

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Cuidado enfermero a paciente adulta mayor con obstrucción intestinal e
intervención quirúrgica de laparotomía en el Servicio de Centro
Quirúrgico de un hospital de Lima, 2021**

Trabajo Académico

**Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Centro Quirúrgico**

Por:

Rosangel Chang Aparicio

Vivían Edith Condori Ruíz

Asesor:

Dra. María Guima Reinoso Huerta

Lima, abril de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Dra. María Guima Reinoso Huerta, 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 académico titulado: “Cuidado enfermero a paciente adulta mayor con obstrucción intestinal e intervención quirúrgica de laparotomía en el Servicio de Centro Quirúrgico de un hospital de Lima, 2021”, constituye la memoria que presentan las licenciadas Rosangel Chang Aparicio y Vivían Edith Condori Ruíz, para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Centro Quirúrgico, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 27 días del mes de abril del 2022.



Dra. María Guima Reinoso Huerta

**Cuidado enfermero a paciente adulta mayor con obstrucción
intestinal e intervención quirúrgica de laparotomía en el Servicio de
Centro Quirúrgico de un hospital de Lima, 2021**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Enfermería: Centro
Quirúrgico



Dra. María Guima Reinoso Huerta

Lima, 27 de abril de 2022

Lic. Rosangel Chang Aparicio^a Lic. Vivian Edith Condori Ruiz^b Dra. Maria Guima Reinoso^c
Huerta^b

^{a y b} *Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana
Unión, Lima, Perú*
Lima, Perú

^c *Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

La obstrucción intestinal es un cuadro de cambios fisicoquímicos que impide el tránsito de contenidos intestinales a través del tubo digestivo, ocasionando la muerte del paciente si no es atendido oportunamente. El objetivo fue aplicar el proceso enfermero. Estudio cualitativo, tipo caso único, el sujeto de estudio una paciente adulta mayor con diagnóstico obstrucción intestinal. El método fue el proceso de atención de enfermería, aplicándose las 5 etapas del proceso enfermero. La valoración se realizó con el marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon. Se hallaron siete patrones funcionales alterados, se priorizaron tres: patrón percepción – control de la salud, patrón nutricional – metabólico y patrón de eliminación. La etapa diagnóstica se elaboró en base a la taxonomía II, NANDA – I. Se identificaron siete diagnósticos de enfermería y se priorizaron 3: Riesgo de reacción alérgica según lo evidenciado por exposición a químicos tóxicos e historial de alergia medicamentosa. Riesgo de aspiración según lo evidenciado por presencia de sonda nasogástrica y riesgo de infección según lo evidenciado por procedimiento invasivo. Según el formato SSPFR (signos y síntomas, problema, factor relacionado, factor de riesgo/asociado a); para la planificación se realizó teniendo en cuenta la taxonomía NOC y NIC. Las etapas de ejecución y evaluación fueron dadas por la diferencia de puntuación final y puntuación basal. En los resultados se obtuvo una puntuación de cambio de +1, +1, +2. Concluyendo que, se logró aplicar el proceso enfermero obteniendo la

recuperación y supervivencia de la paciente, asumiendo que el éxito del proceso enfermero está relacionado con la identificación de los riesgos y la administración del cuidado oportuno.

Palabras clave: obstrucción intestinal, laparotomía exploratoria, cuidado enfermero.

Abstract

Intestinal obstruction is a picture of physicochemical changes that prevents the transit of intestinal contents through the digestive tract, causing the death of the patient if it is not treated promptly. The objective was to apply the nursing process. Qualitative study, single case type, the study subject was an elderly patient diagnosed with intestinal obstruction. The method was the nursing care process, applying the 5 stages of the nursing process. Assessment was performed using Marjorie Gordon's 11 functional patterns assessment framework. Seven altered functional patterns were found, three were prioritized: perception pattern - health control, nutritional - metabolic pattern and elimination pattern. The diagnostic stage was developed based on taxonomy II, NANDA – I. Seven nursing diagnoses were identified and 3 were prioritized: Risk of allergic reaction as evidenced by exposure to toxic chemicals and history of drug allergy. Risk of aspiration as evidenced by the presence of a nasogastric tube and risk of infection as evidenced by the invasive procedure. According to the SSPFR format (signs and symptoms, problem, related factor, risk factor/associated with); For the planning, it was carried out taking into account the NOC and NIC taxonomy. The stages of execution and evaluation were given by the difference between the final score and the baseline score. In the results, a change score of +1, +1, +2 was obtained. Concluding that, it was possible to apply the nursing process obtaining the recovery and survival of the patient, assuming that the success of the nursing process is related to the identification of risks and the administration of timely care.

Keywords: intestinal obstruction, exploratory laparotomy, nursing care.

Introducción

El presente estudio de caso es una obstrucción intestinal cuyo tratamiento de urgencia fue una Laparotomía Exploratoria. La obstrucción intestinal se refiere a una patología grave donde el tránsito intestinal está ocluido. La obstrucción puede ser parcial o completa, con compromiso vascular lo cual podría causar necrosis, gangrena y muerte del paciente (Arias-Silva, 2016).

A nivel global, un promedio de 79% de casos de obstrucción intestinal alta son causados por adherencias, cirugías abdominales, peritonitis y algunas de ellas aparentemente sin causa o desarrollo de estas. Frecuentemente, la obstrucción intestinal por adherencias se deriva en una cirugía de emergencia y es causa de gran morbimortalidad (Rodríguez et al., 2020). La obstrucción intestinal representa 20% de la consulta quirúrgica. El 80% de casos es provocado por obstrucción del intestino delgado, causada por bridas y adherencias (Canales Peña et al., 2017). Un estudio de la Universidad del Centro del Perú afirma que la obstrucción por bridas se da en su mayoría en varones y en paciente mayores a 65 años (López-Lorenzo, 2017).

De acuerdo con Miranda (2019), el PAE es el proceso por el cual el profesional de enfermería se basa para realizar la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y valoración para el cuidado de un sujeto, sujetos o comunidades en todos los ámbitos posibles de salud. Internacionalmente, el PAE percibió cambios reveladores durante los últimos decenios incorporándose en la mayoría del currículo de enfermería y como requisito para que los hospitales alcancen la acreditación. Además, se legitimó por la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como directriz para el desarrollo y fortalecimiento de la práctica profesional (Hernández Ledesma et al., 2018).

La obstrucción intestinal es un conjunto de manifestaciones clínicas producidas por diversas patologías lumbales, extra lumbales (adherencias) o intramurales (enfermedad de

Chron) del tracto gastrointestinal, peritoneales y sistémicas; su locación puede ser proximal o distal, la progresión de tipo simple o estrangulada, contando con el tiempo de inicio que puede ser aguda, subaguda o crónica, originando la imposibilidad de eliminar flatos y vaciar contenido intestinal (Arias Silva, 2016). Las causas de oclusión intestinal fueron las hernias, siempre las más frecuentes, pero con el tiempo fueron cediendo lugar a las bridas postoperatorias como principal causa (Ayala-Servin et al., 2019).

Los términos bridas y adherencia son utilizados sin distinción en el entorno quirúrgico. Brida es la banda o tejido fibroso vascularizado que une superficies orgánicas serosas revestidas por epitelios (peritoneo). Su formación es consecuencia de fibrina organizada en forma de tejido conectivo fibroso. Proporciona la adhesión entre las estructuras recubiertas por serosas que, en circunstancias normales, no están adheridas (Mateu Calabuig, 2018). La adherencia es la unión física, anormal o patológica entre dos estructuras anatómicas que normalmente están separadas (Mateu Calabuig, 2018). Si la obstrucción intestinal es completa con signos de peritonitis e isquemia, el paciente debe recibir tratamiento con antibióticos e ir a cirugía de laparotomía (Arias Silva, 2016).

Como factores de riesgo, los pacientes de un estudio realizado en el Hospital Guillermo Almenara tuvieron una edad media de 69.6 años; fueron en su mayoría varones 56.1%, el antecedente más frecuente fue cirugía abdominal previa 29.9%, la comorbilidad más frecuente la HTA con 28.4%, la etiología más frecuente fue bridas y adherencias 29.9%, el tiempo de enfermedad fue mayor a 3 días en 42,8% de pacientes, 80% fueron operados en menos de 24 horas; la técnica quirúrgica más empleada fue resección intestinal más anastomosis primaria; el tiempo operatorio fue mayor a 2 horas en 66.7%, 47.3% de pacientes tuvieron una complicación

postoperatoria la más frecuente fue la infección del sitio operatorio 25.6% (Portugal Torres, 2019).

En la obstrucción intestinal se generan cambios en la actividad peristáltica como un mecanismo de defensa contra la obstrucción, produciendo dolor abdominal tipo cólico. Con el avance de las horas, el músculo íleon intestinal se cansa produciendo disminución del peristaltismo. Podría presentarse un cuadro diarreico a modo de vaciamiento intestinal. La presencia de distensión abdominal es a causa del íleo paralítico generando dolor difuso (Arias Silva, 2016).

Los cambios microvasculares pueden resultar en pérdida de integridad de la mucosa y la translocación de bacterias en el torrente sanguíneo. Por consiguiente, se produce una respuesta inflamatoria sistémica. Con la distensión de la pared del intestino disminuye el retorno venoso y la pérdida de líquido seroso en el abdomen generando ascitis. Todo este proceso conlleva a la isquemia intestinal (estrangulamiento), que en el peor de los casos puede llevar a necrosis y perforación de la pared intestinal (Arias Silva, 2016).

Es de vital importancia el tratamiento correctivo de los trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos, descomprimir el intestino, colocando sonda nasogástrica tanto para la descompresión abdominal, disminuir el dolor y evitar la broncoaspiración: Evaluar la posibilidad de corrección de la obstrucción por cirugía (Arias Silva, 2016).

