



BOLIVARIANO
INSTITUTO SUPERIOR
UNIVERSITARIO

**INSTITUTO
SUPERIOR
UNIVERSITARIO
BOLIVARIANO**

TEMA:

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON
TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

CASO CLINICO

TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

- CINTHIA JHUDI TROYA CRUZ
- PAOLA SUSANA CUMBICUS RIMACUNA

DOCENTE RESPONSABLE:

- Mgtr. DANIELA TAMAY
- Mgtr. HERMINIA HURTADO

OCTUBRE 2023 – MARZO 2024

INDICE

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	2
2.	JUSTIFICACIÓN	4
3.	RESUMEN CASO	6
4.	DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10	8
5.	DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA	9
6.	FISIOPATOLOGÍA	10
7.	ETIOLOGÍA	12
8.	CUADRO CLÍNICO	14
9.	MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO	14
10.	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	16
11.	PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	31
12.	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	32
13.	RESULTADOS	52
14.	DISCUSIÓN	53
15.	CONCLUSIONES	54
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

1. INTRODUCCIÓN

El traumatismo es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. El abdomen es, en frecuencia, la tercera región anatómica más afectada, y el compartimento intraabdominal es un sitio de hemorragia difícil de identificar, por lo que cobra importancia el conocimiento de las posibles lesiones tras un traumatismo. (Parra,2019)

Actualmente a nivel mundial mueren 1,2 millones de personas por causas traumáticas. Este evento sucede en las primeras cuatro décadas de la vida. La mortalidad por traumatismos en los países de la Región de las Américas tiene una razón de hombres/mujeres de 5:9 donde la TA se presenta como el 10% de todos los ingresos por trauma en una sala de emergencias, de los cuales el 77% corresponde a trauma penetrante, siendo el 88% por arma blanca y el 12% por arma de fuego, El TA es la tercera causa de muerte en menores de 40 años; posterior a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer, se observa un 55% de mortalidad en niños mayores de cinco años en países occidentales (Jara Castillo, 2020).

En México, las lesiones por trauma han representado un monto importante de muertes en décadas previas, situación que se ha agudizado en los últimos años. Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, en 2015, los accidentes y agresiones representaron la cuarta y la octava causas de muerte, respectivamente, en la población general. Sin embargo, este dato es en especial relevante en los adultos jóvenes, pues representó el 50% de la mortalidad entre los 15 y los 34 años, es decir, la primera y la segunda causas de muerte en este grupo de edad. En 2016, se registraron 72,821 muertes violentas, de ellas el 51% accidentales. (Parra,2019)

Un estudio realizado en Colombia mostró que las causas principales de muerte por trauma son las lesiones ocasionadas por arma de fuego, seguido de los accidentes de tránsito, afectando mayoritariamente al sexo masculino de edades entre 25 a 29 años, con el 88,2% de defunciones atribuidas a los traumatismos de forma general (Ávila, Martínez, & Álvarez, 2020).

En Ecuador, de acuerdo con el informe emitido por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, en el año 2020, se registraron 2.538 muertes como consecuencia de traumatismos atribuidos a accidentes de transporte terrestre, sin embargo en el año 2021 se registran 3.279 muertes, evidenciando un incremento en la mortalidad por esta causa; esta cifra representa el 43,1% del total de defunciones registradas, ocupando el octavo lugar entre los principales motivos de muerte en el país (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2022).

Por otro lado, en Loja según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en los últimos años 2019 a 2020, los accidentes fueron la novena causa de muerte. Aproximadamente el 91% de los traumatismos abdominales relacionados con el uso de armas, mientras que sólo el 11% son causados por caídas y terminan en la muerte. Según estudios registros del hospital Isidro Ayora en nuestra ciudad se reportaron 125 muertes por este diagnóstico prevaleciendo en las edades entre los 15 a 24 años y la causa más frecuente son los accidentes de tránsito (Saillema Laica, 2020)

2. JUSTIFICACIÓN

A nivel económico, se considera que los diferentes traumatismos ocasionan daño no sólo en la salud del paciente, sino también en la economía de la familia y el estado. Los traumatismos producen discapacidad en la persona, limitando su funcionalidad para realizar las tareas diarias de la vida como movilizarse, alimentarse y/o vestirse; demandando de esta forma cuidados constantes y especiales por parte de la familia, lo que implica el coste de los insumos y herramientas para brindar cuidados que eviten complicaciones, considerando estos como gastos extras en la economía familiar.

El tema en estudio toma relevancia en el ámbito político ya que es deber del estado implementar nuevas políticas públicas para garantizar un acceso seguro y permanente a los servicios de salud a las personas víctimas de traumatismos y a su vez la creación de empleos dirigidos a las familias, que permita generar ingresos para solventar los costes que demandan las complicaciones o secuelas en un paciente con trauma.

En el ámbito social, cabe recalcar que los traumatismos son generados por diferentes causas, entre ellas: accidentes de tránsito, heridas por arma blanca y arma de fuego, caídas de altura, entre otras, por lo tanto, se considera primordial crear conciencia en la sociedad sobre medidas de prevención, que incluyen conducir con precaución, circular por lugares seguros y fomentar una sociedad más tranquila haciendo énfasis en el respeto a la vida.

Es imprescindible considerar el factor educación, como parte fundamental en la actuación del personal de enfermería durante la atención de diversas patologías en el área de emergencia, es necesario que esta sea oportuna, inmediata y que se apliquen los protocolos establecidos en la práctica de la profesión con el propósito de precautelar la vida del paciente. (Parra, 2019).

A través de este trabajo investigativo se plantean los cuidados de enfermería en paciente con traumatismo abdominal cerrados, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, que sirve como guía en el proceso de atención de enfermería, que se afianzó en una noción integral, dinámica y sucesiva, englobando las dimensiones sociales, físicas, espirituales y psicológicas del ser humano.

3. RESUMEN CASO

Paciente de sexo masculino de 20 años de edad, albañil de profesión, soltero, ingresado en el servicio de UCI con diagnóstico de TCE severo más trauma abdominal cerrado con cuadro de trauma hepático, sometido a resolución quirúrgica, al momento con soporte hemodinámico, en proceso de despertar.

Alergias: Ninguna

Antecedentes patológicos: No refiere

Signos Vitales:

TA: 126/70 mmHG, TAM: 88mmHg, permanece con soporte vasopresores alcanzando objetivos FC: 80 lpm, T°: 37, STO2: 94%, Ventilación mecánica invasiva modo P/C: FIO2: -28%, PEEP: 7 FR: 18, P/S: 10, Glasgow: 6/15, BPS. -6, RASS: -3.

Examen Físico:

Paciente bajo sedo analgesia. pupilas isocóricas 3 MM foto reactivas, presencia de catéter venoso central a nivel de yugular izquierda, vía permeable con apósitos limpios y secos, reflejos del tronco presente, presencia de sonda nasogástrica sin evidencia de residuo, a nivel torácico a la auscultación murmullo vesicular disminuido en bases, entrada de aire disminuida, se auscultan roncus y crepitantes en bibasales, abdomen suave depresible, RHA disminuidos, cubierto por apósitos post quirúrgicos limpios y secos, presencias de dren posquirúrgico con recolección de contenido seroso 300 ml, en 24 horas, a nivel de genitales presencia de sonda vesical con contenido amarillento de 250 ml, gasto urinario normal, no realiza deposiciones en los últimos 24 horas, piel caliente, llenado capilar <3 seg.

