



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO
PACIENTE CON VOLVULO SIGMOIDES - HOSPITAL
RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI - 2023

PRESENTADO POR:
LUCIA HILDA ROJAS GALLEGOS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

JULIACA – PERÚ
2024



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
TRABAJO ACADÉMICO
PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO
PACIENTE CON VOLVULO SIGMOIDES - HOSPITAL
RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI - 2023

PRESENTADO POR:

LUCIA HILDA ROJAS GALLEGOS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN CUIDADO ENFERMERO
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

APROBADA POR:

PRESIDENTE

:


Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°162 - 2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 19 de junio del 2024

VISTO:

El Expediente N° 2024-05887, de la Egresado (a) **ROJAS GALLEGOS LUCIA HILDA**, con DNI N° 01230692 y Código N° 1410233033, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, de la Filial Puno, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** de la Filial Puno, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los **miembros de Jurado** que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) **ROJAS GALLEGOS LUCIA HILDA**, con DNI N° 01230692 y Código N° 1410233033, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, de la Filial Puno, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Primer Miembro	:	Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
Segundo Miembro	:	Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

SEGUNDO. - DETERMINAR que **LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO** se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Fecha	:	Viernes, 21 de junio del 2024
Hora	:	09:00 a.m.
Lugar	:	Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

[Signature]
Dra. Leopoldina Wenzel Pacheco Condori Carr
DIRECTOR (e)



PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APPLICADO EN UN PACIENTE CON VOLVULO SIGMOIDES - HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI - 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	9%
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
5	www.repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	1library.co Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD UNAD	<1%



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
<p>PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO PACIENTE CON VOLVULO SIGMOIDES - HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI - 2023</p>	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	LUCIA HILDA ROJAS GALLEGOS
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01230692
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-1171-8913
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	No aplica
URL de ORCID	No aplica
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6401-9470
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7619-9592



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8164-4833
Datos de investigación	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI País: Perú Departamento: Puno Provincia: Chucuito Distrito: Juli -16.20887, -69.45745 https://maps.app.goo.gl/GRsH81saKXPwnyHT7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2024
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la salud https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 - Librería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03



UNIVERSIDAD NACIONAL VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Segundo Ortiz Cansaya
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo LUCIA HILDA ROJAS GALLEGOS, identificado con DNI Nro. 01230692 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

EN ENFERMERIA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

" PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA APLICADO PACIENTE CON VOLVULO SIGMOIDES - HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES DE JULI - 2023 "

Asesorado por: _____

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 10 de setiembre del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios por su generosidad ilimitada y cariño inquebrantable, así como por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, por brindarme salud, paciencia y el intelecto para lograr mi objetivo.

A mi amada hija Yessica, quien ha sido un pilar esencial, por ayudarme a cumplir mi ansiado objetivo, por ser mi fuente de amor y para que ella pueda considerarme un modelo a seguir.



AGRADECIMIENTO

Un sincero reconocimiento y agradecimiento a la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y a mis estimados docentes por posibilitar mi formación profesional en la Especialidad en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres.



ÍNDICE

DEDICATORIA
 AGRADECIMIENTO.....
 RESUMEN.....vii
 ABSTRACTviii
 INTRODUCCIÓN ix
 OBJETIVOS xi

CAPITULO I

VALORACIÓN

1.1 Datos De Afiliación 1
 1.2 Motivo De Consulta 1
 1.3 Enfermedad Actual 2
 1.4 Antecedentes..... 2
 1.5 Examen Físico 3
 1.6 Diagnostico Médico 5
 1.7 Tratamiento Médico 5
 1.8 Evolución De La Enfermedad..... 6
 1.9 Valoración Según Modelo De Clasificación De Dominios Y Clases 6
 1.10 Esquema De Valoración Del Paciente 7

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1 Listado De Diagnósticos Significativos..... 9
 2.2 Diagnóstico De Enfermería Según Análisis De Datos Significativos 9

CAPITULO III

PLANIFICACIÓN

3.1 Priorización De Diagósticos De Enfermería 11
 3.2 Establecimientos De Objetivos..... 11



CAPÍTULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1 Registro De Enfermería: Soapie 19
4.2 Registro De Enfermería: Soapie 21

CAPITULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Volvulo Sigmoides 23
5.1. Definición 23
5.2. Síntomas Y Signos 24
5.3. Etiología 24
5.4. Obstrucción Del Intestino Delgado 24
5.5. Obstaculización Del Intestino-Grueso 25
5.6. Obstaculización De Los Intestinos 25
5.7. Evaluación E Identificación De Obstrucción Intestinal 26
5.8. Tratamientos De Las Obstaculizaciones Intestinales Aguda 27
5.9. Manipulación De La Obstaculización De Intestinos Malignas/Crónicas.. 28

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA



RESUMEN

El presente trabajo académico tuvo como objetivo valorar las intervenciones del cuidado de enfermería a paciente con vólvulo sigmoides en el Servicio de Emergencia. El capítulo I desarrolló la valoración del paciente, el capítulo II se centró en el diagnóstico de enfermería, el capítulo III indicó la planificación, en cuanto al capítulo IV desarrollo la ejecución y evaluación del paciente y finalmente el capítulo V presentó la fundamentación teórica de la obstrucción intestinal. Se concluyó que la intervención debe ser inmediata, abordando al paciente desde un enfoque bio-psico-social y utilizando el proceso de enfermería como una herramienta científica clave para optimizar los resultados clínicos.

Palabras claves: *Proceso del cuidado de enfermería, vólvulo sigmoides, emergencias y desastres.*



ABSTRACT

The purpose of this academic work was to assess nursing care interventions for patients with sigmoid volvulus in the Emergency Department. Chapter I developed the patient's assessment, Chapter II focused on the nursing diagnosis, Chapter III indicated the planning, Chapter IV developed the execution and evaluation of the patient and finally Chapter V presented the theoretical foundation of intestinal obstruction. It is concluded that the intervention should be immediate, addressing the patient from a bio-psycho-social perspective and using the nursing process as a key scientific tool to optimize clinical results.

Keywords: *Nursing care process, sigmoid volvulus, emergencies and disasters.*



INTRODUCCIÓN

El vólvulo sigmoideo es una patología que es frecuente en nuestro medio, siendo más frecuente en varones adulto mayor, la oclusión vascular mesentérica temprana y el bloqueo de la luz intestinal son síntomas típicos del vólvulo sigmoideo (1). Aproximadamente el 8% de las obstrucciones intestinales son causadas por vólvulo sigmoideo. Debido a la alta incidencia de necrosis y perforación intestinal, es una emergencia médica. (2)

Aproximadamente el 25% de las visitas a urgencias incluyen una obstrucción intestinal aguda. En el mundo occidental, el vólvulo sigmoideo ocupa el tercer lugar, detrás del cáncer colorrectal y la diverticulitis, como causa de obstrucción del intestino grueso.

Este es el tipo más común de vólvulo en general y ocurre entre el 60% y el 75% de los casos. Le siguen el vólvulo del ciego, que ocurre en 25 a 40% de los casos, el vólvulo del colon transverso, que ocurre en 1 a 4% de los casos, y el ángulo esplénico del colon transverso, que ocurre en 1% de los casos. Dentro del "Cinturón de vólvulo", que incluye América Latina, África, Europa del Este, Escandinavia, Rusia, India y Pakistán, se encuentran las regiones con mayor ocurrencia (3) (4) (5) (6).

Debido a este contexto, se llevó a cabo el presente trabajo académico de proceso de enfermería. En el Capítulo I, se desarrolló la VALORACIÓN del Paciente, tomando en cuenta la historia clínica y la valoración según el modelo de clasificación de dominios y clases. El Capítulo II se centró en el DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, basándose en el listado de hallazgos significativos del paciente y priorizando las necesidades afectadas.



