



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA (REDISEÑADA)**

**Dimensión Práctica Del Examen Complexivo Previo A La Obtención Del Grado  
Académico De Licenciado (A) En Enfermería**

**TEMA DEL CASO CLINICO:**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN ADOLESCENTE CON  
TRAUMATISMO DE ORGANOS INTRAABDOMINALES POR ARMA DE FUEGO**

**AUTOR**

**OJEDA ESPÍN GÉNESIS BELÉN**

**TUTOR**

**LCDA. LIDIA VARGAS ANGULO**

**BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR**

**2023**

## **DEDICATORIA**

Les dedico todo el esfuerzo y el resultado de este Estudio De Caso a toda mi familia, principalmente a mis padres que me apoyaron durante todo mi proceso educativo y formación profesional, por hacerme una mujer independiente capaz de afrontar y ser perseverante en cualquier dificultad que en algún momento de mi vida, podría presentarse, por enseñarme a ser la persona que hoy soy, con principios, valores, perseverancia y empeño, y lo bien que eso influye en mi carrera profesional como Licenciada en Enfermería.

A mis docentes, de la Universidad Técnica de Babahoyo, tutoras asistenciales de mi internado rotativo y a los excelentes profesionales que en el camino de la formación de esta maravillosa carrera encontré, porque sin ellos y su granito de arena hoy no estaría presentando este Estudio de Caso.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco a mis padres que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que, con su cariño, me han inspirado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para poder concentrarme en los estudios y no abandonarlos.

A mi tutor, por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevaré grabados para siempre en la memoria en mi futuro profesional.

Son muchos los docentes que han sido parte de mi camino universitario, y a todos ellos les quiero agradecer por transmitirme los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí. Sin ustedes los conceptos serían solo palabras, y las palabras ya sabemos quién se las lleva, el viento.

Agradecerles a todos mis compañeros los cuales muchos de ellos se han convertido en mis amigos, cómplices y hermanos. Gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas.

Por último, agradecer a la universidad que me ha exigido tanto, pero al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título. Agradezco a cada directivo por su trabajo y por su gestión, sin lo cual no estarían las bases ni las condiciones para aprender conocimientos.

## AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **GENESIS BELEN OJEDA ESPIN**, con **C.I. 1207149269**, alumna de la Facultad Ciencias de la Salud, Programa: Internado de enfermería cohorte mayo 2022 – abril 2023, de la Universidad Técnica de Babahoyo, por mis propios derechos, declaro: que el contenido del presente informe final del Trabajo de Investigación del Estudio De Caso “**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN ADOLESCENTE CON TRAUMATISMO DE ORGANOS INTRAABDOMINALES POR ARMA DE FUEGO**”, previo a la obtención del grado académico de licenciada de enfermería, es de mi absoluta responsabilidad, elaborado en base a la investigación bibliográfica, linkografía siendo los conceptos, ideas, opiniones, conclusiones y recomendaciones que se encuentran en la investigación de mi autoría.

Babahoyo, 12 de marzo del 2023.

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

## ACTA DE CALIFICACIÓN DEL TIC

## **INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTI – PLAGIO**

## INDICE GENERAL

CARATULA.....	1
DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTO .....	3
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL.....	4
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	5
ACTA DE CALIFICACIÓN DEL TIC.....	6
INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTI – PLAGIO.....	7
INDICE GENERAL.....	8
RESUMEN.....	10
ABSTRACT .....	11
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
PRIMERA PARTE .....	14
Contextualización .....	14
1. Planteamiento Del Problema.....	14
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	18
3.1. Objetivo General.....	18
3.2. Objetivos Específicos.....	18
4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	19
5.1. Antecedentes .....	20
5.2. Bases Teóricas .....	20
5.3. ESTUDIO DE CASO.....	25
6. MARCO METODOLÓGICO.....	48
7. RESULTADOS.....	50
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	51
TERCERA PARTE: .....	52
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
9. CONCLUSIONES.....	52
10. RECOMENDACIONES.....	53
CUARTA PARTE:.....	54



REFERENCIAS Y ANEXOS.....	54
REFERENCIAS .....	54
BIBLIOGRAFÍA .....	54
ANEXOS.....	56

## RESUMEN

El presente Estudio de Caso, expone a un adolescente de 19 años de edad con traumatismo de abdomen por arma de fuego, que acudió al área de emergencia del Hospital General IESS Babahoyo, y a su ingreso se encontraba en estado crítico, se dio resolución quirúrgica y pase a la Unidad De Cuidados Intensivos inmediata, donde su estancia duró 32 días, después pase a piso de hospitalización, desarrollando en su transcurso dentro de la Unidad Hospitalaria el proceso de atención de enfermería, que nos permitió brindarle los cuidados de necesarios para la corrección de los patrones funcionales alterados y obtener una evolución favorable, accediendo a la recuperación y rehabilitación de la salud del paciente, teniendo como resultado su alta hospitalaria.