Ingesta: 2312 ml, Eliminación: 2700 ml, Gasto Urinario: 1.67 ml/kg/h.

Tratamiento Médico

- Monitoreo continuo de signos vitales.
- Control de ingesta y eliminación.

- Cuidado de la sonda nasogástrica.
- Nutrición por sonda nasogástrica dieta polimérica 300 Kcal/200 ml.
- Ventilación mecánica invasiva modo VC: 450 FR: 22 PEEP: 8 FIO2: 24%.
- Aspiración de secreciones por circuito de succión cerrada.

Tratamiento Farmacológico

- Remifentanilo 10 mg en Sol. Sal. 0.9%, 100 ml IV a 15 ml/h.
- Propofol 1% IV a 25 ml/h.
- Cloruro de Sodio al 0.9% 450 ml + Cl. NA 3.4 MEQ, IV a 20 ml/h
- Ampicilina + Sulbactam 3 gramos IV cada 6 Horas
- Enoxaparina 60 mg. SC cada día.
- Paracetamol 1 gr. IV cada 8 horas.

4. DIAGNÓSTICO MÉDICO CIE10

TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO CIE10: S398

5. DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

El traumatismo abdominal cerrado es un término médico que se refiere a una lesión que afecta a la cavidad abdominal pero que no compromete la integridad de la piel, es decir, no presenta una herida abierta. Este tipo de traumatismo puede ser consecuencia de una amplia gama de eventos, que van desde accidentes automovilísticos, caídas, impactos durante prácticas deportivas, hasta golpes intencionados en el contexto de violencia interpersonal. (Van, 2023)

El trauma de abdomen cerrado es una lesión producida por un agente externo que deforma las estructuras o las somete a desaceleración diferencial, creando fuerzas de compresión o elongación, que pueden producir daño visceral, si sobrepasan el umbral de tolerancia de los órganos. (Chang Acosta, M. J., & Zeas León, M. R. (2019))

El traumatismo es una enfermedad multisistémica que determina la pérdida de los mecanismos homeostáticos y coloca a los lesionados en una situación de demandas fisiológicas mayor y anormal eliminándose el acceso a los sustratos metabólicos normales. El dolor, la pérdida de sangre, los desplazamientos de líquidos y la sepsis constituyen las anormalidades fisiológicas de la lesión. (LOPEZ, 2020)

6. FISIOPATOLOGÍA

La cavidad abdominal y el retroperitoneo se comportan como compartimentos herméticos y cualquier cambio en el volumen de su contenido puede modificar la PIA. La pared abdominal tiene una distensibilidad limitada y la relación presión-volumen abdominal es curvilínea, de forma que a niveles bajos de volumen la relación es lineal, pero cuando se alcanza un volumen crítico existe un incremento exponencial de la presión. En la cavidad abdominal existen estructuras anatómicas sujetas a cambios de volumen y de forma. Así, en algunos órganos sólidos (hígado o bazo) las modificaciones suelen ser lentas, mientras que las vísceras huecas (tracto gastrointestinal) pueden aumentar significativamente su tamaño de forma aguda (por traumatismo, inflamación o infección). Los vasos sanguíneos y linfáticos pueden también influir, especialmente si existe aumento de la permeabilidad capilar (fuga capilar) o ante administración masiva de fluidos. La pared abdominal, con su amplia área peritoneal, puede absorber grandes cantidades de líquido, pero si existe inflamación o un exceso de aporte va a responder generando un exudado o trasudado, con aumento del volumen y la PIA. Los mecanismos fisiopatológicos implicados en la afectación de diversos órganos y sistemas por la HIA son: Un efecto mecánico directo sobre el retorno venoso de órganos intraabdominales, la alteración inicial se produce a nivel capilar, seguido del aumento de las resistencias venosas y congestión venosa, dando lugar al aumento de la permeabilidad capilar, con fuga capilar y, por tanto, generando un círculo vicioso con incremento progresivo de la PIA, Una reducción del flujo sanguíneo arterial y de la perfusión de los órganos intraabdominales, Una dificultad al drenaje linfático abdominal, Una compresión directa de órganos tanto por la HIA como por el aumento del edema. (PONCE, 2019)

La fisiopatología del trauma abdominal cerrado se refiere a los cambios fisiológicos y las respuestas del cuerpo que ocurren como resultado de un traumatismo abdominal sin una herida abierta en la piel. Este tipo de trauma puede afectar órganos internos

como el hígado, el bazo, los riñones, el intestino y otros, sin que haya una ruptura de la piel. (Andina, 2022)

Los vasos que pueden ser lesionados en el traumatismo abdominal son la aorta y sus ramas, la cava y sus afluentes, los vasos mesentéricos, retroperitoneales y los del circuito portal. Las frecuencias de estas lesiones son baja en trauma cerrado y va desde al 15 o 20% en las heridas penetrantes. (HERNANDEZ, 2020)

7. ETIOLOGÍA

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>Según (Salud Cardiovascular, 2023) el cuadro clínico que se suele presentar son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Accidentes automovilísticos:<ul style="list-style-type: none">● Las colisiones vehiculares, ya sean automóviles, motocicletas o bicicletas, pueden generar fuerzas significativas que impactan el abdomen.2. Caídas:<ul style="list-style-type: none">● Las caídas desde alturas, ya sea en el trabajo, en el hogar o en actividades recreativas, pueden provocar traumatismos abdominales cerrados.3. Lesiones deportivas:<ul style="list-style-type: none">● En deportes de contacto o actividades físicas intensas, como el fútbol, el rugby, el boxeo o las artes marciales, los impactos pueden causar trauma abdominal cerrado.4. Agresiones físicas:<ul style="list-style-type: none">● Golpes, patadas o puñetazos durante peleas o actos violentos pueden causar lesiones abdominales cerradas.5. Accidentes domésticos:<ul style="list-style-type: none">● Caídas en el hogar, golpes con objetos contundentes o accidentes durante la realización de actividades cotidianas pueden resultar en trauma abdominal cerrado.6. Lesiones ocupacionales:	<p>En el caso de estudio la etiología identificada en el paciente fue: accidente de tránsito ocurrido por caída de una motocicleta en estado etílico sin casco y sufre múltiples politraumatismos.</p>

<ul style="list-style-type: none">● Trabajadores de la construcción, industriales o de cualquier entorno laboral donde haya riesgo de impacto pueden experimentar trauma abdominal cerrado. <p>7. Deportes de motor:</p> <ul style="list-style-type: none">● Participantes y espectadores de deportes de motor, como carreras de automóviles o motocicletas, pueden estar en riesgo de sufrir lesiones abdominales cerradas en caso de accidentes. <p>8. Lesiones por explosiones:</p> <ul style="list-style-type: none">● En situaciones de explosiones, ya sea en entornos de combate, accidentes industriales o eventos terroristas, las ondas de choque y los escombros pueden causar trauma abdominal cerrado. <p>9. Accidentes recreativos:</p> <ul style="list-style-type: none">● Actividades recreativas como el ciclismo de montaña, el esquí acuático o el paracaidismo pueden llevar a caídas y lesiones abdominales cerradas.	
---	--