En el Capítulo III, se indicó la PLANIFICACIÓN, realizada con base en la información obtenida y orientada a satisfacer las necesidades afectadas. En el Capítulo IV, se desarrolla la EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN, correspondiente al cumplimiento y registro del S.O.A.P.I.E. durante el período de permanencia del paciente en el área de emergencia. Finalmente, en el Capítulo V, se presentó la FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA de la obstrucción intestinal. Además, se incluyeron las conclusiones y recomendaciones sobre el tema.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Valorar las intervenciones del cuidado de enfermería a paciente con vólvulo sigmoides en el Servicio de Emergencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar al paciente con vólvulo sigmoides en el Servicio de Emergencia, identificando datos significativos.
- Identificar los diagnósticos de enfermería del paciente con vólvulo sigmoides en el Servicio de Emergencia
- Planificar las intervenciones de la enfermera en el paciente con vólvulo sigmoides
- Ejecutar el Plan de intervención de la enfermera en el paciente con vólvulo sigmoides en el Servicio de Emergencia
- Evaluar la intervención de la enfermera en el paciente con vólvulo sigmoides en el Servicio de Emergencia.



CAPITULO I

VALORACIÓN

1.1 DATOS DE AFILIACIÓN

- NOMBRES : P.A.B.
- EDAD : 27 años
- SEXO : Masculino
- LUGAR DE NACIMIENTO : Desaguadero
- RAZA : Mestiza
- DOMICILIO : Molino con Vilcallani
- PROCEDENCIA : Juli
- N° DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA : 02
- NIVEL DE INSTRUCCIÓN : Secundaria incompleta
- OCUPACIÓN : Agricultor
- IDIOMA : Castellano - aymara
- RELIGIÓN : Católica
- H. CI : 2688

1.2 MOTIVO DE CONSULTA

Usuario ingresó al servicio de emergencia en compañía de su madre por cuadro clínico especificado por dolores abdominales que empieza en epigastrio y avanza a la fosa iliaca derecha, además nauseas que llegan al vómito, abdomen valonado no expulsa gases.



1.3 ENFERMEDAD ACTUAL

Usuario de sexo masculino, presenta abdomen valonado no expulsa gases

1.4 ANTECEDENTES

- **Patológicos:**

- Paciente que refiere como antecedentes epilepsia.

- **Antecedentes familiares:**

- Padres vivos.

- **Costumbres y creencias:**

- Manifiesta que cree en la Pachamama.

- **Hábitos nocivos:**

- No presenta, debido a que sufre de convulsiones

- **Antecedentes socioeconómicos:**

- **Integrantes de la familia** : Uno

- **Tipo de familia** : Familia

- **Datos de la vivienda:**

- **Tipo** : Unifamiliar.

- **Tenencia** : Propia.

- **Agua** : Agua Potable.

- **Eliminación de excretas** : Relleno sanitario.

- **Energía eléctrica** : Luz pública y domiciliaria.

- **Material de la vivienda** : Adobe.

- **Número de ambientes** : Cuentan con dormitorios, cocina, baño

- **Disposición de residuos sólidos:** Se realiza en tacho.

- **Servicios básicos:** Vivienda posee el servicio básico.

- **Ingreso económico familiar:** Se origina de la madre que cuenta con su tienda en casa.



1.5 EXAMEN FÍSICO

- **Aspecto General:**

- **E. General** : M.E.G
- **E. Nutricional** : Adecuado
- **E. de Hidratación** : Lengua seca saburril.

- **Funciones Vitales**

- **Temperatura** : T. axilar de 38, °C
- **Presión arterial** : 110/70 mm-Hg.
- **Frecuencia cardiaca** : 75 X'
- **Frecuencia respiratoria** : 24 X'
- **Saturación del oxígeno** : 85%

- **Medidas Antropométricas**

- **Peso** : 65 Kg.
- **Talla** : 1.64 cm.
- **Cabeza** : Normocéfalo
- **Ojos** : Simétricos, cejas y pestañas bien posicionadas
- **Boca** : Labios secos.
- **Fosas Nasales** : Simétricas, mucosas orales secas.
- **Cuello** : Cilíndrico corto no presencia de adenopatías
- **Tórax y Pulmones** : Sin particularidades.

- **Exploración Física Céfalocaudal**

- **Abdomen** : Doloroso, distendido no depresible.
- **Extremidades** : Simétricas, móviles
- **Sistema Nervioso** : No signos de alteración, siempre y cuando

no sufra de convulsión.



EXAMENES AUXILIARES

Hemograma completo.

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR REGULAR	INTERPRETACIÓN
Leucocitos	12,000 / mm ³	5,000-10,000/Mm ³	Elevado, presencia de infección
Plaquetas	380.000/mm ³	150-300,000/Mm ³	Esta muy elevado
Neutrófilos	79%	30-70%	Esta muy elevado
Abastoados	01%	0.5 %	Parámetros normales
Segmentados	79%	55 - 70%	Esta muy elevado
Eosinófilos	03%	0.5 - 4%	Dentro de lo normal
Basófilos	00%	0-2%	Parámetro normal
Linfocitos	16%	11-23%	Esta en los parámetros normales
Monocitos	0.1%	0-0.8%	Parámetro normal
Hematíes	6050,000/mm ³	Mujeres: 4,4-5,000/Mm ³ Varon:4.5-5,000/Mm ³	Dentro de lo normal
Hemograma	14.0 gr%	Mujer:12,1-15,1gr% Varón: 13.8-17.2gr%	Dentro de valores normales
Hematocrito	55.0cc	40-50cc	Está un poco elevado
Grupo Sanguíneo	"O"	O,A,Ab,B	Tiene grupo O que puede recibir de todos los grupos
Factor Rh	Positivo	(+) (-)	
Otros: Hemoglobina	18.3gr%	Mujeres:12-16gr/DI Varones:14-18gr/DI	Está un poco subido



1.6 DIAGNOSTICO MÉDICO

Vólvulo sigmoides.

1.7 TRATAMIENTO MÉDICO

TRATAMIENTO	DOSIS	ACCION FARMACOLOGICA
NPO más SNG		
Cloruro de sodio 9%	1000 cc xxx gts x'	Los suplementos de electrolitos los proporciona el cloruro de sodio. El sodio, el catión principal del líquido extracelular, regula la presión osmótica, el equilibrio electrolítico y la distribución del agua en los fluidos corporales.
Ceftriaxona	2gm c/24 hrs EV	La ceftriaxona es un antibiótico de la clase de las cefalosporinas de tercera generación. Su acción es prolongada y es administrado por vía parenteral.
Metronidazol	500mg c/8 hrs EV	Antibacteriano - Anti protozario. En caso de trichomonas vaginales y entamoeba histolytica, inhibe directamente el crecimiento y la reproducción de ambas especies.
Ranitidina	50 mgc/ 8 hrs EV	Bloquea de forma reversible y competitiva el efecto de la histamina sobre los receptores H2 en las células parietales del tracto gastrointestinal.
Ketorolaco	60mg c/8 hrs EV	Es un analgésico del grupo de los antiinflamatorios no esteroides (AINE).



1.8 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Usuario que desde un día y medio progresivamente se le está hinchando el abdomen, indica que una noche antes comió caldo de cebada frio y de ahí está mal, presencia de náuseas que llega al vómito alimenticio.

1.9 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

• DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Usuario preocupado por su enfermedad actual, más que padece de convulsiones, regular estado de higiene

• DOMINIO II: NUTRICIÓN

El estado de nutrición normal, indica que su consumo es de tres comidas diarias a base de arroz, quinua, trigo, cebada, verduras y fruta de vez en cuando.

• DOMINIO III: ELIMINACIÓN

Paciente que no puede eliminar deposiciones y gases, orina colurica en escasa cantidad.

• DOMINIO IV: ACTIVIDAD/ REPOSO

Paciente indica que no puede dormir por el dolor abdominal, no puede estar echado, descansa semisentado.

Paciente tiene limitaciones del movimiento debido a abdomen valonado.

• DOMINIO V: AUTOPERCEPCIÓN

Paciente orientado en tiempo espacio persona, responde a interrogatorio realizado.