**Palabras claves:** trauma intraabdominal, peritonismo, shock hipovolémico, nefrectomía, enterorrafia de intestino delgado, proceso atención de enfermería, cuidados de enfermería.

## **ABSTRACT**

This Case Study exposes a 19-year-old adolescent with chest and abdomen trauma from a firearm, who went to the emergency area of the IESS Babahoyo General Hospital, and upon admission was in critical condition, a resolution was given surgery and went to the immediate Intensive Care Unit, where his stay lasted 33 days, then he went to the hospitalization floor, developing the nursing care process within the Hospital Unit, which allowed us to provide him with the necessary care to the correction of the altered functional patterns and obtain a favorable evolution, acceding to the recovery and rehabilitation of the patient's health, resulting in his hospital discharge.

**Keywords:** intra-abdominal trauma, peritonism, hypovolemic shock, nephrectomy, small bowel enterorrhaphy, nursing care process, nursing care.

## **TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN ADOLESCENTE CON  
TRAUMATISMO DE ORGANOS INTRAABDOMINALES POR ARMA DE FUEGO

## **INTRODUCCIÓN**

En Ecuador se ha reportado una gran incidencia en la tasa de morbilidad y mortalidad en diversos grupos de edades de los últimos años, debido a los altos reportes de violencia en el mismo, es frecuente recibir en las salas de emergencias de las unidades hospitalarias a pacientes traumatizados por arma de fuego, es por esto que es importante conocer, como personal de enfermería cómo actuar en estas situaciones.

Con lo expuesto, se busca ejercer el proceso atención de enfermería en un paciente adolescente que acude al área de emergencias en el Hospital General IESS Babahoyo con traumatismo de órganos a nivel de abdomen por arma de fuego, acompañado con signos de shock hipovolémico. Las necesidades básicas prioritarias fueron identificadas por la teoría de Marjorie Gordon en 11 patrones funcionales, sobre esta base se desarrolló un plan de cuidados individualizado, utilizando las siguientes clasificaciones: NANDA, NOC y NIC.

## PRIMERA PARTE

### Contextualización

#### 1. Planteamiento Del Problema

Un trauma abdominal ocurre cuando la fuerza ejerce un fuerte impacto en la cavidad abdominal, causando daños de diversa magnitud y gravedad a sus elementos constitutivos, ya sean paredes (continental), órganos internos (contenido) o los dos al mismo tiempo.

Al examinar la cavidad abdominal afectada, de prioridad a los órganos más importantes, los pacientes que requieren cirugía exploratoria, deben ser examinados metódicamente para asegurarse de encontrar todas las áreas lesionadas.

Es una causa muy constante de discapacidad y muerte, debido al daño anatómico y funcional potencial de los órganos internos y los tejidos blandos de la cavidad abdominal, incluidos el hígado, los intestinos, la médula espinal o los vasos sanguíneos principales; acontecimiento médico que requiere rescate médico y la resolución inadecuada puede producir la muerte.

Teniendo en cuenta lo ya mencionado, se presenta el caso clínico un paciente adolescente de sexo masculino que ingresa al área de emergencias del centro hospitalario por herida de arma de fuego a nivel de abdomen, con cuadro clínico de 60 minutos de evolución, a su ingreso en estado crítico, con signos de peritonismo y shock hipovolémico. Asimismo, se deberá realizar un proceso atención de enfermería al patrón funcional prioritario alterado, con el fin de obtener resultados favorables en el paciente y una pronta recuperación.