El diagnóstico es clínico se confirma radiológicamente. El paciente típico con obstrucción intestinal aguda presenta un cuadro de dolor abdominal tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y alteración del ritmo intestinal (Csendes J. et al., 2016). Para la Red Latinoamericana y del Caribe, para el Fortalecimiento de los sistemas de Salud (RELAC SIS, 2018), la Laparotomía Exploratoria es una cirugía abdominal con el objetivo de visualizar los

órganos y los tejidos dentro de la cavidad abdominal. La exploración quirúrgica del abdomen o laparotomía exploratoria se recomienda para diagnosticar una enfermedad abdominal que no es posible por otros métodos.

El paciente debe ser sometido a la cirugía en el menor tiempo posible, realizar estudios de laboratorio y radiológicos en el preoperatorio para imponer un tratamiento médico adecuado con la finalidad de corregir las alteraciones que presente, debe ser seguido estrictamente en el posoperatorio en salas de cuidados especiales para prevenir complicaciones y disminuir la mortalidad al máximo. La Laparotomía Exploratoria en obstrucción intestinal es una cirugía abierta de la cavidad abdominal, la cual está indicada cuando no ha habido respuesta al tratamiento médico o cuando la oclusión es por estrangulación. Se caracteriza por presentar síntomas de distensión abdominal, vómitos y ausencia de tránsito intestinal (Ministerio de Salud Pública - República Dominicana, 2018).

Con el tiempo queda demostrado la importancia de la enfermera de quirófano para garantizar una cirugía segura y la calidad en el proceso de atención. Sus conocimientos de los tiempos operatorios y sus destrezas en el manejo de los equipos biomédicos utilizados en las diferentes cirugías aseguran la eficacia y eficiencia del procedimiento quirúrgico.

Es de suma importancia el actuar del profesional de enfermería en todas las fases de la intervención. El actuar de la enfermera de sala de operaciones inicia desde la recepción del paciente hasta su traslado a la unidad de recuperación; por lo tanto, desde el inicio, realiza promoción y prevención de la salud, determina los factores de riesgo de su enfermedad, elabora un plan de cuidados acorde a los hallazgos encontrados en su entrevista con el paciente.

De esta manera, se tiene una visión global la cual es clave para acompañar, guiar y cuidar al paciente quirúrgico, garantizando la mayor calidad posible (Melara, 2017).

Metodología

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, el método fue el proceso de atención de enfermería, que es considerado como método científico ya que posee etapas definidas. Ordenadas y jerarquizadas las cuales son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Este método emplea técnicas y procedimientos propios que buscan confeccionar juicios que tienen con fin dar solución a inconvenientes o complicaciones de la salud que puede presentar el individuo, la familia y hasta la comunidad. (Castro Molina, 2017).

El sujeto de estudio incluyó a paciente adulta mayor de 76 años, con diagnóstico de obstrucción intestinal seleccionada a conveniencia de las investigadoras. Se aplicó el proceso de atención de enfermería a través de cada una de las etapas que comprende; se inició con la valoración integral de la paciente utilizando el Marco de valoración que consta de 11 patrones funcionales de Maryori Gordon, el mismo que fue revisado por expertos en el área de Centro Quirúrgico, después del análisis crítico de los datos significativos siguió la formulación de los diagnósticos-enfermero, de los cuales se priorizaron tres que pertenecen al intraoperatorio, teniendo en cuenta la taxonomía II de NANDA I; así mismo, para la etapa de planificación de cuidados de enfermería se utilizó las taxonomía NOC y NIC, luego de la etapa de ejecución de dichos cuidados se culminó el proceso con la etapa de evaluación que se dio a través de la diferencia de puntuaciones final y basal.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: M.A.M

Edad: 76 años

Sexo: Femenino

Diagnóstico médico: Obstrucción intestinal

Intervención quirúrgica: 12.01.21

Días de hospitalización: 4 días

Fecha de valoración: 12.01.21

Horas de atención: 1 hora 45 minutos

Motivo de ingreso: Paciente adulta mayor que ingresa a sala de operaciones de Centro Quirúrgico, para ser intervenida quirúrgicamente de una Laparotomía Exploratoria. La paciente proviene del Servicio de Emergencia por presentar dolor intenso difuso y distensión abdominal, con sonda nasogástrica retorno fecaloide 500 cc. y con diagnóstico médico de Obstrucción Intestinal.

Valoración por patrones funcionales.

Patrón I Percepción – Control de la salud.

Paciente adulta mayor, que a la observación se evidencia regular estado de higiene, con tiempo de enfermedad de 5 días; acude al hospital por el servicio de emergencia acompañado de familiar por presentar dolor intenso difuso en abdomen, con antecedentes de hipertensión arterial, con cicatriz que loide que abarca pectoral derecho hasta flanco derecho debido a Mastectomía Radical derecha hace 40 años. Hace tres meses fue operada de una Colectomía Laparoscópica. La paciente es alérgica a las Sulfas, Sal de Andrews, con antecedentes de hospitalización por tales motivos.

Patrón II Nutricional – metabólico.

Durante el último año, perdió 17 kilos por intolerancia a algunos alimentos y presentar estreñimiento crónico. Se encuentra en sala de operaciones en NPO, abdomen distendido Hemoglobina 12.5 g/dL, Leucocitos 7.0 mm³, Glucosa 94 mg/dL Presenta SNG con retorno fecaloide 500cc, , T°: 38°C axilar.

Patrón III Eliminación.

Presencia de sonda Foley con bolsa colectora de orina, examen de orina normal.

Patrón IV Actividad – Ejercicio.

Actividad respiratoria: Paciente adulta mayor de 76 años de edad, con un nivel de saturación de oxígeno 95%, a la auscultación torácica presenta ruidos respiratorios normales. FR 22 x minuto.

Actividad circulatoria: Presentó PA: 120/80 mm Hg, FC: 68 x paciente con vía periférica en MSI, pasando ClNa al 9x 1000.

Actividad capacidad de autocuidado: Con capacidad de autocuidado parcialmente dependiente, movilidad ligeramente limitada por dolor, sin embargo, evidencia fuerza muscular conservada.

Patrón V Descanso – sueño.

Patrón no evaluable por encontrarse bajo anestesia general.

Patrón VI Perceptivo – cognitivo.

Paciente ingresa a sala de operaciones lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, con una escala de Glasgow 15/15, habla castellano. Al ingresar a sala de operaciones en la escala del dolor la paciente presentó 4 por analgésicos administrados en emergencia. Dolor disminuido por analgesia y durante el transoperatorio no evaluable.

Patrón VII Autopercepción – autoconcepto.

Paciente adulta mayor, se considera independiente y activa, el cual ha sido alterado por la enfermedad en curso.

Patrón VIII Relaciones – rol.

Ocupación ama de casa, vive con dos hermanas de edad avanzada mayores que ella. Es soltera sin hijos. Sobrina es su fuente de apoyo y persona responsable.

Patrón IX Sexualidad – reproducción.

Fecha de última regla hace 30 años. No presencia de secreciones vía vaginal. Refiere nunca haberse realizado un Papanicolau.

Patrón X Adaptación – tolerancia a situación de estrés.

Presenta temor a la anestesia, al dolor actual y al dolor después de la cirugía, profundo temor a la muerte por el estado de salud y por la cirugía a la que va a ser sometida, temor a separarse de sus familiares. Se encuentra ansiosa sin llanto.

Patrón XI Valores y creencias.

Paciente profesa la religión católica y no tiene restricciones religiosas que atenten su salud.

Diagnósticos de enfermería priorizados.

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00217) Riesgo de reacción alérgica.

Dominio 11: Seguridad / protección, **Clase 5:** Procesos defensivos

Factor de riesgo: Exposición a químicos tóxicos e historial de alergia medicamentosa.

Enunciado diagnóstico: (00217) Riesgo de reacción alérgica según lo evidenciado por exposición a químicos tóxicos e historial de alergia medicamentosa.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00039) Riesgo de aspiración

Dominio 11: Seguridad / protección, **Clase 2:** Lesión física.

Condición asociada: Presencia de sonda nasogástrica.

Enunciado diagnóstico: (00039) Riesgo de aspiración según lo evidenciado por presencia de sonda nasogástrica.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: NANDA (00004) Riesgo de infección.

Dominio 11: Seguridad / protección. **Clase 1:** Infección.

Condición asociada: Procedimiento invasivo.

Enunciado diagnóstico: (00004) Riesgo de infección según lo evidenciado por procedimiento invasivo.

Planificación**Primer diagnóstico.**

(00217) Riesgo de reacción alérgica según lo evidenciado por exposición a químicos tóxicos y asociada a historial de alergia medicamentosa.

Resultados esperados.

NOC (0706) Respuesta alérgica sistémica.

Indicadores

070617 eritema.

070618 aumento de la temperatura cutánea.

Intervenciones de enfermería***NIC (6410) Manejo de la alergia.*****Actividades**

641001 identificar las alergias conocidas (medicamentos) y la reacción habitual e informar al equipo quirúrgico.

641002 observar si la paciente presenta reacciones alérgicas a nuevos medicamentos, látex y antisépticos, que se sabe que es capaz de inducir una respuesta alérgica.

641003 administrar tratamiento para alergias si es necesario.

641004 mantener al paciente en observación por lo menos durante 30 minutos después de la administración de un agente conocido.

641005 notificar a los profesionales sanitarios las alergias conocidas. (enfermera de unidad de recuperación.) y su visualización en la parte externa de la historia clínica.

Segundo diagnóstico.

(00039) Riesgo de aspiración según lo evidenciado por presencia de sonda nasogástrica.

Resultados esperados.***NOC (0415) Estado respiratorio.*****Indicadores:**

041501 frecuencia respiratoria

041508 saturación de oxígeno

041532 vías aéreas permeables

Intervenciones de enfermería***NIC (3200) Precauciones para evitar la aspiración.*****Actividades:**

320001 mantener el equipo de aspiración disponible y encendido

320002 mantener una vía aérea

320003 mantener el balón del tubo endotraqueal inflado

320004 controlar el estado pulmonar

320005 comprobar el residuo de la SNG y su permeabilización

Tercer diagnóstico.

