



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN
10

Número Especial (2023)

Recibido: 20/6/2023 Aceptado: 5/9/2023

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: Laparotomía exploratoria

Surgical clinical case: Exploratory laparotomy

Nathalie Carrillo (TSU)¹

María Gregoria Vega de Peña (Dra.)²

¹ Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Enfermera II, Estado Mérida. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-0005-1396-740X

² Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB). Docente de la ULA, Mérida-Venezuela. Miembro del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

La Laparotomía exploratoria es la apertura del abdomen que permite evaluar los órganos y tejidos contenidos en el mismo, con la intención de diagnosticar una patología que no ha sido posible identificar a través de otros medios de estudio, por lo que, el personal de Enfermería debe desarrollar destrezas en el momento de desenvolverse en el área quirúrgica, tomando en cuenta que su función no solo va direccionada a la instrumentación de la cirugía, sino al proceso perioperatorio que se encuentra atravesando el paciente, con el fin de brindar cuidados oportunos para evitar las posibles complicaciones que se pueden presentar y que disminuyan el tiempo quirúrgico, fomentando así la recuperación eficaz. Conocer la técnica quirúrgica que se va a llevar a cabo facilita la etapa intraoperatoria, fundamental en la revisión del presente caso, cuyo objetivo fue aplicar el procedimiento quirúrgico de la Laparotomía exploratoria permitiendo así orientar acciones adecuadas al momento de ser parte del equipo encargado, y que durante el aprendizaje alcanzado en el Diplomado Básico en Instrumentación Quirúrgica que dicta la Universidad de Los Andes, se pudo construir con pensamiento crítico y conciencia quirúrgica.

Palabras clave: laparotomía exploratoria, procedimiento quirúrgico, perioperatorio, proceso enfermero.

SUMMARY

Exploratory laparotomy is the opening of the abdomen that allows the evaluation of the organs and tissues contained therein, with the intention of diagnosing a pathology that has not been possible to identify through other means of study, therefore, the Nursing staff must develop skills when working in the surgical area, taking into account that its function is not only directed to the instrumentation of the surgery, but also to the perioperative process that the patient is going through, in order to provide timely care to avoid possible complications that may arise and reduce surgical time thus promoting effective recovery. Knowing the surgical technique that is going to be carried out facilitates the intraoperative stage, fundamental in the review of the present case, whose objective was to apply the surgical procedure of exploratory laparotomy, thus allowing to guide appropriate actions when being part of the team in charge, and that during the learning achieved in the Basic Diploma in Surgical Instrumentation that the Universidad de Los Andes dictates, it was possible to build with critical thinking and surgical awareness.

Keywords: Exploratory laparotomy, surgical procedure, perioperative, nursing process.

— INTRODUCCIÓN

El abdomen es la porción del cuerpo comprendida entre el tórax y la pelvis, el cual está conformado por una estructura de contención que son las paredes abdominales y cavidad abdominal, en donde se aloja la mayor parte del aparato digestivo y genitourinario, encontrándose dividida topográficamente por nueve cuadrantes imaginarios que permiten determinar una mejor ubicación de cada órgano. Esta división delimita dos líneas horizontales, una que pasa por las extremidades de la décima costilla y otra inferior a nivel de las crestas ilíacas y, dos líneas verticales proyectadas en el punto medio de la arcada inguinal, a ambos lados de la línea media que corresponden casi exactamente al medio clavicular¹. Por consiguiente, cada cuadrante queda denominado y conformado de la siguiente manera¹:

1. Hipocondrio derecho: lóbulo derecho del hígado, vesícula biliar, vía biliar, ángulo cólico derecho y porción derecha del colon transverso.
2. Epigastrio: lóbulo izquierdo del hígado, vía biliar extra hepática, cuerpo y antro gástrico, parte del duodeno, cabeza y cuerpo del páncreas y la porción media del colon transverso.
3. Hipocondrio izquierdo: una parte del lóbulo izquierdo del hígado, fondo gástrico, parte del cuerpo y cola del páncreas, porción izquierda del colon trasverso, ángulo cólico izquierdo y el bazo.
4. Flanco derecho: una parte del colon ascendente.
5. Mesogastrio: intestino delgado y parte del duodeno.
6. Flanco izquierdo: una parte del colon descendente.
7. Fosa ilíaca derecha: el ciego, la apéndice y la porción inferior del colon ascendente.
8. Hipogastrio: la porción inferior del colon sigmoide y el recto.
9. Fosa ilíaca izquierda: la porción inferior del colon descendente y la porción superior del colon sigmoide.

