).</li> <li>5. El equilibrio hídrico mantiene la función renal, cardiovascular (Berman <i>et al.</i>, 2008). Un buen ingreso de soluciones permite la recuperación del volumen cardiovascular, teniendo una buena hidratación mejora la turgencia de la piel, las mucosas se hidratan (Berman <i>et al.</i>, 2008).</li> </ol>

**Tabla 5**

*Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia (Glasgow 10/15), presencia de sonda nasogástrica*

<b>Objetivos</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamento científico</b>
<p><i>General</i> El paciente disminuirá riesgo de aspiración durante su estancia en centro quirúrgico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar al paciente con la cabeza lateralizada</li> <li>2. Mantener el equipo de aspiración disponible</li> <li>3. Evaluar el estado de conciencia aplicando la escala de Glasgow.</li> <li>4. Verificar la posición de la sonda nasogástrica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El giro de la cabeza a un lado mejora el pasaje del oxígeno, la lengua no obstruye el pasaje y favorece a la relajación de los músculos comprometidos (Potter y Perry, 2002).</li> <li>2. La valoración del paciente ayuda a prevenir riesgos, por tanto la limpieza de las vías respiratorias mejora la respiración y evita que el paciente pueda aspirarse, mantiene además una vía aérea permeable para una buena oxigenación (Reyes, 2015); y para la extracción de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior (Potter y Perry, 2002).</li> <li>3. La escala de Glasgow es utilizada para evaluar el nivel de estado de alerta de las personas, es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona que sufrió un traumatismo. (Potter y Perry, 2002).</li> <li>4. Una adecuada colocación de la sonda nasogástrica no permitirá la introducción cualquier líquido en el aparato respiratorio.</li> </ol>

**Tabla 6***Riesgo de caídas relacionado a alteración de la función cognitiva*

<b>Objetivos</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamento científico</b>
<i>General</i> El paciente presentará disminución de riesgo de caídas durante su estancia en centro quirúrgico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizar dispositivos de protección, como son los sujetadores, porta brazos.</li> <li>2. Identificar los riesgos (barandas de la camilla)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los equipos de protección son elementos necesarios para proteger a la persona (Berman <i>et al.</i>, 2008).</li> <li>2. La identificación de los riesgos permitirá estar atentos a cualquier eventualidad que pudiera suceder (Potter y Perry, 2002).</li> </ol>

## Ejecución

**Tabla 7**

*SOAPIE Deterioro de la ventilación espontánea*

<b>Fecha/hora</b>	<b>Intervenciones</b>	
<b>10.00 a.m.</b>	<b>S</b>	No aplica por estado de paciente.
<b>20-01-18</b>	<b>O</b>	Deterioro de la movilidad, aumento de la frecuencia cardiaca, 122 latidos por minuto, disminución de la saturación de oxígeno, máscara de reservorio 94 % a 6 litros por minuto.
	<b>A</b>	Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a alteración del metabolismo.
	<b>P</b>	El paciente mejorará la ventilación pulmonar y la oxigenación.
	<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar funciones vitales: frecuencia Cardiaca y respiración.</li> <li>• Observar la interacción paciente ventilación.</li> <li>• Valorara el modo de apoyo ventilatorio.</li> <li>• Auscultar ambos campos pulmonares.</li> <li>• Observar la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>• Administrar oxígeno teniendo en cuenta el apoyo ventilatorio.</li> </ul>
	<b>E</b>	Objetivo alcanzado (OA) Paciente con ventilación y oxigenación dentro de los parámetros normales.

**Tabla 8**

*SOAPIE Riesgo de shock*

<b>Fecha/hora</b>	<b>Intervenciones</b>	
<b>10.00 a.m.</b>	<b>S</b>	No aplica por estado de paciente.
<b>20-01-18</b>	<b>O</b>	Heridas abiertas de 4 cm aproximadamente punzocortantes a nivel de epigastrio, flanco izquierdo, brazos, tórax, cuello, con sangrado profuso, hemoglobina 8.4 mg/dl.
	<b>A</b>	Riesgo de shock relacionado a hipovolemia secundario a herida abierta.
	<b>P</b>	Paciente disminuirá riesgo de shock durante su estancia en sala de operaciones
	<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar las funciones vitales: frecuencia Cardiaca y presión arterial</li> <li>• Mantener dos vías periféricas endovenosas permeables</li> <li>• Controlar la movilidad del paciente</li> <li>• Inspeccionar y realizar cuidados del sitio de las heridas abierta</li> </ul>
	<b>E</b>	Objetivo alcanzado (OA) Paciente sin riesgo de shock por hipovolemia. Frecuencia cardiaca 88 por minuto.

Tabla 9

*SOAPIE Déficit de volumen de líquidos*

<b>Fecha/hora</b>	<b>Intervenciones</b>	
<b>10:00 am</b> <b>20-01-18</b>	<b>S</b>	No aplica por estado de paciente.
	<b>O</b>	Mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa, frecuencia cardiaca 122.
	<b>A</b>	Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos.
	<b>P</b>	Paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante el turno, BHE positivo, mucosas orales hidratadas, piel turgente, flujo urinario de 40 a 60 ml por minuto y de aspecto claro.
	<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar funciones vitales durante el acto operatorio de acuerdo a la evolución de paciente.</li> <li>• Administrar dextrosa 5 % más 1 ampolla de Hipersodio 20% a 45 gotas x minuto, volumen total 270 ml</li> <li>• Monitorizar balance hídrico estricto a horario.</li> <li>• Administrar paquete globular según indicación médica.</li> <li>• Evaluar signos y síntomas de deshidratación</li> </ul>
	<b>E</b>	Objetivo alcanzado (OA), paciente con mucosas orales hidratadas, BH positivo, piel turgente, flujo urinario de 40 a 60 ml por minuto, de aspecto claro.

Tabla 10

*SOAPIE Riesgo de aspiración*

<b>Fecha/hora</b>	<b>Intervenciones</b>	
<b>10:00 a.m.</b> <b>20-01-18</b>	<b>S</b>	No aplica por estado de paciente.
	<b>O</b>	Con Sonda nasogástrica más bolsa colectora.
	<b>A</b>	Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia
	<b>P</b>	Paciente disminuirá riesgo de aspiración durante su estancia en centro quirúrgico.
	<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente con la cabeza lateralizada</li> <li>• Tomar precauciones para evitar la aspiración</li> <li>• Mantener el equipo de aspiración disponible y operativo</li> <li>• Verificar la posición de la sonda nasogástrica</li> </ul>
	<b>E</b>	Objetivo alcanzado (OA): Paciente con la cabeza lateralizada, sin riesgo de aspiración.

**Tabla 11***SOAPIE Riesgo de caídas*

<b>Fecha/hora</b>	<b>Intervenciones</b>	
<b>10.00am</b>	<b>S</b>	No aplica por estado de paciente
<b>20-01-18</b>	<b>O</b>	alteración de la función cognitiva.
	<b>A</b>	Riesgo de caídas relacionado a alteración de la función cognitiva.
	<b>P</b>	Paciente presentará disminución de riesgo de caídas en centro quirúrgico.
	<b>I</b>	Utilizar dispositivos de protección, como son los sujetadores, porta brazos. Identificar los riesgos
	<b>E</b>	Objetivo alcanzado (OA): Paciente sin riesgo de caídas con protección.