04) Riesgo de infección según lo evidenciado por procedimiento invasivo.

Resultados esperados.***NOC (1921) Preparación antes del procedimiento.*****Indicadores:**

192101 conocimiento del procedimiento

192102 conocimiento de las rutinas antes del procedimiento

192109 finalización de la preparación de la piel

Intervenciones de enfermería.***NIC (6545) Control de infecciones: intraoperatorio.*****Actividades:**

654501 aplicación de las medidas de bioseguridad en centro quirúrgico.

654502 verificar que se ha administrado el antibiótico profiláctico: Ceftriaxona 1 gr endovenoso, 30 minutos antes de la incisión.

654503 mantener la integridad de los catéteres y las vías intravasculares.

654504 limitar y controlar la circulación de las personas en el quirófano.

654505 mantener el quirófano limpio y ordenado para limitar la contaminación.

Evaluación

Referente a la evaluación se logró los resultados esperados según como se menciona a continuación:

DX1 (6410) Riesgo de reacción alérgica asociado a exposición a químicos tóxicos e historial de alergia medicamentosa.

NOC 1: Puntuación de cambio +1. Se observó logros en los indicadores a saber:

070617 eritema: Se encontraba en la escala de ninguno (5) y luego de las intervenciones de enfermería se logró mantener dicha escala de ninguno (5), logrando que la paciente no presentara ninguna reacción. Por lo tanto, la puntuación de cambio es +0.

070618 aumento de la temperatura cutánea: Se encontraba en una escala leve (4) y luego de las intervenciones de enfermería se encontró en la escala de Ninguno (5), logrando una puntuación de cambio de +1.

DX2 (00039) Riesgo de aspiración asociado a aumento de la presión intragástrica.

NOC 1: Puntuación de cambio +1. Se observó logros en los indicadores a saber:

041501 frecuencia respiratoria: Se encontraba en desviación leve del rango normal (4) y luego de las intervenciones de enfermería se encontró en la escala de Sin desviación del rango normal (5), logrando una puntuación de cambio de +1.

041508 saturación de oxígeno: Se encontraba en desviación leve del rango normal (4) y luego de las intervenciones de enfermería se encontró en la escala de Sin desviación del rango normal (5), logrando una puntuación de cambio de +1.

DX3 (00004) Riesgo de infección asociado a procedimiento invasivo

NOC 1: Puntuación de cambio +2. Se observó logros en los indicadores a saber:

192109 finalización de la preparación de la piel: Se encontraba en la escala de valor de (3), moderadamente adecuado y luego de las intervenciones de enfermería se logró una escala de 5, completamente adecuado, logrando una puntuación de cambio de +2

Resultados

Luego de la aplicación del marco de valoración se identificaron cinco patrones funcionales alterados: Percepción/control de la salud, nutrición/metabólico, eliminación, actividad/ejercicio y adaptación/tolerancia a la situación de estrés. De estos fueron priorizados tres patrones funcionales. Seguidamente del análisis crítico de los datos recolectados se formularon tres diagnósticos enfermeros del intra operatorio, formulados en base a la taxonomía II de la NANDA Internacional, siendo priorizados según riesgo de vida los tres primeros diagnósticos: Riesgo de reacción alérgica, Riesgo de aspiración y Riesgo de infección, posteriormente se pasó a la planificación tomando en consideración los resultados esperados e intervenciones de enfermería con sus respectivas actividades; se utilizó la taxonomía NOC y NIC. Luego de ejecutar las actividades se realizó la evaluación cualitativa de los indicadores.

Discusión

Riesgo a reacción alérgica

La reacción alérgica se define como susceptible a una exagerada respuesta o reacción inmune a sustancias, que puede comprometer la salud (NANDA, 2018). Delves (2020) confirma que la reacción alérgica es una respuesta inadecuada del sistema inmunitario a una sustancia que en condiciones normales es inocua. La Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC, 2019) contribuye en su definición al añadir que esta se produce por la liberación de

sustancias que generan una reacción inflamatoria, además de las diferentes manifestaciones de la reacción alérgica, por el mastocito, que están mediadas por IgE.

El término alergia acuñado por primera vez en el año 1906 por el Dr. Clemens Von Pirquet sirvió para nombrar un tipo específico de respuesta inmune; el origen de una reacción alérgica no es tanto por el agente que lo origina, sino que existe una predisposición genética (atopía) que habitualmente es hereditaria (Sociedad Española de Alergología e Inmunología, 2019).

Debido al incremento de las reacciones alérgicas en los últimos años, la Organización Mundial (INFOBAE, 2019), vaticina que para el año 2050, la mitad de la población mundial sufriría de algún tipo de padecimiento alérgico.

EL National Institute of Health (NIH, 2016), al hablar sobre factor de riesgo de la salud, se refiere a posibilidades de que una situación o condición afecte o dañe la salud en mayor o peor medida. En el caso de la paciente en estudio el factor de riesgo era latente por sus antecedentes de reacciones alérgicas (urticaria, pápulas), a medicamentos como las Sulfas y a sustancias químicas como la sal de Andrews.

Los betabloqueadores neuromusculares, antibióticos, analgésicos, óxido de etileno, látex, clorhexidina, antiinflamatorios no esteroideos, colorantes, opiáceos, entre otros son los principales agentes desencadenantes de las anafilaxias perioperatorias (Solé et al., 2020).

La incidencia de reacciones anafilácticas tiene una estimación en 1 de cada 10,000 a 20,000 procedimientos anestésicos. Se calcula una tasa anual de 3,2 fatalidades por anafilaxia asociado a fármacos por cada 100,000 habitantes. Es de suma importancia una meticulosa historia clínica, así como un minucioso examen clínico. En el tiempo perioperatorio, con frecuencia se usan medicamentos de tipo relajantes musculares, neurolépticos y

morfinomiméticos y se corre el riesgo de una respuesta adversa a estos medicamentos (Mexicano et al., 2019).

Dentro de los importantes factores de riesgo están los antecedentes de alergia a otros medicamentos, atopia y cirugías previas (Collado-Chagoya et al., 2018). Según (Bustamante Bozzo, 2021) Los principales agentes etiológicos de la anafilaxia perioperatoria son los bloqueadores neuromusculares, látex, los antibióticos y las tinturas.

Cuando una persona presenta un factor de riesgo, se debe tomar mayor cuidado en relación a los pacientes que han presentado alguna reacción alérgica, estos cuidados empiezan desde preparar una sala de operaciones libres de látex, identificación del paciente alérgico con el fin de disminuir la morbi-mortalidad asociada (Bedoya Metaute et al., 2019).

Los cuadros de reacciones alérgicas, urticaria, erupciones en piel e incluso reacciones anafilácticas pueden ser originados por el látex. Las personas sensibles al látex estarían expuestas a una situación de riesgo si se someten a procedimientos quirúrgicos donde utilizan insumos de látex como sondas, drenes, guantes, entre otros (Delves, 2020).

Identificar a los pacientes con alto riesgo de presentar una reacción alérgica al látex y una serie de medidas de prevención han resultado en la disminución de incidencias de las reacciones alérgicas. Estas medidas preventivas son 1) identificar a los pacientes con riesgo, revisando meticulosamente la historia clínica; 2) manejo del paciente con historia sospechosa, confirmando con laboratorio, evitando estrictamente el uso de látex; 3) coordinar con los equipos de salud involucrados; 4) Revisar el pabellón en forma permanente para que quede libre de látex; 5) El paciente alérgico o sospechoso de alergia al látex, deberá ser programado a primera hora por haber menor cantidad de látex suspendido en el ambiente; 6) Disponer de letreros con la frase “Alergia al Látex”, ya sea en el pabellón como en la cama del paciente durante el posoperatorio;

7) Sistema visible de identificación como brazalete; 8) El uso de profilácticos bloqueadores H1, H2 y corticoides podría producir falsa sensación de seguridad. La única forma de prevenir la alergia al látex es evitando el contacto con el alérgeno (Bustamante Bozzo, 2021).

El látex es la cuarta causa más frecuente de anafilaxia intraoperatoria habiendo disminuido en los últimos años, debido a que la fabricación de los productos utilizados en la anestesia y cirugía, se encuentran libre de látex, además de mayor control en los grupos de riesgos (Bustamante Bozzo, 2021).

El Gluconato de Clorhexidina al 4 % en solución, es una sustancia antimicrobiana tópica, se usa para la preparación de la piel, previo a la intervención quirúrgica. Estudios demuestran el riesgo de sufrir alergia y/o anafilaxia por uso de clorhexidina tópica. El primer caso registrado fue en 1972. Existe mayor riesgo si la clorhexidina está en contacto con heridas o mucosas, aunque estos casos también se dan sobre piel sana (IETSI EsSalud, 2019).

La anafilaxia por clorhexidina no es común, pero podría llegar a la fatalidad. Es necesario identificar el agente causante de la reacción alérgica por medio de pruebas alergológicas y evitar la reexposición a este agente (Calle et al., 2018).

Por todos estos factores de riesgo antes mencionados, se priorizó el diagnóstico de riesgo de reacción alérgica asociado a exposición a químicos tóxicos e historial de alergia medicamentosa. Por lo tanto, la primera intervención de enfermería es identificar las alergias conocidas a medicamentos como Sulfas, y por haber presentado reacción a Sal de Andrews y la reacción habitual a estos medicamentos, para comunicar al equipo quirúrgico.

Pascual Gracia et al. (2021), en su plan de cuidados de enfermería a un paciente con reacción alérgica, Caso clínico 19 agosto, 2021, nos recalca que el profesional de enfermería

debe indagar sobre las alergias del paciente, así como ahondar en antecedentes clínicos más relevantes.