Esta división topográfica abdominal se ilustra en la Figura 1.



Figura 1. Topografía abdominal. Tomada de Hasbun².

Por otro lado, los órganos encontrados en la cavidad abdominal al presentar alguna afección, pueden desarrollar en algunas ocasiones una sintomatología difícil de distinguir, obteniendo como resultado diagnósticos poco certeros, erróneos y hasta imposibles de descifrar aun realizando estudios especializados; es por ello, que se precisa la necesidad de realizar la exploración quirúrgica del abdomen o laparotomía exploratoria recomendada para diagnosticar una enfermedad abdominal que no es posible por otros métodos o cuando hay una lesión en esta zona causada por una herida con arma de fuego, objeto cortante o un trauma contundente. Adicionalmente, entre los distintos problemas que pueden evaluarse mediante esta técnica quirúrgica se incluyen: un orificio en la pared del intestino, embarazo ectópico, endometriosis, apendicitis, daño en un órgano a causa de un traumatismo, infección en el abdomen y cáncer³.

Cabe resaltar que la laparotomía exploratoria se estandarizó en 1915 por las disputas y los conflictos militares entre las naciones de finales del siglo XIX y principios del XX y continúa representando el tratamiento de elección para este tipo de lesiones. También los conflictos armados han significado la oportunidad para la aplicación de numerosos avances en este tipo de cirugías. La retroalimentación entre la experiencia quirúrgica civil y la militar ha influido en el progreso del tratamiento del trauma abdominal penetrante⁴. Justamente el objetivo de este caso clínico asignado en el Diplomado Básico en Instrumentación Quirúrgica fue participar en la cirugía de exploración abdominal de una paciente con abdomen agudo quirúrgico.

— CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenina de 37 años de edad, natural y procedente de Mérida, la cual se encontraba en puerperio y postoperatorio (POP) tardío de cesárea segmentaria (14/04/2023) y quien el día 22/04/2023 acudió al Servicio de Emergencia Obstétrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) por presentar evacuaciones líquidas de cinco días de evolución y distensión abdominal; previa valoración por equipo de guardia fue ingresada para

manejo médico y estudios de extensión. El día 26/04/2023 en vista de evolución clínica tórpida con inestabilidad hemodinámica (tensión arterial media por debajo de 60 mmHg y taquicardia 125 lpm) y un puntaje de 2 en la escala qSOFA (para evaluar el riesgo de sepsis y admisión hospitalaria en pacientes con sospecha de infección)⁵. Se discute el caso con el Servicio General de Emergencias de Adultos quien plantea el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, decidiendo su traslado al Área de Trauma Shock para soporte hemodinámico con vasoactivos y presentación del caso clínico al Servicio de Cirugía General.

Al examen clínico se encontraba consciente, orientada en espacio y persona, con frecuencia respiratoria de 26 rpm, presión arterial: 76/52 mmHg, frecuencia cardiaca: 120 lpm, SpO₂ 88%, temperatura: 36.7 °C. Se evidenció ligera palidez cutánea – mucosa, fascie tóxica. Boca: mucosa oral seca. Cuello: simétrico, sin megalias ni ingurgitación yugular. Tórax: simétrico, murmullo respiratorio presente en ambos hemitórax, disminuido bibasal, Cardiovascular: Apex en 5to espacio intercostal con línea media clavicular, ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, sin soplos, no R3 ni R4. Gastrointestinal: se apreció sonda nasogástrica con gasto de contenido alimentario. Abdomen: globoso a expensas de distensión abdominal, ruidos hidroaéreos disminuidos, doloroso a la palpación superficial y profunda, se evidenció herida quirúrgica de tipo Pfannenstiel, sin signos de infección, cura limpia y seca. Útero: tónico a nivel infraumbilical. Genitales externos: normoconfigurados, con presencia de loquios hemáticos escasos, no fétidos. Extremidades: simétricas, móviles, sin edema, con presencia de vía periférica en miembro superior derecho a través de la cual recibe hidratación parenteral solución fisiológica 0,9% y tratamiento indicado (Omeprazol 40 mg OD; Metronidazol 750 mg c/12h; Meropenem 1 gr c/12h; Albúmina Humana 1 frasco OD).