- **DOMINIO VII: ROL/RELACIONES**

Paciente tiene buenas relaciones personales con su entorno, vive con su mamá, de la cual recibe su apoyo por presentar convulsiones

- **DOMINIO VIII: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN**

Paciente es soltero, manifiesta que tiene temor debido a que sufre de epilepsia.

- **DOMINIO IX: TOLERANCIA Y AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS**

Se encuentra intranquilo, preocupado por el estado de su salud.

- **DOMINIO X: VALORES Y CREENCIAS**

Paciente es de religión católica, sin restricción alguna.

- **DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

Con la enfermedad actual se siente seguro que va a salir bien, de su otra enfermedad convulsiones en una oportunidad sufrió mordedura de su lengua.

- **DOMINIO XII: CONFORT**

Paciente se encuentra en emergencia, observación hospitalizada, realizándosele la preparación física y psicológica para que sea intervenido quirúrgicamente.

1.10 ESQUEMA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

Nombre de la paciente: P. A.B

Edad de la paciente: 27 Años

DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEORICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
Familiar del usuario indica que su hijo sufre	DOMINIO XII: CONFORT	Es una molestia transitoria que desaparece	Paciente se retuerce de dolor, indica	Dolor está relacionado con el abdomen



de convulsiones pero que refiere dolor abdominal no aguanta ese dolor	<p>CLASE 1: Confort físico.</p> <p>CÓDIGO: 00132</p>	rápidamente y puede ser sorda o áspera, leve o intensa. Puede desaparecer en unas horas o unas semanas durante la fase de curación típica. (10)	que no puede aguantar pide que lo operen.	valonado por la presencia de gases y heces que no puede expulsar.
Paciente varón intranquilo porque su abdomen esta valonado desde hace dos días presenta dificultad para hacer deposiciones, y votar gases	<p>DOMINIO III: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO</p> <p>CLASE 2: Función gastrointestinal.</p> <p>CODIGO: 00196</p>	La función principal del tracto gastrointestinal es actuar como un conducto para la absorción del agua y nutrientes. Para lograr este propósito, los alimentos se combinan con una variedad de secreciones del sistema gastrointestinal y los órganos que drenan en él. (11)	Paciente manifiesta que no puede hacer deposición ni eliminar gases	Estilos de vida M/P ausencia de los ruidos intestinales.



CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1 LISTADO DE DIAGNÓSTICOS SIGNIFICATIVOS

- Dolores abdominales.
- Función gastrointestinal inadecuada.
- Deshidratación.

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS

- **DOMINIO XII: CONFORT**

CLASE 1: Lesión física

CODIGO: 00132

Dolores agudos R/C enfermedad aguda M/P informe verbal del paciente

- **DOMINIO II: NUTRICIÓN.**

CLASE 5: Hidratación.

CÓDIGO: 00195

Riesgos de desequilibrios electrolito. R/C vómitos

- **DOMINIO III: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO**

DOMINIO 3: Supresión e intercambio.

CLASE 2: Función gastrointestinal.

CÓDIGO:00196.

Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C estilos de vida M/P ausencia de los ruidos intestinales.



ESQUEMA DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	DOMINIO	CLASE	CODIGO DEL DIAGNOSTICO	FACTOR RELACIONADO
Malestar agudo	DOMINIO XII CONFORT	CLASE 1. Lesión física	CODIGO: 00132	Malestar agudo R/C enfermedad aguda M/P referencia verbal del usuario
2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	DOMINIO	CLASE	CODIGO DEL DIAGNOSTICO	FACTOR RELACIONADO
Hidratación	DOMINIO II NUTRICIÓN	CLASE 5: hidratación.	CÓDIGO: 00195	Riesgo de desequilibrio electrolito. R/C vómitos
3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	DOMINIO	CLASE	CODIGO DEL DIAG.	FACTOR RELACIONADO
Motilidad gastrointestinal disfuncional	DOMINIO: III ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	CLASE 2: función gastrointestinal	CÓDIGO: 00196.	Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C estilos de vida M/P ausencia de los ruidos intestinales



CAPITULO III

PLANIFICACIÓN

3.1 PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- **DOMINIO XII: CONFORT**

CLASE 1: Lesión física

CODIGO: 00132

Malestar agudo R/C enfermedad aguda M/P informe verbal del paciente

- **DOMINIO II: NUTRICIÓN**

CLASE 5: Hidratación.

CÓDIGO: 00195

Riesgo de desequilibrio electrolito. R/C vómitos

- **DOMINIO III: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO**

DOMINIO 3: Supresión e intercambio

CLASE 2: Función gastrointestinal.

CÓDIGO:00196.

Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C estilos de vida M/P ausencia de los ruidos intestinales.

3.2 ESTABLECIMIENTOS DE OBJETIVOS

- **Diagnóstico de enfermería:**



Dolor agudo R/C enfermedad aguda M/P referencia verbal del paciente.

Objetivo:

Aliviar el malestar que presenta paciente por la enfermedad actual.

- **Diagnóstico de enfermería:**

Riesgo de desequilibrio electrolito. R/C vómitos

Objetivo:

Compensar al usuario de la pérdida de líquidos y electrolitos.

- **Diagnóstico de enfermería:**

Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C estilos de vida M/P ausencia de los ruidos intestinales.

Objetivo:

Colocar enema evacuante en primera instancia previo traslado a sala de operaciones



3.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Nombre de la paciente: P.A.B E d a d : 27 AÑOS Dx: Vólvulo Sigmoides

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Nº	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	BASES CIENTÍFICAS	EVALUACIÓN																																																
1	DOMINIO II: NUTRICIÓN CLASE 5: Hidratación. CÓDIGO: 00195 Riesgo de desequilibrio electrolito. R/C vómitos incapacidad para ingerir alimentos M/P por náuseas y vómitos	Código:195 SEGURIDAD DE LAS NAUSEAS Y LOS VÓMITOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>060116</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060113</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060124</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 7	INDICADORES	1	2	3	4	5	060116		X				060113			X			060124		X				Código: 4120 MANEJO DE LÍQUIDOS. - Llevar registros exhaustivos de todas las entradas y salidas. - Comprueba tu nivel de hidratación. - Vigila tus indicadores vitales. -Administre tratamientos intravenosos según las indicaciones. - Seguimiento de cómo responde el usuario al tratamiento de electrolitos recomendado. Código: 1570	Hay muchas razones para los desequilibrios electrolíticos. Entre las cuales se encuentran: la deshidratación, la fiebre, ciertas dolencias (problemas hepáticos o renales), algunos medicamentos, vómitos y diarrea. (5)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>060116</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060113</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>060124</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 7 Puntaje Diana: 18 Puntaje final: 10 18 → 100 % 10 → X = 55,55 % Puntaje no alcanzado al 100%.	INDICADORES	1	2	3	4	5	060116			X			060113				X		060124			X		
INDICADORES	1	2	3	4	5																																																
060116		X																																																			
060113			X																																																		
060124		X																																																			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																																
060116			X																																																		
060113				X																																																	
060124			X																																																		



			<p>MANEJO DE VÓMITOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifique que se hayan administrado medicamentos antieméticos eficaces para detener los vómitos. - Alinear la posición del paciente para evitar la aspiración. - Gestionar el equilibrio de electrolitos. - Gestionar las consecuencias de vomitar. 		
--	--	--	---	--	--

.. Grave.

