

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO  
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA  
SALUD



Tesina:

Implementación de un proceso de atención de Enfermería a  
paciente con trauma penetrante de abdomen y choque  
hipovolémico grado IV en un hospital de alta especialidad.

Para obtener el diploma de la:  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS  
INTENSIVOS

Presenta:

L.E. Edgar Manuel Alcudia Cortez

Directores:

M.C.E. Margarita Magaña Castillo

L.E.C.I. Jesús Eugenio Sarao Valenzuela

Villahermosa, Tabasco

Agosto 2020

---

---

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO  
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



Tesina:

Implementación de un proceso de atención de Enfermería a paciente con trauma penetrante de abdomen y choque hipovolémico grado IV en un hospital de alta especialidad.

Para obtener el diploma de la:

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Presenta:

Edgar Manuel Alcudia Cortez

Directoras:

M.C.E. Margarita Magaña Castillo

L.E.C.I. Jesús Eugenio Sarao Valenzuela

Villahermosa, Tabasco

Agosto 2020



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



**2020**  
LEONA VICARIO

Of. No. 0405/DACS/JAEP  
20 de agosto de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesina

**C. Edgar Manuel Alcudia Cortez**

*Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos*

Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores M.C.E. América Acuña Blanco, M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue, M.C.E. Margarita Magaña Castillo, Mtra. Carmen de la Cruz García y la Mtra. Elizabeth Ramos Sánchez, impresión de la tesina titulada: **"Implementación de un proceso de atención de Enfermería a paciente con trauma penetrante de abdomen y choque hipovolémico grado IV en un hospital de alta especialidad"**, para sustento de su trabajo recepcional de la *Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos*, donde fungen como Directores de Tesis la M.C.E. Margarita Magaña Castillo y L.E.C.I. Jesús Eugenio Sarao Valenzuela.

A t e n t a m e n t e

UJAT



DACS  
DIRECCIÓN

*Dra. C. Mirian Carolina Martínez López*

Directora

C.c.p.- M.C.E. Margarita Magaña Castillo.- Directora de Tesis  
C.c.p.- L.E.C.I. Jesús Eugenio Sarao Valenzuela.- Director de Tesis  
C.c.p.- M.C.E. América Acuña Blanco.- Sinodal  
C.c.p.- M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue.- Sinodal  
C.c.p.- M.C.E. Margarita Magaña Castillo.- Sinodal  
C.c.p.- Mtra. Carmen de la Cruz García.- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC'MCML/EO'XME/lcll\*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de Estudios  
de Posgrado



2020  
LEONA VICARIO

**ACTA DE REVISIÓN DE TESINA**

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las **12:30** horas del día **19** del mes de **agosto** de **2020** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesina de grado titulada:

**"Implementación de un proceso de atención de Enfermería a paciente con trauma penetrante de abdomen y choque hipovolémico grado IV en un hospital de alta especialidad"**

Presentada por el alumno (a):

Alcudia	Cortez	Edgar Manuel
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

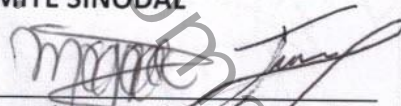
1	9	1	E	2	3	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

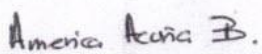
Aspirante al Grado de:

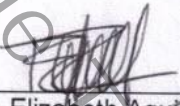
**Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos**

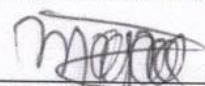
Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESINA** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

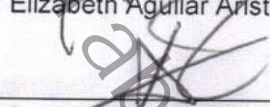
**COMITÉ SINODAL**

  
M.C.E. Margarita Magaña Castillo  
L.E.C.I. Jesús Eugenio Sarao Valenzuela  
Directores de Tesina

  
M.C.E. América Acuña Blanco

  
M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue

  
M.C.E. Margarita Magaña Castillo

  
Mtra. Carmen de la Cruz García

  
Mtra. Elizabeth Ramos Sánchez

C.c.p.- Archivo  
DC'MCML/OP'XME



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 08 del mes de Octubre del año 2020, el que suscribe, C. Edgar Manuel Alcudia Cortez, alumno del programa de la especialidad en enfermería en cuidados intensivos, con número de matrícula 191E23012 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesina titulado: **"Implementación de un proceso de atención de enfermería a paciente con trauma penetrante de abdomen y choque hipovolémico grado IV en un hospital de alta especialidad"**, bajo la Dirección de la M.C.E Margarita Magaña Castillo y el L.E.C.I Jesús Eugenio Sarao Valenzuela, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [alcudia\\_azul@hotmail.com](mailto:alcudia_azul@hotmail.com) Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

**Edgar Manuel Alcudia Cortez**

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



DEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco  
Tel. (993) 358.15.00 Ext. 6134

## Agradecimientos

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento a los directores de esta tesina, a la profesora investigadora Margarita Magaña Castillo y al licenciado en enfermería intensivista Jesús Eugenio Sarao Valenzuela, por la dedicación y apoyo que han brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Gracias por la confianza ofrecida desde que llegué a estudiar la especialidad.

Pero un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

Pero, sobre todo, gracias a mi esposa Karla Selene Reyes Junco, mi madre quien es profesora investigadora de esta universidad que es mi alma mater, a mi padre por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y por eso, este trabajo es también el suyo.

A todos, muchas gracias.

## Resumen

**Introducción.** En éste estudio de caso se proporcionaron cuidados a través de las fases del PAE a una persona con trauma penetrante abdominal y choque hipovolémico grado IV en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de alta especialidad. **Objetivo.** Proporcionar cuidados de Enfermería utilizando como método el proceso de atención de Enfermería. **Metodología.** Se realizó a través de los 11 patrones funcionales de salud, los diagnósticos se realizaron con la taxonomía NANDA, los planes de cuidado con las taxonomías NOC y NIC, los cuales fueron evaluados con la escala de resultados esperados. **Resultados.** Encontrándose alterados 4 patrones, se identificaron los diagnósticos de Enfermería adecuados y se diseñaron los resultados y las intervenciones idóneas, obteniéndose en la evaluación resultados favorables del estado de salud del paciente.