**Evaluación****Tabla 12***Evaluación de diagnósticos*

<b>Objetivos</b>	<b>Evaluación</b>
<b>Deterioro de la ventilación espontánea</b>	
<b>General</b> El paciente mejorará la ventilación pulmonar y la oxigenación.	<b>OA</b> El paciente muestra saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales
<b>Resultados esperados</b> El paciente mostrará SaTO2 dentro de los parámetros normales	
<b>Riesgo de shock</b>	
<b>General</b> El paciente disminuirá riesgo de shock durante su estancia en sala de operaciones.	<b>OA:</b> El paciente sin riesgo de presentar shock hipovolémico, FC 88 latidos por minuto.
<b>Déficit de volumen de líquidos</b>	
<b>General</b> El paciente presentará volumen adecuado de líquidos durante su estancia en centro quirúrgico.	<b>OA</b> El paciente con balance hídrico positivo, con mucosas orales hidratadas piel turgente, flujo urinario de 40 a 60 ml por minuto y de aspecto claro.
<b>Resultados Esperados</b> BHE positivo. Mucosas orales hidratadas. Piel turgente.	

Flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.

### **Riesgo de aspiración**

#### **General**

El paciente disminuirá riesgo de aspiración durante su estancia en centro quirúrgico.

#### **OA:**

El paciente con la cabeza lateralizada, sin riesgo de aspiración.

### **Riesgo de caídas**

#### **General**

El paciente presentará disminución de riesgo de caídas durante su estancia en centro quirúrgico.

#### **OA:**

El paciente sin riesgo de caídas con protección de sujetadores y correas de sujeción.

---

## Capítulo II

### Marco teórico

#### Antecedentes

##### A nivel local

Obregón (2017) realizó el estudio titulado “Cuidados de enfermería en paciente operados de Laparotomía exploratoria en el Hospital Sergio E. Bernales”. Su objetivo fue contribuir a que las enfermeras especialistas, según el caso quirúrgico, utilicen el Proceso del Cuidado de Enfermería, como base científica en su labor diaria, proporcionando cuidados integrales y humanizado con calidad y calidez, apoyándose en la Teoría de Enfermería de Virginia Henderson. La metodología fue la aplicación del Plan de Atención del Cuidado de enfermería. Concluye que la enfermera debe de estar preparada para toda complicación tanto en el pre, intra y el post operatorio, así como tener habilidades y destrezas en el manejo de los diferentes procedimientos teniendo en cuenta los principios éticos, y sobre todo conocer el manejo del Proceso de Atención de Enfermería (Obregón 2017).

Aniceto (2017) realizó el estudio denominado “Proceso de atención de enfermería en la etapa transoperatoria del paciente sometido quirúrgicamente a colecistectomía convencional en el Servicio de Centro Quirúrgico Central y Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo”, cuyo objetivo fue analizar la aplicación del proceso de enfermería durante el trans operatorio, donde la enfermera del quirófano estará capacitada de brindar cuidados integrales adecuados de enfermería al paciente, manteniendo una actitud científica, responsable y realizando con destreza los procedimientos de enfermería pertinentes en cada etapa del proceso. La metodología fue la aplicación del Proceso de atención de Enfermería en sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Es un estudio de tipo descriptivo y analítico, para la

recolección de datos se ha utilizado la Guía de Valoración según los Dominios, y para la organización de los cuidados adecuado se utilizó el formato del plan de cuidados funcional.

Resultado: Después de indagar sobre la salud de la paciente, se determinó los siguientes diagnósticos por riesgo de vida: Ansiedad relacionado con cambios en el estado actual de salud, secundario a amenaza para su estado emocional; riesgo de sangrado relacionado con efectos propios de la enfermedad: Riesgo de lesión postural perioperatoria relacionado con inmovilidad y alteraciones sensitivas perceptuales debido a la anestesia; riesgo de desequilibrio de volumen de líquido relacionado con pérdida de líquido abdominal; riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con tiempo operatorio prolongado; riesgo de infección relacionado con procesos invasivos y defensas primarias inadecuadas. Conclusión: Se concluye que los seis diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos (Aniceto 2017).

### **A nivel nacional**

Mamani (2013) realizó el estudio a una paciente para una cirugía de cesárea por presentar placenta previa en Centro Quirúrgico del Hospital Alberto Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, aplicado en un proceso de atención en enfermería, donde el objetivo fue establecer el proceso de atención de enfermería para proporcionar una mejor atención personalizada e integral, impulsando de esta manera la prioridad de mantener una vigilancia estricta de la salud en base a los 13 dominios y necesidades del usuario. Su método fue aplicar el proceso de atención de enfermería con sus respectivas fases, para la recolección de datos. Se utilizó la guía de valoración de Virginia Henderson, siendo la organización de los cuidados el formato de plan de cuidados funcionales, un estudio no experimental, cualitativa, de tipo descriptivo, analítico y transversal. Los resultados: Después de analizar los datos sobre la salud de la paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Ansiedad relacionado con

cambios en el estado de salud; riesgo de sangrado relacionado con complicaciones relacionadas con el embarazo (placenta previa); Dolor agudo relacionado con agentes lesivos; riesgo de infección relacionado con defensas primarias inadecuadas: ruptura de la piel; Hipotermia relacionada con exposición a un entorno frío. Conclusiones: Se concluye que los seis diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos (Mamani 2013).

Torres (2018) realizó el estudio “Cuidados de enfermería en pacientes operados de apendicitis sin complicaciones del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber”, cuyo objetivo fue aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes operados de apendicectomía para así lograr la recuperación del estado de salud al intervenir de manera eficaz e integra en el cuidado del paciente. La metodología fue la aplicación del Proceso de atención de Enfermería en sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, es un estudio de tipo descriptivo y analítico, como instrumento de recolección de datos, se utilizó la Guía de Valoración según Dominios y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional. Resultados: después de analizar los datos sobre la salud del paciente, se identificaron los siguientes diagnósticos enfermeros prioritarios: Dolor agudo relacionado con herida operatoria; hipertermia relacionado a proceso infeccioso; deterioro de la integridad cutánea relacionado con procedimiento que alteran la integridad de la piel; estreñimiento relacionado con disminución del trabajo peristáltico; riesgo de infección relacionado con procedimiento quirúrgico; ansiedad relacionado con cambios al estado de su salud. Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza muscular. Conclusión: Se concluye que de los siete diagnósticos prioritarios mencionados fueron resueltos a pesar que el dolor fue disminuyendo progresivamente (Mamani 2013).

### **A nivel internacional**

Camacho (2008) realizó el estudio de paciente con Diagnóstico de colecistectomía del Hospital de Concentración Satélite: Circuito Novelistas N° 125, Cd, Naucalpan, Edomex, cuyo objetivo fue brindar un Proceso atención enfermería a un paciente, con la finalidad de identificar los problemas de salud alteradas, corregirlas, mantenerlas y rehabilitarlas, por medio de la aplicación de procedimientos, conocimientos y el registro sistemático de la evolución de la rehabilitación y contribuir a mejorar la salud del paciente mediante la identificación de diagnósticos enfermeros y planificación de cuidados precisos e individualizados orientados a la solución de los mismos. La metodología fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración por Necesidades de Virginia Henderson y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional. Los resultados obtenidos después de analizar los datos sobre la salud del paciente, identificaron algunos diagnósticos enfermeros por riesgo de vida: Dolor e incomodidad relacionado con herida quirúrgica, manifestado por verbalización, deterioro del intercambio gaseoso relacionado con herida quirúrgica manifestado por agitación y verbalización, deterioro de la integridad cutánea relacionado con drenaje biliar posterior a tratamiento quirúrgico manifestado por interrupción de tejido cutáneo, alto riesgo de infección relacionado con acumulación de sangre en tejido. Conclusión: durante el procedimiento y las intervenciones, el paciente cooperó, teniendo en cuenta las instrucciones de los enfermeros. Finalizando sin complicaciones que pudieran frustrar la correcta recuperación del paciente (Camacho 2008).