8. CUADRO CLÍNICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>Según (Salud Cardiovascular, 2023) el cuadro clínico que se suele presentar son las siguientes:</p> <p>A nivel físico: golpes o heridas profundas intra o extra superficiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea • Taquicardia • Hipotensión arterial • Debilidad generalizada • Oliguria • Hipotermia • Hipoperfusión de órganos. • Piel sudorosa, pálida, fría. • Alteración del estado de conciencia: obnubilación, estupor, coma. • Disfunción celular: aumento del ácido láctico y disminución del bicarbonato • Acidosis Metabólica. • Disminución de la Hemoglobina y Hematocrito por debajo de parámetros normales. 	<p>El cuadro clínico que presento el paciente fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial 140/90mmhg • Glasgow 6/15. • SV: TA: 126/70mmhg, TAM: 88mmhg, FC: 80lpm, T: 37, STO2: 94%, ventilación mecánica invasiva.

9. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

SEGÚN EL TEXTO	EN EL PACIENTE
<p>El diagnóstico se basa en la historia clínica y los signos que el paciente presenta y que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca alta: taquicardia • Frecuencia respiratoria alta: taquipnea 	<p>Al paciente se le realizaron los siguientes exámenes de diagnóstico:</p> <p>Biometría Hemática: Leucocitos: 6500 Neutrófilos 82.6%</p> <p>Química sanguínea: Glucosa basal 165-206-165 Sodio 152.3 meq/l Potasio: 3.84meq/l Cloruro: 122mg/dl.</p> <p>Gasometría</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● Hipotensión arterial. Oliguria: ● disminución del volumen de orina emitido <p>El examen físico permite detectar estas alteraciones y el interrogatorio médico averiguar las posibles causas de shock. Otras exploraciones complementarias útiles son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Analítica (hemograma y bioquímica) que permite determinar la pérdida de sangre, plasma y electrolitos (sodio y potasio). ● Pruebas de imagen como ecografías, TAC (tomografía axial computarizada) y RM (resonancia magnética). Especialmente útiles en aquellos casos en los que existan hemorragias internas o lesiones de órganos. <p>(Procter, 2022)</p>	<p>PH Sanguineo: 7.43. PCO2: 31. PO2: 110. HC03: 90. SO2: 98%. PO2/FIO2: 367.</p> <p>Exámenes de Imagen: TAC de abdomen donde presenta trauma de abdomen hepático. Ecocardiograma: motilidad global conservada.</p>
--	---

10. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1.1. Fármacos utilizados en el tratamiento del paciente

Descripción farmacológica del Cloruro de Sodio 0.9%.



CLORURO DE SODIO AL 0.9% 1000 ML.	
Nombre Genérico	CLORURO DE SODIO AL 0.9% 1000 ML.
Nombre Comercial	SOLUCIÓN SALINA 0.9% 1000 ML.
Presentación y dilución	Cloruro de sodio. Bayer. Solución inyectable. Cada 100 ml contiene 0.9 g de cloruro de sodio y 100 ml de agua inyectable. Esta solución contiene 154 meq de sodio y 154 meq de cloruro por litro. bolsa viaflex con 50, 100, 250 y 100 ml.
Grupo	Reposición de Líquidos
Mecanismo de acción	El cloruro sódico es la sal principal entre las constituyentes de los líquidos del compartimiento extracelular del organismo. Desempeña un papel importante desde varios puntos de vista: Preside al equilibrio hídrico, contribuyendo de forma importante para asegurar la isotopía.
vía de administración	IV
Dosis	De acuerdo paciente. <ul style="list-style-type: none"> ● Adultos: Venoclisis. Según las condiciones y necesidades de cada paciente. ● Niños: Venoclisis. De conformidad con las condiciones y necesidades de cada paciente.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ● Deshidratación hipotónica con hiponatremia real. Alcalosis ● hipoclorémica. Para solubilizar y aplicar medicamentos por venoclisis.

Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Hipernatremia, Retención de líquidos
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Administración inadecuada o excesiva • Hiperhidratación • Hipernatremia • Hipercloremia • acidosis metabólica • formación de edemas
Metabolismo	<p>Metabolismo general generándose CO₂ y H₂O y su actividad osmótica en el espacio extracelular dura escaso tiempo.</p> <p>Eliminación. Es la digestiva por medio de las secreciones intestinales y pancreáticas (10 20 % de los dextranos).</p>
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Por vía periférica no se pueden administrar más de 3mEq ya que puede causar flebitis. • En el día no se deben administrar más de 200 mEq. • Se requiere control de líquidos administrados y eliminados. Realizar pruebas de función renal ya que los riñones son los que mantienen un adecuado equilibrio del potasio. • Pasar el medicamento por única vía de acceso, siempre diluirlo • nunca directo y administrarlo con bomba de infusión y siempre se debe bloquear para que no cualquier persona la manipule. • Control sérico del potasio cada 2 a 4 horas hasta que este sea mayor a 2,8 mEq/L, posterior a esto se puede realizar el control cada 6 a 12 horas.

	<ul style="list-style-type: none">• Si no se cuenta con la pre-mezcla, está se debe realizar únicamente con solución salina.• Monitoreo electrocardiográfico para identificar cambios en el trazado durante la reposición del potasio.• Cuando el déficit de potasio es leve, es decir entre 3,0 y 3,5 mEq/L, la reposición ser puede hacer vía oral con GLUCONATO DE POTASIO 20 mEq cada 8 o cada 12 horas, en este tipo de reposición el control se puede realizar cada 24horas
--	---

Descripción farmacológica del Remifentanilo



REMIFENTANILO

Nombre Genérico	Remifentanilo
Nombre Comercial	Ultiva
Presentación y dilución	Para la perfusión controlada (TCI) la dilución recomendada de Remifentanilo es 20 a 50 µg/ml. La dilución depende de la capacidad técnica del dispositivo de perfusión y de los requerimientos previos del paciente.
Grupo	Apioide y agonista
Mecanismo de acción	Produce analgesia principalmente a través de la activación de tres receptores estero específicos presinápticos y postsinápticos que se encuentran en el sistema nerviosos y otros tejidos.
vía de administración	IV
Dosis	(0,05-0,15 µg/kg/min), incrementos de 0,025 cada cinco minutos hasta un máximo 12 µg/kg/h (0,2 µg/kg/min).
Indicaciones	Analgésico durante la inducción y/o mantenimiento de la anestesia general. Analgesia en pacientes de cuidados intensivos con ventilación mecánica.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ● No usar en menores de 1 año. ● Puede producir rigidez muscular, ● depresión respiratoria, ● hipotensión, ● bradicardia y dependencia.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ● Rigidez musculoesquelética, ● bradicardia, ● hipotensión, ● depresión respiratoria aguda, ● apnea.
Metabolismo	se metaboliza rápidamente por las esterasas plasmáticas a diferencia de los otros opioides que se metabolizan por vía hepática. La semivida de eliminación es muy corta (de 3 a 10 minutos).
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar su uso concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) ● No deberá mezclarse con solución inyectable Ringer lactato o con solución inyectable Ringer lactato y glucosa al 5%.