## Índice

Capítulo I.....	9
Introducción.....	9
Objetivos.....	11
Capítulo II.....	12
Marco teórico.....	12
Capítulo III.....	26
Metodología.....	26
Capítulo IV.....	27
Implementación del proceso de atención de enfermería.....	27
Conclusiones.....	48
Sugerencias.....	49
Bibliografía.....	51



## Capítulo I

### Introducción

En la profesión de Enfermería la metodología idónea para proporcionar cuidados a las personas, es el proceso de atención de Enfermería (PAE); el cual es el método científico aplicado al quehacer que toda Enfermera (o) realiza. En éste sentido el PAE tiene la finalidad de proporcionar las herramientas metodológicas para que el profesional de enfermería, en éste caso de la especialidad de Enfermería en cuidados intensivos aplique sus conocimientos, habilidades y actitudes en su práctica diaria en el cuidado del paciente en estado crítico de las unidades de cuidados intensivos.

En éste estudio se proporcionaron cuidados a una persona con trauma penetrante abdominal y choque hipovolémico grado IV en la unidad de cuidados intensivos del hospital de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez.

Por definición, una herida penetrante abdominal es aquella que atraviesa todas las capas de la pared abdominal; aquella que no cumple esta característica, pero es producida por pérdida de la continuidad de alguna de las capas queda en calidad de herida abierta. (De Dios, Arriaga, Enríquez, Castillo & Montes, 2010).

Las lesiones por trauma representan actualmente una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Son un problema de salud pública de primera importancia, con altos costos por la pérdida de vidas humanas, la atención médica de estos pacientes y, a largo plazo, la pérdida de productividad. (Parra, Contreras, Orozco, Domínguez, Mercado y Bravo, 2019).

Una de las consecuencias comunes en los pacientes con trauma abdominal, es el choque hipovolémico; el choque se define como una situación de hipoperfusión tisular

generalizada en la cual el aporte de oxígeno a nivel celular resulta inadecuado para satisfacer las demandas metabólicas; en esta definición, el estado de choque se puede clasificar en función de los determinantes de la perfusión y oxigenación tisular, que en el sistema cardiovascular están compuestos por el corazón, los vasos y la sangre (la bomba, el contenedor y el contenido).

Por lo que se puede analizar, el traumatismo por armas de fuego y/o armas punzocortantes y el choque hipovolémico que se presenta como consecuencia del mismo; es un grave problema de salud pública en Tabasco, el hospital de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez es la institución de salud de este estado que proporciona atención integral a los sobrevivientes de esta patología y actualmente se considera uno de los hospitales con mayor experiencia en este tipo de lesiones.

El propósito de éste trabajo fue proporcionar cuidados de Enfermería a un paciente en estado crítico con trauma abdominal y choque hipovolémico utilizando como método el proceso de atención de Enfermería en un hospital de alta especialidad.

## Objetivos

### General

Realizar una valoración a un paciente en la unidad de cuidados intensivos mediante los 11 patrones funcionales de salud, con el propósito de identificar aquellos que se encuentren alterados y poder llevar a cabo las intervenciones planeadas para conservar, restaurar o en su caso disminuir secuelas en el estado de salud del usuario.

### Específicos

- Realizar la entrevista al familiar del paciente con el propósito de recolectar los datos necesarios para conocer la historia de la enfermedad actual.
- Identificar los factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de complicaciones.
- Seleccionar diagnósticos de enfermería mediante el análisis de los datos e identificación de los problemas y/o necesidades encontradas.
- Planear intervenciones de enfermería de protección de la salud que disminuyan los factores de riesgo
- Priorizar las intervenciones y actividades de acuerdo a las necesidades del usuario.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería planeadas y evaluar su efectividad en el estado de salud del paciente.
- Disminuir o eliminar los factores reales o de riesgo que puedan potencializar el proceso patológico del usuario.

## Capítulo II

### Marco teórico

#### Proceso de Enfermería

En la profesión de Enfermería la metodología idónea para proporcionar cuidados a las personas, es el proceso de atención de Enfermería (PAE); el cual es el método científico aplicado al quehacer que toda Enfermera (o) realiza. Andrade lo define como “Método sistemático y organizado con base en la solución de problemas, para administrar cuidados de Enfermería derivados de la identificación de respuestas reales y potenciales del individuo familia y comunidad”. En éste sentido el PAE tiene la finalidad de proporcionar las herramientas metodológicas para que el profesional de enfermería, en éste caso de la especialidad de Enfermería en cuidados intensivos aplique sus conocimientos, habilidades y actitudes en su práctica diaria en el cuidado del paciente en estado crítico de las unidades de cuidados intensivos. (Andrade, López, Venegas, 2018).

El PAE se implementa en cinco fases:

- 1. Valoración.** Es la recolección de datos significativos (signos y síntomas) relacionados a la dimensión física, psicológica, social o espiritual del paciente; éstos datos se obtienen a través de la entrevista, observación, exploración física y los resultados de laboratorio y gabinete del paciente.
- 2. Diagnóstico de Enfermería.** Es el análisis e interpretación de los datos significativos recabados durante la valoración. En ésta fase se realizan juicios clínicos con el propósito de tener certeza para emitir los diagnósticos. Los diagnósticos se clasifican en: enfocados en el problema, de riesgo y de promoción a la salud. (Herdman & Kamitsuru, 2018).

A principios de los años 70, las enfermeras y formadores en los Estados Unidos de América descubrieron el hecho de que las enfermeras diagnosticaban y trataban independientemente “algo” relacionado con los pacientes y sus familias, que era diferente a los diagnósticos médicos. Su gran revelación abrió una nueva puerta a la taxonomía de los diagnósticos enfermeros y el establecimiento de la organización profesional que actualmente es conocida como NANDA International (NANDA –I) “DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, definiciones y clasificación”

NANDA –I existe con la finalidad de desarrollar, refinar y promover una terminología que refleje de forma precisa los juicios clínicos de las enfermeras.

Identifica tres categorías de diagnósticos enfermeros:

1. Diagnóstico enfermero focalizado en problemas; juicio clínico en relación con una respuesta no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital. Para identificarlo, debe estar presente lo siguiente: características definitorias (manifestaciones clínicas, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas. También se requieren factores relacionados (factores etiológicos) que están relacionados, contribuyen o anteceden al foco del diagnóstico.
2. Diagnóstico enfermero de promoción de la salud; juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud.
3. Diagnóstico enfermero de riesgo; juicio clínico en relación con la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a un problema de salud/proceso vital.

Y se pueden encontrar también Síndrome; juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares. Se deben de usar dos o más diagnósticos enfermeros como característica definitoria.