2. Sustancial.

3. Moderado.

4. Leve.

5. Ninguno.



3.4. ESQUEMA DE PLANIFICACION

Nombre de la paciente: P.A..B Edad : 27 Años Dx : Vólvulo sigmoides

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nº	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	BASES CIENTÍFICAS	EVALUACIÓN																																																												
2	<p>DOMÍNIO 12: CONFORT</p> <p>CLASE 1: Confort/físico Código: 00132</p> <p>DOLOR AGUDO Dolor agudo R/C agente lesivo físico: Dolor abdominal</p>	<p>Código: 0404</p> <p>PERFUSIÓN TISULAR, ÓRGANOS ABDOMINALES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040408</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040410</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040417</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040427</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntaje basal: 8</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	040408	X					040410		X				040417			X			040427		X				<p>Código: 2930</p> <p>PREPARACIÓN QUIRÚRGICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Averiguar qué tan nervioso o asustado está el paciente por la cirugía. - Verificar si el paciente está siguiendo una dieta estricta adecuada. - Verificar que el paciente tenga anamnesis en su historia clínica. - Confirme que se haya completado un formulario de permiso quirúrgico. 	<p>Tu cuerpo utiliza el dolor agudo como señal de advertencia de que ha sido herido o de que pudiste haber reaccionado de forma exagerada. Es una alerta que le aconseja detenerse, reducir la velocidad y realizar las correcciones necesarias. (6)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040408</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040410</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040417</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040427</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>- Puntaje basal: 8 Puntaje Diana: 17 Puntaje final: 9</p> <p>17 → 100 % 9 → X</p> <p>= 52,94 %</p> <p>Puntaje no alcanzado al 100%.</p>	INDICADORES	1	2	3	4	5	040408	X					040410		X				040417			X			040427		X			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																																												
040408	X																																																																
040410		X																																																															
040417			X																																																														
040427		X																																																															
INDICADORES	1	2	3	4	5																																																												
040408	X																																																																
040410		X																																																															
040417			X																																																														
040427		X																																																															



			<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar que la historia clínica contenga un registro de los hallazgos de laboratorio y pruebas diagnósticas. - Confirmar que se ha realizado un electrocardiograma. - Quitarte todas tus joyas. - Quitarte el esmalte, el maquillaje y otros cosméticos. - Retirar prótesis dentales, o dientes postizos. - Registrar y realizar un seguimiento de los regímenes farmacológicos preoperatorios. - Según las indicaciones, iniciar el tratamiento intravenoso. - Llevar al paciente al quirófano con los insumos y medicamentos necesarios. 		
--	--	--	---	--	--



			<ul style="list-style-type: none"> - Realizar rasurado quirúrgico (irrigación, enema y lavado aséptico). - Verificar que el paciente esté vestido adecuadamente de acuerdo con las pautas del centro. - Después de la cirugía, prepare la habitación para el regreso del paciente. 		
--	--	--	---	--	--

1. Siempre demostrado 2 Frecuentemente demostrado 3. A veces demostrado 4. Raramente demostrado 5. Nunca demostrado



3.5. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Nombre de la paciente: P.A.B. Edad de la paciente: 27 Años Dx : Vólvulo Sigmoides

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Nº	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	BASES CIENTÍFICAS	EVALUACIÓN																																																
3	DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO CLASE 2: Función gastrointestinal. CODIGO: 00196 Motilidad disfuncional gastrointestinal R/C estilos de vida M/P ausencia de los ruidos intestinales	Código: 1902 <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>184204</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>180706</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>184207</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 4	INDICADORES	1	2	3	4	5	184204	X					180706	X					184207		X				Código: 6545 CONTROL DE INFECCIONES ACTIVIDADES: - Llevar al paciente a cumplir con indicación médica de Rx de abdomen - Colocar enema evacuante. - Esperar resultado - Preparar al paciente para su intervención quirúrgica -	Secreción y excreción de los productos de desecho del organismo eliminación e intercambio	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>184204</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>180706</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>184207</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 4 Puntaje Diana: 12 Puntaje final: 8 12 —————> 100 % 8 —————> X = 66,66 %	INDICADORES	1	2	3	4	5	184204			X			180706		X				184207			X		
INDICADORES	1	2	3	4	5																																																
184204	X																																																				
180706	X																																																				
184207		X																																																			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																																
184204			X																																																		
180706		X																																																			
184207			X																																																		

1. Ninguna información. 2. Información escasa. 3. Información moderada. 4. Información sustancial. 5. Información extensa



CAPÍTULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE

SOAPIE

Fecha: 25/04/2023

Hora: 12:50 a.m.

Edad: 27 años.

- S** Usuario indica dolor en el estómago, refiere: “ya no aguanto”, va al servicio higiénico y no puede hacer su necesidad.
- O** Ingresa al servicio de emergencia de forma ambulatoria acompañado de un familiar, con síntomas de vómito y retorciéndose. Se le observa pálido, quejumbroso, mucosa oral deshidratado, con vías aéreas permeables, escasa secreción nasal, abdomen distendido a la palpación, con dolor y ruidos hidroaéreos ausentes. Con funciones vitales:

T°: 38°C

P.A: 120/90 mm Hg

FC: 87 X'

Saturación: 96%



A: Malestar agudo R/C enfermedad aguda M /P referencia verbal del paciente.

P: Revertir el dolor agudo mediante una intervención quirúrgica.

Control del dolor, el paciente lograra disminuir su dolor hasta poder ser intervenido en sala.

Paciente refiere los síntomas incontrolables.

Se realiza control y monitoreo de vía parenteral.

I: Manejo del dolor

Actividades:

- Asegúrese de que se atienda al usuario con asistencia médica.
- Proporcionar información sobre el dolor, incluidas sus causas y manifestaciones.
- Asegurar la analgesia hasta que se realice el procedimiento.
- Informe al médico si las precauciones no dan resultado antes de someterse a la cirugía.

E: Paciente se traslada a sala de operaciones.

Lic. Enf. Lucia Hilda Rojas Gallegos

C.E.P. N° 16806



4.2 REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE

SOAPIE

Fecha: 25/04/2023

Hora: 12:50 a.m.

S: Usuario ha referido: Tengo mucho dolor en la barriga, se me ha hinchado, no puedo eliminar mis gases y estoy vomitando hace 8 horas. Informa que los vómitos eran de contenido alimenticio.

O: Usuario adulto hombre de una edad de 27 años, ingresó a emergencias, es traído por un familiar. Enfermera de turno recepciona al paciente, observa que presenta facies de dolor, mucosas orales secas. Por indicación médica, se coloca vía periférica continua en miembro superior izquierdo, filtrando cloruro de sodio a XXX gotas. Tórax simétrico con movimientos respiratorios mejorados, cuello cilíndrico móvil libre de nódulos o rigidez en el cuello, abdomen a la palpación, presenta dolor a la descompresión en hipocondrio izquierdo, con presencia de ruidos hidroaéreos ausentes, presenta sonda vesical sin contenido, miembros inferiores presenta vendaje respectivo. Con funciones vitales de:

P.A: 120/90 mm Hg

FC: 87 X'

FR: 24X'

T°: 38 °C

SpO2: 82%

FC: 87



- A:** Amenaza de desequilibrio electrolito. R/C vómitos.
- P:** Usuario disminuirá su déficit de líquidos en su organismo.
- I:** Administración de líquidos hidroelectrolíticos vía periférica.
- E:** Paciente se encuentra en la camilla de sala de operaciones listo para ser intervenido por vólvulo sigmoides.

Lic. Enf. Lucia Hilda Rojas Gallegos

C.E.P. N° 16806



CAPITULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

VOLVULO SIGMOIDES

5.1. Definición

Según los autores, el abdomen-agudo es un síndrome con numerosas etiologías que se define por fuertes molestias estomacales y un deterioro de la salud general del paciente.

Un efecto secundario peligroso que podría conducir a un bloqueo y oclusión-vascular-mesentérica temprana del colon es el vólvulo sigmoideo. Esta obstaculización puede reducir el suministro de sangre al colon, aumentando el riesgo de necrosis, hipoxia e isquemia tisular. Pueden surgir consecuencias graves, como perforación de colon y peritonitis, si la obstrucción y la isquemia no se abordan con prontitud.

Por lo tanto, es imperativo que quienes presenten síntomas de vólvulo sigmoideo busquen asistencia médica inmediata. En estas situaciones, un tratamiento rápido y eficaz puede reducir las posibilidades de muerte y ayudar a evitar consecuencias importantes. Es fundamental destacar que la clave para tratar con éxito el vólvulo sigmoideo es el descubrimiento temprano y el diagnóstico preciso (7).