	<ul style="list-style-type: none"> • No deberá mezclarse con propofol en la misma solución para administración intravenosa. • Consultar compatibilidades en la ficha técnica.
--	---

Descripción farmacológica del Paracetamol.



	PARACETAMOL
Nombre Genérico	Paracetamol
Nombre Comercial	Analgan

Presentación y dilución	Supositorio, polvo, granulado, solución oral, comprimido.
Grupo	Aine
Mecanismo de acción	Analgésico y antipirético. Inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura.
vía de administración	Iv/VO/RECTAL
Dosis	La dosis diaria recomendada de paracetamol es aproximadamente de 60 mg/kg/día, que se reparte en 4 ó 6 tomas diarias, es decir 15 mg/kg cada 6 horas ó 10 mg/kg cada 4 horas.
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Oral o rectal: fiebre; dolor de cualquier etiología de intensidad leve o moderado. - IV: dolor moderado y fiebre, a corto plazo, cuando existe necesidad urgente o no son posibles otras vías.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ● Hipersensibilidad a paracetamol, a clorhidrato de propacetamol (profármaco del paracetamol). ● Insuficiencia hepatocelular grave. ● Hepatitis vírica. ● Antecedentes recientes de proctitis, anititis o rectorragias
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ● malestar, ● nivel aumentado de transaminasas ● , hipotensión, ● hepatotoxicidad, ● erupción cutánea, ● alteraciones hematológicas, ● hipoglucemia, ● piuria estéril.

Metabolismo	se metaboliza principalmente en el hígado siguiendo dos rutas hepáticas principales: conjugación con ácido glucurónico y conjugación con ácido sulfúrico.
Cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Tener cuidado con la dosis para evitar casos de intoxicación. • Verificar el historial clínico del paciente en busca de antecedentes de enfermedad hepática

Descripción farmacológica de la ampicilina + sulbactam.



AMPICILINA + SULBACTAM	
Nombre Genérico	Ampicilina + Sulbactam
Nombre Comercial	Unasyn
Presentación y dilución	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos: mg/g/ug • Sol Oral: mg • Sol. Inyectable: mg/ml
Grupo	Antibiótico
Mecanismo de acción	Asociación de bactericida inhibidor de biosíntesis de la pared bacteriana con inhibidor irreversible de β -lactamasas.

vía de administración	IV
Dosis	niños > 8 años: 1/0,5-8/4 g/día, según gravedad, en dosis divididas cada 6-8 h. Dosis máx. de sulbactam : 4 g/día. En infección leve, usar pauta cada 12 h
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Tto. de infecciones por microorganismos sensibles: del aparato respiratorio superior e inferior, urinario y pielonefritis, intraabdominales, septicemia bacteriana, de piel y tejidos blandos, óseas y articulares, gonocócicas, profilaxis quirúrgica: cirugía abdominal, pelviana, interrupción de embarazo o cesárea.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicada en pacientes alérgicos a las penicilinas o a las cefalosporinas, en pacientes con antecedentes de enfermedades alérgicas (asma, eccema, fiebre del heno), mononucleosis infecciosa, insuficiencia renal grave.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, • vómitos, • diarrea, • exantema, • prurito, • reacciones cutáneas, • anemia, • trombocitopenia, • eosinofilia, • leucopenia
Metabolismo	Aproximadamente el 10% de la dosis de ampicilina es metabolizada a productos inactivos que son eliminados sobre todo en la orina, conjuntamente con el antibiótico sin metabolizar.
Cuidado de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurarse que el paciente tenga una hidratación adecuada para mantener un gasto urinario adecuado durante el tratamiento con ampicilina. 2. Debe administrarse de inmediato tras su reconstitución con el diluyente. 3. No se recomienda por vía intratecal.

	<ol style="list-style-type: none">4. Tener en cuenta los cinco correcto.5. Administrar la ampicilina por lo menos media hora antes o dos horas después de los alimentos, para garantizar una absorción máxima.
--	---

Descripción farmacológica del Propofol.



PROPOFOL	
Nombre Genérico	Propofol
Nombre Comercial	Diprivan, Propofol Lipuro 1%
Presentación y dilución	Inyectable y para perfusión, puede ser administrado diluido sólo en infusión intravenosa de glucosa al 5%, en bolsas de infusión de PVC o frascos de vidrio de infusión.
Grupo	Anestésico General
Mecanismo de acción	Aunque Propofol tiene múltiples acciones farmacológicas sobre el sistema nervioso central sistema cardiovascular sistema respiratorio metabolismo de los lípidos y otros el mecanismo de acción es desconocido si bien algunas evidencias sugieren que puede aumentar la depresión del snc medida por el gaba
vía de administración	IV
Dosis	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de pacientes adultos menores de 55 años probablemente requieran entre 1,5 y 2,5 mg de propofol/kg de peso corporal. • La mayoría de los pacientes mayores de 8 años necesitan aproximadamente 2,5 mg/kg de peso corporal de Propofol Fresenius para la inducción de la anestesia.
Indicaciones	<p>inducción y mantenimiento de la anestesia general en adultos y niños mayores de 1 mes de edad</p> <ul style="list-style-type: none"> - sedación para intervenciones quirúrgicas y técnicas diagnósticas, solo o en combinación con anestesia local o regional en adultos y niños mayores de 1 mes de edad - sedación de pacientes mayores de 16 años de edad sometidos a respiración asistida artificial en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

<p>Contraindicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Propofol está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a Propofol. ● Propofol contiene aceite de soja y no debe utilizarse en pacientes con hipersensibilidad al cacahuete o a la soja. ● Propofol no debe utilizarse en pacientes de 16 años o menores para sedación en cuidados intensivos
<p>Efectos adversos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Cefalea durante la fase de recuperación; ● bradicardia; ● hipotensión; ● apnea transitoria durante la inducción; ● náuseas y vómitos durante la fase de recuperación; ● dolor local durante la fase de inducción.
<p>Metabolismo</p>	<p>Metabolismo general generándose CO₂ y H₂O y su actividad osmótica en el espacio extracelular dura escaso tiempo.</p> <p>Eliminación.</p> <p>Es la digestiva por medio de las secreciones intestinales y pancreáticas (10 20 % de los dextrans).</p>
<p>Cuidado de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorizar constantes vitales. ● Vigilar la aparición de hipotensión, apnea transitoria, movimientos epileptiformes, náuseas, vómitos, cefalea, edema pulmonar, asistolia, bradicardia. ● Mantener la asepsia a lo largo de la administración. Por el mismo motivo, envases y sistemas de perfusión deben ser sustituidos, como máximo, cada 12 horas. ● Especial precaución en pacientes epilépticos y pacientes con trastornos cardíacos.

Descripción farmacológica de la enoxaparina.