## Datos Generales

**Nombres y Apellidos:** NNNN

**Edad:** 19 años

**Lugar y fecha de nacimiento:** Vinces, 17 de diciembre del 2023

**Lugar de residencia actual:** Vinces – Los Ríos

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Soltero

**Escolaridad:** Bachillerato

**Raza:** mestizo

**Grupo sanguíneo:** O Rh +

**Fecha de ingreso:** 07 / enero / 2023

Masculino de 19 años de edad llega al área de emergencias acompañado de sus familiares, con diagnóstico de herida por arma de fuego en abdomen, con cuadro clínico de 60 minutos de evolución, a su ingreso en estado crítico, con signos de shock hipovolémico. Abdomen doloroso a la palpación compatible por lesión por arma de fuego, signos de peritonismo, tórax con ruidos cardiacos taquicardicos, no se precisan soplos.

## Signos Vitales

**Tensión Arterial:** 80/64 mg/hg

**Frecuencia Cardiaca:** 135 por minuto

**Frecuencia Respiratoria:** 22 respiraciones por minuto

**So2:** 98%;

**Temperatura:** 35,5°C.

## Evaluación Primaria

**A** Vía aérea libre

**B** Respiración Profunda

**C** Lesión en abdomen por arma de fuego, sangrante, signos de peritonismo.

**D** Glasgow 13/15



## **2. JUSTIFICACIÓN**

El presente caso clínico expone al traumatismo abdominal por arma de fuego como una de las primeras causa de discapacidad significativa y de muerte en las primeras 2 décadas de vida de las personas.

Se basa en un paciente adolescente de sexo masculino que ingresa al área de emergencias del centro hospitalario por herida de arma de fuego a nivel de abdomen y que, a su ingreso se encontraba en estado crítico, con signos de peritonismo por presunto trauma intraabdominal y shock hipovolémico. Se dio resolución quirúrgica dentro de la unidad hospitalaria y se dio pase a la Unidad de Cuidados Intensivos, no solo con el fin de brindarle una atención integral y sistemática, sino también ofrecerle un proceso de atención de enfermería donde se ponga en práctica el cumplimiento de metas u objetivos realizando cada una de las fases de enfermería como la valoración cefalocaudal y por patrones funcionales, diagnóstico de enfermería como resultado de la valoraciones, una planificación de intervenciones que se realizara como un plan de cuidados, la ejecución del mismo y la evaluación donde conseguiremos resultados del tratamiento de nuestro paciente.

En el país se han reportado significativos aumentos en la tasa de morbimortalidad debido a los altos índices de violencia, es común identificar en las diversas salas de emergencias de las unidades hospitalarias a pacientes traumatizados por arma de fuego, es por esto que es importante conocer, como personal de enfermería, cómo actuar en estas situaciones.

### **3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **3.1. Objetivo General**

- Aplicar el proceso atención de enfermería en adolescente con traumatismo intraabdominal por arma de fuego.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Establecer un diagnóstico de enfermería dependiendo de los problemas asociados a las complicaciones del adolescente con traumatismo intraabdominal.
- Realizar un plan de intervenciones de enfermería para el paciente y sus complicaciones, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.
- Evaluar los resultados de la aplicación del proceso atención de enfermería mediante el seguimiento de la evolución clínica del individuo.

#### **4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Las heridas por arma de fuego en el abdomen ocupan un lugar de urgencia, cuya gravedad depende de los órganos involucrados, revelando inicialmente aspectos menores de daño físico para eventos posteriores, en muchos casos la gravedad puede ser fatal.

Se considera un problema de salud pública, una clara epidemia social que se manifiesta no sólo en el número de decesos o tasas de mortalidad y morbilidad, sino también en el número, intensidad y variedad de manifestaciones.

- Salud Humana y Animal, Salud Integral Y Sus Factores Físicos, Mentales Y Sociales

## **SEGUNDA PARTE:**

### **Desarrollo**

#### **5. Marco Conceptual – Marco Teórico: Antecedentes Y Bases Teóricas**

##### **5.1. Antecedentes**

En el continente americano un 11% de las muertes están relacionadas con traumatismos, en Estados Unidos, cada año fallecen de 30.000 a 50.000 personas de manera secundaria por armas de fuego y constituyen una de las primeras causa de muerte en las primeras 2 décadas de vida. (Román María del Cisne, 2020)

Ecuador ha alcanzado su tasa más alta de muertes violentas en los últimos 10 años con 15,48 muertes violentas por cada 100.000 habitantes. En los primeros ocho meses de 2022, hubo 2785 muertes violentas por armas de fuego, con un promedio de 348 homicidios por mes. (Mella, 2022)

Estos altos porcentajes han hecho que el traumatismo abdominal sea motivo de estudios en diferentes países año tras año.