Los diagnósticos enfermeros se componen de:

- Etiqueta diagnóstica: proporciona un nombre para el diagnóstico que refleja, como mínimo, el foco del diagnóstico.
- Definición: proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de otros diagnósticos similares.
- Características definitorias: evidencias o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de diagnósticos focalizados en problemas, de promoción de la salud o síndromes. También incluyen aquellas que pueden ser oídas, aquello que tocamos u olemos.
- Factores de riesgo: son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero.
- Población de riesgo: grupos de personas que comparten alguna característica que hace a cada miembro susceptible de una determinada respuesta humana.
- Problemas asociados: diagnósticos médicos, procedimientos lesivos, dispositivos médicos o agentes farmacológicos.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en los siguientes dominios y se subdividen en clases:

1. Promoción de la salud: conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control, así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

- Clase 1: toma de conciencia de la salud.
- Clase 2: gestión de la salud.

2. Nutrición: actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

- Clase 1: ingestión.
- Clase 2: digestión
- Clase 3: absorción.
- Clase 4: metabolismo.
- Clase 5: hidratación.

3. Eliminación e intercambio: secreción y excreción de los productos de desecho del organismo.

- Clase 1: función urinaria.
- Clase 2: función gastrointestinal.
- Clase 3: función tegumentaria.
- Clase 4: función respiratoria

4. Actividad/reposo: producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

- Clase 1: sueño/reposo.
- Clase 2: actividad/ejercicio.
- Clase 3: equilibrio de la energía.

- Clase 4: respuestas cardiovasculares pulmonares.
  - Clase 5: autocuidado.
5. Percepción/cognición: sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
- Clase 1: atención.
  - Clase 2: orientación.
  - Clase 3: sensación/percepción.
  - Clase 4: cognición.
  - Clase 5: comunicación
6. Autopercepción: conciencia de sí mismo.
- Clase 1: autoconcepto.
  - Clase 2: autoestima.
  - Clase 3: imagen corporal.
7. Rol y relaciones: conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.
- Clase 1: roles de cuidador.
  - Clase 2: relaciones familiares.
  - Clase 3: desempeño del rol.
8. Sexualidad: identidad sexual, función sexual y reproducción.
- Clase 1: identidad sexual.
  - Clase 2: función sexual.
  - Clase 3: reproducción.



9. Afrontamiento/tolerancia al estrés: convivir con los eventos/procesos vitales.

- Clase 1: respuestas postraumáticas.
- Clase 2: respuesta de afrontamiento.
- Clase 3: estrés neurocomportamental.

10. Principios vitales: principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco.

- Clase 1: valores.
- Clase 2: creencias.
- Clase 3: congruencia.

11. Seguridad/protección: ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

- Clase 1: infección.
- Clase 2: lesión física.
- Clase 3: violencia.
- Clase 4: peligros del entorno.
- Clase 5: procesos defensivos.
- Clase 6: termorregulación.

12. Confort: sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.

- Clase 1: confort físico.
- Clase 2: confort del entorno.
- Clase 3: confort social.

13. Crecimiento/desarrollo: aumentos apropiados según la edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas del desarrollo.

Clase 1: crecimiento.

Clase 2: desarrollo.

**3. Planificación.** En esta fase se diseñan las estrategias o intervenciones idóneas para mejorar la situación de salud, para prevenirlas o fomentarlas. En ésta fase se priorizan los diagnósticos de Enfermería, se determinan los objetivos/resultados que se alcanzarán con el paciente y se diseñan las intervenciones que se implementarán para alcanzar los resultados esperados.

Los resultados ayudan a las enfermeras/os y a otros profesionales sanitarios a evaluar y cuantificar el estado del paciente, del cuidador, de la familia o de la comunidad. Por eso, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, siglas en inglés de Nursing Outcomes Classification) Estandariza los nombres y definiciones de los resultados para su uso en la práctica, la educación y la investigación. Cada resultado incluye una etiqueta de identificación; una definición; un grupo de indicadores que describen estados, percepciones o conductas específicas relacionados con el resultado; una escala de medida tipo Likert de 5 puntos y una selección de la bibliografía utilizada en el desarrollo del mismo. Los profesionales que incorporan la NOC en su práctica pueden cuantificar el cambio en el estado del paciente después de las intervenciones y monitorizar su progreso.

Los resultados, se clasifican de la siguiente forma:

- Dominio 1: Salud funcional; resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.

Clases:

- ✓ Mantenimiento de la energía.
- ✓ Crecimiento y desarrollo.
- ✓ Movilidad.
- ✓ Autocuidado.

- Dominio II: Salud fisiológica; resultados que describen el funcionamiento orgánico.

Clases:

- ✓ Cardiopulmonar.
- ✓ Eliminación.
- ✓ Líquidos y electrolitos.
- ✓ Respuesta inmune.
- ✓ Regulación metabólica.
- ✓ Neurocognitiva.
- ✓ Digestión y nutrición.
- ✓ Respuesta terapéutica.
- ✓ Integridad tisular.
- ✓ Función sensitiva

- Dominio III: Salud psicosocial; resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.

Clases:

✓ Bienestar psicológico.

✓ Adaptación psicosocial.

✓ Autocontrol.

✓ Interacción social

• Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud; resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.

Clases:

✓ Conducta de salud.

✓ Creencias sobre la salud.

✓ Conocimientos sobre salud.

✓ Gestión de la salud.

✓ Control de riesgo y seguridad.

• Dominio V: Salud percibida; resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria.

Clases:

✓ Salud y calidad de vida.

✓ Satisfacción con los cuidados.

✓ Sintomatología.

• Dominio VI: Salud familiar; resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia.

Clases:

- ✓ Desempeño del cuidador familiar.
- ✓ Estado de salud de los miembros de la familia.
- ✓ Bienestar familiar.
- ✓ Ser padre.
- Dominio VII: Salud comunitaria; resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.

Clases:

- ✓ Protección de la salud comunitaria.
- ✓ Bienestar comunitario.

Para brindar las intervenciones adecuadas para los diagnósticos enfermeros, se utiliza la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. La investigación para desarrollar la NIC utilizó un enfoque de métodos múltiples. La inicial, fue subvencionada parcialmente por el National Institute of Health y el National Institute of Nursing Research, los esfuerzos continuos para actualizar la clasificación se basan en la opinión de expertos y en publicaciones basadas en la investigación. Las intervenciones incluyen tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicosociales; tratamiento y prevención de enfermedades; fomento de la salud; intervenciones para individuos, familias y comunidades y cuidados indirectos.

La taxonomía se elaboró utilizando los métodos de análisis de semejanzas, agrupaciones jerárquicas, juicio clínico y revisión de expertos, por lo tanto, se clasifican en campos y clases.