Ruiz (2017) realizó el estudio “Caso clínico de un paciente politraumatizado” intervenido de cirugía abdominal, ingresado en la Unidad de Cuidados quirúrgicos de un Hospital General”,

cuyo objetivo fue evaluar la efectividad del cuidado, producir salud y satisfacción. La metodología fue un estudio descriptivo, analítico, apoyándose en las 14 necesidades de Virginia Henderson, utilizó la escala de Glasgow (Ruiz, 2017).

## **Marco conceptual**

### **Traumatismo abdominal**

#### ***Definición.***

Es una lesión en el organismo, producto de la acumulación de acciones y eventos de un agente externo junto a las reacciones locales y generales del organismo ante dicha agresión (Sánchez, 2012).

Se denomina traumatismo abdominal, cuando esta parte del cuerpo sufre un ataque o golpe violento que producen contusiones de diferentes magnitudes y gravedades, en las zonas, ya sea de pared o vísceras abdominales o de ambos al mismo tiempo. El examen que se realiza, no solo debe ser minucioso, estricto, también se debe examinar la zona pélvica, porque a veces afectan a órganos de ambos lados paralelamente (Ruíz, 2008).

#### ***Causas***

La elevada tasa de casos de los traumatismos abdominales se deben a los accidentes automovilísticos, de aviación, guerras, la delincuencia en las ciudades con desarrollo, influenciada por las drogas, el alcohol, algunas veces por los deportes extremos, violentos en sus diferentes áreas, en la agricultura, en las industrias.

La cavidad abdominal puede ser lesionado en forma específica, o también puede ser lesionado de forma simultánea con otros órganos importantes, cráneo, tórax, aparato locomotor; quedando con

muchos traumatismos en el cuerpo. En este caso, la atención se debe hacer por riesgo de vida (Ruíz, 2008).

### ***Mecanismos***

La lesión puede ser directa al abdomen, como un golpe de patada, el timón del carro, arma blanca, arma de fuego, etc. La lesión indirecta puede ser por caídas de alturas, por presión en la zona abdominal, o por sacudidas muy fuertes (Ruíz, 2008).

### ***Tipos***

a) Traumatismo cerrado o no penetrante, denominado Contusión. El elemento que produce es de superficie sin punta, a sea roma o plana, timón de carro, un puñetazo, etc.

b) Traumatismo abierto o penetrante, denominado herida. El elemento que produce las lesiones son los objetos punzocortantes, arma blanca o arma de fuego.

Las lesiones abiertas a veces afectan sólo la parte abdominal, como puede también afectar las vísceras dentro del abdomen, teniendo como límite la membrana del peritoneo parietal (Ruíz, 2008).

### ***Cuadro clínico.***

La atención debe ser lo más antes y lo más rápido posible, los exámenes y la evaluación debe ser minuciosamente, será el determinante, el que va a conducir al diagnóstico y conducta quirúrgica adecuada (Ruíz, 2008).

El paciente puede llegar a morir de forma instantánea o súbita en el momento de la lesión, como producto de un reflejo vago-simpático que desarrolla un paro cardiaco, el que de no ser asistido con reanimación urgente (2 a 5') deja definitivamente muerto al paciente. Esta situación penosa muchas veces se observa en los traumatismos fuertes que comprometen la zona central o neurovegetativo del abdomen (plexo solar) (Ruíz, 2008).

Los síntomas iniciales es el shock, seguido de pérdida de conciencia, hipotensión, bradicardia, palidez intensa y sudoración excesiva y fría. Este tipo de shock es de causa neurogénica, que no se debe confundir con el shock hipovolémico o el shock séptico que puede manifestarse en la evolución del cuadro (Ruíz, 2008).

El dolor es un síntoma importante en la evolución del abdomen lesionado, que debe ser evaluado e todos los aspectos durante las primera 24 horas. El lugar, el tipo, forma de inicio, intensidad, relación con los movimientos al respirar, etc. El dolor es un malestar más importante para el diagnóstico, de ahí la exigencia de un estudio exhaustivo (Ruíz, 2008).

Algunas veces puede haber vómitos precoces, puede ser bilioso, saliva o de comida, causadas por el miedo o el pánico. En cuanto a los vómitos tardíos (4 a 6 horas), son por irritación peritoneal, por infección o secreciones libres en la cavidad.

Por traumatismo y desgarros en la pared del estómago puede a ver presencia de sangre, secundarias a lesión de hígado o vías biliares (Ruíz, 2008).

### ***Diagnóstico.***

El diagnóstico concuerda con el caso presentado, este es un diagnóstico inicial del paciente cuando llega a Emergencia.

### ***Tratamiento.***

#### ***Laparotomía exploratoria.***

La laparotomía exploratoria es utilizada como un método de tratamiento en pacientes con traumatismos abdominales y sospechas de lesiones viscerales, facilita la reparación inmediata de las heridas producidas por el trauma; pero, la incidencia de tratamientos negativos y no terapéuticos por trauma abdominal es alta y es variable según la forma de la lesión y el método de valoración preoperatorio. Para determinar este método, puede ser determinada por el estado

hemodinámico del paciente, como por el mecanismo de la lesión. En los pacientes que tienen inestabilidad hemodinámica deben hacerse exámenes que ofrezcan resultados de inmediato para que se tome una decisión rápida de hacerse una laparotomía, de esta manera disminuir el tiempo de pérdida operatoria, con lo cual disminuye la incidencia de morbi-mortalidad (Ruíz 1999).

Los pacientes con traumatismo abdominal abierto y penetrante con funciones vitales inestables, anormales, y los que presentan peritonitis deben ser intervenidos a laparotomía exploratoria sin demora. Si la pared abdominal anterior no ha sido penetrada el paciente es dado de alta después de 6 horas de observaciones. Si la herida es penetrante, el lavado peritoneal pondría de manifiesto sangre o líquido en la cavidad peritoneal; el lavado del peritoneo no se considera definitivo para el manejo de pacientes con traumatismo abdominal por arma de fuego, no ha sido todavía establecida el recuento de eritrocitos que debe indicar la exploración inmediata (Ruíz 1999).

Muchas veces hay lesiones insensibles en los intestinos delgados, por eso la exploración laparoscópica debe ser exhaustiva sobre todo en las asas intestinales, si hubiera alguna duda de algún compromiso de trauma, se convertiría en laparotomía cuanto antes (Ruíz 1999).

Existe una gran preocupación de reducir la disminuir el número de laparotomías exploratorias negativas, sobre todo, en aquellos pacientes hemodinámicamente estables, donde la laparoscopia tiene una utilidad primordial, identificando con rapidez a los pacientes que requieran este procedimiento y así bajar las complicaciones después de la operación, con o sin lesiones dentro del abdomen (Ruíz 1999).

En los pacientes con shock hipovolémico y/o hemodinámicamente inestables no se debe realizar esta intervención. Tampoco, es recomendable en pacientes con problemas cardiacos, ni pacientes con traumatismo encéfalo craneano con hipertensión intracraneal (Ruíz 1999).

Esta intervención, se utiliza para explorar y está indicada para diagnosticar una enfermedad, o puede ser por un traumatismo, por un arma de fuego (Medlineplus, 2016).

### ***Complicaciones.***

#### *Perforación intestinal.*

Es una abertura originada por la sensibilidad de la pared de cualquier órgano lesionado, siendo susceptible los intestinos, el hígado, esófago, estómago, causando muchas complicaciones en el paciente, pudiendo ser originado por penetración de arma blanca, balas, accidente traumático, entre otros (Huamán 2009).

#### *Peritonitis.*

Es un proceso agudo que provoca un dolor intenso abdominal, considerado por la inflamación del peritoneo, el mismo que entre otros síntomas, taquicardia, disminución de la diuresis. Si este problema no es tratado a tiempo las consecuencias pueden ser nefastas. El proceso de la inflamación puede ser generalizada o local en la membrana peritoneal secundaria a una irritación química, por invasión de bacterias, necrosis local o contusión directa (Huamán 2009).