5.2. Síntomas y signos

- Distensión severa y malestar en el abdomen. Inicialmente se manifiesta como calambres, pero gradualmente se vuelve persistente en toda la región del vólvulo a medida que surgen signos de deterioro vascular.
- La falta de evacuación de gases y excrementos.
- Distensión asimétrica con timpanismo notorio cuando se combinan auscultación y percusión.
- Edema de las mucosas y estómago vacío. (8)

5.3. Etiología

Cuerpos extraños, cálculo biliar y/o meconio son ejemplos de obstaculizaciones intraluminales. Tumor, afección de Crohn o los hematomas, son ejemplos de obstaculizaciones extramurales.

Las adherencias, las hernias o los carcinomas son ejemplos de obstrucciones extrínsecas. Se puede conceptualizar una obstrucción intestinal en función de sus relaciones anatómicas con las paredes intestinales.

5.4. Obstrucción del intestino delgado

Las siguientes son algunas razones comunes de obstrucción del intestino delgado:

- Adherencias de cirugías anteriores.
- Hernias que contienen intestino.
- Afección de Crohn.
- Neoplasia benigna y/o maligna.
- Torsión.
- Cuerpos inusuales.



5.5. Obstaculización del intestino-grueso

La obstaculización del intestino puede ser originada por:

- Tumor benignos o malignos.
- Hernias.
- Torsiones.
- Heces con consistencia dura.
- Enfermedad diverticular y otras afecciones.

5.6. Obstaculización de los intestinos

Las cuatro categorías de impedimento son las siguientes:

1. Simple.
2. En asa cerrada.
3. Estrangulada.
4. Encarcelada.

Una sola obstrucción se conoce como obstrucción simple, pero una obstrucción de circuito cerrado tiene dos obstrucciones. Cuando el intestino se enrolla sobre sí mismo, puede bloquear la parte que está encima y aislar la porción que forma un bucle.

Esta condición se conoce como obstrucción de circuito cerrado. Fluye menos sangre al intestino cuando hay una obstrucción estrangulada, lo que puede provocar una obstrucción aprisionada y necrosis intestinal si no se trata.

Es posible que el mecanismo de bloqueo sea o no mecánico.

5.6.1 Factores mecánicos

Son todos aquellos que provocan una reducción de la luz intestinal, como:

- Inflamación o traumatismo gastrointestinal.



- Neoplasias.
- Adherencias.
- Hernias.
- Vólvulo.
- Compresión del tracto interno desde el exterior.

5.6.2 Factor no mecánico

Estos incluyen afecciones que obstruyen la inervación intestinal o la función muscular como:

- Íleo paralítico.
- Un trombo o émbolo en el estómago.

El intestino-delgado representa el 80.0% de la obstrucción intestinal y el colon el 20% restante. En el íleon, las obstaculizaciones del tracto digestivo son comunes. Las adherencias o hernias suelen ser la causa de obstrucciones en el intestino delgado, mientras que los carcinomas o los vólvulos son la causa de obstrucciones en el intestino grueso. Dependiendo de si el intestino está afectado (intestino grueso o delgado), la obstrucción se manifestará de manera diferente.

5.7. Evaluación e identificación de obstrucción intestinal

Se examina al usuario para ver si experimenta vómitos, flatos o deposiciones. Para comprobar si hay desequilibrio de líquidos y electrolitos o sepsis, se realiza un hemograma completo, un análisis de electrolitos y un análisis de orina. La necrosis intestinal está indicada por un recuento elevado de leucocitos (15 000 a 20 000/mm³). Para localizar la obstrucción, es posible que se requieran radiografías del abdomen, la espalda y las piernas, además de un enema de bario.



Las series gastrointestinales superiores están contraindicadas cuando se desarrolla una obstaculización aguda, pero aún es polémica porque puede completar la obstrucción parcial o agravar la obstrucción total. Puede haber perforación intestinal si el paciente presenta shock, oliguria o deshidratación. En estos casos es necesaria atención médica urgente o cirugía. (Consulta del sumario de PDQ acerca de náusea y vómito para obtener datos acerca estreñimiento, obstrucción intestinal, vómitos y cáncer avanzado).

5.8. Tratamientos de las obstaculizaciones intestinales aguda

Se requieren exámenes serios cuidadosos en el tratamiento de los pacientes con un síntoma abdominal en desarrollo que pueden ser provocados por una obstrucción-intestinal abrupta. Los conceptos de atención complementaria en este paradigma incluyen la corrección electrolítica, el sustento mediante transfusión cuando sea necesario y la reanimación con especial atención al volumen sanguíneo. Estas acciones pueden ocurrir antes o después de la descompresión.

Se pueden utilizar sondas nasogástricas o intestinales para intentar descomprimir el intestino dilatado en casos de obstrucción intestinal parcial. Estos tubos podrían ser eficaces para reducir la necesidad de tratamientos en varias etapas, tratar la acumulación de líquidos y gases y disminuir el edema, pero si hay una obstrucción aguda completa, es posible que se requiera cirugía dentro de las 24 horas. Se ha demostrado que las férulas auto expandibles son efectivas para descomprimir completamente la obstrucción intestinal maligna aguda, lo que reduce la necesidad de cirugía innecesaria al facilitar las estadificaciones de enfermedades, incrementando las tasas de anastomosis primarias en relación con las colostomías y reducir la mortalidad del paciente.



Tener neoplasia maligna de recto y colon izquierdo. Es necesario realizar más exploraciones, como análisis de costes.

5.9. Manipulación de la obstaculización de intestinos malignas/crónicas

Las personas que tienen cáncer evolucionado pueden tener una obstaculización intestinal cada vez mayor que es persistente e incurable. La causa más frecuente de este estado incurable es la existencia de varias obstrucciones parciales y tumores de gran tamaño.

La capacidad de aceptar alimentos sólidos después de ser dado de alta del centro hospitalario fue una medida de paliaciones quirúrgicas efectiva de la obstaculización de intestinos malignos causada por carcinomatosis peritoneal en pacientes (63) que tienen cáncer no ginecológico. Numerosos análisis de regresión logística encontraron que, en esta cohorte, la falta de ascitis y/o obstaculización que no incluye el intestino-delgado predecían una paliación-quirúrgica eficaz. Con una tasa de éxito general del 35 %, la paliación exitosa se logró en el 45.0% del paciente y se mantuvieron en 76% del grupo después del seguimiento, de 78 días. Los problemas postoperatorios afectaron al 44% de pacientes y la tasa de mortalidad postoperatoria fue del 15%.

5.10. Síntomas

La ubicación de la reducción de la obstrucción y si es completa o parcial determinan los síntomas que se manifiestan primero. Si la obstrucción es completa, la frecuencia del dolor aumenta como resultado de las contracciones musculares del intestino mientras intenta liberarse de la obstrucción.

Cuando ocurre en el intestino delgado, causa un dolor intermitente en el centro del abdomen que es muy similar a un calambre (cólico intestinal). Además, hay



una acumulación de contenido intestinal que llega al estómago e induce vómitos frecuentes.

El malestar constante, la distensión de abdomen y ruidos intestinales son signos de obstaculización de intestino-groeso; a veces, el paso del intestino a través de la pared abdominal (peristaltismo visible) se evidencia en sus contracciones ineficaces. La multiplicación bacteriana en el colon provoca la infección del líquido intestinal aprisionado en el intestino grueso, lo que provoca halitosis y un olor agradable en el individuo afectado. Mientras que la obstrucción completa produce estreñimiento, la obstrucción parcial, en cualquier parte del intestino, produce diarrea ya que solo los líquidos pueden fluir a través de él.

Cuando la obstrucción es total y se desarrolla en el intestino delgado cerca del estómago, los síntomas suelen aparecer a las pocas horas; sin embargo, si la obstrucción es parcial y se desarrolla gradualmente más cerca del colon, puede transcurrir semanas y/o meses a que aparezcan síntomas.