- Campo 1: Fisiológico: Básico; Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.
  - ✓ Clase A: control de actividad y ejercicio.
  - ✓ Clase B: control de la eliminación.
  - ✓ Clase C: control de inmovilidad.
  - ✓ Clase D: apoyo nutricional.
  - ✓ Clase E: fomento de la comodidad física.
  - ✓ Clase F: facilitación del autocuidado.
- Campo 2: Fisiológico: Complejo; Cuidados que apoyan la regulación homeostática.
  - ✓ Clase G: control de electrolitos y ácido básico.
  - ✓ Clase H: control de fármacos.
  - ✓ Clase I: control neurológico.
  - ✓ Clase J: cuidados perioperatorios.
  - ✓ Clase K: control respiratorio.
  - ✓ Clase L: control de la piel/heridas
  - ✓ Clase M: termorregulación
  - ✓ Clase N: control de la perfusión tisular.
- Campo 3: Conductual; Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.
  - ✓ Clase O: terapia conductual.
  - ✓ Clase P: terapia cognitiva,
  - ✓ Clase Q: potenciación de la comunicación.

- ✓ Clase R: ayuda para el afrontamiento.
- ✓ Clase S: educación de los pacientes.
- ✓ Clase T: fomento de la comodidad psicológica.
- Campo 4: Seguridad; Cuidados que apoyan la protección contra daños.
  - ✓ Clase U: control en casos de crisis.
  - ✓ Clase V: control de riesgos.
- Campo 5: Familia; Cuidados que apoyan a la unidad familiar.
  - ✓ Clase W: cuidados de un nuevo bebé.
  - ✓ Clase Z: cuidados de crianza de nuevo bebé.
  - ✓ Clase X: cuidados durante la vida.
- Campo 6: Sistema sanitario; Cuidados que apoyan el uso eficaz de prestación de asistencia domiciliaria.
  - ✓ Clase Y: mediación del sistema sanitario.
  - ✓ Clase a: gestión del sistema sanitario.
  - ✓ Clase b: control de la información.
- Campo 7: Comunidad; Cuidados que apoyan la salud de la comunidad.
  - ✓ Clase c: fomento de la salud de la comunidad.
  - ✓ Clase d: control de riesgos de la comunidad.

**4. Ejecución.** En ésta fase se pone en práctica el plan de cuidados que se diseñó para cada diagnóstico identificado. En ésta fase es importante que el profesional de Enfermería demuestre el dominio en sus conocimientos habilidades y actitudes en cada una de las intervenciones o procedimiento que va realizar. Es una fase determinante para el alcance de los resultados esperados.

**5. Evaluación.** Es la fase final del proceso de Enfermería, en ésta fase se aplica el pensamiento crítico para determinar si los resultados esperados fueron alcanzados. Se compara el estado inicial del paciente con su estado después de las intervenciones de Enfermería realizadas. Existen tres subetapas en la evaluación: evaluación del logro de los resultados esperados, revalorar el plan de atención y satisfacción de la persona sobre el cuidado otorgado. (Andrade, López, Venegas, 2018).

#### Trauma penetrante abdominal

Por definición, una herida penetrante abdominal es aquella que atraviesa todas las capas de la pared abdominal; aquella que no cumple esta característica, pero es producida por pérdida de la continuidad de alguna de las capas queda en calidad de herida abierta. (De Dios, Arriaga, Enríquez, Castillo & Montes, 2010).

Las lesiones por trauma representan actualmente una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. Son un problema de salud pública de primera importancia, con altos costos por la pérdida de vidas humanas, la atención médica de estos pacientes y, a largo plazo, la pérdida de productividad. (Parra, Contreras, Orozco, Domínguez, Mercado y Bravo, 2019).

El abdomen es una de las regiones anatómicas más afectadas por las lesiones traumáticas y está involucrado en el 31% de los pacientes politraumatizados, por lo que la identificación de las lesiones intraabdominales es crucial a fin de disminuir la morbimortalidad de este origen. (Parra, Contreras, Orozco, Domínguez, Mercado y Bravo, 2019).

Una de las consecuencias comunes en los pacientes con trauma abdominal, es el choque hipovolémico; el choque se define como una situación de hipoperfusión tisular generalizada en la cual el aporte de oxígeno a nivel celular resulta inadecuado para satisfacer las



demandas metabólicas; en esta definición, el estado de choque se puede clasificar en función de los determinantes de la perfusión y oxigenación tisular, que en el sistema cardiovascular están compuestos por el corazón, los vasos y la sangre (la bomba, el contenedor y el contenido). El choque hipovolémico sucede cuando disminuye el contenido (la sangre o volumen plasmático) por causas hemorrágicas o no hemorrágicas. (López, Pérez, Tapia, Paz, Ochoa, Cano & Montiel, 2018).

El choque hipovolémico es el tipo de shock más común en pacientes que experimentan una lesión traumática. El diagnóstico de shock se basa en signos clínicos, hemodinámicos y bioquímicos, que se pueden resumir en tres componentes:

- En primer lugar, la hipotensión arterial sistémica, típicamente, la presión arterial sistólica es menor a 90 mmHg o la presión arterial media es menor a 70 mmHg, con taquicardia asociada.
- En segundo lugar, hay signos clínicos de hipoperfusión tisular, que se manifiestan: cutáneo (piel fría y húmeda, con vasoconstricción y cianosis), renal (uresis de 1.5 mmol por litro) y neurológico (estado mental alterado, que típicamente incluye obnubilación, desorientación y confusión).
- En tercer lugar, la hiperlactatemia (> 1.5 mmol por litro) en la insuficiencia circulatoria aguda. (Félix, 2018).

### Capítulo III

#### Metodología

Se seleccionó un paciente en estado crítico con trauma penetrante abdominal y choque hipovolémico grado IV en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de alta especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”, se pidió consentimiento informado a los familiares y se realizó la valoración a través de los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, los diagnósticos se realizaron con la taxonomía NANDA, los planes de cuidado con las taxonomías NOC y NIC, se realizaron procedimientos de Enfermería invasivos y no invasivos, implementando los conocimientos, habilidades y actitudes desarrollados desde el aula de clases, los cuales fueron evaluados con la escala de resultados esperados.

Éstas taxonomías se aplicaron a través de las “Guías didácticas para implementar el de proceso de Enfermería a pacientes en estado crítico” elaboradas por docentes de la especialidad en Enfermería en cuidados intensivos.