#### *Etiología de la peritonitis*

Esta puede deberse por:

- 1.-La entrada de microorganismos patógenos a la cavidad del abdomen: puede darse por inflamaciones y/o infecciones agudas (apendicitis, colecistitis, úlceras perforadas, diverticulitis, pancreatitis, salpingitis, infecciones pélvicas, etc.). También por perforaciones agudas debidas a cuadros infecciosos, traumáticos, estrangulación o infarto intestinal.
- 2.-Cuando hay sustancias irritantes: Inflamación del páncreas.
- 3.-Por sustancias raras (endógenas o exógenas): como sangre, bilis, orina, heces, etc.

Es importante anotar que dependiendo de la naturaleza de la sustancia habrá mayor o menor reacción peritoneal, así de mayor a menor, tenemos: líquido pancreático, líquido intestinal, sangre, bilis y orina (Huamán 2009).

Los microorganismos patógenos ingresan al peritoneo por varias vías:

1. Vía Directa. - La contaminación puede tener lugar por la ruptura de víscera hueca de causa inflamatoria o traumática, por la ruptura de proceso séptico asentado en cualquier víscera, o por invasión de la membrana.
2. Vía sanguínea.
3. Vía linfática (Huamán 2009).

#### **Modelo teórico de autocuidado de Virginia Henderson.**

El modelo teórico empleado en esta investigación es el de Virginia Henderson, quien establece una visión clara de los cuidados adecuados de enfermería.

Consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo (Raile 2011).

El modelo sostiene que el individuo sano o enfermo es un todo, que representa catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermería consiste en ayudar a recuperar la independencia de salud cuanto antes.

El paciente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los adecuados cuidados (Bonill 2014).

- Según el modelo de Virginia Herderson, la paciente en estudio ha tenido muchas dificultades para poder desarrollar sus actividades ordinarias diarias por la que tuvo que depender totalmente de un personal de salud, necesitó de apoyo ventilatorio, presentó disminución del nivel de conciencia, disminución de la actividad motora, en, mal estado

general, manteniendo un nivel de vulnerabilidad en su máxima expresión. Un regular estado de higiene, con diversos cortes en zonas delicadas de su cuerpo. Frecuencia cardiaca alterada, hemoglobina de 8.4mg/dl.

- El centro de las intervenciones es la libertad del paciente. A veces, la enfermera centra sus conocimientos e intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus propias necesidades (Tomey y Alligood, 2007).

## **Capítulo III**

### **Materiales y métodos**

#### **Tipo y diseño**

Es un estudio de caso de tipo descriptivo y analítico. Como metodología, se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería que es el método científico aplicado en el cuidado del paciente, que consta de cinco fases: valoración que consiste en la recogida de los datos organizada; diagnóstico donde se realiza el análisis de los datos, la identificación de problemas de salud, los riesgos y factores protectores plasmadas en diagnósticos de enfermería; la planificación, donde se realiza la priorización de los diagnósticos enfermeros y diagnósticos de riesgo, se elabora los objetivos, los resultados esperados y las intervenciones de enfermería a realizar; la ejecución donde se aplican las intervenciones previamente planificadas, teniendo como meta fundamental el beneficio del paciente en las áreas bio-psico-socio-espiritual; y la evaluación donde se determina si un paciente mejora, permanece estable o se deteriora (Berman et al., 2008).

#### **Sujeto de estudio**

Paciente adulta mujer de 32 años de edad.

#### **Delimitación geográfica temporal**

El estudio se realizó en un hospital de Lima que brinda servicios a la comunidad. Cuenta con tres salas de operaciones, la cual tiene su monitor multiparámetros, el equipo de anestesiología, sialítica, equipo laparoscópico, camilla operatoria, el equipo de enfermería está constituido por 12 enfermeros capacitados y 10 técnicos de enfermería en turnos rotativos diurnos y nocturnos, 10 anestesiólogos; se brinda atención completa a los pacientes en el intra operatorio, tanto programados como de emergencia, ellos tienen una estancia de 2 horas

aproximadamente en la Unidad de recuperación post anestésica, para luego ser transferidos a los servicios de Cirugía, Traumatología, UCI o Ginecobstetricia previa autorización del Anestesiólogo de turno y que se encuentran con funciones vitales estables.

### **Técnica de recolección de datos**

Para la recolección de datos, se utilizó la observación paciente y como el instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon que consta de 11 patrones funcionales adaptado por la investigadora, siendo estos los siguientes: Patrón percepción- control de la salud, Patrón relaciones/rol, Patrón valores y creencias, Patrón autopercepción-auto concepto/ tolerancia afrontamiento al estrés, Patrón descanso- sueño, Patrón perceptivo cognitivo, Patrón actividad ejercicio, Patrón nutricional metabólico, Patrón eliminación, Patrón sexualidad reproducción, Patrón Afrontamiento/Tolerancia al estrés (Potter y Perry, 2002).

Otros datos fueron recolectados de la Historia Clínica y otros documentos del servicio utilizándose como técnica el análisis documentario.

Para la organización de los cuidados, se utilizó el formato de plan de cuidado funcional.

### **Consideraciones éticas**

Para realizar el estudio, se tuvo en cuenta contar con la autorización del consentimiento informado (Apéndice B) del paciente, manifestándole que el estudio es de carácter anónimo, así como confidencial, y que los datos que proporcione serán únicamente utilizados para fines del estudio.

## Capítulo IV

### Resultados, análisis y discusión

#### Resultados

**Tabla 13**

*Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería.*

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
<b>Diagnóstico 1</b>			
Paciente con ventilación y oxigenación dentro de los parámetros normales.	x		
<b>Diagnóstico 2</b>			
Paciente sin riesgo de presentar shock hipovolémico, FC 88 x minuto.	x		
<b>Diagnóstico 3</b>			
Paciente con balance hídrico positivo, con mucosas orales hidratadas piel turgente, flujo urinario de 40 a 60 ml x' y de aspecto claro.	x		
<b>Diagnóstico 4</b>			
Paciente con cabeza lateralizada sin riesgo de aspiración, frecuencia cardiaca 88 x minuto	x		
<b>Diagnóstico 5</b>			
Paciente con protección de sujetadores y correas de sujeción.	x		

## **Análisis de los diagnósticos**

### **Deterioro de la ventilación relacionado a alteración del metabolismo**

Paredes (2009) realizó recomendaciones sobre el empleo de la oxigenoterapia en el paciente para disminuir los efectos. Ha incluido aspectos generales del tratamiento con O<sub>2</sub>, como los mecanismos fisiológicos, las indicaciones para su empleo, tanto en situaciones agudas como crónicas, y los medios disponibles para su correcta administración.

Pérez N.D. Refiere que los objetivos de la oxigenoterapia son tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocárdico. La cual está indicada en una situación de alteración de la oxigenación aguda o crónica, cifra que corresponde con una saturación de hemoglobina del 90%. Por debajo de estas cifras, la afinidad de la hemoglobina por el O<sub>2</sub> disminuye rápidamente y el contenido total de O<sub>2</sub> y el aporte de este a los tejidos se ve afectado.

### **Riesgo de shock relacionado a hipovolemia**

García (n.d.) manifiesta que la hemorragia puede darse a procesos traumáticos e inflamatorios, como por ejemplo la rotura de un vaso o por seccionarse este órgano. El sangrado puede presentarse dentro de nuestro organismo, es decir, internamente o que salga al exterior. Cuando el sangrado es considerable se va a producir una pérdida de presión dentro del compartimento vascular perjudicándose los tejidos, el corazón ejerce más fuerza aumentando así la cantidad de sangre, el riñón también disminuye el filtrado glomerular por lo tanto también disminuye la pérdida de líquido que es la orina, manteniendo la volemia, mientras el bazo se comprime y envía sangre al sistema circulatorio para poder compensar el sangrado.