ENOXAPARINA	
Nombre Genérico	Enoxaparina
Nombre Comercial	Lovenox
Presentación y dilución	jeringas precargadas en presentaciones de 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg, 120 mg y 150 mg
Grupo	Heparinas de bajo peso molecular.
Mecanismo de acción	Inhibe la coagulación potenciando el efecto inhibitorio de la antitrombina III sobre los factores IIa y Xa. Posee elevada actividad anti-Xa y débil actividad anti-IIa.
vía de administración	sc
Dosis	La dosis recomendada de enoxaparina sódica es de 4.000 UI (40 mg) una vez al día vía SC
Indicaciones	Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes quirúrgicos con riesgo moderado o alto. insuficiencia cardiaca aguda, insuficiencia respiratoria, infecciones graves o enfermedades reumáticas Prevención de la formación de coágulos
Contraindicaciones	Úlcera gastrointestinal, sangrado activo, presencia de neoplasias, malformaciones arteriovenosas.
Efectos adversos	Hemorragia, anemia hemorrágica, trombocitopenia, trombocitosis; reacción alérgica; dolor de cabeza; aumento de enzimas hepáticas
Metabolismo	se metaboliza fundamentalmente en el hígado. Eliminación: La vida media de eliminación de la actividad anti-Xa es aproximadamente de 4.4 horas después de la

	administración de 40 mg de enoxaparina y de 4 horas para una administración de 60 mg u 80 mg de enoxaparina.
Cuidado de enfermería	<p>Aplicar los 10 correctos.</p> <p>Antes de comenzar el tratamiento con enoxaparina se recomienda suspender la administración de drogas antiinflamatorias no esteroides.</p> <p>No administrar a niños.</p>

Nota: Tomado de (Vademécum, 2020)

11. PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

- Monitoreo de signos vitales.
- Nutrición por sonda orogástrica.
- Administración de medicamentos.
- Cuidados del dren postquirúrgico
- Control de ingesta y eliminación.
- Aspiración de secreciones.

12. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

<u>Datos de identificación del paciente.</u>	
Nombres y Apellidos: NN	N° de cama:
204	
Edad: 20años Sexo: Masculino	
Lugar de procedencia: Loja	Escolaridad: Primaria
<u>Datos de enfermedad actual</u>	
Fecha de ingreso: 30/12/2023	
Motivo de Ingreso: Politraumatismo; trauma de cráneo/ Trauma de abdomen	
Diagnóstico médico: Trauma hepático	
Constantes vitales: F.C. 88-90lpm F.R. 18rpm Saturación O₂ 98% T°: 37.1	
T/A:78mmg	
<u>Antecedentes de salud</u>	
Enfermedades Previas: Ninguna	
Intervenciones Quirúrgicas previas: Ninguna	
Alergias: Ninguna	
Medicación en domicilio: Ninguna	
Antecedentes familiares: No refiere	
Nota importante:	

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO AL DOMINIO O DOMINIOS ALTERADOS
Dominio 1: Promoción de la salud

<p>Régimen terapéutico Farmacología, Ejercicio, Dieta, Revisiones medicas Vacunas Otros</p>	<p>No se valora paciente inconsciente y familiares ausentes.</p>								
Dominio 2: Nutrición									
<p>Peso - talla. IMC Alteraciones del apetito Dieta habitual Dieta prescrita: tipo de sonda fecha de colocación Estado de piel y mucosas (absorción de líquidos)</p> <table border="1" data-bbox="316 674 691 752"> <tr> <td>fóvea</td> <td>+</td> <td>++</td> <td>+++</td> </tr> <tr> <td>profundidad</td> <td>2mm</td> <td>3mm</td> <td>4mm</td> </tr> </table>	fóvea	+	++	+++	profundidad	2mm	3mm	4mm	<p><u>Valoración Medidas Antropométricas</u> Peso: 67 kg Talla: 170 cm IMC: 23.1 Paciente refiere un peso normal para su edad con los valores de peso y talla se sacó el IMC el cual se representan en las tablas de IMC y cuales se reflejan en un rango entre 0 es decir se encuentra normal para su edad. Tiene un correcto crecimiento y desarrollo para su edad.</p> <p><u>Valoración de la alimentación:</u> Durante su hospitalización permanece con diete polimérica por sonda nasogástrica con buena tolerancia no se evidencia presencia de residuo.</p> <p><u>Valoración de problemas en la boca:</u> Mucosas orales húmedas Paciente posee una buena salud bucal, no hay presencia de caries, de sarro e inflamación de encías. Paciente refiere” me lavo los dientes después de cada comida”.</p> <p><u>Valoración de la piel:</u> Paciente con escoriaciones en la cara, presenta hematoma a nivel regional frontal, piel hidratada, elasticidad normal, integridad de la piel indemne, uñas limpias, cortas y bordes lisos, no hay fragilidad de uñas, cutículas intactas y piel circundante hidratada, llenado capilar < 3 segundos buena perfusión.</p>
fóvea	+	++	+++						
profundidad	2mm	3mm	4mm						
Dominio 3: Eliminación									
<p>Problemas para orinar Problemas para defecar Control de esfínteres Otros</p>	<p><u>Valoración Urinaria:</u> Paciente se encuentra con sonda vesical puesto que se encuentra bajo efectos de sedación. Orina de características claras no sedimentosas. No controla esfínteres por lo que permanece con pañal</p> <p><u>Valoración Intestinal:</u> Paciente no realiza en las últimas 24 horas</p>								
Dominio 4: Actividad y reposo									
<p>Baño - Higiene Vestido Alimentación Movilidad y deambulación Dificultad respiratoria Duerme</p>	<p>Paciente no refiere permanece en estado de sedación.</p> <p>A la auscultación murmullo vesicular conservado con buena entrada de aire Paciente con ventilación mecánica invasiva con saturación de oxígeno de 95-98%, se encuentra bajo efectos de</p>								

	sedación con presencia de inestabilidad hemodinámica
	Con respecto al patrón de sueño permanece dormido por estado de sedación.
Dominio 5: Percepción y Cognición	
Nivel de conciencia: Consiente, Estuporoso, Comatoso Dificultad para comunicarse. Hablar, Ver, Oír Otros	Patrón cognitivo perceptual deteriorado, con Glasgow de 3/15
Dominio 6: Autopercepción	
Estado de ánimo: Tranquilo, Triste, Apático, Preocupado, Ansioso, Irritable. Percepción del estado de ánimo (ve el enfermero) otros	Paciente en estado de sedación.
Dominio 7: Rol. Relaciones	
Dificultad para el cuidado del niño Apoyo Familiar Otros	No se valora paciente inconsciente.
Dominio 8: Sexualidad	
En pediatría no se valora este dominio	Masculino
Dominio 9: Afrontamiento y tolerancia al estrés	
Expresa sentimientos, se observa signos de: Temor, etc. otros	No se valora paciente inconsciente.
Dominio 10: Principios vitales	
Creencias religiosas del padre o tutor otros	No se valora paciente inconsciente.
Dominio 11: Seguridad	
Procedimientos invasivos. Sonda vesical, vía venosa, herida quirúrgica, drenaje Otros	Procedimientos invasivos Canalización vía venosa periférica: vía permeable, se le mantiene con hidratación continua Cloruro de sodio, remifentanilo 10mg, norepinefrina 8mg y lactato de ringer. Presencia de sonda vesical en genitales, presencia de sonda nasogástrica, conectado a ventilador mecánico.
Dominio 12: Confort.	