Considerando que la paciente, debido a la anestesia general, recibió Vecuronio y Rocuronio, ambos medicamentos bloqueadores neuromusculares, los cuales, según Collado-Chagoya et al. (2018), arrojó que estos medicamentos son los principales desencadenantes de reacción alérgica perioperatoria con un porcentaje de 46:42%. Por otro lado, Bustamante Bozzo (2021) confirma lo expuesto en otro estudio con un porcentaje de 60,6% de reacciones alérgicas perioperatorias. Dentro de los insumos o dispositivos médicos de látex usados en el intraoperatorio en la paciente está la sonda Foley, la sonda de aspiración, los catéteres intravasculares y el gluconato de clorhexidina 4%, sustancia química que se usó para asepsia y antisepsia de la piel. Por todo lo expuesto, se decidió optar como segunda intervención de enfermería observar si la paciente presenta reacciones alérgicas a nuevos medicamentos, látex y antisépticos usados en sala de operaciones.

Linares Hernández et al. (2021) sustenta en un caso clínico que los productos que contienen látex podrían ser el causal de reacciones alérgicas durante la cirugía incluyendo el shock anafiláctico.

En países europeos los bloqueadores neuromusculares son los principales desencadenantes de anafilaxia perioperatoria. Por el contrario, en Estados Unidos, son los antibióticos, mientras que en Dinamarca lo desencadenan la clorhexidina.(Bustamante Bozzo, 2021).

La tercera intervención de enfermería es administrar tratamiento para alergias si es necesario. En un trabajo de término de grado de la Universidad Autónoma de Madrid: “Enfermería y Reacciones Adversas a Medicamentos: un rol emergente”. Garavito Acebes

(2018) sostiene que dentro de las competencias de la enfermera como profesional, está capacitada para controlar cualquier evento patológico o dañino que pudiera surgir y que puede reportar todo tipo de cambio observable, con la mayor celeridad posible gracias al contacto más frecuente e inmediato con el paciente.

Se ha confrontado el alto riesgo de reacción alérgica de la paciente con otros Procesos de Atención de Enfermería y trabajos de investigación que nos permitan dilucidar mejor la importancia de su prioridad. Fernández Gil et al. (2017), en su Plan de cuidados de Enfermería en urgencias en un paciente con shock anafiláctico, concuerda que una de las actividades de enfermería es el registro de alérgeno del cual se sospecha y comunicar las alergias que padece la paciente a todo el personal sanitario que lo trate. Por tal razón, la cuarta intervención de enfermería es notificar a los profesionales sanitarios las alergias conocidas (enfermera de unidad de recuperación) y su visualización en la parte externa de la historia clínica (Fernández Gil et al., 2017).

Riesgo de aspiración

Como segundo diagnóstico prioritario se consideró riesgo de aspiración asociado a presencia de sonda nasogástrica. Según la definición de NANDA, Herdman y Kamitsuru (2017), lo define como susceptible a que penetren en el árbol traqueobronquial secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos que pueden comprometer la salud. Para Salinas Rojas (2018), los pacientes que portan una cánula oral/nasal (tubo de mayo y SNG) y disminución de conciencia por efectos de anestesia están expuestos a sufrir aspiración del árbol bronquial.

Al hablar de riesgos, es hablar sobre la posibilidad de que algo suceda o no suceda, especialmente un problema no previsto (Chávez López, 2018). Morel et al. (2018) explica

además que las bronco neumopatías por aspiración perioperatorias es una complicación que se presenta cuando los líquidos o secreciones en la cavidad oral han pasado al pulmón y que esta complicación muchas veces pasa desapercibida. Además, Morel (2018) añade que uno de los elementos de riesgo de este trastorno es de origen digestivo, operados de urgencia y que la fase de inducción es la más expuesta.

La paciente presenta sonda nasogástrica con contenido fecaloide, además, muestra un abdomen distendido y una saturación de oxígeno al 95%. Es importante que el profesional de enfermería realice una valoración identificando complicaciones como náuseas y vómitos. Por tal motivo, se debió tener especial cuidado con la paciente no sólo por la edad avanzada sino por presencia de sonda nasogástrica y la anestesia general a la que fue sometida. Tal como lo dice Farias et al. (2016) quien menciona en un estudio realizado en Argentina que; salvo una emergencia, previa evaluación de un anestesista o cirujano, toda persona que va a ser intervenida y sometida a anestesia general, regional y/o sedación debe ser atendida en una unidad apropiada con todos los equipos mínimos requeridos y con personal de enfermería que le brinde los cuidados especializados.

Según Thomas et al. (2019) nos indica que la presencia de sondas nasogástricas afecta la integridad del esfínter esofágico inferior por lo que pueden ofrecer una vía para que el contenido gástrico ingrese al árbol bronquial. Por tal motivo, era un factor de riesgo la presencia de sonda nasogástrica en la paciente; la misma que fue colocada por presentar distensión abdominal aumentando aún más el riesgo porque el contenido gástrico era fecaloide.

El riesgo de aspiración existe a pesar de la presencia de sonda nasogástrica y aunque éstas son utilizadas en el tratamiento de la disfagia pueden asociarse con un alto riesgo de aspiración.

Los profesionales clínicos pueden asumir que las sondas nasogástricas resolverán el problema del riesgo de aspiración pulmonar sin explorar la eficacia de otras medidas.

Así como la paciente, presentó riesgo de aspiración; se investigaron otros procesos de atención de enfermería que contenían el mismo diagnóstico y de los cuales se encontraron algunas similitudes en las intervenciones de enfermería. Estos trabajos son los que se mencionan a continuación.

Rodriguez (2020) Proceso de atención de enfermería al paciente perioperatorio inmediato por apendicectomía laparoscópica en el centro quirúrgico de una clínica privada en Lima, 2020; la colega Rodríguez consideró entre sus diagnósticos el riesgo de aspiración por tratarse de un paciente sometido a una cirugía abdominal laparoscópica considerando los riesgos del neumoperitoneo al causar aumento de la presión intrabdominal.

Se investigaron otros Procesos de atención de Enfermería en el que consideraron el riesgo de aspiración en el intraoperatorio en cirugía de Laparotomía exploratoria con presencia de sonda nasogástrica, los cuales se detallan a continuación.

Cárdenas Saavedra (2019) hizo un estudio sobre el 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, quien, en su plan de cuidados, debe mantener el equipo de aspiración disponible y verificar la posición de la sonda nasogástrica.

Salinas Rojas (2018), en su investigación, Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operado de laparotomía exploratoria post-trauma abdominal cerrado en la sala de recuperación posanestésica de un hospital de lima, 2018, en su plan de cuidados, mantiene el equipo de equipo de aspiración disponible y verifica la posición de la sonda nasogástrica.

Hinkle y Cheever (2019), en el libro de Enfermería médico quirúrgica de Brunner y Suddarth, refiere que las sondas nasogástricas pueden desprenderse retrayendo el extremo distal por encima del esfínter esofágico. La neumonía por aspiración se produce cuando el contenido gástrico en una sonda mal colocada ingresa a la tráquea o faringe. También comenta que los pacientes en riesgo de neumonía por aspiración incluyen a las personas mayores de 70 años en un estado mental alterado, incapaces de proteger sus vías respiratorias, aquellos que reciben ventilación mecánica y los que se encuentran en posición supina. Por lo tanto, la valoración de enfermería consiste en la auscultación regular de los ruidos pulmonares, vigilancia de signos vitales, si la posición de la sonda está en duda, la confirmación radiográfica es vital.

La primera intervención de enfermería ejecutada fue tener disponible y encendido el equipo de aspiración. Tanto Rodríguez Regalado (2020) como Salinas Rojas (2018), consideraron esta misma intervención en sus respectivos PAEs para disminuir el riesgo de aspiración.

Además, Cárdenas Saavedra (2019) agrega entre sus cuidados no solo mantener el aspirador encendido y cerca de la cabecera del paciente, sino que además se debe verificar la posición de la sonda nasogástrica y por lo tanto su permeabilidad.

La segunda intervención fue controlar el estado pulmonar. Hinkle y Cheever (2019) refuerzan que la valoración incluye realizar un examen clínico auscultando los ruidos pulmonares y la vigilancia de las constantes vitales. Estos deberán ser pre oxigenados de forma adecuada ($ETO_2 > 90\%$) y se dispondrán de equipos para administrar O_2 suplementario durante el trabajo con la vía aérea. Gómez-Sánchez et al., (2016), por otro lado, refieren que hay diferentes escalas que valoran la presencia o ausencia de complicaciones o riesgos, como el

cuadro clínico del paciente, la saturación de oxígeno y diversos parámetros ventilatorios transoperatorios.

De igual forma, Guillén-Dolores y Molina-Méndez (2018) manifiestan que para evaluar la función pulmonar se necesita un monitoreo de la oxigenación, el uso del oxímetro de pulso oxígeno la saturación venosa de oxígeno, monitoreo de CO₂, capnografía, mecánica ventilatoria y ultrasonido pulmonar. Rodríguez Regalado (2020) manifiesta que el monitoreo de las funciones vitales debe mantenerse constantes. Durante el acto quirúrgico se estuvo observando cualquier signo de alarma que indique un deterioro del sistema pulmonar y respiratorio.

La tercera intervención consistió en comprobar el residuo de la SNG y su permeabilización, dicha intervención se sustenta con Hinkle y Cheever (2019), nos dice que el paciente portador de sonda nasogástrica es susceptible de tener complicaciones pulmonares, además agrega que la tensión de la sonda debido al movimiento, aspiración de secreciones o intubación endotraqueal pueden causar un desplazamiento de la sonda. Por tal motivo, la valoración debe ser cuidadosa y continua.

En un artículo de la Revista Sanitaria de Investigación, Lorenzo Ramírez et al. (2021) publicaron que entre los métodos para determinar la verificación de la sonda nasogástrica se encuentre en estómago se debía tomar en cuenta los métodos de verificación como radiografía de tórax, capnografía, capnometría, ecografía, pH del ácido aspirado por SNG, auscultación y burbujeo. En la paciente en estudio se consideraron la capnografía, la auscultación y burbujeo y finalmente se valoró y registró la cantidad del residuo eliminado en historia clínica.

Controlar el residuo gástrico de la SNG es muy importante en los pacientes que entran al quirófano con la presencia de esta para el balance hídrico estricto y por lo tanto el control del medio interno.