Otros signos y síntomas más que pueden presentar en una obstrucción intestinal son:

- Dificultad para respirar.
- No puede realizar una evacuación intestinal
- Dolor en la espalda.

5.11. Diagnóstico y tratamiento

Después de ser admitido en el centro hospitalario, los síntomas del usuario se evalúan con radiografías y, a menudo, con una laparotomía exploratoria si indican una obstrucción intestinal.



En caso de identificar y verificar la obstrucción, se administran líquidos al usuario "gota a gota" para evitar la deshidratación y se extrae el contenido alojado en el aparato digestivo mediante una sonda.

Estas acciones sirven como puente hacia la eventual y urgente intervención quirúrgica que se requiere para restablecer el flujo normal del intestino, incluyendo en ocasiones la extirpación de una porción del mismo.



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se valoró adecuadamente las intervenciones brindando una atención de calidad, eficaz, oportuna y segura al usuario adulto con obstrucción intestinal.
- SEGUNDA:** Se valoró al paciente desde un enfoque bio-psico-social hasta que se llevó al paciente a sala de operaciones.
- TERCERA:** Se identificó adecuadamente los diagnósticos de enfermería en el servicio de emergencia
- CUARTA:** Se planificó las intervenciones de enfermería con este tipo de pacientes.
- QUINTA:** Se valoró el uso del proceso de enfermería como enfoque científico, para mejorar la atención inmediata y los resultados en pacientes con vólvulo sigmoides.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli, debe contratar más especialistas capacitados en el uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, como los laparoscopios, que han demostrado producir menos adherencias que la cirugía tradicional.

SEGUNDA: Al Hospital Rafael Ortiz Ravines, se recomienda brindar espacio para la realización de exploraciones académicas, que competan al servicio de emergencia. Esto mejoraría el estándar de atención y tratamiento de enfermería brindado a usuarios adultos con obstrucción intestinal, evitando así y/o manejando las complicaciones.

TERCERA: Al servicio de Emergencia, a pesar de los obstáculos que se enfrente, continuar con el buen trabajo y nunca perder la voluntad de innovar y hacerlo mejor cada día. Se ha comprometido a mejorar la salud de los individuos, en particular la de los usuarios adultos con obstrucción intestinal.

CUARTA: A los licenciados de enfermería, los cuales actúan en quirófano, debe actualizar continuamente sus conocimientos y habilidades en el tratamiento del usuario adulto con vólvulo sigmoides.

QUINTA: Es fundamental que los profesionales en enfermería promuevan el uso del proceso de enfermería como un enfoque científico. Este método permite un diagnóstico preciso de las necesidades del paciente, asegura su satisfacción y evalúa efectivamente las intervenciones adoptadas. De esta manera, se facilita la recuperación de la salud, para pacientes con vólvulo sigmoides.



BIBLIOGRAFIA

1. Schwartz, S. I., & Brunicardi, F. C. (2015). Colon, recto y ano. En K. M. Bullard Dunn & D. A. Rothenberger (Eds.), Principios de cirugía 2 (7^a ed., pp. 1360-1361). McGraw-Hill Interamericana.
<https://doi.org/10.1036/9781456246600>
2. Rivera Redrovan Sofía Paulina.82023) Vólvulo del sigmoides. Actualización de la literatura
3. Gargallo, Á., Salceda, J., Ibañez, D., Garatea, P., Zalazar, R., & Cozcolluela, R. (2018). Obstrucción de intestino grueso: Algoritmo diagnóstico y hallazgos radiológicos. Seram. Recuperado el 7 de octubre de 2022.
<https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/2501>
4. Perrot, L., Fohlen, A., Alves, A., & Lubrano, J. (junio de 2016). Management of the colonic volvulus in 2016. Journal of Visceral Surgery, 153(3), 183-192.
5. Emna T, Atef M, Saad S. Management of acute sigmoid volvulus: A Tunisian experience. Asian J Surg enero de 2022;45(1):148-53. 6.
6. Borda Mederos LA, Kcam Mayorca E, Alarcon Aguilar P, Miranda-Rosales L. Andean megacolon and sigmoid volvulus in the high altitude. Presentation of 418 cases between 2008 - 2012 at C. Monge Hospital, Puno, Peru. Rev Gastroenterol Peru Organo Of Soc Gastroenterol Peru. 1 de octubre de 2017;37:317-22.
7. Bacilio Cardozo A. Vólvulo de sigmoides. Revista Médica Panacea. 2018 Diciembre; 7(3). Available from: <https://doi.org/10.35563/rmp.v7i3.25>



8. Barrett, K. E., Barman, S. M., Brooks, H. L., & Yuan, J. J. (Eds.). (2020). Descripción general de la función y la regulación gastrointestinal. En Ganong Fisiología médica (26a ed.). McGraw-Hill Education.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2954§ionid=250025049>
9. SPL. (2022). 12 características del cloruro de sodio. Líder Mundial en Comercialización de Sal para Industrias y Personas. Recuperado de <https://www.spl-latam.com/blog/industrial/12-caracteristicas-del-cloruro-de-sodio/>
10. Grupo Editorial Remezcla. (2023). Vademecum 2023 (27.^a ed.). http://www.facmed.unam.mx/bmd/gi_2k8/prods/PRODS/Ceftriaxona.htm
11. Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). (2019). MedlinePlus en español. Ranitidina. Bethesda, MD. Recuperado el 30 de agosto de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a601106-es.html>
12. Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). (2019). MedlinePlus en español. Metronidazol. Bethesda, MD. Recuperado el 30 de agosto de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a689011-es.html>
13. Grupo Editorial Remezcla. (2023). Vademecum 2023 (27.^a ed.). <https://www.vademecum.es/principios-activos-ketorolaco-m01ab15>



ANEXOS



ANEXO 1

TARJETA FARMACOLOGICA

COLORURO DE SODIO

COMPOSICIÓN

Cada 1000 ml de solución contiene

Cloruro de Sodio 0,9 g

Agua para inyectables c.s.p 100,0 ml

Proporciona m Eq/L:

Sodio 154

Cloruro 154

CLASIFICACIÓN TERAPEUTICA

Electroterapia

ACCION FARMACOLOGICA

El Cloruro de Sodio provee de suplementos electrolíticos. El Sodio es el principal catión del líquido extracelular y actúa en el control de distribución de agua, balance electrolítico y presión osmótica de los fluidos corporales. El Sodio también se asocia a Cloruro y Bicarbonato en la regulación del balance ácido-base. El Cloruro, el principal anión extracelular, sigue la disposición fisiológica del Sodio y los cambios en el balance ácido-base del organismo son reflejados por cambios de la concentración sérica de Cloruro. El Cloruro de Sodio inyectable es capaz de inducir diuresis, dependiendo del volumen administrado y de la condición clínica del paciente.



INDICACIONES

La inyección de cloruro de sodio se usa en la prevención y tratamiento de deficiencias de iones Sodio y Cloruro y en la prevención de calambres y del calor postrante resultante de una transpiración excesiva por exposición a altas temperaturas. La solución de Cloruro de Sodio al 0,9% Inyectable es empleada como diluyente en la administración de muchas drogas compatibles.

REACCIONES ADVERSAS

Las reacciones adversas que pueden ocurrir se deben generalmente a la solución (por ejemplo: contaminación), o a la técnica de administración empleada e incluyen fiebre, infección en el sitio de la inyección, trombosis venosa o flebitis extendida desde el sitio de la inyección. También puede ocurrir hipervolemia o sintomatología resultante de un exceso o déficit de uno o más iones presentes en la solución.

CONTRAINDICACIONES

El Cloruro de Sodio debe ser usado con extrema precaución en pacientes con falla cardíaca congestiva, edema periférico o pulmonar, preeclampsia, condición de retención de Sodio, en pacientes con hipertensión arterial insuficiencia renal severa, cirrosis hepática y en pacientes que están recibiendo corticosteroides o corticotropina particular precaución en pacientes muy jóvenes y geriátricos

PRECAUCIONES

Cuando se usan terapias prolongadas con Cloruro de Sodio se deben evaluar (clínicamente y vía determinaciones de laboratorio), los cambios en el balance de fluidos, concentración de electrolitos y balance ácido-base y también en



pacientes cuya condición requieran esta evaluación. Cambios substanciales pueden requerir suplementos electrolíticos adicionales u otra terapia apropiada.