## Capítulo IV

Implementación del proceso de atención de enfermería

### Valoración

Paciente masculino de 46 años que ingresa a la unidad de cuidados intensivos el día 02 de mayo de 2019 a las 16:30 horas, fue agredido por terceras personas en la vía pública con un objeto punzocortante a nivel abdominal, en su ingreso presentó, T/A 90/50, Spo2 98%, Glasgow de 14 puntos, valorado por cirugía general, pasa a quirófano donde se realiza LAPE con resección de colón transverso, los hallazgos transoperatorios, hemoperitoneo de 1800cc, múltiples adherencias en corredera parietocólica derecha a izquierda e infracólica, heridas en pared de flaco izquierdo de 2 a 3 cm, 6 lesiones grado II en colón transverso.

A continuación, se presentan los datos significativos de la valoración a través de los patrones funcionales que se encontraron alterados:

- **Patrón nutricional/metabólico**

Peso 92 kilogramos, talla 1.83, IMC 27.8, con dentadura completa, encías sin datos de gingivitis, lengua integra. Se encuentra en sobrepeso según escala de índice de masa corporal. nasogástrica cerrada, ya que se está en ayuno. Glucosa central 138 mg/dl.

Piel y mucosas hidratadas, buena implantación de cabello, vello corporal con edema de miembros inferiores y superiores grado 1 con presencia de diversas laceraciones.

Temperatura corporal dentro de parámetros normales, actualmente 37.0 °C.

Palidez de piel y tegumentos, sin presencia de úlceras por presión. Punción por catéter central subclavio de tres lúmenes de lado derecho, cubierto con apósito transparente

y almohadilla antiséptica en sitio de inserción, sin datos de infección, actualmente con infusión de solución acuosa hartman 1000 ml / 20 meq KCL / 3 gr Vitamina C / para 8 horas. Con herida de aproximadamente 10 centímetros en área abdominal, con eritema y supuración serohematosa. Con 9 puntos en la escala de Braden.

- **Patrón de eliminación**

Con presencia de ileostomía y drenaje con líquido biliar, no canaliza gases, ruidos intestinales hipoactivos y residuo gástrico presente de 20 ml de color bilioso, sin medicación indicada para favorecer la evacuación, ano íntegro sin lesiones. Drenaje vesical con circuito cerrado por sonda vesical número 16 fr, orina turbia, diuresis media horaria 0.09 cc/kg/h con diaforesis escasa en el paciente.

- **Patrón actividad/ejercicio**

Monitorización electrocardiográfica continua, mostrando los siguientes signos vitales: FC 108 latidos por minuto, FR 16 latidos por minuto, SapO<sub>2</sub> 98%, T/A de 129/72 mm/Hg. Llenado capilar mediato de 3 segundos, ritmo sinusal sin arritmias. Presión arterial media de 89 mm/hg. Tórax simétrico, movimientos de la caja torácica por respuesta ventilatoria, auscultación cardiaca con ruidos rítmicos, sin presencia de soplos, ni galopes. A la auscultación pulmonar se escucha claro pulmonar, a la palpación integras, a la percusión sonidos sonoros normales, con reflejo vagal a la aspiración de secreciones y al cambio de posición, con cánula orotraqueal número 8.5 fr, con fecha de instalación del 02/05/2019. Conectado a ventilación mecánica invasiva en modo A/C con los siguientes parámetros ventilatorios establecidos: FIO<sub>2</sub> 50 %, Volumen Corriente (vt) 450, tiempo inspiratorio (ti): 1:2, FR: 16, PEEP 10, sin presencia de cianosis. Con circuito cerrado para la aspiración de secreciones y sincronía con el ventilador mecánico, PH: 7.59, Pco<sub>2</sub> 30 mmHg, Po<sub>2</sub>: 88 mmHg, Hco<sub>3</sub>: 24 mmHg, SOp<sub>2</sub>: 98 %. Presenta abundantes secreciones

espesas transparentes por cánula, con moderadas secreciones por boca de características hialinas y por cavidad nasal, sin apoyo de drogas vaso activas.

Actualmente sin movilidad por la sedación, con 3 puntos en la escala de Downton.

- **Cognitivo– perceptivo**

Actualmente bajo efecto de sedación, con Midazolam 35 ml/hr/ DR. Con Ramsay de 6, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz, con diámetro pupilar de 2/2 derecha/izquierda.

### Estudios de laboratorio

#### Hematología

#### Biometría hemática

	Ingreso urgencias		UCI 04/05/19
<b>Eritrocitos</b>	3.47		3.16
<b>Hemoglobina</b>	6.70g/dl		10.2 g/dl
<b>Hematocrito</b>	27.1%		29.5%
<b>Leucocitos</b>	23.16		19.30
<b>Plaquetas</b>	487		399 mil
<b>Formula blanca</b>			
<b>Neutrófilos%</b>	95%		94%
<b>Linfocitos%</b>	2.7%		3.3%
<b>Monocitos%</b>	1.6%		2.7%
<b>Neutrófilos#</b>	22.00		18.14
<b>Linfocitos#</b>	0.63		0.64
<b>Monocitos#</b>	0.37		0.52
<b>Inmunología especializada</b>			

<b>Complemento C3</b>			116 mg/dl
<b>Complemento C4</b>			29 mg/dl
<b>Química clínica</b>			
<b>Glucosa</b>	100 mg/dl		138 mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.70 mg/dl		0.90 mg/dl
<b>Nitrógeno Ureico</b>	12.0 mg/dl		52.0 mg/dl
<b>Urea</b>	25.7 mg/dl		26 mg/dl
<b>Acido Urico</b>			2.30 mg/dl
<b>Colesterol Total</b>			103 mg/dl
<b>Triglicéridos</b>			297.0 mg/dl
<b>Bilirrubina directa</b>	0.5 mg/dl		0.4 mg/dl
<b>Proteínas totales</b>	4.5 g/dl		5.1 g/dl
<b>Albumina</b>	2.4 g/dl		2.6 g/dl
<b>Deshidrogenasa lactica</b>	289 UI/L		369 UI/L
<b>Gasometría arterial</b>			
<b>Ph</b>	7.41		7.59
<b>Pco2</b>	25mmHg		30mmHg
<b>Po2</b>	74 mmHg		88mmHg
<b>Hco3</b>	27.3 mmol/L		27mmol/L
<b>SO2</b>	95%		98%

## Diagnóstico

- Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de músculos respiratorios manifestado por aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión parcial de dióxido de carbono, aumento de músculos accesorios para la respiración, disminución de la presión parcial de oxígeno, disminución de la saturación arterial de oxígeno y oxígeno.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía aérea artificial, mucosidad moderada y retención de las secreciones, manifestado por sonidos respiratorios adventicios y abundantes secreciones.
- Deterioro de la integridad tisular relacionado con factores mecánicos (cirugía) e inmovilización física, manifestado por herida quirúrgica en abdomen, y escala de Braden de 9 puntos.
- Motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con régimen terapéutico (ileostomía) e inmovilidad, manifestado por cambio en los ruidos intestinales con aumento del residuo gástrico de color bilioso.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con régimen de tratamiento y traumatismo.
- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos y traumatismo tisular.
- Déficit de autocuidado: baño y vestido relacionado con alteración de la función cognitiva secundaria a efectos de sedación manifestado por incapacidad para realizar higiene del cuerpo y para vestirse.
- Riesgo de glucemia inestable relacionado con ayuno.