Evidencias basadas en la práctica revelan que la verificación de la colocación de sonda nasogástrica incluye: la medición de la distancia desde la punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja y hasta el punto medio entre el apéndice xifoides y la cicatriz umbilical cada vez que se coloque una sonda nasogástrica, pruebas de pH, pruebas de rayos X y razonamiento crítico (Gobbo Motta et al., 2021).

Riesgo de infección

Según NANDA Internacional, el riesgo de infección es susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud (Herdman & Kamitsuru, 2017). Al respecto Lei et al. (2020), indica que la mayor complicación de una cirugía es la infección del sitio quirúrgico. La CDC y SIS de los Estados Unidos refieren que la infección de la herida quirúrgica o alrededor de esta, está relacionada con el tiempo de la operación que suele ser a los 30 a 90 días posteriores a la cirugía.

Franco Cendejas (2020) manifiesta que, en los Estados Unidos, las infecciones de sitio quirúrgico ocupan el tercer lugar de todas las infecciones intra hospitalarias con un 14 a 16%.

Según Badia et al. (2020), considera que las medidas con mayor grado de evidencia para prevenir infecciones son: no realizar la tricotomía en el lugar operatorio o eliminación con maquina eléctrica, limpieza de la piel con soluciones alcohólicas, profilaxis antibiótica sistémica (30-60 minutos antes de la incisión, administración de dosis intraoperatoria si estuviera indicada), regular la normo termia y el control de la glucosa perioperatoria.

La cirugía abdominal o gastro intestinal lleva de por sí un riesgo de infección. En un estudio realizado por Padilla-Leal et al. (2021) en México en 50 pacientes con ASA ≥ 3 donde se mide el apgar quirúrgico para la predicción de complicaciones dentro de los 30 días posterior a la

cirugía, se encontró con una incidencia general de complicaciones del 50%, identificando al tipo infeccioso como las más comunes.

Por tal motivo, se consideró en la paciente un último riesgo como uno de los más latentes por todos los antecedentes descritos. La mayoría de los microorganismos que originan una infección del sitio quirúrgico se encuentran adyacentes a esta, y rara vez se localizan distantes de la misma (Berriós-Torres et al., 2017). En otras palabras, las autoras citadas de este artículo refieren que los factores determinantes de las infecciones del sitio quirúrgico según la epidemiología están ligados a sucesos que ocurren durante la operación pero que generalmente no forman parte del ambiente quirúrgico.

Aniceto-Correo (2017), en un PAE elaborado, consideró al riesgo de infección asociado a procedimientos invasivos en un paciente sometido a cirugía abdominal.

Según Encarnacion et al. (2019), consideran al riesgo de infección asociado a procedimiento invasivo entre los diagnósticos que formularon para atender a un paciente de 65 años que ingresó por obstrucción intestinal.

En un trabajo para obtener el título de especialista en Centro Quirúrgico: Cuidado de enfermería en paciente sometido a Laparotomía Exploratoria por fecaloma, Huanca-Solano (2018) tomó en cuenta el riesgo de infección por vías invasivas como diagnóstico en el intra y posoperatorio, siendo su intervención de enfermería respetar los protocolos de bioseguridad.

El tratamiento quirúrgico de la obstrucción intestinal depende de la causa de esta; cuando la causa de obstrucción son adherencias, el tratamiento consiste en cortar las adherencias intestinales. En algunos casos, se extirpa el intestino dañado y se realiza una anastomosis. A mayor tiempo de duración de la obstrucción intestinal mayor será la complejidad de la cirugía porque dependerá de la condición del intestino (Hinkle & Cheever, 2019).

La primera intervención de enfermería ejecutada fue la aplicación de las medidas de bioseguridad en Centro Quirúrgico; por tal motivo, se puso énfasis en la limpieza del quirófano, en el lavado de manos quirúrgico del personal de salud, en seguir con la técnica aséptica, tomando medidas para el control de infecciones como mejoras en la ventilación del quirófano, los métodos de esterilización, la técnica quirúrgica y profilaxis antibiótica. Para reducir aún más el riesgo de infección quirúrgica se deben tomar en cuenta factores dependientes tanto del paciente, del personal y del centro hospitalario. La vigilancia de las infecciones es una pieza fundamental en la prevención. La circulación debe ser restringida dentro del quirófano, solo podrán estar presentes los profesionales imprescindibles (Badia-Pérez & Guirao-Garriga, 2016).

Entre las precauciones externas para evitar la infección, se incluye el fiel seguimiento de los protocolos de asepsia quirúrgica, control estricto del ambiente en el quirófano, verificando el flujo laminar de aire en ellas. Otros aspectos a tener en cuenta son la adecuada salud del personal, limpieza de las salas, desinfección y esterilización de superficies y equipos, lavado, vestido y uso de guantes y la ropa apropiada en el quirófano (Hinkle & Cheever, 2019).

Todos los miembros del equipo quirúrgico utilizan ropa estéril adicional y dispositivos protectores durante la operación. Se recomiendan prácticas concretas para personal que usa ropa quirúrgica, pantalón, camiseta, batas ajustadas, puños elásticos en las mangas. Las mascarillas deben usarse todo el tiempo para disminuir infección de herida operatoria. El gorro debe cubrir por completo todo el cabello, uso de cubre botas cuando se anticipe salpicaduras o derrame de líquidos y se deben cambiar si se humedecen o desgarran. Personal quirúrgico no tiene permitido el uso de uñas postizas debido a que microorganismos se alojan debajo de ellas. Se alienta el uso de uñas naturales y cortas.

Todos los suministros, cubetas, instrumentos y otros que se utilicen y entren en contacto con la herida quirúrgica o tejidos expuestos deben estar estériles. Cirujanos y enfermera instrumentista deben lavarse las manos y brazos con jabón antiséptico según protocolo de la institución. Solo el personal que se lavó y se vistió con bata y guantes estériles puede manipular los instrumentos y materiales estériles. Se debe limpiar el área de la piel del paciente en forma meticulosa y más amplia del área que se va a exponer durante la cirugía y luego se le aplica la solución antiséptica. El vello no se afeita, se usa máquina que lo recorta y así minimizar el riesgo de infección. Todo el equipo quirúrgico durante el transoperatorio debe brindar y mantener un entorno seguro (Hinkle & Cheever, 2019).

Diversos estudios han demostrado que el correcto seguimiento del protocolo de higienización de manos disminuye drásticamente la infección relacionada con la atención sanitaria. La razón radica en que las manos contaminadas se convierten en un transmisor de infecciones y enfermedades. La OPS participa y el lavado de manos (OPS, 2021).

Con respecto a la segunda intervención se verificó que se haya administrado el antibiótico profiláctico antes de la incisión.

Se conocen algunos autores como Badia et al. (2020) quienes sustentan que la profilaxis antibiótica debe ser administrada 30-60 minutos previo al corte, contribuyendo así a disminuir el riesgo de infección. La paciente en mención recibió profilaxis antibiótica 30 minutos antes de entrar a sala de operaciones.

La profilaxis antibiótica, en cirugía, persigue prevenir infecciones y debe ser administrado vía endovenosa en una sola dosis 15 a 45 minutos antes de la incisión quirúrgica (Charlo Molina et al., 2021).

Los estudios avalan la importancia de administrar la profilaxis antibiótica, al disminuir considerablemente la infección posoperatoria de la herida quirúrgica en la mayoría de las cirugías. Caso contrario sucede cuando esta es administrada posterior a la intervención quirúrgica (OPS, 2021).

Finalmente, se mantuvo la integridad de los catéteres y las vías intravasculares teniendo en cuenta la limpieza adecuada de la piel para cada procedimiento y la higiene de manos antes de manipular los catéteres (Hinkle & Cheever, 2019). La piel y zona adyacente al corte debe prepararse inmediatamente antes de la cirugía (Badia Pérez & Guirao Garriga, 2016). Este fue el procedimiento que se siguió como parte de los cuidados de enfermería incluyendo la vía periférica como puerta de acceso al catéter intravascular, intervención sustentada por Reyes Vilchez (2021), quien nos dice que para la cateterización venosa periférica el personal de enfermería debe aplicar todos los métodos de asepsia que existen según protocolo para evitar complicaciones que acarrearán una mala técnica como flebitis, extravasaciones e infección.

Conclusiones

Se concluye que, de acuerdo con los problemas identificados en la paciente post operada por obstrucción intestinal, se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas considerando el modelo de Marjory Gordon para la valoración por patrones funcionales.

Se logró prevenir los riesgos identificados según la taxonomía NANDA I; la planificación de los cuidados se dio para los resultados a través de la taxonomía NOC y para las intervenciones se utilizó la taxonomía NIC. La evaluación de los resultados se utilizó la taxonomía NOC.

Se reconoce la importancia del empoderamiento del profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico para el manejo y atención oportuna de los riesgos identificados

y posibles complicaciones que se podrían presentar en la paciente durante la intervención quirúrgica por obstrucción intestinal.

Es de suma importancia que los profesionales de enfermería tengan conocimiento y manejo de las taxonomías NANDA, NOC; NIC, a fin de manejar un mismo lenguaje contribuyendo a estudios similares al presentado.

Referencias bibliográficas

Aniceto Correo, G. (2017). “Proceso de atención de enfermería (pae) en transoperatorio de la colecistectomía convencional en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2017” [Inca Garcilaso De La Vega].

[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1424/SEG.ESPEC.ANICETO CORREA%20GLADYS.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1424/SEG.ESPEC.ANICETO%20CORREA%20GLADYS.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Arias Silva, R. (2016). Obstrucción Intestinal. *Revista Médica Sinergia*, 1(10), 3–7.

Protocolo para el manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal, Pub. L. No. 000013 19-06–18, 15 (2018).