<p>Tienen dolor o malestar Localización del dolor Medidas para paliar el dolor Nauseas</p>	<p>El paciente en malas condiciones de salud sin respuesta verbal, por lo que no se puede valorar el grado de dolor.</p>
<p>Dominio 13: Crecimiento y desarrollo</p>	
<p>Talla. Peso Alteraciones del desarrollo. otros</p>	<p>No se valora paciente inconsciente.</p>

ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Nº 1					
HGIAL		UCI					RIESGO DE INFECCIÓN		
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)									
DOMINIO: 11 CLASE: 1 CÓDIGO: 00004 DEFINICIÓN: Vulnerable a una invasión y una multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Infección r/c con procedimientos invasivos				CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
				RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	Puntuación ALCANZADA	
DOMINIO: 2		1. 070307 fiebre	1. desviación grave del rango normal.	2	4				
CLASE: H		2. 070331 letargia	2. desviación sustancial del rango normal	1	4				
CÓDIGO:0703		3. 070326	3. desviación moderada del rango normal	3	4				
DEFINICIÓN: Gravedad de los signos y síntomas de infección.		aumento de	4. desviación leve del rango normal						
RESULTADO: Severidad de la infección		Leucocitos	5. sin desviación del rango normal						
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)									
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (6550) Protección contra las infecciones									
CLASE:	IV Seguridad	CAMPO:	V control de riesgos						
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO						
1. Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.									

2. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
3. Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
4. Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
5. Obtener muestras para cultivo, si es necesario.

1. Vulnerabilidad del paciente a las infecciones se debe a que algunos pacientes ya están enfermos o débiles y son más propensos a contraer infecciones. Además, algunos gérmenes pueden atravesar las defensas naturales del cuerpo, incluso en una persona sana, como un trabajador de la salud. Por lo tanto, es importante observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones para prevenir infecciones evitables. (Organización, 2023)
2. La prevención es fundamental para evitar la diseminación de los microorganismos entre los pacientes y los profesionales cuando se prestan los cuidados seguros. (Noriega P., 2019)
3. Las técnicas asépticas son muy importantes para reducir la posibilidad que los microorganismos entren al organismo durante la administración de fármacos y la aspiración de secreciones, a su vez, disminuyen el riesgo que los pacientes se infecten durante su estancia hospitalaria. (Orellana, 2019)
4. Es fundamental tener un buen control del exudado para acelerar la cicatrización de las heridas, principalmente mediante apósitos adecuados y curas en ambiente húmedo, las cuales proporcionan al lecho de la lesión un nivel de humedad adecuado para que el propio organismo sea el que acelere el proceso de cicatrización. (Suárez, 2021)
5. Los cultivos se toman para detectar microorganismos en una muestra de fluido o tejido. Se pueden tomar de la piel, las

		membranas mucosas, el aparato digestivo, el aparato respiratorio o el aparato urinario. (Asuero, 2023)	
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (4220) Cuidados del catéter de inserción periférica			
CLASE:	II Fisiológico Complejo	CAMPO: N control de la perfusión tisular.	
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar un tipo y tamaño adecuados de catéter que cumpla con las necesidades del paciente. 2. Medir la distancia para la inserción del catéter. 3. Observar si hay signos de flebitis (p. ej., dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema). 4. Seleccionar la vena ante cubital disponible más accesible y menos utilizada (normalmente, la vena basílica o cefálica del brazo dominante). 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Los criterios de elección del catéter periférico estarán determinados por la edad del paciente, la calidad y calibre de los accesos venosos, el objetivo de uso, el tiempo de utilización previsible, agresividad de las soluciones a perfundir y las características propias del catéter. (Carballo, 2021) 2. Cuando los catéteres no se insertan a una profundidad adecuada podrían encontrarse fácilmente fuera de la vena cava superior, esto aumenta potencialmente el riesgo de formación de trombos y/o infección. (Ferrada, 2022) 3. La trombosis venosa profunda es una enfermedad grave, que, si no se trata, desarrolla importantes complicaciones como el síndrome postrombótico o coágulos de sangre que se desplazan hasta los pulmones. (Boné, 2019) 4. Las venas ante cubitales son excelentes para la extracción de sangre, porque pueden ser utilizadas numerosas veces sin sufrir daños. Las canalizaciones que no se realicen en conexión con un procedimiento 	

<p>5. Eliminar los coágulos de la vía de acuerdo con el protocolo del centro, según corresponda.</p>	<p>de urgencia, deberán realizarse en las venas más distales, teniendo la precaución, (Serrano, 2020)</p> <p>5. El enjuague ayuda a mantener limpio el catéter. También evita que coágulos de sangre lo bloqueen. (Mora, 2021)</p>
--	--

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 2				
HGIAL	UCI	DETERIORO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
<p>DOMINIO: 4</p> <p>CLASE: 4</p> <p>CÓDIGO: 00033</p> <p>DEFINICIÓN: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar.</p> <p>DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro de la ventilación espontánea r/c fatiga de músculos respiratorios m/p disminución de la saturación de oxígeno, disminución de la presión parcial de oxígeno.</p>		RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
		<p>DOMINIO: 2</p> <p>CLASE: E</p> <p>CÓDIGO: 0403</p> <p>DEFINICIÓN: Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.</p> <p>RESULTADO:</p>	<p>1. 040301 frecuencia Respiratoria</p> <p>2. 040313 disnea de Reposo</p>	<p>1. desviación grave del rango normal.</p> <p>2. desviación sustancial del rango normal</p> <p>3. desviación moderada del rango normal</p> <p>4. desviación leve del rango normal</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p>

	Estado Respiratorio: Ventilación	3. 040325 capacidad Vital	5. sin desviación del rango normal		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (3300) Manejo de la Ventilación Mecánica: Invasiva					
CLASE:	II Fisiológico Complejo	CAMPO:	K control respiratorio		
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar las condiciones que indican la necesidad de soporte ventilatorio (p. ej., fatiga de los músculos respiratorios, disfunción neurológica secundaria a traumatismo, anestesia, sobredosis de drogas, acidosis respiratoria refractaria). 2. Administrar los agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos que sean apropiados. 3. Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal o laríngea por presión de las vías aéreas artificiales, presión elevada del balón o des entubaciones no programadas. 			<ol style="list-style-type: none"> 1. La monitorización del paciente ventilado permite, entre otras determinaciones, evaluar diversos parámetros de la mecánica respiratoria, conocer el estado de los diferentes componentes del sistema respiratorio y guiar los ajustes de la terapia ventilatoria. (Donoso, 2019) 2. Los pacientes sin pulso y en apnea o aquellos obnubilados pueden (y deben) ser intubados sin ayuda farmacológica. En otros casos, se administran sedantes y agentes paralizantes para minimizar las molestias y facilitar la intubación (intubación de secuencia rápida). (Moll, 2023) 3. Cualquier movimiento del tubo traqueal o actividad motora del paciente transmite fuerza “cortante” en el punto de contacto entre el tubo y el paciente. Esto puede ocurrir a nivel de muchos sitios: los labios, lengua, dientes, alas nasales, narina anterior, faringe, glotis, 		