Sánchez, Betancourt, Bohórquez y Santa Cruz (2002), miembros de La Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Laparoscópica, manifiestan que la hemorragia es la salida de sangre del

sistema vascular que puede presentarse en cualquier órgano, y que se clasifican en hemorragia externa, cuando se extravasa al exterior a través de una herida o de una intervención quirúrgica y la interna es la pérdida de sangre que se acumula dentro de los tejidos, así como de los órganos, y/o en las cavidades del cuerpo.

El paciente en estudio, ha presentado sangrado abundante ocasionado por un traumatismo abdominal abierta, con 2 perforaciones en el intestino, los órganos buscan compensar la pérdida de sangre, sin embargo, también tiene que ser repuesto la pérdida de sangre, ya sea con otros fluidos, es en tal razón que el paciente corre el riesgo de sangrado relacionado hipovolemia.

**Déficit de volumen de líquidos relacionado pérdida activa de líquidos evidenciado por mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa, frecuencia cardiaca 122.**

La Cátedra Internacional de Estudios Avanzados en Hidratación (2016) menciona que el agua es la parte primordial y es muy importante para nuestro organismo, esta transporta nutrientes a las células de nuestro cuerpo y también elimina las sustancias tóxicas; mientras que la deshidratación, es la pérdida de agua perjudicando la salud; estas pérdidas se agravan cuando se pierde sodio y potasio, minerales imprescindibles para el organismo. En caso de pérdida de agua del torrente sanguíneo, el cuerpo compensa de alguna forma y lo hace trasladando agua de las células hacia los vasos sanguíneos, de no reponerse líquido el cuerpo puede sufrir consecuencias. Las consecuencias de una deshidratación se ven reflejada en la turgencia de la piel, mucosas secas, orina escasa.

Los autores Coyle y Hamilton en el año 1990, Sawka y Pandolf en 1990, Ritz y Beirut en el 2005, refieren que fisiológicamente la deshidratación va a ocasionar en el individuo un volumen sanguíneo disminuido, el cual puede causar en el sistema cardiovascular un aumento de

la frecuencia cardiaca para mantener el gasto cardiaco, así como también si hay una disminución de volumen también habrá disminución del flujo de la sangre a la piel y puede causar daño al organismo (Álava y Martínez, 2016).

El paciente en estudio, presenta piel y mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, que son signos del déficit de volumen de líquidos y señalamos que el problema está presente, a esto se une el acto compensatorio del riñón manifestando en una disminución de diuresis con el propósito de mantener el volumen; sin embargo, todas estas manifestaciones son provocados por la pérdida abundante de sangre antes del acto quirúrgico, así como la pérdida por evaporación, pérdida irreversible, el agua empleada en el acto de metabolismo, entre otros, colocan al paciente frente a un déficit de volumen de líquido relacionado con pérdida activa de líquidos, manifestado por piel y mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa.

**Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia (Glasgow 10/15), secundario a presencia de sonda nasogástrica.**

Sanatorio de Alta Complejidad Sagrado corazón, Departamento de Gestión de Cuidados de enfermería en la unidad de recuperación Post anestésica, Farías, Pérez, e Ilardo, manifiestan que los pacientes que van a ser intervenidos para una laparotomía exploratoria necesitan cuidados adecuados ya que están sujetos a alteraciones fisiológicas, por lo tanto, es importante conocer cuáles son los factores que modifican el estado de conciencia, o cuando hay secreciones que pueden llevar a complicaciones con el paciente (Farías, Pérez, e Ilardo, 2014).

La Gerencia del Área de Salud de Plasencia, manifiesta que el objetivo del procedimiento de aspiración es extraer las secreciones del tracto respiratorio cuya finalidad es mantener la

permeabilidad de las vías respiratorias, para que el paciente no se complique, pero siempre teniendo en cuenta los cuidados que se requieran para no causar daño.

El paciente en estudio, tiene disminución del nivel de conciencia Glasgow 10/15 y una sonda nasogástrica, corriendo el riesgo de aspirarse ya que el nivel de conciencia se encuentra disminuido, también porque puede haber secreciones oro faríngeas, debiendo aplicarse los cuidados de enfermería tomando en cuenta las consideraciones para realizar el procedimiento de aspiración, como es la oxigenación antes de realizar esta actividad, vigilar el estado de conciencia; por eso, es importante que la enfermera tenga el perfil respectivo así como estar capacitada para laborar en un Centro quirúrgico ya que los pacientes sometidos a cirugías están expuesto a riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia; intubación oral/nasal.

#### **Riesgo de caídas relacionado alteración de la función cognitiva.**

Todos los pacientes que se encuentran en sala de operaciones que van a ser intervenidos se encuentran con más riesgo de sufrir caídas; por lo tanto, estas deben de prevenirse utilizando estrategias de seguridad para minimizar las caídas (Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals, 2007).

El paciente en estudio fue intervenido quirúrgicamente, dado que el factor de riesgo es la alteración del nivel de conciencia.

#### **Discusión**

En este caso el paciente va a ser intervenido de una laparotomía exploratoria por herida abierta, siendo dependiente de III grado del personal de salud y que además se encuentra indefenso con un Diagnóstico Riesgo de Shock relacionado a hipovolemia antes del acto operatorio, Sánchez, Betancourt, Bohórquez y Santa Cruz (2002) miembros de La Sociedad

Ecuatoriana de Cirugía Laparoscópica manifiestan que la hemorragia es la salida de sangre del sistema vascular que puede presentarse en cualquier órgano, y que se clasifican en hemorragia externa, cuando se extravasa al exterior a través de una herida o de una intervención quirúrgica y la interna es la pérdida de sangre que se acumula dentro de los tejidos, así como de los órganos, y/o en las cavidades del cuerpo.

Diagnóstico Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de líquidos antes del acto operatorio, evidenciado por mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa. Los autores Coyle y Hamilton, en el año 1990; Sawka y Pandolf, en 1990; Ritz y Beirut, en el 2005, refieren la deshidratación va a ocasionar en el individuo que el volumen de sangre disminuye ocasionando en el sistema cardiovascular un aumento de la frecuencia cardiaca para mantener el gasto cardiaco, mientras. El objetivo de este trabajo fue el cuidado holístico al paciente para ello se realizó la priorización de los diagnósticos de enfermería así como la valoración de cada uno de ellos y las intervenciones de acuerdo al Plan de Cuidado de enfermería, ya que la paciente en estudio es una paciente que sufrió un accidente abdominal traumático ingresando a la emergencia con un diagnóstico de Trauma abdominal abierta por arma blanca, realizándole una Laparotomía exploratoria, la cual es un procedimiento abierto y consiste en la apertura de la cavidad abdominal y una revisión directa de los órganos abdominales, pélvicos y de acuerdo a los hallazgos, el cirujano y su equipo decidirá el tipo de intervención, siendo en este caso la resección intestinal más anastomosis termino terminal más lavado con solución salina 9%, ya que hubo 2 perforaciones intestinales y se contaminó cavidad causando con esto una peritonitis, la cual es inflamación del peritoneo que casi siempre se produce por la invasión bacteriana ocasionada por la perforación o ruptura de un órgano dentro de la cavidad del abdomen.