<https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/890/ProtocoloManejoQuirurgicoObstruccionIntestinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ayala-Servin, N., Duré-Martínez, M., Urizar, C. A., Samaniego, V., Ayala, R., Morales, R., Núñez, G., Insfran, L., García, E., Sánchez, R., & Corbeta, R. (2019). Oclusión intestinal completa por bridas y adherencias: reporte de caso. *Revista de Investigación Científica Tecnológica*, 3(1), 83. <https://doi.org/10.36003>

Badia, J. M., Rubio Pérez, I., Manuel, A., Membrilla, E., Ruiz-Tovar, J., Muñoz-Casares, C., Arias-Díaz, J., Jimeno, J., Guirao, X., & Balibrea, J. M. (2020). Medidas de prevención de la infección de localización quirúrgica en cirugía general. Documento de posicionamiento de la Sección de Infección Quirúrgica de la Asociación Española de Cirujanos. *Cirugía Española*, 98(4), 187–203. <https://doi.org/10.1016/J.CIRESP.2019.11.010>

Badia Pérez, J. M., & Guirao Garriga, J. (2016). *Infecciones Quirúrgicas* (A. E. de Cirujanos

(Ed.). Grupo Aran. [https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic(1).pdf)

Bedoya Metaute, T. I., Bonilla Restrepo, C., Sifuentes Marin, M., Echeverry Henao, M., & Ramírez Gómez, A. C. (2019). *Manejo de la hipersensibilidad al látex en los procedimientos de la atención pre-hospitalaria* [Universidad CES. Facultad de Medicina]. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4484/1152471936_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Berriós-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, E. P., Itani, K. M. F., Berbari, E. F., Segreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J. A. J. W., Donlan, R., & Schechter, W. P. (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surgery*, *152*(8), 784–791. <https://doi.org/10.1001/JAMASURG.2017.0904>

Bustamante Bozzo, R. (2021). Anafilaxia y shock anafiláctico Anaphilactic shock and anaphilaxis. *Rev Chil Anest*, *50*, 27–55. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv50n01-04>

Calle, A., Guevara-Saldaña, L., & Cardona, R. (2018). Anafilaxia por clorhexidina en un contexto perioperatorio: diagnóstico y manejo. *Revista Alergia México*, *65*(4), 431–436. <https://doi.org/10.29262/RAM.V65I4.347>

Canales Peña, R. C., Cortés Cardona, C. M., & Cabrera Interiano, H. (2017). *Obstrucción intestinal por Bridas /dherencias: Proporcianoacute;n y Evolución del Manejo Conservador / Insight Medical Publishing*. <https://doi.org/10.3823>

Cárdenas Saavedra, J. M. (2019). *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.

Castro Molina, F. J. (2017). El método científico y las ciencias de la salud. | Castro-Molina |

Revista Española de Enfermería de Salud Mental. *Setiembre 2017*, 2.

<https://doi.org/http://doi.org/10.35761/reesme.2017.2.01>

Charlo Molina, T., Valderrábanos, E. S., Goicochea Valdivia, W. A., & Neth, O. (2021).

Profilaxis antibiótica perioperatoria UCIP Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

Asociación Española de Pediatría, 501. <http://www.aeped.es/protocolos/>

Chávez López, S. (2018). El Concepto de Riesgo. *Recursos Naturales y Sociedad*, 4(1), 39.

<https://doi.org/10.18846>

Collado-Chagoya, R., Cruz-Pantoja, R., Hernández-Romero, J., León-Oviedo, C., Campos-

Gutiérrez, R. I., Velasco-Medina, A., Velázquez-Sámano, G., Collado-Chagoya, R., Cruz-

Pantoja, R., Hernández-Romero, J., León-Oviedo, C., Campos-Gutiérrez, R. I., Velasco-

Medina, A., & Velázquez-Sámano, G. (2018). Alergia perioperatoria. Experiencia de tres

años. *Revista Alergia México*, 65(4), 379–388. <https://doi.org/10.29262/RAM.V65I4.513>

Csendes J., A., Pereira, P., Zamorano D., M., Arratia, I., Gonzalez, J., & Carriel, F. (2016).

Tratamiento médico o quirúrgico de la obstrucción intestinal alta. *Revista Chilena de*

Cirugía, 68(3), 227–232. <https://doi.org/10.1016/J.RCHIC.2014.08.001>

Delves, P. j. (2020). *Introducción a las reacciones alérgicas - Trastornos inmunológicos -*

Manual MSD versión para público general. [https://www.msmanuals.com/es-](https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-inmunologicos/reacciones-alergicas-y-otros-trastornos-de-hipersensibilidad/introducción-a-las-reacciones-alérgicas)

[pe/hogar/trastornos-inmunologicos/reacciones-alergicas-y-otros-trastornos-de-](https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-inmunologicos/reacciones-alergicas-y-otros-trastornos-de-hipersensibilidad/introducción-a-las-reacciones-alérgicas)

[hipersensibilidad/introducción-a-las-reacciones-alérgicas](https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-inmunologicos/reacciones-alergicas-y-otros-trastornos-de-hipersensibilidad/introducción-a-las-reacciones-alérgicas)

Encarnacion, E., Josefina, N., De, P., De Enfermería, A., & Obstrucción, E. N. (2019). *Proceso*

de atención de enfermería en obstrucción intestinal [Universidad Técnica de Machala].

[http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14109/1/T-3039_Erique encarnacion nelly josefina.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14109/1/T-3039_Erique%20encarnacion%20nelly%20josefina.pdf)

Farias, E., Pérez Alvarado, I., & Ilardo, A. (2016). *Cuidados de enfermería en la unidad de recuperación Postanestésica*. http://intranet.sagrado-corazon.com.ar:1102/intranet/capacitacion/guias/cuidados_enfermeria-unidad-recuperacion-postanestesica.pdf

Fernández Gil, V., Cruz Bajo, M., & Cruz García, M. E. (2017). *Plan de cuidados de Enfermería en urgencias en un paciente con shock anafiláctico - Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-shock-anafilactico/>

Franco Cendejas, R. (2020, January). Vigilancia epidemiológica de la infección del sitio quirúrgico en ortopedia. *Orthotips AMOT*, 1. <https://doi.org/10.35366/93511>

Garavito Acebes, P. (2018). *Enfermería y reacciones adversas a medicamentos: un rol emergente*. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684859>

Gobbo Motta, A. p., Godinho Rigobello, M., De Campos Pereira Silveira, R., & Escobar Gimenez, F. (2021). Eventos adversos relacionados con sondas nasogástricas y/o nasoenterales: una revisión integradora*. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3355..3400>.

Gómez Sanchez, G., Marisol, Z. S., & García Moran, E. (2016). Alto riesgo perioperatorio: riesgo respiratorio, ventilación mecánica y complicaciones postoperatorias respiratorias. *Vol 39, Suplemento 1*, 1. <http://www.medigraphic.org.mx>

Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2017). *Diagnósticos enfermeros* (H. y Kamitsuru (Ed.); Undécima). Elsevier España.

- Hernández Ledesma, Y., Fernández Camargo, I., Enríquez Trujillo, D., & Lorenzo Nieves, Y. (2018). Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje - Aladefe. *ALADEFE*, 8(2), 46–53.
<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje/>
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2019). *Brunner y Suddarth Enfermería Médicoquirúrgica* (14 a Edici). Wolters Kluver.
- Huanca Solano, E. (2018). *Cuidado de enfermería en paciente sometido a laparotomía exploratoria por fecaloma. departamento de cirugía – Hospital Antonio Lorena Cusco - 2017* [Universidad Nacional San Agustín de Arequipa].
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10148/SEhusoe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- IETSI EsSalud. (2019). *Informe de Seguridad N° 006 Jabón Antiséptico Clorhexidina 2% espuma en dispensador circuito cerrado-R.S.EN02140: Problemas de Seguridad* (Informe de Seguridad N° 006; 006-DGPCFyT-IETSI 2019).
http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/farmacoytecnoinforme_006_TV_HIBICLEN_rev_HMG_YRT.pdf
- INFOBAE. (2019). *La OMS alertó que para 2050 la mitad de la población mundial padecerá algún tipo de alergia - Infobae*. <https://www.infobae.com/salud/2019/04/17/la-oms-alerto-que-para-2050-la-mitad-de-la-poblacion-mundial-padecera-algun-tipo-de-alergia/>
- Lei, P., Ruan, Y., Yang, X., Wu, J., Hou, Y., Wei, H., & Chen, T. (2020). Preoperative mechanical bowel preparation with oral antibiotics reduces surgical site infection after elective colorectal surgery for malignancies: results of a propensity matching analysis.

- World Journal of Surgical Oncology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/S12957-020-1804-4>
- Linares Hernández, M., Avellaneda Suárez, F. A., Rojas Jaimes, R. A., & Ramírez Bernal, F. (2021). *Caso clínico www.medigraphic.org.mx Resumen*. <https://doi.org/10.35366/98580>
- López Lorenzo, R. E. (2017). *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* [Universidad Nacional Del Centro Del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12894/1548>
- Lorenzo Ramírez, M., Peñalba Boronat, E., Milagro Jimenez, M. e., Navarro Torres, M., Cases Jordan, C., & Morte Cabistany, C. (2021). *¿Cuál es el mejor método de verificación de la posición de la sonda nasogástrica?:revisión bibliográfica*. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/cual-es-el-mejor-metodo-de-verificacion-de-la-posicion-de-la-sonda-nasogastricarevision-bibliografica/>
- Mateu Calabuig, G. (2018). *¿Bridas, adherencias o sinequias?* *Cirugía Española*, 96(9), 600–601. <https://doi.org/10.1016/J.CIRESP.2018.06.011>
- Melara, M. (2017). *Enfermería perioperatoria . ¿Conoces su importancia?* - *Ikusi*. 25 de Setiembre Del 2017. <https://www.ikusiormangement.com/importancia-enfermeria-perioperatoria/>
- Mexicano, C., Nora González-Díaz, S., Arias-Cruz, A., & Monge-Ortega, O. P. (2019). *é ergia M Revista Al xico Adverse immune reactions and non-immune medications for perioperative use Reacciones adversas inmunitarias y no inmunitarias a fármacos de uso perioperatorio*. *Rev Alerg Mex*, 66(1), 99–114. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.541>
- Morel, J., Dupont, G., & Auboyer, C. (2018). *Mecanismos y tratamiento de las bronconeumopatías por aspiración perioperatorias*. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 44(4),

1–11. [https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(18\)41278-9](https://doi.org/10.1016/S1280-4703(18)41278-9)

NANDA Internacional Inc. (n.d.). *NANDA Internacional 2018 - 2020. Diagnósticos Enfermeros* (Herdman y Kamitsuru (Ed.); Undécima). ELSEVIER España.