La paraclínica reportó una disminución en la concentración de sodio en sangre (131,9 mEq/L) y de magnesio (1,2 mEq/L), cifras de hemoglobina 10,2 g/dL, la cuenta blanca de 19.000 mm³, con segmentados neutrófilos de 90%. El coproanálisis (25/04/2023) reportó la presencia de Blastocystis SP 8-10xc, leucocitos fecales >50xc. En el ultrasonido abdominal (25/04/2023) se evidenciaron las asas intestinales dilatadas 4,6 cm, peristaltismo disminuido y líquido libre en cavidad abdominal (106 ml aproximadamente).

Una vez cumplida la valoración integral multidisciplinaria, se definieron los siguientes diagnósticos médicos: Abdomen Agudo Quirúrgico. Puerperio y Postoperatorio (POP) tardío de cesárea segmentaria (14/04/2023). Síndrome diarreico de etiología protozoaria: Blastocystis Sp. Trastorno hidroelectrolítico: hiponatremia leve/ hipomagnesemia leve. Anemia leve. Hipoalbuminemia severa (2,5 gr/dL), por lo que se decidió realizar laparotomía exploratoria.

En el presente caso clínico se exponen algunas respuestas humanas en las siguientes etiquetas de la NANDA 2021-2023⁶:

- 00013 Diarrea.
- 00291 Riesgo de trombosis.
- 00246 Riesgo de recuperación quirúrgica retrasada.

En los Cuadros 1, 2 y 3 se muestran los planes de cuidado, tomando en consideración las etiquetas anteriores y la taxonomía NANDA⁶, NOC⁷ y NIC⁸.

Cuadro 1. Plan de cuidado Focalizado en el problema con taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

DxE (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 3. Clase 2. (00013) Diarrea R/C afección intestinal E/P evacuaciones líquidas con el movimiento.	(0501) Eliminación intestinal	(0460) Manejo de la diarrea: -Obtener una muestra de heces para realizar cultivo. -Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales. -Realizar registro del color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. -Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional. -Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por tubo) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea. -Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración. -Registrar frecuencia de los sonidos intestinales. -Notificar al médico si persisten los signos y síntomas de la diarrea.	C C C C C C C C	RH: En vía de cambio. FR: Se mantiene. IE: Apropriadas.

Fuente: Elaborado por las autoras con la NANDA 2021-2023⁶, NOC⁷ y NIC⁸.

Lectura: DxE: Diagnóstico Enfermero, R/C: Relacionado con, E/P: Evidenciado por, C: Cumplido, RH: Respuesta Humana, FR: Factor Relacionado, IE: Intervención de Enfermería.

Cuadro 2. Plan de cuidado de Riesgo con taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

DxE (NANDA)	Resultado esperado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio 4. Clase 4. (00291) Riesgo de trombosis R/C disminución de la movilidad física.	(0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.	(4130) Precauciones en el embolismo: - Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica: comprobar pulsos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades. - Colocar medias antitrombóticas. - Estimular ejercicios activos o pasivos. - Cambios de postura cada 2 horas, o caminar si se tolera. - Instruir al paciente y/o familia acerca de las precauciones apropiadas.	EP C C EP C	RH: No progresa. FR: Se mantiene. IE: Apropriadas.

Fuente: Elaborado por las autoras con la NANDA 2021-2023⁶, NOC⁷ y NIC⁸.

Lectura: DxE: Diagnóstico Enfermero. R/C: Relacionado con, C: Cumplido, EP: En Proceso, RH: Respuesta Humana, FR: Factor

Relacionado, IE: Intervención de Enfermería.