<p>4. Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave.</p> <p>5. Asegurar la presencia del equipo de emergencia a la cabecera del paciente en todo momento (p. ej., bolsa de reanimación manual conectada a oxígeno, mascarillas, equipo/suministros de succión) incluidos los preparativos necesarios si se producen caídas de tensión eléctrica.</p>	<p>cuerdas vocales y pared traqueal. En pacientes con traqueostomía el sitio de la estoma es especialmente vulnerable a las fuerzas externas. (Artinas, 2020)</p> <p>4. La cavidad oral es asiento de numerosas patologías que, frecuentemente, dificultan el tratamiento del paciente y condicionan de forma importante su calidad de vida. Cabe destacar entre éstas, la sequedad de boca (60-70% de los enfermos). los problemas de la boca sólo son considerados una cuestión menor que no requiere de cuidados especiales en muchas ocasiones. Y que, además, para algunos resulta desagradable proporcionar. la boca precisa una atención especial; de lo contrario puede dar lugar a síntomas muy incómodos y dolorosos para el paciente, como molestias locales, ello los cuidados de enfermería son fundamentales para el bienestar del enfermo. (Casco, 2019)</p> <p>5. Son unidades móviles especializadas que aseguran, controlan y garantizan la integridad del compendio de equipos, suministros y medicamentos requeridos para atender una amenaza inminente a la vida del paciente en un servicio hospitalario, ya sea por un paro cardio respiratorio o por colapso cardiovascular. (Caldas, 2020)</p>
--	---

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 3
------------------------	-----------------	--

HGIAL	UCI				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA			
		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO: 3	RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
CLASE: 1					
CÓDIGO: 00016					
DEFINICIÓN: Disfunción en la eliminación urinaria.	DOMINIO: 2	<ul style="list-style-type: none"> ● 050331 Micción Frecuente ● 050312 incontinencia Urinaria ● 050504 color de la Orina 	1. desviación grave del rango normal. 2. desviación sustancial del rango normal	1 1	3 3
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo-motor m/p micciones frecuentes sin control de esfínter.	CLASE: F				
	CÓDIGO: 0503				
	DEFINICIÓN: Recogida y				

	eliminación de la orina.		3. desviación moderada del rango normal	4	4
	RESULTADO:		4. desviación leve del rango normal		
	Eliminación Urinaria		5. sin desviación del rango normal		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (0580) Sondaje Vesical					
CLASE:	I Fisiológico Básico	CAMPO:	B Control de la Eliminación		
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO		
1. Garantizar la intimidad y la cobertura adecuada del paciente con paños para preservar su pudor (es decir, exponer sólo los genitales).			1. La intimidad del paciente es la expresión de su identidad y su pérdida durante la atención sanitaria supone un factor		

2. Prerrellenar (inflar) el balón de la sonda para comprobar su permeabilidad y tamaño.

3. Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón.

estresante en una situación de vulnerabilidad. Los profesionales de enfermería deben adaptar el entorno de trabajo para favorecer el mantenimiento de la intimidad del paciente. (Tornil, 2021)

2. Una sonda permanente tiene un globo pequeño inflado en el extremo. Esto impide que dicha sonda se deslice fuera del cuerpo. Cuando es necesario quitar la sonda, se desinfla el globo. (Sanchez, 2022)

3. Un traumatismo uretral es una lesión o herida causada en la uretra, el conducto que transporta la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo. Este tipo de traumatismo puede producirse debido a un traumatismo físico, como una caída o un golpe directo, entre otros. (Torecillas, 2023)

<p>4. Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna.</p> <p>5. Fijar el catéter a la piel, según corresponda.</p>	<p>4. La bolsa colectora siempre debe encontrarse por debajo del nivel de la vejiga del paciente, aunque el sistema tuviera válvula, para evitar el reflujo de la orina y el mecanismo de ascensión intraluminal de los microorganismos a la vejiga. (León, 2019)</p> <p>5. La fijación de la sonda es significativamente eficaz para la comodidad, seguridad, tranquilidad, reducción de ansiedad y prevención de trauma y dolor. (Morales, 2021)</p>
--	--

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 1
HGIAL	UCI	
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA
		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

DOMINIO: 2 CLASE: 4 CÓDIGO: 00179 DEFINICIÓN: Vulnerable a la variación en los niveles sanguíneos de glucosa/azúcar fuera de los rangos normales, que puede comprometer la salud.	RESULTADO (S):	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c estado de salud físico comprometido	DOMINIO: 2 CLASE: A CÓDIGO: 2300 DEFINICIÓN: Medida en la que se mantienen los niveles de glucosa en plasma y en orina dentro del rango normal. RESULTADO: Nivel de Glucemia	1. 230001 Concentración Sanguínea de Glucosa 2. 230004 Hemoglobina Glicosilada 3. 230005 Fructosamina	1. desviación grave del rango normal. 2. desviación sustancial del rango normal 3. desviación moderada del rango normal 4. desviación leve del rango normal 5. sin desviación del rango normal	2 2 2	4 4 4

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (2120) Manejo de la Hiperglucemia

CLASE:	II Salud	CAMPO:	A Fisiológica Terapéutico
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar niveles de glucosa en sangre (glicemia capilar cada hora) 2. Comprobar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad. 3. Signos y síntomas de hiperglucemia (glucosuria, según disponibilidad, glicemias capilares elevadas). 4. Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente crítico está sometido a intensos niveles de estrés, desarrollando una respuesta manifestada por hipermetabolismo, hiperdinamia cardiovascular e hiperglucemia. La hiperglucemia de estrés se origina ante cualquier enfermedad o lesión aguda como resultante de una resistencia insulínica e intolerancia a la glucosa y aparece en el contexto de una enfermedad crítica de forma transitoria¹. Además del desarrollo de hiperglucemia de estrés, los pacientes diabéticos constituyen un volumen importante de los ingresos en las Unidades de Cuidados Intensivos. (García R., 2020) 2. Este examen se utiliza para evaluar enfermedades respiratorias y padecimientos que afectan los pulmones. Ayuda a determinar la efectividad de la oxigenoterapia o la ventilación no invasiva (BiPAP). (Noriega M., 2020) 3. En pacientes manejados en UCI, con o sin diabetes, es importante el manejo de la hiperglucemia debido a su asociación con resultados adversos, siendo la administración de insulina en infusión EV la forma preferida de manejo. Los 	

<p>5. Mantener una vía i.v., si lo requiere el caso.</p>	<p>cuidados brindados por el servicio de enfermería en la UCI son de vital importancia, de la misma manera realizaremos el control de glicemias cada dos horas debido a que un dg oportuno permite el manejo de la misma y evaluar la respuesta de forma rápida y oportuna. La evidencia actual indica que la infusión se inicia en pacientes con hiperglucemia persistente y glucemias superiores a 180 mg/dL, siendo una meta de glucemia razonable y segura 140- 180 mg/dL para la mayoría de los pacientes. (Arias, 2020)</p> <p>4.La hipoglucemia es una verdadera emergencia que debe ser reconocida y tratada rápidamente para evitar consecuencias negativas en el paciente. Las complicaciones a corto plazo incluyen: eventos cardiovasculares, daño neurológico, trauma y muerte. (García L. , 2019)</p> <p>5.Intravenoso significa "dentro de una vena" y con frecuencia hace referencia a la administración de medicamentos o líquidos a través de una aguja o sonda insertada dentro de una vena. Esto permite el acceso inmediato del medicamento o líquido al torrente sanguíneo. (Rodríguez M. ,2019)</p>
--	--