NIH. (2016). *Entender los riesgos para la salud | Los Institutos Nacionales de Salud*.

<https://salud.nih.gov/articulo/entender-los-riesgos-para-la-salud/>

OPS. (2021). *La higiene de manos salva vidas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>

Padilla-Leal, K. E., Flores-Guerrero, J. E., & Medina-Franco, H. (2021). Apgar quirúrgico como predictor de complicaciones en cirugía oncológica gastrointestinal. *Revista de Gastroenterología de México*, 86(3), 259–264.

<https://doi.org/10.1016/J.RGMX.2020.06.004>

Pascual Gracia, M., Calabia Recio, A., Aisa Cossío, C., Pérez Herrer, L., & Benaiges Blanch, S. (2021). *Plan de cuidados de enfermería a un paciente con reacción alérgica. Caso clínico - Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-un-paciente-con-reaccion-alergica-caso-clinico/>

Portugal Torres, J. D. (2019). “Factores asociados a mortalidad post operatoria en cirugía de emergencia por obstrucción intestinal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2016 - 2018.” *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa*.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8199>

RELACISIS. (2018). *Postquirúrgico de laparatomía exploratoria - RELACISIS*.

<https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/951-postquirurgico-de-laparatomia-exploratoria>

Reyes Vilchez, J. L. (2021). *Asepsia en la prevención de complicaciones del cateterismo venoso periférico en el área de emergencia* [Universidad Peruana Cayetano Heredia].

<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9091>

Rodríguez, B., Adrian Bolívar-Rodríguez, M., Cortés-Ramos, M. A., Fierro-López, R., Antonio Cázarez-Aguilar, M., & Morgan-Ortiz, F. (2020). Obstrucción del intestino delgado por adherencias Adhesive small bowel obstruction. *Rev Med UAS*, 10(1), 2–3.

<https://doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n1.006>

Rodriguez Regalado, I. R. (2020). *Proceso de atención de enfermería a paciente en el perioperatorio inmediato por apendicetomía laparoscópica en el centro quirúrgico de una clínica privada de Lima, 2020* [Universidad Peruana Union].

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3515/Iris_Trabajo_Especialidad_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salinas Rojas, E. M. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente post operado de laparotomía exploratoria pos trauma abdominal cerrado de la Unidad de Recuperación Post Anestesia de un hospital de Lima, 2018* [Universidad Peruana Union].

%0D

Sociedad Española de Alergología e Inmunología. (2019). *¿Qué es la alergia? - Portal SEAIC*.

<https://www.seaic.org/pacientes/que-es-la-alergia>

Solé, D., Spindola, M. A. C., Aun, M. V., Araújo Azi, L. M. T. de, Bernd, L. A. G., Garcia, D. B., Capelo, A. V., Cumino, D. de O., Lacerda, A. E., Lima, L. C., Morato, E. F., Nunes, R. R., Rubini, N. de P. M., da Silva, J., Tardelli, M. A., Watanabe, A. S., Curi, E. F., & Sano, F. (2020). Atualização sobre reações de hipersensibilidade perioperatória: documento conjunto da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira de

Alergia e Imunologia (ASBAI) – Parte II: etiología e diagnóstico. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 70(6), 642–661. <https://doi.org/10.1016/J.BJAN.2020.08.008>

Thomas, L. E., Lustiber, L., Webb, C., Stephens, C., Lago, A. L., & Berrios, S. (2019).

Prevención de la aspiración: Una cuestión de vida y respiración. *Nursing*, 36(6), 47–49.

<https://doi.org/10.1016/J.NURSI.2019.11.012>

Yazmín Guillén-Dolores, D., & Javier Molina-Méndez, F. (2018). Revista Mexicana de

Anestesiología Estado actual del monitoreo respiratorio durante anestesia y cirugía. *Supl. 1*

Abril-Junio, 41, 16–17.

<http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mxwww.medigraphic.org.mx>

Apéndice

Apéndice A: Plan de Cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades NIC	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
00217. Riesgo de reacción alérgica relacionado con exposición a químicos tóxicos e historial de alergia medicamentosa. pág. 454 Dominio 11 Seguridad y Protección Clase 5: Procesos defensivos.	Resultado: Respuesta alérgica sistémica (Cod 0706) (pág. 519)	4	Mantener en:	Intervención: Manejo de la alergia. (Código 6410)				5	+1
			Aumentar a:	Actividades					
	Escala: Grave (1) a Ninguno (5)			641001 identificar las alergias conocidas (medicamentos) y la reacción habitual e informar al equipo quirúrgico.			→	5	
	Indicadores			641002 observar si la paciente presenta reacciones alérgicas a nuevos medicamentos, látex y antisépticos, que se sabe que es capaz de inducir una respuesta alérgica.			→	5	
	070617 eritema	5		641003 administrar tratamiento para alergias si es necesario.			→	5	
			5	641004 mantener al paciente en observación por lo menos durante 30 minutos después de la administración de un agente conocido.			→	5	
070618 aumento de la temperatura cutánea.		4	641005. notificar a los profesionales sanitarios las alergias conocidas. (enfermera de unidad de recuperación.) y su visualización en la parte externa de la historia clínica			→	5		

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
00039. Riesgo de aspiración relacionado a presencia de sonda nasogástrica. pág. 407 Domino 11 Seguridad y protección. Clase 2 Lesión física.	Resultado: Estado respiratorio. Página 402 (código 0415)	4	Mantener en:	Intervención: Precauciones para evitar la aspiración. (Código 3200)				5	+1
			Aumentar a:	Actividades					
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5).			320001 Mantener el equipo de aspiración disponible y encendido.			→	5	
				320002 Mantener una vía aérea.			→	5	
				320003 Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.			→	5	
	Indicador 041501 Frecuencia respiratoria.	4		320004. Controlar el estado pulmonar			→	5	
	041508 Saturación de oxígeno.		4	320005. Comprobar el residuo de la sonda nasogástrica y su permeabilización.			→	5	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Riesgo de infección asociado a procedimiento invasivo. pág 404 Dominio 11 Seguridad y protección. Clase 1 Infección.	Resultado: Preparación antes del procedimiento (Código 1921)	3	Mantener en:	Intervención: Control de infecciones: intraoperatorio (Código 6545)				5	+2
			Aumentar a:	Actividades					
	Escala: Inadecuado (1) a Completamente adecuado (5)			654501 aplicación de las medidas de bioseguridad en Centro Quirúrgico.			→	5	
	Indicadores			654502 verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados antes de la incisión.			→	5	
	192101 Conocimiento del procedimiento.	3		654503 mantener la integridad de los catéteres y las vías intravasculares.			→	5	
	192102 Conocimiento de las rutinas antes del procedimiento	3		654504 limitar y controlar la circulación de las personas en el quirófano.			→	5	
192108 Finalización de la preparación de la piel.	3		654505 mantener el quirófano limpio y ordenado para limitar la contaminación.			→	5		

Apéndice B: Guía de valoración

Valoración Por Patrones Funcionales

Datos generales:

Nombre: María Aparicio Mercado (MAM) **F. Nac:** 18/05/44 **Edad:** 76 años **Sexo:** F(x) M()
Historia CI: 6942015 **N° cama:** A21 **DNI:** 06942015 **Teléfono:** -----
Procedencia: Admisión () Emergencia (x) Consulta. Ext. () Otros ()
Peso: 48.100 Kg. **Talla:** 1.45 mts. **PA:** 120/80 mmHg **FC:** 68 x' **FR:** 22 x' **T°:** 38°axilar
Fuente de información: Paciente y Familiar: sobrina.
Motivo de Ingreso: Dolor abdominal, náuseas, obstrucción intestinal.
Médico: Huillca Nuñez, Lisbeth
F. Ingreso: 11/01/2021 **Hora:** 4:37 pm **F. Valoración:** 11/01/2021 **grado de Dependencia (II)**
Persona responsable: Rosangel Chang (sobrina)
Cirujano responsable: Huillca Nuñez, Lisbeth **Ayudante:** Dr. Escobedo
Cirugía propuesta: Laparotomía exploradora. **Cirugía Realizada:** Laparotomía exploradora + liberación de bridas y adherencias + lavado en cavidad
Esterilidad de materiales: Si (x) No ()
Enf. Instrumentista I: Lic. Cáceres **Enf. Instrumentista II:** Lic Rojas **Tec. De Enf:** ----
Bioseguridad: Si (x) No ()
H. Ingreso: 11:45 pm **Inicio de Anestesia:** 12:04 am **Inicio de cirugía:** 12:25 am
Fin de cirugía: 1:15 am **H. Salida:** 1:30 am
Pulsera de Identificación: Si (x) No ()

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:
HTA (x) DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma ()
COVID () Cáncer (x)
Otros: _____
Intervenciones Qx: Mastectomía radical de mama hace 40 años, Colelap hace 3 meses.
Alergias y Otras Reacciones: Yodo povidona ()
Medicamentos (x) Látex () Clorhexidina() Especificar:
Sulfas, Sal de Andrews _____
Estado de Higiene: Bueno () Regular (x) Malo ()
Limpieza: Baño () Baño medicado: Cuerpo () Cabello ()
Tricotomía de zona operatoria: Previo () SOP ()
Uñas: Sin esmalte (x)
Objetos de valor: Lentes de contacto: () Joyas: _____
Prótesis dental: Móvil (x) Fija ()
Factores de Riesgo:
Bajo Peso: Si () No ()
Consumo de: Tabaco ()
Drogas ()
Alcohol ()
Hospitalizaciones Previas: Si () No (x)
Descripción: _____
Consumo de Medicamentos Prescritos: Si (x) No ()
Especificar: Losartan 50
mg _____

PATRON VALORES-CREENCIAS

Religión: Católica
Restricción Religiosa: _____
Persona responsable solicita visita de capellán/líder religioso: SI ()
NO (x)

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO / TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Reactividad: Activo (x) Hipo activo () Hiperactivo ()
Estado Emocional:
Temor a lo desconocido (x)
Temor a la anestesia(x)
Temor al dolor o a una analgesia post operatoria no adecuada (x)
Temor a la muerte (x)
Temor a la separación (x)
Temor a la alteración de los patrones de la vida (x)
Temor a la mutilación o pérdida de una parte del cuerpo (x)
Tranquilo () Ansioso (x) Irritable () Negativo ()
Indiferente () Intranquilo () Agresivo ()
Llanto: Si () No (x)
Comentarios: _____
Reacción frente a la enfermedad paciente y familia:
Ansiedad (x) Indiferencia () Rechazo ()
Comentarios: _____

PATRON DESCANSO-SUEÑO

¿Usa algún medicamento para dormir? SI () NO (x)
Especificar: Alterado por el dolor.