Cuadro 3. Plan de cuidado bifocal con taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

Dominio 11. Clase 2. (00246) Riesgo de recuperación quirúrgica retrasada S/A infección del tracto intestinal.				
CP	Resultado Esperado (NOC)	Intervenciones (NIC)	Fundamentación científica	Evaluación
Sepsis	(182313) Prevención y control de infección.	(6540) Control de infecciones: -Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado a la persona. -Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada. -Monitorizar constantes vitales. -Administrar terapia de antibióticos.	-Ayuda a evitar el traspaso de agentes patógenos entre los pacientes. -Evita la contaminación de la herida y fortalece los conocimientos del paciente acerca de la misma. -Ayuda a identificar signos de infección. Las alzas térmicas podrían indicar un proceso infeccioso. -Ayuda a eliminar bacterias presentes en el organismo.	Se han cumplido parcialmente las actividades debido a que la paciente no ha presentado sintomatología relacionada a sepsis.

Fuente: Elaborado por las autoras con la NANDA 2021-2023⁶, NOC⁷ y NIC⁸.

Lectura: S/A: Secundario a, CP: Complicación Potencial.

2. FASE PERIOPERATORIA**2.a. Preoperatorio**

La paciente ingresó al quirófano general del IAHULA el día 26/04/2023, afebril, con ventilación espontánea, taquicárdica, con catéter trilumen en vena yugular anterior a través del cual recibe infusión de Norepinefrina y 300 cc de solución base. Se realizó protocolo del área y fue trasladada a la mesa operatoria para realizarle acto quirúrgico de Laparotomía exploratoria, cumpliendo los siguientes procedimientos (Cuadro 4).

Cuadro 4. Técnica utilizada antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía.

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN PRECISA
Lavado de manos quirúrgico	Antiséptico
Secado de las manos	Campos absorbentes estériles
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Técnica cerrada
Arreglo de las mesas	Mayo, de riñón o circular

Conteo de material	Misceláneos según el caso
Vestimenta para el cirujano	Técnica abierta
Posición elegida	Decúbito supino. Se utiliza cintas de sujeción para brazos
Colocación de placa	Placa neutra de retorno para electrocauterio
Anestesia general inhalatoria	Se inició inducción anestésica con Propofol, posteriormente se administró Succinilcolina como relajante muscular despolarizante y se realizó la intubación. Durante la etapa intraoperatoria se mantuvo la anestesia con el Alquifenol (Propofol) y gas halogenado Isoflurano. Recibe hidratación con solución fisiológica 0,9% y medicamentos: Ciclokapron para el sangrado, Ondasetron como antiemético y Ketoprofeno como analgésico. La reversión anestésica fue realizada con Neostigmina.
Vestimenta para el paciente	Se realizó técnica de asepsia y antisepsia. Se colocaron los campos quirúrgicos para formar el campo estéril. Se facilitan las conexiones de electrobisturí y manguera de aspiración con cánula de Yankaur, sujetadas con pinza de campos o Backaus.

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico⁹.

2.b. Transoperatorio

Cuadro 5. Orden secuencial de los tiempos del abordaje de la Laparotomía exploratoria.

PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTOS Y MATERIALES	SUTURA
1	Incisión mediana supraumbilical	Mango de bisturí # 3 con hojilla # 23	X
	Apertura de los planos orden descendente	Lápiz cauterio Separadores de Farabeuf Tijera de Metzenbaum Pinza Disección sin diente Pinza de Criler curva Compresas secas	X
2	Colocación de compresas para separar cavidad abdominal	Compresas húmedas con solución fisiológica tibia Disección de profundidad	X
3	Colocación de separador dinámico y estático	Valvas maleables o de Caeiro Separador de Balfour	X
4	Exploración de la cavidad.	Compresas y gasas con medio húmedas Disección de profundidad Kelly curvo.	X
5	Revisión, aspirado y lavado de cavidad abdominal	Lavado con solución fisiológica tibia, el cirujano realiza verificación de hemostasia.	X
6	Conteo de material quirúrgico	Gasas con medio, material de sutura, instrumental y líquidos.	X

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA

7	Síntesis: peritoneo parietal, músculo, aponeurosis, tejido celular subcutáneo y piel	Disección, portaaguja y tijera de Mayo	Catgut Crómico 2-0 Poliglactina 910 (Vicryl 1) Catgut Simple 2-0 Nylon 2-0
8	Cura	Compresa con solución fisiológica Compresa seca Gasa con alcohol Apósito de cura	

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico⁹.