ADVERTENCIAS

Usar sólo si el contenido está limpio y transparente. Mantener este medicamento fuera del alcance de los niños

SOBREDOSIS

La administración excesiva de Cloruro de Sodio puede ocasionar hipernatremia y grandes cantidades de Cloruro pueden causar pérdida de Bicarbonato con un efecto acidificante. Si ocurren efectos adversos durante la administración de Cloruro de Sodio inyectable la infusión debe ser discontinuada, el paciente debe ser evaluado con las medidas terapéuticas adecuadas.

VIA DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIFICACIÓN

Vía de administración: Intravenosa

La dosis de cloruro de sodio intravenoso se determina considerando varios factores como edad, peso y condiciones clínicas del paciente

ALMACENAMIENTO

Mantener a no más de 30°C. No congelar. (11)



CEFTRIAXONA

- **Nombre del medicamento:** Ceftriaxona
- **Composición:** cada frasco-ampolla contiene: Ceftriaxona 1 g (como Ceftriaxona sódica).
- **Presentación** Disponible en envase conteniendo frascos-ampolla
- **Dosis:** 2 gramos cada 24 horas
- **Indicaciones** Tratamiento de infecciones severas debidas a gérmenes sensibles a la Ceftriaxona, tales como: Septicemia, infecciones de huesos y articulaciones, infecciones pélvicas de la mujer, infecciones intra abdominales, neumonía, infecciones de la piel y los tejidos blandos e infecciones complicadas de las vías urinarias producidas por organismos sensibles, infecciones del tracto respiratorio bajo, tratamiento de la meningitis en niños y adultos, de la gonorrea endo-cervical y uretral no complicada y en profilaxis de infecciones peri operatorias. El uso de este medicamento exige diagnóstico y supervisión médica.
- **Contraindicaciones:** Reacción alérgica previa (anafilaxia) a penicilinas, derivados de penicilina, penicilamina o cefalosporinas. Los neonatos hiperbilirrubinémicos, especialmente los prematuros, no deberán ser tratados con ceftriaxona, puesto que estudios in vitro han demostrado que la ceftriaxona puede desplazar la bilirrubina de la albúmina, pudiendo desencadenar una encefalopatía. La ceftriaxona no debe ser administrada en neonatos simultáneamente con productos o soluciones que contengan calcio, por cuanto aumenta el riesgo de aparición de precipitados de ceftriaxona-calcio. (12)



RANITIDINA

- **Nombre del medicamento:** Ranitidina
- **Composición** Clorhidrato de ranitidina equivalente a 50 mg de ranitidina base
Vehículo, c.b.p. 5 ml y 2
- **Dosis**
- **Presentación** Disponible en envase ampolla tableta o gragea
- **Indicaciones** Tratamientos cortos de úlcera duodenal activa durante 4 semanas.
- Terapia de mantenimiento para pacientes con úlcera duodenal después del periodo agudo a dosis menores.
- En el tratamiento de hipersecreción patológica (síndrome Zollinger-Ellison y mastocitosis sistémica).
- En úlcera gástrica activa para tratamientos cortos y después para terapia de mantenimiento por periodos de 6 semanas.
- En el tratamiento del síndrome de reflujo gastroesofágico.
- En esofagitis erosiva diagnosticada por endoscopia.
- **Contraindicaciones** Hipersensibilidad a RANITIDINA o alguno de sus ingredientes (13)



METRONIDAZOL

- **Nombre del medicamento:** metronidazol
- **Composición:** 500 mg vía E.V. cada 8 horas
- **Presentación** Disponible en envase conteniendo frascos-ampolla tabletas vaginales
- **Dosis:** 2 gramos cada 24 horas
- **Indicaciones: vía parenteral está indicado en:** Tricomonicida, giardicida, amebicida. Infecciones ginecológicas como endometritis, abscesos tubo-ováricos, salpingitis. Infecciones del tracto respiratorio inferior como empiema, abscesos pulmonares, neumonía producidos por Bacteroides sp. Septicemia bacteriana, Endocarditis causada por Bacteroides sp. Tratamiento de infecciones bacterianas graves por anaerobios susceptibles (infecciones aeróbicas y anaeróbicas mixtas, se podrá utilizar conjuntamente con un antimicrobiano para la infección aeróbica. Es eficaz en infecciones por Bacteroides fragilis, resistente a la clindamicina, cloranfenicol y penicilina). Infecciones intra-abdominales, peritonitis, abscesos intraabdominales, abscesos hepáticos, causados por Bacteroides sp, incluyendo el grupo de B. fragilis (B. fragilis, B. distasonis, B. ovatus, B. vulgatus), Clostridium sp, Eubacterium sp, Peptococcus niger y Peptostreptococcus sp. Profilaxis de infecciones postoperatorias, especialmente en cirugía colorrectal o contaminada. Indicado para el tratamiento de amebiasis intestinal o extraintestinal, incluyendo absceso hepático amebiano causado por Entamoeba Histolytica.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los compuestos imidazol, primer trimestre del embarazo (14)



KETOROLACO

Solución inyectable, tabletas

Analgésico, antiinflamatorio y antipirético

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada ml de SOLUCIÓN INYECTABLE contiene:

Ketorolaco trometamina..... 30 mg

Vehículo, c.b.p. 1 ml.

Cada TABLETA contiene:

Ketorolaco trometamina..... 10 mg

Indicaciones terapéuticas:

Tratamiento a corto plazo del dolor leve a moderado en el postoperatorio y en traumatismos musculoesqueléticos; dolor causado por el cólico nefrítico.

Contraindicaciones:

Al igual que otros AINES, KETOROLACO TROMETAMINA está contraindicado en los pacientes con úlcera gastroduodenal activa, hemorragia digestiva reciente o antecedentes de úlcera gastroduodenal o hemorragia digestiva. Está contraindicado en los pacientes con insuficiencia renal moderada o grave y en los pacientes con riesgo de insuficiencia renal por hipovolemia o deshidratación. KETOROLACO TROMETAMINA está contraindicado durante el parto. Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad demostrada al KETOROLACO TROMETAMINA u otros AINES, así como en pacientes con antecedentes de



alergia al ácido acetil salicílico u otros inhibidores de la síntesis de prostaglandinas pues se han descrito reacciones anafilactoides graves en estos pacientes.

Por su efecto antiagregante plaquetario, está contraindicado como analgésico profiláctico antes o durante la intervención quirúrgica, dado el riesgo de la hemorragia. Inhibe la función plaquetaria por lo que está contraindicado en pacientes con hemorragia cerebrovascular posible o confirmada, pacientes sometidos a operaciones con riesgo importante de hemorragia, pacientes con hemostasia incompleta o en pacientes con alto riesgo de hemorragia.

KETOROLACO TROMETAMINA Solución inyectable está contraindicado para administración epidural o intratecal, pues contiene alcohol. No administrar en niños en el postoperatorio de amigdalectomía.

Restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia:

Embarazo:

Categoría de riesgo C, en el tercer trimestre categoría D:

Los estudios en animales no han registrado efectos teratogénos, aunque si embriotóxicos (distocia y retardo en el parto).

No existen estudios adecuado y bien controlados en humanos. El uso crónico durante el tercer trimestre, podría producir teóricamente cierre prematuro del conducto arterioso del feto, por inhibición de la síntesis de prostaglandinas.

También puede producir un efecto antiagregante plaquetario, que podría complicar o prolongar la hemorragia materna.

Antes del parto puede reducir e incluso anular la contracción uterina, retrasando el parto y prolongando la gestación.

**Lactancia:**

KETOROLACO TROMETAMINA se excreta en la leche materna. A causa de los posibles efectos en el sistema cardiovascular del recién nacido, no se recomienda su uso en madres lactantes.