### Ejecución y Evaluación del “Plan de cuidados”

- **Deterioro de la ventilación espontánea** relacionado con fatiga de músculos respiratorios manifestado por aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la presión parcial de dióxido de carbono, aumento de músculos accesorios para la respiración, disminución de la presión parcial de oxígeno, disminución de la saturación arterial de oxígeno y oxígeno.

RESULTADO (NOC)										ESCALA DE MEDICIÓN	
Estado respiratorio: intercambio gaseoso.										1. Desviación grave. 2. Desviación sustancial 3. Desviación moderada 4. Desviación leve 5. Sin desviación  Calificación mínima: 5  Calificación máxima: 25	
INDICADORES	1		2		3		4		5		
	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT		POST INT
• Equilibrio entre ventilación y perfusión					+			+			
• PH arterial							+	+			
• Presión parcial de dióxido de carbono					+			+			
• Saturación de O2					+				+		



• Presión parcial de oxígeno po2							+		+	
<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación Científica</b>									<b>Evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización respiratoria.</li> <li>• Manejo de la ventilación mecánica invasiva.</li> </ul>	<p>La adecuada monitorización respiratoria permite evaluar la evolución del paciente y así la efectividad de las intervenciones de enfermería</p> <p>El objetivo principal de la ventilación mecánica es la sustitución total o parcial de la función ventilatoria, mientras se mantienen niveles apropiados de PO2 y PCO2 en sangre arterial y descansa la musculatura respiratoria. El soporte ventilatorio constituye la principal razón para el ingreso de los pacientes en la UCI.</p>									<p>Se logró mantener estable al paciente durante el turno con una SaO2 entre 97 y 98%.</p>

- **Limpieza ineficaz de las vías aéreas** relacionado con vía aérea artificial, mucosidad moderada y retención de las secreciones, manifestado por sonidos respiratorios adventicios y abundantes secreciones.

RESULTADO (NOC)											ESCALA DE MEDICIÓN
Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas											
INDICADORES	1		2		3		4		5		
	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	
• Frecuencia respiratoria							+	+			1.-Desviacion grave. 2.-Desviacion sustancial. 3.-Desviacion moderada. 4.-Desviacion leve. 5.-Sin desviación.  Calificación mínima: 5 Calificación máxima: 25
• Ritmo respiratorio							+	+			
• Capacidad para eliminar secreciones			+					+			
• Profundidad de la inspiración					+			+			
• Acumulación de esputos					+			+			

Intervenciones	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiración de las vías aéreas.</li> <li>• Manejo de las vías aéreas artificiales.</li> <li>• Monitorización respiratoria.</li> </ul>	<p>La eliminación de secreciones logra mantener las vías aéreas permeables para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar y evitar neumonías por su acumulación.</p>	<p>Se mantuvo la vía aérea permeable durante el turno, se aspiró 2 veces al paciente, obteniendo abundantes secreciones sanguinolentas por cánula y por boca de características hialinas. La saturación de oxígeno aumentó al final de cada aspiración</p>

- **Deterioro de la integridad tisular** relacionado con procedimiento quirúrgico, manifestado por daño y destrucción tisular

RESULTADO (NOC)											ESCALA DE MEDICIÓN
CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN											
INDICADORES	1		2		3		4		5		
	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	
• Eritema perilesional			+					+			• Extenso: 1
• Eritema cutáneo circundante			+			+					• Sustancial: 2
• Secreción sanguinolenta de la herida	+							+			• Moderado: 3
• Olor de la herida							+			+	• Escaso: 4
• Aumento de la temperatura cutánea							+			+	• Ninguno: 5

Calificación mínima:  
5  
Calificación máxima:  
25

Intervenciones	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de las heridas.</li> <li>• Vigilancia de la piel.</li> <li>• Cuidados en el sitio de incisión.</li> </ul>	<p>El éxito de los cuidados depende del estado higiénico de la herida, la preparación del lecho de la herida, elección del apósito apropiado, la experiencia del profesional sanitario y la condición del paciente.</p>	<p>Las intervenciones ayudaron a mejorar el estado de la piel, se disminuyó el riesgo de úlcera por presión en zonas declives del paciente, colocando almohadilla. Se logró dar 2 cambios de posición por turno.</p> <p>No se encontraron signos de nuevas úlceras por presión en el paciente.</p>

- **Motilidad gastrointestinal disfuncional** relacionado con inmovilidad, medicamentos y procedimiento quirúrgico, manifestado por cambio en los ruidos intestinales con aumento del residuo gástrico de color bilioso.

RESULTADO (NOC)											ESCALA DE MEDICIÓN
FUNCIÓN GASTROINTESTINAL											
INDICADORES	1		2		3		4		5		
	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	
• Tiempo de vaciado gástrico				+	+						
• Consistencia de las deposiciones				+			+				
• Ruidos abdominales	+	+									
• Color de contenido gástrico		+					+				
• Cantidad de residuos en el contenido gástrico		+					+				

1. Gravemente comprometido  
2. Sustancialmente comprometido  
3. Moderadamente comprometido  
4. Levemente comprometido  
5. No comprometido

Calificación mínima:  
5  
Calificación máxima:  
25

Intervenciones	Fundamentación Científica	Evaluación
Control intestinal	Disfrutar de una buena salud intestinal significa que la digestión se realiza de forma apropiada, de manera que el cuerpo asimila bien los nutrientes que necesita y excreta las sustancias de desecho.	Se realizaron los cuidados pertinentes de la ileostomía, protegiendo la piel circundante, así como el estoma. Se auscultó cada 4 horas el abdomen del paciente, ruidos abdominales que continuaron hipoactivos. El contenido gástrico aumentó y seguía siendo de color bilioso, se recibió la bolsa de ileostomía con 20 ml, al finalizar el turno se drenó 180 ml.

- **Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos** relacionado con cirugía abdominal.