La técnica de Laparotomía exploratoria finaliza una vez que el cirujano explora la cavidad abdominal. En el caso estudiado, este profesional llevó a cabo la exploración concéntrica del abdomen confirmando la presencia de vólvulo intestinal en segmento sigmoideo, al cual se le realiza desvolvulación, y, posteriormente se evalúan asas intestinales.

Instrumental básico

Se usó la Caja de Laparotomía exploratoria constituida por: 1 Pinza de asepsia, 3 Escudillas, 6 pinzas de campo (Backhaus), 1 Mango de bisturí corto # 4, 1 Mango de bisturí largo # 4, 1 Mango de bisturí largo # 3, 3 Tijeras de Metzenbaum (corta, mediana y larga), 2 Tijeras de mayo (recta y curva), 3 Pinzas de disección sin dientes (2 medianas y 1 larga), 2 Pinzas de disección con dientes (1 mediana y 1 larga), 1 Pinza rusa mediana, 2 Juegos de separadores de Farabeuf angostos, 2 Juegos de separadores de Farabeuf anchos, 6 Pinzas Halsted curvas, 6 Pinzas Crile curvas, 6 Pinzas Crile rectas, 6 Pinzas Kocher cortas rectas, 6 Pinzas Kocher curvas, 6 Pinzas Kocher rectas largas, 6 Pinzas Allis, 6 Pinzas Kelly (3 medianas y 2 largas), 6 pinzas de Pean-Rochester curvas y rectas, 3 pinzas de Mixter o Cístico (2 medianas y 1 larga), 4 Porta agujas (2 medianos y 2 largos), 2 Pinzas de aro, 2 Pinzas Foerster (1 recta y 1 curva), 1 Pinza Duval, 2 Pinzas Babcock, 1 cánula de Yankauer, 1 Separador de Gosset, 1 Separador de Balfour, 1 Separador de Deaver, 3 Valvas Doyen (angosta, mediana, ancha), 1 separador de Finochietto, 3 Valvas maleables (angosta, mediana y ancha), 4 Clamps intestinales de Doyen, 2 Clamps vasculares, 2 Clamps Satinsky.

En la Figura 2 se observa a la participante del diplomado en su práctica del caso clínico quirúrgico y en el Cuadro 6 el material misceláneo utilizado.



Figura 2. Participante del diplomado en el acto quirúrgico.

Cuadro 6. Misceláneos o material médico quirúrgico.

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO	USO EN LA CIRUGÍA
Kit de Laparotomía, batas, guantes estériles	Lencería para el equipo quirúrgico y el campo estéril. Sirve de protección personal entre el paciente y el equipo de salud.
Solución Fisiológica 0,9%, alcohol, yodo o solución jabonosa	Para irrigar, realizar la asepsia y antisepsia en la piel del paciente.
Hojilla de bisturí # 15, # 23, # 24, lápiz de electrobisturí	Para la disección o corte frío y térmico de los tejidos.
Jeringas 10 cc, 20 cc	Para inyectar o extraer líquidos
Dren Penrouse mediano y sonda de Foley	Drenaje de fluidos
Suturas: Catgut crómico, Vicryl, Crómico Simple, Nylon	Cerrar planos quirúrgicos y ligar vasos.
Gasa con medios de contraste (GCMC)	Secar cavidad
Moñitos	Realizar divulsión roma en la ectomía

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico⁹.

2.c. Postoperatorio

Se trasladó y entregó a la paciente bajo efectos de anestesia general inhalatoria al personal de la Unidad Postanestésica (UPA) para ser valorada y brindar cuidados postanestésicos.

— DISCUSIÓN

Enfermería posee un papel fundamental dentro del cuidado de cada paciente en cualquier área hospitalaria, de ahí la importancia de tener presente que cada acción realizada debe estar basada en conocimiento científico que permita el restablecimiento físico y psicológico óptimo del mismo, por lo tanto, es transcendental ejercer las actividades desde los valores morales, principios éticos universales y los que guían las acciones propias de la profesión.