La laparotomía exploradora requiso de anestesia, que fue valorada y administrada por el servicio de anestesia después de haber realizado este tipo de cirugía compleja. El paciente recibe los cuidados de enfermería personalizada, está pendiente de su recuperación; para lo cual, prioriza sus diagnósticos de enfermería y las intervenciones son aplicadas de acuerdo a su Plan de cuidados para luego ser hospitalizados en sus unidades respectivas y sobre todo dado su condición de mejora ya que a su ingreso se observó la piel y mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina escasa, riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia secundario a presencia de sonda nasogástrica, riesgo de shock factor de riesgo Hipovolemia, así como de caída factor de riesgo alteración del nivel cognitivo.

Ante este problema de salud, el equipo de cirujanos logró minimizar la emergencia del trauma.

En los estudios realizados, se evidenció que todos los pacientes reciben cuidados de enfermería, ya que se encuentran sujetos a riesgos. En el estudio realizado por Ruiz (2017) titulado “Caso clínico de un paciente politraumatizado” intervenido de cirugía abdominal, se analizaron los diagnósticos y se le dio una atención integral al paciente aplicando el Plan de cuidados de Enfermería; para el cual, la enfermera de sala de operaciones está debidamente capacitada. En mi experiencia, se ha podido observar que la Enfermera cumple una labor holística en esta Unidad, con una atención personalizada hacia el paciente, debido a que se encuentra en un estado indefenso, así como su vigilancia continua, con el único propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### Conclusiones

Se aplicó el proceso de atención de enfermería a paciente con diagnóstico Traumatismo abdominal abierto por arma blanca, concluyendo que:

En el diagnóstico enfermero Riesgo de shock relacionado a hipovolemia, teniendo como objetivo la disminución del riesgo de sangrado, luego de aplicar las intervenciones como es el Control de las funciones vitales: frecuencia cardiaca, presión arterial, mantener dos vías periférica endovenosas y permeables, controlar la movilidad del paciente. Logrando que el paciente permanezca sin riesgo de shock.

En el diagnóstico de enfermería Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa de volumen de líquidos, se evidencia mucosas orales secas, turgencia de la piel disminuida, orina concentrada y escasa; siendo su objetivo un estado adecuado de hidratación, luego de la intervención de enfermería como el de administrar dos paquetes globulares, cloruro de sodio a 45 gotas por minuto, ingresando un volumen total 270 ml, por el tiempo que dura su estancia en la sala de operaciones, así como monitorizar el ingreso, egreso de líquidos cada hora, control de flujo urinario y características de la orina, logrando una mejor turgencia de la piel, mucosas orales hidratadas.

Para el diagnóstico Riesgo de aspiración relacionado a disminución del nivel de conciencia Glasgow 10/15 secundario a presencia de sonda nasogástrica, se tuvo el objetivo de la disminución de riesgo de aspiración antes del acto quirúrgico, luego de aplicar las intervenciones como: colocar al paciente con la cabeza lateralizada, colocar oxígeno por mascarilla de

reservorio a 6 litros por minuto, tomar precauciones para evitar la aspiración, mantener el equipo de aspiración disponible, evaluar el estado de conciencia aplicando la escala de Glasgow, verificar la posición de la sonda naso gástrica logrando que el paciente permanezca sin riesgo de aspiración.

En el diagnóstico Riesgo de caídas relacionado alteración del estado cognitivo, teniendo como objetivo la disminución de riesgo de caídas en la, luego de aplicar las intervenciones como: Utilizar dispositivos de protección, como son los sujetadores, e identificar los riesgos, logrando que el paciente esté protegido.

### **Recomendaciones**

Continuar con la validación por expertos y actualización permanente de la guía de valoración de enfermería, que debe ser de exclusiva para la valoración del paciente en el intraoperatorio.

Aplicar el proceso de atención de enfermería a todos los pacientes quirúrgicos que tengan otros diagnósticos.

Vigilar el nivel de conciencia y aplicación de medidas de precaución para evitar la aspiración y obtener como resultado la recuperación progresivamente de la anestesia.

Contar con personal especializado, capacitado e idóneo en sala de operaciones ya que el paciente requiere de cuidados.

## Referencias

- Álava, S., & Martínez, J. (2016). *Rendimiento cognitivo, hidratación y agua mineral natural*. Retrieved from <http://institutoaguaysalud.es/wp-content/uploads/2016/12/V-Informe-Científico-IIAS-Rendimiento-Cognitivo-Hidratación-y-Agua-Mineral-Natural.pdf>
- Aniceto, G. (2017). Proceso de atención de enfermería (PAE) en trans-operatorio de la colecistectomía convencional en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2017. *Universidad Inca Garcilaso de La Vega*. Retrieved from <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1424>
- Berman, A., Snyder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). *Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y prácticas*. Madrid: Pearson Educación.
- Camacho, E. Paciente con colecistectomía (2008). Retrieved from <https://es.scribd.com/doc/8744754/PAE-Colecistectomia>
- Cátedra Internacional de Estudios Avanzados en Hidratación. (2016). Hidratación. Retrieved September 13, 2018, from <http://cieah.ulpgc.es/es/hidratacion-humana/hidratacion>
- Mamani, S. (2013). *Proceso de atención en enfermería aplicado a un paciente con cirugía en cesárea por placenta previa en Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro*. Retrieved from <https://www.monografias.com/docs110/proceso-atencion-enfermeria-aplicado/proceso-atencion-enfermeria-aplicado.shtml>
- Doenges, M., Moorhouse, M., Murr, A., Nuñez, O., & Romano, J. (2008). *Planes de cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.
- Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. (2007). Caídas en hospitales. *Best Practice*, 2(2), 1–6. Retrieved from

[http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/1998\\_2\\_2\\_CuidadosHospital.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/evidencia/bpis/pdf/jb/1998_2_2_CuidadosHospital.pdf)

García, A. (n.d.). *Hemorragia*. Retrieved from

<http://www.oc.lm.edu.es/Departamento/OfertaDocente/PatologiaQuirurgica/Contenidos/Apoyo/Cap 4 La hemorragia.pdf>

Medlineplus Enciclopedia Medica (2016)

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002928.htm>

NANDA Internacional. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier España.

Obregon, M. (2017, November 2). *Cuidados de enfermería en paciente postoperado inmediato de colecistectomía hospital Sergio E. Bernales, 2017. Universidad Inca Garcilaso de la Vega*. Retrieved from <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2113>

Paredes, L. M. C., Asensio, O., Cortell, I., Martínez, M. C., Barrio, M. I., Pérez, E., & Pérez, J. (2009). Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. *Anales de Pediatría*, *71*(2), 161–174.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.05.012>

Pérez, J., & Picarzo, L. (n.d.). *Oxigenoterapia*.

Potter, P., & Perry, A. (2014). *Fundamentos de enfermería*. Harcourt Brace.

Ramírez, C. (2018). Caso clínico: Cuidados de enfermería en pacientes post operados de

apendicitis sin complicaciones del Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber.

Retrieved from

<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/282/1/Caso%252520C1%2525C3%2525ADnico%252520Cuidados%252520De%252520Enfermer%2525C3%2525A>

Da%252520En%252520Pacientes%252520Post%252520Operados%252520De%252520Ap  
 endicitis%252520Sin%252520Complicaciones%252520Del%252520Hospital%252

Reyes, E. (2015). *Fundamentos de Enfermería : ciencia, metodología y tecnología*. Manual  
 Moderno.

Ruiz, S. (2017). Cuidados de enfermería de un paciente con traumatismo abdominal: Caso  
 clínico. Retrieved from <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/67230>

Sánchez, J., Betancourt, F., Bohórquez, M., & Santa Cruz, D. (2002). *Hemorragias, Hemostasia  
 y Cirugía*.