Reacciones secundarias y adversas: Los siguientes son efectos adversos reportados en los diferentes estudios clínicos realizados con KETOROLACO TROMETAMINA.

Generales:

Aumento de peso, edema, astenia, mialgias, hiponatremia, hipercalcemia anafilaxis, broncoespasmo e hipotensión.

Gastrointestinales: Hemorragia gastrointestinal, rectorragia, melena, náusea, úlcera péptica, dispepsia, diarrea, dolor gastrointestinal, flatulencia, constipación, disfunción hepática, sensación de plenitud, estomatitis, vómito, gastritis y eructos, hepatitis, ictericia colestásica, insuficiencia hepática, síndrome de Lyell, síndrome de Stevens-Johnson, dermatitis exfoliativa.

Respiratorias: Asma y disnea.

Cardiovasculares:

Rubor, palidez e hipertensión.

Hematológicas: Púrpura.



Urogenitales:

Polaquiuria, oliguria y hematuria, insuficiencia renal, síndrome urémico hemolítico.

Sentidos especiales:

Alteraciones del gusto, anormalidades de la vista, tinitus.

Dermatológicos:

Plurito, urticaria, rash.

Sistema nervioso central:

Somnolencia, mareo, sudoración, cefalea, boca seca (15)



ANEXO 2

EXAMENES DE LABORATORIO

1. HEMATOLÓGICOS

HEMATOCRITO

Definición: Es un examen de sangre que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño.

Valores Normales:

- **Hombres:** de 40.7 a 50.3%
- **Mujeres:** de 36.1 a 44.3%
- **Recién Nacido:** 45 a 61%
- **Lactante:** 32 a 42%

Interpretación: Causas de Hematocrito bajo: Sangrado, Destrucción de los glóbulos rojos. Anemia de células falciformes, agrandamiento del bazo, disminución de la producción de las células rojas de la sangre. Problemas nutricionales. Sobre hidratación intravenosa.

Causas del hematocrito alto: Cardiopatía congénita, corpulmonare, deshidratación, eritrocitosis, hipoxia, fibrosis pulmonar, policitemia.



LEUCOCITOS

Los glóbulos blancos o leucocitos son células producidas por la médula ósea, que son responsables de las defensas inmunitarias del organismo contra las agresiones. Se encuentran en la sangre y sus valores normales están como promedio entre 4000 y 10.000 por mm³. Hay tres tipos principales de leucocitos: los monocitos, los linfocitos y los polinucleares. Entre estos últimos podemos distinguir los neutrófilos, los eosinófilos y los basófilos. Una bajada de su número provocará una mayor fragilidad con relación a las infecciones y puede ser debida a diferentes tipos de enfermedades; las más frecuentes son las que tocan a la médula ósea como las leucemias. Un aumento puede indicar una infección u otras patologías, particularmente de la médula.

SEGMENTADOS O BASTONES

Los segmentados o bastones son los neutrófilos jóvenes. Cuando estamos infectados, la médula ósea aumenta rápidamente la producción de leucocitos y acaba por lanzar a la corriente sanguínea neutrófilos jóvenes recién producidos. La infección debe ser controlada rápidamente, por eso no hay que esperar a que esas células maduren antes de enviarlas al combate. En una guerra, el ejército no manda sólo a sus soldados con mayor experiencia, sino también a aquellos otros que estén disponibles.

Normalmente, apenas entre el 4% al 5% de los neutrófilos circulantes son bastones. La presencia de un porcentaje mayor de células jóvenes es una señal de la posible existencia de un proceso infeccioso en curso.



En el medio médico, cuando el hemograma presenta muchos bastones, llamamos a este hallazgo de «desvío a la izquierda». Esta denominación deriva del hecho de que los laboratorios hacen el listado de los diferentes tipos de leucocitos colocando sus valores uno al lado del otro. Como los bastones suelen estar a la izquierda en la lista, cuando hay un aumento de su número se dice que hay un desvío hacia la izquierda en el hemograma. Por lo tanto, si usted escucha el término «desvío a la izquierda», significa que hay un aumento de la producción de neutrófilos jóvenes.

GLUCOSA

Es una fuente importante de energía para la mayoría de las células del cuerpo, por ejemplo, las del cerebro. Los carbohidratos que se encuentran en las frutas, los cereales, el pan, la pasta y el arroz se transforman rápidamente en glucosa en el cuerpo. Esto eleva el nivel de glucosa en la sangre. Las hormonas producidas en el cuerpo ayudan a controlar los niveles de glucosa en la sangre.

UREA

La urea es el principal producto de degradación del metabolismo de las proteínas. Se origina en el hígado a partir de productos de la división de las proteínas y se elimina en los riñones en un 90%. Si la función de filtrado de los riñones disminuye, aumenta la concentración de urea en la sangre, y el valor de laboratorio de la urea es mayor. Sin embargo, la concentración solo aumenta cuando la capacidad de filtrado de los riñones es una cuarta parte más baja de lo normal.



Por otra parte, para calcular la cantidad de urea en la sangre hay que tener en cuenta la cantidad de proteínas que la persona ingiere con la comida, y además cuánta descompone el cuerpo, lo que depende de la masa muscular. Otros parámetros que se valoran cuando se estudia la función renal son la creatinina y la TFG tasa de filtrado glomerular, pero éstos dependen a su vez de otros factores. Todo ello nos aporta una ventaja: según sus valores se puede determinar la función de filtrado de los riñones de forma fiable.

Varias causas pueden influir en el aumento o disminución de la urea en la sangre.

- **La urea aumenta en las siguientes situaciones:**

- Insuficiencia renal aguda y crónica
- Deshidratación
- Reducción del flujo sanguíneo en los riñones (por ejemplo: debido a una obstrucción circulatoria)
- Aumento de la degradación de proteínas, por ejemplo, por lesiones graves, quemaduras, hemorragias, fiebre, o muerte de células en enfermedades cancerígenas
- Trastornos del filtrado renal (en enfermedades inflamatorias del riñón, como glomerulonefritis o pielonefritis, enfermedades no inflamatorias del riñón como la nefrosclerosis, o en intoxicaciones)
- Obstrucción de las vías urinarias (por ejemplo: en cálculos renales, tumores)



• **La urea disminuye en las siguientes situaciones:**

- Enfermedades del hígado
- Acidosis
- Dieta baja en proteínas
- Sobre hidratación

CREATININA

La creatinina es una molécula de desecho que se genera a partir del metabolismo muscular. La creatinina proviene de la creatina, una molécula muy importante para la producción de energía muscular. Aproximadamente el 2% de la creatina del cuerpo se convierte en creatinina cada día. La creatinina se transporta desde los músculos por medio de la sangre hacia el riñón. Los riñones filtran la mayoría de la creatinina y la eliminan en la orina.

Aunque es una sustancia de desecho, la creatinina es una prueba diagnóstica esencial, ya que se ha observado que su concentración en sangre indica con bastante fiabilidad el estado de la función renal. Si los riñones no funcionan bien, no eliminan bien la creatinina y por lo tanto ésta se acumula en la sangre. Por esto la creatinina puede avisar de una posible disfunción o insuficiencia renal, incluso antes de que se presenten síntomas. Por eso la creatinina suele figurar en los análisis de sangre que se realizan comúnmente.



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 10-09-2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: LUCIA HILDA ROJAS GALLEGOS

Dirección: Jr. PEDRO VILCAPAZA 513 BARRIO HUASCAR - PUNO

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 01230692

Teléfono: 951069204 email: _____

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Escuela Profesional o Mención: _____

Título o Grado Académico a optar: ENFERMERIA EN CUIDADO ENFERMED EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA APLICADO PACIENTE
CON VOLVULO SIGMOIDES - HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAYINES
DE JULI - 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): Proceso del cuidado de enfermería, vólculo sigmoides, emergencias y desastres

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller
 Título
 2da Especialidad
 Maestría
 Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEGO 9

Firma de Autor



huella digital

10/09/2024

Fecha