Si bien la técnica de Laparotomía exploratoria es una decisión ante casos complejos para

su adecuado diagnóstico, actualmente, gracias a los avances tecnológicos, se puede tener alternativas ante la conducta a seguir para este tipo de casos, como lo es la cirugía laparoscópica^{10,11}. En los últimos años se ha demostrado los grandes beneficios que ha traído a la medicina los procedimientos quirúrgicos mediante laparoscopia: reducción de tasas de mortalidad; menor estancia hospitalaria, invasividad, costos y secuelas, entre otras². Debido a estas ventajas sobre la cirugía abierta, es importante que el especialista se involucre en esta nueva tecnología y tomarla como una opción quirúrgica que permite además la recuperación rápida del enfermo, lo que, al final logra aminorar costos a las instituciones hospitalarias, con la consiguiente integración pronta al hogar, a las actividades rutinarias, al trabajo^{3,11}.

Con relación a la aplicación del proceso enfermero (PE) en el presente caso se consideró que es un método que establece una actuación oportuna e idónea durante todo el perioperatorio, lo que fue reforzado en el estudio realizado por Rojas¹² al mencionar la importancia de que Enfermería cumpla con todas las etapas del PE desde el ingreso del usuario de manera que logre cumplir con los cuidados de calidad, fundamentados en el conocimiento y el juicio crítico oportuno que evite o controle las complicaciones que pudieran retrasar la recuperación satisfactoria del paciente.

— CONCLUSIÓN

En el caso clínico quirúrgico expuesto, tanto la enfermera instrumentista como la circulante demostraron tener el grado necesario de responsabilidad ante un acto tan importante como lo es el quirúrgico, tomando en cuenta que no se debe trabajar de manera individual y, que un error o una omisión, por muy pequeña que parezca puede repercutir de manera inmediata en la salud del paciente que confía plenamente en el personal que lo atiende durante todas las fases del perioperatorio.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broto M, Delor S. Instrumentación Quirúrgica. Buenos Aires-Argentina: Médica Panamericana; 2009.
2. Hasbun J. Semiología: abdomen. Slideshare. [Internet] 2013 [consultado 16 de agosto 2023]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jihansimonhasbun1/semiologia-abdomen-19148544>
3. Ramírez L. Postquirúrgico de laparotomía exploratoria. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Red Latinoamericana y del Caribe para el fortalecimiento de los Sistemas de Salud. Foro Iberoamericano de discusiones sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) “Dr. Roberto A. Becker”. [Internet] 2018 [consultado 16 de agosto 2023]. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/951-postquirurgico-de-laparatomia-exploratoria/>
4. Valls J. Adopción de la laparotomía exploradora como tratamiento del trauma abdominal penetrante durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918). Gac Med Caracas. [Internet] 2019

- [consultado 16 de agosto 2023]; 127(3):206-219. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1049770/02-valls-j-206-219.pdf>
5. Soto-Balán J, Campo-Mercado F, Fernández-Chica D, Iglesias-Acosta J, Salcedo-Mendoza S, Mora-Moreo L. Escalas qSOFA, SOFA y SIRS para evaluación del riesgo de sepsis y admisión hospitalaria. [Internet] 2022 [consultado 17 de agosto 2023]; 38(2):258-267. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2022/mim222e.pdf>
 6. Herdman H, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. Diagnósticos de Enfermería. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12a ed. Nueva York: Thieme; 2021.
 7. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
 8. Bulechek M, Butcher K, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
 9. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2022.
 10. Cevallos M, Farias J, Santos C, Vélez G. Factores de riesgo en cirugía laparoscópica. RECIMUNDO [Internet] 2021 [consultado 02 de abril 2023]; 5(2):230-237. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1073>
 11. Castillo-Castellanos R, Pérez-García R, García-Álvarez J, Álvarez-Cordero R. La importancia de la cirugía laparoscópica para el cirujano general. Salud en Tabasco. [Internet] 2006 [consultado 2 de mayo 2023]; 12(2):443-448. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48712207>
 12. Rojas-Vega M, Sandoval-Gutiérrez K. Proceso de enfermería aplicado a usuario post-operado de laparatomía exploratoria. SANUS. [Internet] 2019 [consultado 2 de mayo 2023]; 5:30-8. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/90>