Tomey, A., & Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier. Retrieved from  
<https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_09\\_Trauma%20abdo  
 minal.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_09_Trauma%20abdominal.htm) 2008 Drs. Hildebrando Ruiz Cisneros,

Carlos Huayhualla Sauñe

<http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.com/2009/09/virginia-henderson.html>

<http://index-f.com/gomeres/?p=626>

Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico  
 Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía Lima: UNMSM,  
 1999

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_09\\_Trauma%20abdo  
 minal.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_09_Trauma%20abdominal.htm) Drs. Hildebrando Ruiz Cisneros,

Carlos Huayhualla Sauñe 2008.

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_12\\_Peritonitis.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_12_Peritonitis.htm)

Dra. María Luisa Huamán Malla 2009.

[https://www.academia.edu/11289973/Modelos\\_y\\_teorias\\_en\\_enfermeria\\_7ed\\_medilibros\\_martha](https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros_martha)

raile alligood, ann marriner tomy 2011españa

Wesley, RL. Teorías y modelos de enfermería. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana,  
1997

Candela Bonill de las Nieves y Manuel Amezcua Virginia Henderson , Gomeres, 25 noviembre,  
2014

## **Apéndices**

**DATOS GENERALES** N° H.CL.: \_\_\_\_\_

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso al servicio: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Procedencia: Ambulatorio ( ) Hospitalizado ( ) Emergencia ( ) Otro \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_  
 Dx. PRE Operatorio: \_\_\_\_\_ Interv. Quirúrgica Realizada: \_\_\_\_\_  
 Dx. Post Operat. \_\_\_\_\_  
 Médico cirujano: \_\_\_\_\_ Medico Anestesiólogo: \_\_\_\_\_ Instrumentista: \_\_\_\_\_  
 Lic. Circulante \_\_\_\_\_ Lic. de URPA: \_\_\_\_\_ Tipo de Anestesia: GIH( ) RAQ( ) EP( ) EV( ) PB( ) Tiempo Oper: \_\_\_\_\_  
 Sangrado en el intraoperatorio \_\_\_\_\_ Ingreso de líquidos: \_\_\_\_\_  
 Fecha de valoración: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ g/dl Hto: \_\_\_\_\_ % TCvS: \_\_\_\_\_ GS: \_\_\_\_\_ Glucosa: \_\_\_\_\_ mg/dl Creatinina: \_\_\_\_\_ mg/d  
 FUNCIONES VITALES: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T°: \_\_\_\_\_ Urea: \_\_\_\_\_ mg/dl

**PATRON I. PERCEPCION-**

Antecedente de enfermedad y/o Int. Quirúrgicas: \_\_\_\_\_  
 HTA ( ) DM ( ) Gastritis/ulcera ( ) TBC ( ) Asma ( ) Cardio ( )  
 Otros: \_\_\_\_\_ Sin problemas importantes \_\_\_\_\_  
 Intervenciones quirúrgicas NO ( ) SI ( ) \_\_\_\_\_  
 Alergias y otras reacciones \_\_\_\_\_  
 Fármacos: \_\_\_\_\_  
 Alimentos: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Factores de riesgo  
 Consumo de tabaco NO( ) SI( ) Consumo de drogas NO( ) SI( )  
 Consumo de alcohol NO( ) SI( )  
 Medicamentos (indicación médica) \_\_\_\_\_  
 ESCALA DE SEDACION RASS:

Puntos	TERMINO	DESCRIPCION	
4	AGRESIVO	Abiertamente combativo, violeto, peligro inmediato para el personal	
3	MUY AGITADO	Se quita o tira del tubo o los catéteres, agresivo.	
2	AGITADO	Frecuentes movimientos sin propósito. Lucha con el respirador	
1	INTRANQUIL O	Ansioso pero los movimientos no son agresivos o vigorosos	
0	<b>ALERTA Y TRANQUILO</b>		
-1	SOMNOLIENTO	No completamente alerta, pero tiene un despertar mantenido (apertura de los ojos y contacto visual) a la llamada (> 10seg)	ESTIMULO
-2	SEDACION LIGERA	Se despierta brevemente, contacta con los ojos a la llamada (< 10 seg)	VERBAL
-3	SEDACION MODERADA	Movimiento o apertura de ojos a la llamada (pero no contacto visual)	
-4	SEDACION PROFUNDA	No responde a la llamada pero se mueve o abre los ojos a la estimulación física.	ESTIMULO FISICO
-5	NO DESPERTABLE	No responde a la llamada ni a estímulos fijos.	

HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE	HORA	PUNTAJE

Piel:  
 Coloración: Normal( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( )  
 Hidratación: SI( ) No ( )  
 Integridad de la piel: Intacta ( ) Lesiones ( )  
 Especificar: \_\_\_\_\_  
 Rash: NO ( ) SI ( )  
 Especificar: \_\_\_\_\_  
 Descripción: \_\_\_\_\_  
 Cavidad Bucal:  
 Dentadura: Completa ( ) Ausente ( ) Incompleta ( ) Prótesis ( )  
 Mucosa oral: Seca ( ) Hidratada ( ) Intacta ( ) Lesiones ( )  
 Tamaño: \_\_\_\_\_  
 Náuseas( ) Vómitos ( ) Hematemesis ( ) Pirosis ( ) Cantidad: \_\_\_\_\_  
 SNG: NO ( ) SI ( ) Alimentación ( ) Drenaje: \_\_\_\_\_  
 Abdomen: B/D( ) Globuloso ( ) Distendido ( ) Timpánico ( ) Doloroso ( )  
 RMA: Presentes ( ) Disminuidos ( ) Ausentes ( ) Aumentados ( )  
 Herida operatoria  
 Sangrado herida operatoria: Nulo( ) Escaso ( ) Moderado ( ) Severo ( )  
 Cantidad: \_\_\_\_\_ Drenaje ( )  
 Especifique: \_\_\_\_\_  
 Características: Seroso ( ) Serohemática ( ) Hemática ( )  
 Oclusión herida operatoria: Apósito( ) Gasa( ) SteriStrip( )  
 Venda elástica ( ) otros: \_\_\_\_\_  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**PATRON III. DE ELIMINACION**

Presencia de líneas invasivas:  
 Tipo: Sonda Foley SI ( ) NO ( ) Talla Vesical SI ( ) NO ( )  
 Irrigación vesical: SI ( ) NO ( ) Cant. por pasar: \_\_\_\_\_  
 Características de la orina: Clara( ) Colúrica( ) Hematúrica( ) Sedimentosa( )  
 Cantidad: \_\_\_\_\_  
 Colostomía: SI ( ) NO( )  
 Características: \_\_\_\_\_  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 ELIMINACION INTestinal: \_\_\_\_\_

**PATRONIV. DE ACTIVIDAD - EJERCICIO**

**ACTIVIDAD RESPIRATORIA**

Respiración: Superficial Profunda  
 Disnea: NO( ) SI( )  
 Polipnea: NO( ) SI( )  
 Otros: \_\_\_\_\_  
 Bronco espasmo: NO ( ) SI ( )  
 Ruidos respiratorios: Claros ( ) Disminuidos ( ) Ausentes ( )  
 Crepitantes ( ) Roncantes ( ) Sibilantes ( )  
 Tos ineficaz: NO( ) SI( )  
 Reflejo de la tos: Presente Disminuido Ausente  
 Secreciones: NO( ) SI( )  
 Características: \_\_\_\_\_  
 O2: NO( ) SI( )  
 Modo: \_\_\_\_\_ Sat.O2: \_\_\_\_\_  
 Traqueotomía ( ) Drenaje torácico: D/I NO( ) SI( ) Cánula de Guedel: ( )

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**

Ruidos cardiacos: Rítmicos ( ) Arrítmicos ( )  
 Pulso: Regular ( ) Irregular ( )

Edema: NO ( ) SI ( ) Localización: \_\_\_\_\_

±(0 - 0.65 cm) ++ (0.65 - 1.25cm) +++ (1.25 - 2.50cm)