RESULTADO (NOC)										ESCALA DE MEDICIÓN	
Equilibrio hídrico										1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.  Calificación mínima: 4 Calificación máxima: 20	
INDICADORES	1		2		3		4		5		
	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT		POST INT
• Presión arterial									+		+
• Entradas y salidas diarias equilibradas					+	+					
• Hidratación cutánea			+	+							
• Edema periférico			+	+							
Intervenciones	Fundamentación Científica									Evaluación	
Manejo de líquidos/electrolitos.	<p>La sobrecarga hídrica favorece la disfunción endotelial, la lesión del glicocalix y la fuga de líquido al espacio intersticial. De esta manera el edema generado como efecto secundario no es cuestión de estética, sino que tiene graves consecuencias a nivel cardíaco, vascular, hemodinámico y sistémico, impactando de manera negativa en la perfusión microcirculatoria y en el aporte tisular de oxígeno.</p>									<p>Durante el turno, el paciente se encontraba edematizado de ambos miembros superiores e inferiores, en donde se trató de cuidar el excesivo roce, para disminuir el riesgo de rotura de la piel. A la toma de signos vitales se encontraron normales durante todo el día, principalmente la</p>	



		<p>tensión arterial se encontraba en rangos normales. Se prepararon las soluciones indicadas, las cuales fueron conectadas mediante bomba de infusión, las cuales se programaron de manera adecuada según la indicación médica. En la unidad de cuidados intensivos, se maneja la hoja de enfermería que cuenta con el apartado de ingresos y egresos del paciente de manera horaria, en donde se anotó todo líquido que entraba y salía del paciente. El paciente fue monitorizado durante todo el turno debido al estado de salud en general.</p>
--	--	---

- **Riesgo de infección** relacionado con procedimientos invasivos.

RESULTADO (NOC)											ESCALA DE MEDICIÓN
Estado inmune											1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido  Calificación mínima: 5  Calificación máxima: 25
INDICADORES	1		2		3		4		5		
	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	
• Integridad cutánea			+	+							
• Estado respiratorio			+			+					
• Estado gastrointestinal	+	+									
• Temperatura corporal					+			+			
• Recuento leucocitario							+	+			

Intervenciones	Fundamentación Científica	Evaluación
Control de las infecciones	El personal de enfermería está implicado directamente en la provisión de un ambiente biológico sano. Los microorganismos están en todos los sitios: en el agua, en el suelo y en las superficies corporales.	Se logró implementar en todo momento la técnica estéril en la realización de procedimientos invasivos, se brindó protección necesaria en sitio de inserción de catéter venoso central mediante la curación y colocación de apósito transparente con almohadilla antiséptica.

- **Déficit de Autocuidado: Baño** relacionado con efectos de sedación manifestado por incapacidad para lavarse el cuerpo.

RESULTADO (NOC)										ESCALA DE MEDICIÓN
Autocuidados: Higiene										
INDICADORES	1		2		3		4		5	
	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT
• Se lava las manos	+	+								
• Se lava la zona perianal	+	+								
• Mantiene la higiene oral	+	+								
• Se afeita	+	+								
• Mantiene una apariencia pulcra							+			+

1. Gravemente comprometido  
2. Sustancialmente comprometido  
3. Moderadamente comprometido  
4. Levemente comprometido  
5. No comprometido

Calificación mínima: 5  
Calificación máxima: 25

Intervenciones	Fundamentación Científica	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baño</li> <li>• Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene.</li> </ul>	<p>El baño en la cama de la UCI es un proceso que exige una atención redoblada del equipo de enfermería para el bienestar el usuario, aplicando los principios del cuidado de limpieza en los pacientes para evitar la proliferación de bacterias.</p>	<p>Se realizó el baño al paciente al inicio del turno matutino con agua tibia y jabón neutro, cuidando en todo momento la cánula orotraqueal, se colocó talco en zonas de humedad y se cambió ropa de cama, dejando al paciente limpio, seco y con barandales arriba.</p>

- **Riesgo de nivel de glucemia inestable** relacionado con el estado de salud física.

RESULTADO (NOC)										ESCALA DE MEDICIÓN	
Estado nutricional: determinaciones bioquímicas										1. Desviación grave 2. Desviación sustancial 3. Desviación moderada 4. Desviación leve 5. Sin desviación  Calificación mínima: 4 Calificación máxima: 20	
INDICADORES	1		2		3		4		5		
	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT	POST INT	PRE INT		POST INT
• Albúmina sérica					+	+					
• Hemoglobina			+	+							
• Glucemia					+			+			
• Triglicéridos sanguíneos					+	+					
Intervenciones				Fundamentación Científica						Evaluación	
Manejo de la hiperglucemia				Es importante tratar la hiperglucemia apenas se detecta. El organismo descompone las grasas (lípidos) para utilizarlas como energía. Cuando el organismo descompone las grasas, aparecen productos residuales denominados cetonas. El						Para tratar el nivel de albúmina, se administró como parte de los medicamentos indicados en el tratamiento, el frasco de albumina al 12.5%, aplicándose dos veces	

	<p>organismo no tolera grandes cantidades de cetonas y trata de eliminarlos a través de la orina</p>	<p>durante el día. Se realizó toma de glucosa capilar, encontrándose por debajo del valor indicado para ser reportado al médico de guardia. Se continuó el manejo de las soluciones glucosadas para sedación, manejo del dolor y amins, en donde se realizó las respectivas infusiones por vencimiento de dichas soluciones.</p>
--	--	--

## Conclusiones

La implementación del pensamiento crítico y la metodología del Proceso de Enfermería facilitó la aplicación de los cuidados idóneos para el paciente crítico, es importante mencionar que el conocimiento de ésta metodología de cuidado y el conocimiento de la fisiología y fisiopatología del padecimiento, contribuyó de manera significativa en la calidad de los cuidados. Se demostró un logro significativo en el alcance de los resultados esperados. “El proceso de enfermería es un modelo sistemático de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones”. (Elías, 2016).

Se realizó una búsqueda de información sobre planes de cuidados implementados a pacientes con trauma de abdomen y shock hipovolémico y sólo se encontró un proceso de Enfermería realizado, se encontraron similitudes y diferencias en los patrones funcionales alterados, así como los diagnósticos, resultados e intervenciones. Lo anterior muestra que pacientes con el mismo diagnóstico médico, puede mostrar respuestas humanas diferentes, por lo que el cuidado que se aplica debe ser individualizado.