Requerimiento de hemoderivados: _____

PATRON RELACIONES-ROL

Ocupación: Ama de casa. _____
 ¿Con quién vive?: con dos hermanas
 Estado civil: soltera
 Fuentes de apoyo: _____
 Persona responsable: Rosangel Chang
 N° de contacto de persona responsable: _____

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Nivel de Conciencia: Orientado (x) Alerta (x) Despierto (x)

Somnoliento () Confuso () Irritable ()

Estupor () Coma ()

Comentarios: _____

Escala de Glasgow:

15/15

Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta verbal
Espontánea	4	Esponánea, normal
A la voz	3	Localiza al tacto
Al dolor	2	Localiza al dolor
Ninguna	1	Decorticación
		Descerebración
		Ninguna
		Orientada
		Confusa
		Palabras inapropiadas
		Sonidos incomprensibles
		Ninguna

Pupilas: Isocóricas (x) Anisocóricas () Reactivas ()

No Reactivas () Fotoreactivas (x) Mióticas ()

Midriáticas ()

Tamaño: 3-4.5 mm (x) < 3 mm () > 4.5 mm ()

Foto Reactivas: Si (x) No ()

Comentarios: _____

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje ()

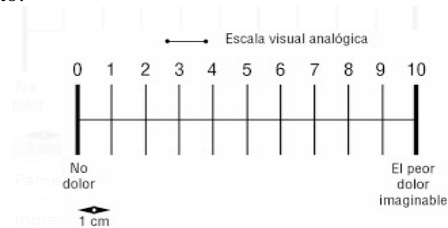
Otros: _____ Especifique:

Comentarios: _____

Dolor/molestias: No (x) Si ()

Especificar: 8

Adulto:



Escala de agitación / sedación de RICHMOND: +1

PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: 22

Amplitud: Superficial () Profunda (x) Disnea ()

Tiraje () Aleteo nasal () Apnea ()

Tos Ineficaz: Si () No (x)

Secreciones: Si () No (x) Características: _____

Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP (x)

Claros (x) Roncantes () Sibilantes () Crepitantes ()

Otros: _____

Oxigenoterapia:

Si () No (x) Modo: _____ l/min _____ FiO2 _____

Ayuda Respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica ()

Parámetros Ventilatorios: _____

Drenaje Torácico: Si () No (x) Oscila Si () No ()

Actividad Circulatoria:

FC (68) PA: (120/80)

Características: _____

Sangrado Quirúrgico: No hubo

Presencia de Líneas Invasivas:

Catéter Periférico (x) Catéter Central () Catéter Percutáneo ()

Otros: _____

Localización: MSI Fecha: 11-01.21

Capacidad de autocuidado:

0 = Independiente () **1** = Ayuda de otros (x)

2 = Ayuda del personal () **3** = Dependiente ()

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama		x		
Deambula		x		
Ir al baño / bañarse		x		
Tomar alimentos	x			
Vestirse		x		

Fuerza Muscular: Conservada (x) Disminuida ()

Movilidad de Miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios: _____

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:

Colostomía () Ileostomía ()

SNG (x) SOG () SGT () SNY ()

Comentarios: 800cc x sonda nasogástrica con retorno fecal.

Especificar Zona: _____

Malformación Oral: Si () No (x)

Especificar: _____

Cambio de peso durante los últimos días: Si (x) No ()

Especificar: Perdió 17 kilos en el último año

Apetito: Nauseas (x) Vómitos () Cantidad: _____

Características: _____

Dificultad para Deglutir: Si () No (x)

Especificar: _____

Alimentación: NPO (x) Horas de ayuno (x) 5 días

Abdomen: B/D () Distendido (x) Timpánico () Doloroso (x)

Comentarios Adicionales: _____

Herida Operatoria: Si (x) No ()

Puntos	Categorías	Descripción
+4	Combativo	Violento o combativo, con riesgo para el personal
+3	Muy agitado	Intenta arrancarse los tubos o catéteres o es agresivo con el personal
+2	Agitado	Movimientos descoordinados o desadaptación del respirador
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0	Alerta y tranquilo	
-1	Somnoliento	Tendencia al sueño, pero es capaz de estar más de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-2	Sedación ligera	Menos de 10 segundos despierto (apertura de ojos) a la llamada
-3	Sedación moderada	Movimientos (sin apertura de ojos) a la llamada
-4	Sedación profunda	No responde a la voz, pero se mueve o abre los ojos, al estímulo físico
-5	No estimulable	Sin respuesta a la voz o el estímulo físico

Escala de ALDRETE: 10 a las 2 horas

Categoría	Ítems	Puntos						
Actividad motora	Possibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2						
	Possibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1						
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0						
Respiración	Possibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2						
	Disnea o respiración limitada	1						
	Sin respuesta	0						
Circulación	Presión arterial = 20% del nivel preanestésico	2						
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1						
	Presión arterial = al 50% del valor preanestésico	0						
Consciencia	Plenamente despierto	2						
	Responde cuando se le llama	1						
	Sin respuesta	0						
Color	Rosado	2						
	Pálido	1						
	Cianótico	0						
	Admisión	5'	15'	30'	45'	60'	...'	Alta
Puntuación								

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal (x) Pálida () Cianótica () Ictérica ()
 Hidratación: Seca (x) Turgente ()
 Integridad: Intacta (x) Lesiones ()
 Mucosas orales: Intacta (x) Lesiones ()
 Estado de nutrición: Normal (x) Desnutrición () Obesidad ()
 Termorregulación: Temperatura: 37°C _____
 Edema: Sí () No (x) + () ++ () +++ ()

Ubicación: abdomen Características: cicatrizadas

Apósitos y Gasas: Secos (x) Húmedos ()

Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()

Observaciones: _____

Drenaje: Si () No (x)

Tipo: _____ Características de las Secreciones:

Vesical:

Micción Espontánea: Si () No ()

Enuresis () Anuria () Oliguria ()

Sistema de ayuda:

Sonda Vesical (x) 210 cc intraoperatorio Colector Urinario () Pañal ()

Fecha de Colocación: 11.01.21

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en Genitales: Si () No (x)

FUR hace 30 años

Otras Molestias: _____

Problemas de Identidad: Si () No (x)

Cambios Físicos: Si (x) No () Pérdida de peso

Tratamiento médico actual: Losartan

Medicamento Profiláctico para SOP: Ceftriaxona 1Gr. Ev

Observaciones: _____

Nombre de la enfermera:

Firma: Lic. Rosangel Chang Aparicio

CEP: 31225

Fecha: 11.01.21

Apéndice C: 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 paciente con diagnóstico médico Obstrucción Intestinal de un hospital de Lima-2021". El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales MAM. Este trabajo académico está siendo realizado por las Licenciadas Chang Aparicio, Rosangel y Condori Ruiz, Vivian, bajo la asesoría de la Dra. Yyyy xxxx zzzzz. 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 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.

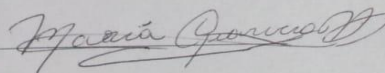
Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: María Aparicio Mercado.

DNI: 05942015

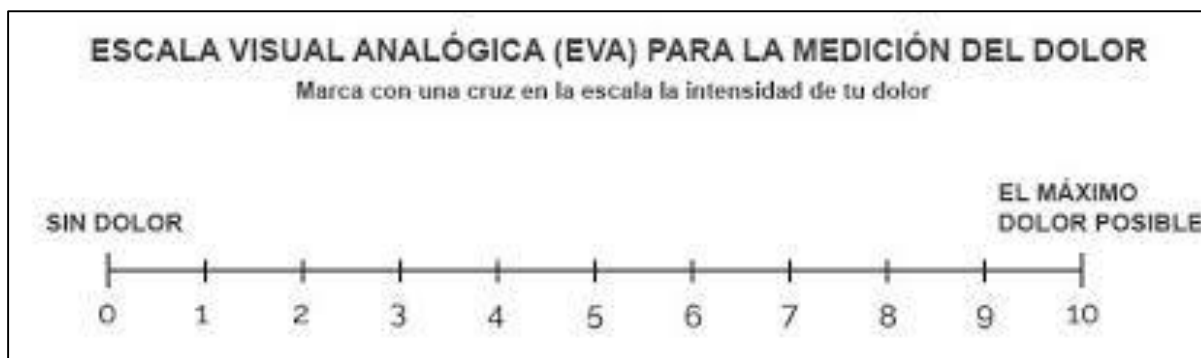
Fecha: 25 de marzo del 2021

Firma:



Apéndice D: Escalas de valoración

Escala del dolor



Escala de Glasgow

Apertura ocular		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Espontánea	4	Espontánea, normal	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		

Escala de grado de dependencia

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama	x			
Deambula		x		
Ir al baño / bañarse		x		
Tomar alimentos	x			
Vestirse		x		