Riego periférico

MII Tibia Fría Caliente

MID Tibia Fría Caliente

MSI Tibia Fría Caliente

MSD Tibia Fría Caliente

Marcapasos: NO ( ) SI ( )

Presencia de líneas invasivas:

Catéter Venoso periférico: \_\_\_\_\_

Catéter Central: \_\_\_\_\_

Línea arterial: \_\_\_\_\_

Catéter epidural: \_\_\_\_\_

Transfusiones SI ( ) NO ( ) VENDAJES SI ( ) NO ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

VDR ( ) ELISA ( ) HIV ( ) ANTICONCEPTIVOS ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

#### EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente ( ) 3= Totalmente dependiente ( )

2= Parcialmente dependiente ( )

Movilidad de miembros: Conservada ( ) Flacidez ( )

Contractura ( ) Parálisis ( )

Fuerza muscular: Conservada ( ) Disminuida ( )

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

### PATRON V. DESCANSO-SUEÑO

Problemas para dormir: NO ( ) SI ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

### PATRON VI. PERCEPTIVO-COGNITIVO

Escala de Valoración del Dolor: EVA



Puntaje 0 al 10: \_\_\_\_\_

#### CALIFICACION DE BROMAGE

Criterios de Grado de Calificación del Bloqueo

CAUFICACION	CRITERIO	GRADO	HORA	HORA
I	Mov. libre de piernas y pies	NULO (0%)		
II	Apenas capaz flexionar rodillas, libre mov. de pies	PARCIAL (33%)		
III	Incapaz flexionar rodillas, libre mov. de pies	CASI COMPLETO (66%)		
IV	Incapaz mover piernas, pies	COMPLETO (100%)		

#### ESCALA DE ALDRETE

Escala de Aldrete	0	1	2
Actividades			
Respiración			
Circulación			
Estado de conciencia			
Saturación De oxígeno			
TOTAL			

### ESCALA DE RAMSAY

#### NIVELES 1-3: PACIENTE DESPIERTO

1. Ansioso y agitado y/o tranquilo

2. Cooperativo, orientado y tranquilo

3. Solo responde ordenes

#### NIVELES 4-6: PACIENTE DORMIDO

4. Respuesta viva a estímulos

5. Respuesta lenta a estímulos

6. Ausencia de respuesta a estímulos

• Sedación consciente: 2 - 3 Ramsay

• Sedación profunda : 4 - 6 Ramsay

### PATRON VII. AUTO PERCEPCION-AUTOCONCEPTO

Estado emocional:

Colabora ( ) No Colabora ( ) Tranquilo ( ) Ansioso ( ) Negativo ( )  
Triste-lloroso ( ) Reservado ( ) Temeroso ( ) Irritable ( ) Indiferente ( )

Preocupaciones principales /comentarios: \_\_\_\_\_

### PATRON VIII. DE RELACIONES-ROL (ASPECTO

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero ( ) Casado/a ( )  
Conviviente ( ) Divorciado/a ( ) Otro \_\_\_\_\_

¿Con quién vive?

Solo ( ) Con su familia ( ) Otros \_\_\_\_\_

Fuentes de apoyo: Familia ( ) Amigos ( ) Otros \_\_\_\_\_

Fam. Responsable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

### PATRON IX. SEXUALIDAD/REPRODUCCION

Genitales:

Sangrado vaginal: Nulo ( ) Escaso ( ) Moderado ( ) Severo ( )

Características: \_\_\_\_\_

Tapón Vaginal: NO ( ) SI ( )

Tratamiento médico actual: \_\_\_\_\_

Firma y Sello de la Enfermera

## Apéndice B. Consentimiento Informado

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a.....”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. .... bajo la asesoría de la Dra. Angela Paredes Aguirre. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

#### Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación (y la de mi menor hijo) en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor

## Apéndice C. Fichas farmacológicas

### CEFTRIAXONA

**Nombre genérico:** Ceftriaxona

**Nombre Comercial:** ROCEPHIN, CEFIZOX, CEFTIN

**Clasificación:**

Es un antibiótico de la clase cefalosporinas de tercera generación

**Indicaciones:**

Sepsis, meningitis, peritonitis, infección biliar; gastrointestinal; ósea; articular; de piel y tejido blando, de heridas, renal, urinaria, respiratoria, neumonía, de garganta, nariz y oídos, genital, gonocócica, borreliosis de Lyme, infección con mecanismo defensivo disminuido. Profilaxis perioperatoria.

**Mecanismo de acción:**

Como todos los antibióticos beta-lactámicos bactericidas, inhibe la síntesis de la pared bacteriana al unirse específicamente a unas proteínas llamadas "proteínas ligandos de la penicilina" que se localizan en dicha pared.

**Reacción adversa/ efectos adversos:**

Diarrea, náuseas, vómitos, estomatitis, glositis; eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia; exantema, dermatitis alérgica, prurito, urticaria, edema y edema multiforme.

**Dosis:**

Sepsis: 50 mg/kg cada 24 horas. Meningitis: Dosis de carga 100 mg/kg, seguido de 80 mg cada 24 horas.

Infección gonocócica diseminada: 25-50 mg/kg/día cada 24 horas durante 7 días, 10-14 días si se documenta meningitis.

Profilaxis infección gonocócica: 25-50 mg/kg (máximo 125 mg) en una sola dosis.

Cuidados de enfermería:

- Planificar el horario de administración.
- Observar la aparición de efectos colaterales y RAM.
- Realizar C.F.V.
- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos

## **CLORURO DE SODIO 0.9 %**

**Nombre genérico:** CLORURO DE SODIO 0.9 %

**Nombre Comercial:** CLORURO DE SODIO 0.9 %

### **Clasificación:**

Indicaciones: Aporte Hidroelectrolítico en estados de deshidratación hipotónica. Hiponatremia hiperosmolar asociado a hiperglucemia. Acidosis hipoclorémica. Corrección del déficit de volumen extracelular (gastroenteritis, cetoacidosis diabética, íleo y ascitis) Hiponatremia, alcalosis hipoclorémica, hipercalcemia, para inducir diuresis, irrigación de piel y mucosas por vía tópica, fluidificación de secreciones mucosas. Como diluyente de medicamentos para administración parenteral.

**Mecanismo de acción:** Controla la distribución del agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos.

**Reacción adversa/ efectos adversos:** raras: en altas dosis: hipernatremia, hipovolemia y acidosis metabólica (hipoclorémica).

En caso de sobredosificación que el paciente evoluciones con insuficiencia renal o cardiaca, deberá tratarse como intoxicación hídrica, por lo que se debe suspender la administración de la solución y tratar las complicaciones de acuerdo con cada caso en particular, ya que las manifestaciones no son las mismas en todos los pacientes. Tratamiento sintomático y de sostén.

Dosis: 1000 a 1500 ml/día, a razón de 60-80 gotas/minuto.

### **Cuidados de enfermería**

- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos
- Preguntar si la paciente es alérgica a este medicamento.
- Al primer síntoma de reacción (Anafilaxia) dejar de administrar el medicamento
- Realizar C.F.V

## Apéndice D. Escalas de evaluación

### ESCALA DE GLASGOW

Respuesta ocular	Espontánea	4	
	A estímulos verbales	3	
	A dolor	2	
	Ausencia de respuesta	1	
Respuesta verbal	Orientado	5	
	Desorientado confuso	4	
	Incoherente	3	
	Sonidos incomprensibles	2	
	Ausencia de respuesta	1	
Respuesta motora	Obedece órdenes	6	
	Localiza dolor	5	
	Flexión	4	
		(retirada)	3
		(anormal)	3
	Extensión	2	
Ausencia de respuesta	1		
Total		3-5	