## Sugerencias

Se ha determinado que la aplicación del proceso de atención de enfermería favorece el desarrollo profesional e impacto de la carrera a nivel social, principalmente, si se optimiza con una práctica constante, acompañamiento docente durante la formación universitaria, la adquisición de experiencias y conocimiento, así como, la incorporación de teorías y modelos conceptuales disciplinares.

Sin embargo, en múltiples estudios en los que se analizaron planes de atención y registros de enfermería, se apreció que las fases del PAE no se cumplían a cabalidad, se omitían o no eran concordantes entre sí. Y en investigaciones que utilizaron técnicas cualitativas, estudiantes y profesionales reconocieron grandes dificultades para emplearlo, por lo cual, simplificaron su uso a simples acciones de cuidado rutinarias o bien, no lo utilizaron del todo.

Específicamente, la fase diagnóstica es en la que más se presentan dificultades de implementación. Indagaciones como la Pokorski et al, y Kabir y Hasantehrani evidenciaron que la redacción de estas declaraciones era de baja calidad, no incorporaban lenguaje disciplinar o simplemente, se excluían de los registros; y en la de Bayindir y Olgun, esta actividad solo mejoró por medio de la práctica de modelos de clasificación NANDA.

Para Carpenito, la situación se vincula con un predominio en la discusión de diagnósticos médicos por encima de los de enfermería durante la formación académica, que unido a un desconocimiento de las taxonomías disciplinares, hacen que los estudiantes finalicen su formación sin claridad en el manejo de esta fase como componente crítico para la profesión.

Otros hallazgos han expuesto los factores que influyen en la aplicación del método en general, los cuales pueden dividirse en tres grandes grupos. El primero son los relacionados con la educación; diversos estudios encontraron que la calidad universitaria y la diversidad de criterios de enseñanza y evaluación, tenían un efecto negativo en la percepción y empleo del PAE, con lo que dejaron abierta la posibilidad de que se prescindiera de él en la carrera profesional.

El segundo grupo lo conforman los elementos relacionados con el profesional o estudiante propiamente. Para Gutiérrez, Pokorski et al, Pecina, y Shelile la falta de conocimientos o experiencia con el método y sentimientos como la pereza y la motivación, fueron aspectos de relevancia para la implementación sistemática del PAE.

Finalmente, se encuentran los componentes de origen laboral. Gutiérrez, Ledesma y Rino, Pokorski et al; Kabir y Hasantehrani, Shelile, y Jiménez, López y Restrepo, identificaron que el excesivo número de tareas, las restricciones de tiempo, la rutina hospitalaria, la cantidad de usuarios designados y el enfoque hacia una práctica administrativa, impactaron negativamente en la incorporación del método y la atención profesional brindada.

## Bibliografía

- Andrade Cepada, R.M., Lopez España J.T., Venegas Cepeda M.L. (2018). El proceso de atención de enfermería. Trillas.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Faan, P. R., Dochterman, J. M., Wagner, C., & Mba, R. P. (Eds.). (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier.
- De Dios Díaz-Rosales, J., Arriaga-Carrera, J. M., Enríquez-Domínguez, L., Castillo-Moreno, J. R., & Montes-Castañeda, J. G. (2010). Trauma penetrante abdominal: Comparativa de morbimortalidad en heridas por arma de fuego y arma punzocortante. *Cirujano General*, 32(1), 24-28. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg101d.pdf>
- De Dios Díaz-Rosales, J., Enríquez-Domínguez, L., Arriaga-Carrera, J. M., Herrera-Ramírez, F., & Ibarra-Paz, E. (2010). Infección abdominal en perforaciones de estómago vs intestino delgado en pacientes con trauma penetrante abdominal. *Cirujano General*, 32(4), 221-225. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg104g.pdf>
- Elías, A. R. (2016). Proceso de enfermería, lo que sí es y lo que no es. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 71-72. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358745743001.pdf>
- Félix-Sifuentes, D. J. (2018). Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 41(S1), 169-174. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181be.pdf>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). Diagnósticos de enfermería NANDA-I: definiciones y clasificaciones 2018-2020. Porto Alegre: Artmed.
- Hernández Ruíz, A., Vinent Llorente, J. A., Delgado Fernández, R. I., & Castillo-Cuello, J. J. (2014). Factores que influyen en la mortalidad en los pacientes graves con cirugía

abdominal. Revista Cubana de Cirugía, 53(2), 134-144. Recuperado en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2014/rcc142c.pdf>

- López Cruz, F., Pérez De los Reyes Barragán, G. D. R., Tapia Ibáñez, E. X., Paz Cordero, D. C., Ochoa Morales, X., Cano Esquivel, A. A., & Montiel Falcón, H. M. (2018). Choque hipovolémico. Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC, 63(1), 48-54.

Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>

- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M. L., & Faan, P. R. (Eds.). (2018). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud. Elsevier.

- Parra-Romero, G., Contreras-Cantero, G., Orozco-Guinaldo, D., Domínguez-Estrada, A., Mercado-Martín del Campo, J. D. J., & Bravo-Cuéllar, L. (2019). Trauma abdominal: experiencia de 4961 casos en el occidente de México. Cirugía y Cirujanos, 87(2), 183-189.

Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2019/cc192j.pdf>

- Pinedo-Onofre, J. A., Guevara-Torres, L., & Sánchez-Aguilar, J. M. (2006). Trauma abdominal penetrante. Cirugía y Cirujanos, 74(6), 431-442. Recuperado en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4BnLQJqo1AMC&oi=fnd&pg=PA431&dq=PinedoOnofre,+J.+A.,+GuevaraTorres,+L.,+%26+S%C3%A1nchezAguilar,+J.+M.+\(2006\).+Trauma+abdominal+penetrante.&ots=6M4lfSzWG&sig=TaiV40VkJAmyVv8tPO87cuCa5RrE#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4BnLQJqo1AMC&oi=fnd&pg=PA431&dq=PinedoOnofre,+J.+A.,+GuevaraTorres,+L.,+%26+S%C3%A1nchezAguilar,+J.+M.+(2006).+Trauma+abdominal+penetrante.&ots=6M4lfSzWG&sig=TaiV40VkJAmyVv8tPO87cuCa5RrE#v=onepage&q&f=false)

- Ruezga, K. L. L., Gómez, J. A. J., González, L. R. R., Santa Cruz, M. S., Vigna, J. J. G., & Barba, I. M. T. (2013). Trauma abdominal cerrado y penetrante con lesión a órganos abdominales. Revista Latinoamericana de Cirugía, 3(1), 20-24. Recuperado en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/felac/fl-2013/fl131>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.