13.RESULTADOS

Es un cuadro clínico de etiología multifactorial, El traumatismo cerrado o penetrante puede lacerar o romper las estructuras intraabdominales. La lesión cerrada puede causar alternativamente solo un hematoma en un órgano sólido o la pared de una víscera hueca, la reducción del volumen sanguíneo, alteración profunda del estado de conciencia y politraumatismos en extremidades. El curso de gravedad en la evolución del paciente está desencadenado por una inadecuada perfusión sistémica debido al desequilibrio entre demanda y oferta de oxígeno por lo que es requerible el soporte ventilatorio complementario. En el presente caso, la evolución del paciente fue favorable, la característica de los traumas se abordó de forma protocolaria, los cuidados brindados en emergencias se cumplieron según las indicaciones, tuvo alta de UCI con ,mejoría clínica y laboratorial sin embargo en exámenes de laboratorio se evidencia leucocitosis de 22000 con neutrofilia de 19000 y PCR nuevamente de ascenso de 172, además paciente con Glasgow 15/15 y finalmente se explica a familiares beneficios, riesgos y complicaciones.

14. DISCUSIÓN

Según el análisis de varios estudios del trauma abdominal es una emergencia de actuación inmediata es por tal razón que la variable determinante en estos casos es la atención de los paramédicos en el lugar del accidente, así como la óptima y oportuna conducción del paciente accidentado al hospital que atenderá su lesión, un sistema eficiente que garantice un manejo especializado y oportuno del accidentado es de vital importancia en cada una de las casas de salud. (QhaliKay, 2019). Mientras que en nuestro caso clínico al paciente no se le dio la atención inmediata por parte de los paramédicos del ECU, por lo que primero 61 fue llevado al hospital Isidro Ayora. La evaluación es la piedra angular de la excelencia en el cuidado del paciente politraumatizado. En el paciente gravemente traumatizado debe aplicarse el tratamiento en el plazo de una hora (hora dorada) a partir del momento en que sufrió la lesión. El tiempo en el escenario no debe ser superior a los 10 minutos. A esto se le llama los 10 minutos de oro. La evaluación debe ser de manera ordenada, atendiendo primero aquellas lesiones que ponen en peligro la vida. Lo prioritario es mantener una vía aérea adecuada, ventilación y circulación óptimas. (Bobenrieth, 2019). En nuestro caso clínico, no se cumplió la evaluación para actuación inmediata puesto que el tiempo transcurrido entre el traslado del paciente desde el lugar de los hechos hasta el hospital había una distancia aproximada de 15 minutos en donde llegó a ser evaluado y recién ahí realizaron una atención a sus necesidades principales, las cuales eran permeabilizar la vía aérea y compensación de líquidos por medio de vía periférica. En diversos países como México y España se establecen protocolos de traumatismo rápidos y eficaces dentro de la primera hora, donde se incluye desde el transporte prehospitalario (López, 2019). En nuestro caso clínico, en la casa de salud donde lo atendieron las acciones fueron basadas en protocolos institucionales que permitieron que el fuera atendido de acuerdo con su gravedad.

15. CONCLUSIONES

- En el paciente traumático lo más común es el choque hipovolémico, por lo que la actuación inmediata es de vital importancia puesto que se trata de hipoperfusión celular generalizada en la cual el aporte de oxígeno a nivel celular resulta inadecuado para satisfacer las demandas metabólicas y bajo este concepto la vida del paciente solo depende de un adecuado manejo por parte del personal de salud.
- El estudio del presente caso clínico permitió que actualicemos conocimientos e interioricemos la importancia de una actuación oportuna con un paciente crítico, puesto que de nuestras actividades depende la vida del paciente, de la misma manera nos permitió que apliquemos el plan de enfermeras basado en cuidados individualizados para nuestro paciente permitiéndonos estar preparados para nuestra vida profesional.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[Aguilar, M. \(2019\).](#)

[Angélica. \(20 de diciembre de 2021\). DSPAC.UCE.EDU.EC. DSPAC.UCE.EDU.EC:
http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/25208/1/UCE-FCDAPD-CAPHSANC
HEZ%20EDGAR.pdf](#)

[Antonio, K. L. \(2019\). Shock Hipovolémico por Trauma. Revista Medica, 1-2.
https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/136](#)

[Aranton, F. \(2022\).](#)

[https://www.vygon.es/wp-content/uploads/sites/4/2022/08/eleccion-de-uncateter-de-a
cceso-vascular-periferico.pdf](#)

[Arias, A. \(2020\). http://www.scielo.org.com.](#)

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-
03192020000200006](#)

[Asuero, L. M. \(2023\).](#)

[https://biositio.com/cultivo/#:~:text=Los%20cultivos%20se%20toman%20para%20det
ectar%20microorganismos%20en,microbiolog%C3%ADa%20de%20un%20hospital
%20o%20centro%20de%20salud.](#)

[Biblioteca digital de Medicina. \(2019\). Shock Hipovolemico. Sintesis.med. 1-3.](#)

[https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/component/content/article/101-revision/r-deur
gencias/1921-shock-hipovolemico?Itemid=101](#)

[Biondo, S. \(2019\). Incontinencia fecal. Valoración del paciente. Tratamientos](#)

[clásicos. Blanco, A. \(2020\). www.ingesa.sanidad.gob.es.](#)

[https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/periodicasRevist
as/docs/2007/SUE_Ceuta_V3_N15_2007.pdf](#)

[Bobenrieth. \(2019\). www.sciencedirect.com.](http://www.sciencedirect.com)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130147315001153?via%3Dihub>

[Bustamante, A. \(2019\). Manejo de Shock Hipovolémico en Pacientes Politraumatizados.](#)

[Casco, L. \(2019\).](#)

https://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/transversales/documentos/cuidados_bu_cales.pdf

[Chile, R. M. \(2019\).](#)

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872004000500009#:~:text=Escala%20de%20Braden%20\(Figura%201,actividad%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20paciente](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872004000500009#:~:text=Escala%20de%20Braden%20(Figura%201,actividad%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20paciente)

[Donoso, F. \(2019\).](#)

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462016000300149#:~:text=Asimismo%2C%20la%20monitorizaci%C3%B3n%20del%20paciente,ajustes%20de%20la%20terapia%20ventilatoria

[Morales, J. \(2021\). PROTOCOLO DE SONDAJE VESICAL.](#)

<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0509.pdf>

[Orellana, M. \(Septiembre de 2019\).](#)

https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2019/febrero/tecnicasasepticasen_elcuidadoenfermeroapacienteshospitalizados.pdf

[Rockville, P. \(2021\). Dolor. Medline Plus. https://medlineplus.gov/spanish/pain.html](#)

[Vademécum. \(2020\). Cloruro de sodio.](#)

[Vademécum. \(2021\). www.vademecum.es.](#)

<https://www.vademecum.es/principios-activossodio+cloruro%2C+electrolito+iv-b05bb01+m3>