##### **5.2. Bases Teóricas**

###### **Traumatismo Abdominal**

Evento que ocurre cuando la cavidad abdominal experimenta la acción violenta de agentes que ocasionan daños de diferente magnitud y gravedad, en los elementos que la conforman, sean éstos de pared (continente), u órganos (contenido) o de ambos al mismo tiempo. Al momento de evaluar a un paciente traumatizado, el abdomen es de gran importancia debido a la vitalidad de los órganos y estructuras que contiene. Los pacientes que requieren cirugía exploratoria deben someterse a un examen sistemático para

evaluar todas las áreas del abdomen e identificar cualquier daño. (Munayco, 2018)

### **Fisiopatología y Patogenia**

Un traumatismo cerrado o penetrante en el abdomen puede provocar daño o ruptura de las estructuras intraabdominales, y solo se puede formar un hematoma en un órgano sólido o en la pared de un órgano hueco.

Las rupturas sangran de inmediato, la hemorragia debido a una lesión de bajo grado de un órgano sólido, ruptura vascular menor o de un órgano hueco, es a menudo de bajo volumen con consecuencias fisiológicas mínimas. Las lesiones más graves pueden causar hemorragia masiva por el shock, acidosis y coagulopatía y requiere intervención quirúrgica. La ruptura del órgano hueco permite que el contenido del estómago, los intestinos o la vejiga ingrese a la cavidad abdominal, causando peritonitis. (Van, 2021)

### **Tipos de Traumas Abdominales**

De acuerdo al mecanismo que lo origina, el trauma intraabdominal se clasifica en cerrado y abierto.

#### **- Traumatismo abdominal abierto**

Las heridas por arma de fuego a baja velocidad causan daño tisular al desgarrarse o cortarse. Liberan muy poca energía y el daño ocurre en el área alrededor de la lesión, afectando los órganos vecinos y siguiendo la trayectoria del objeto penetrante. Por otro lado, las lesiones por proyectiles de alta velocidad transfieren mucha energía cinética a los órganos abdominales, lo que tiene los efectos adicionales de la cavitación transitoria, y también causan lesiones adicionales

cuando se desvían y fragmentan, por lo que las lesiones esperadas son impredecibles. (Guillermo, 2016)

#### - **Traumatismo Abdominal Cerrado**

Múltiples mecanismos están involucrados en el traumatismo abdominal cerrado:

**Impacto directo:** la difusión directa de la energía cinética a los órganos vecinos a la pared abdominal puede provocar lesiones. (Guillermo, 2016)

**Desaceleración:** Esto ocurre cuando el cuerpo se detiene bruscamente y los órganos intraabdominales, automotivados por la energía cinética, tienden a seguir moviéndose, creando un choque que es particularmente pronunciado a nivel de puntos de unión, vasos y mesenterios que parcial o general se producen fracturas. (Guillermo, 2016)

**Compresión o aplastamiento:** Entre dos combinaciones duras, estas fuerzas alteran órganos sólidos o huecos y pueden hacer que se rompan o exploten. (Guillermo, 2016)

### **Anatomía Abdominal En Trauma**

El abdomen está cubierto por la parte inferior de la caja torácica, con el abdomen anterior definido como el área entre los bordes de las costillas arriba, los pliegues inguinales y la sínfisis púbica abajo, y las líneas axilares anteriores a los lados. (Munayco, 2018)

Toracoabdomen por debajo de la línea que cruza los pezones y la línea subescapular por detrás y por encima de los bordes de las costillas. Esta área incluye el diafragma, el hígado, el bazo y el

estómago. Dado que el diafragma se eleva hasta el cuarto espacio intercostal durante la espiración completa, las fracturas de las costillas inferiores o las heridas punzantes debajo de la línea del pezón pueden dañar los órganos abdominales. (Munayco, 2018)

### **Etiología**

Las principales causas de trauma intraabdominal abierto son las heridas por arma blanca y por arma de fuego, cuya frecuencia aumenta cada día. Las heridas punzantes causan lesiones intraabdominales en el 20-30 % de los casos, las heridas de bala en el 80-90 % de los casos. (Pablo Sánchez Vicioso, 2022)

Los accidentes de tráfico son la principal causa de lesiones abdominales contusas. Otros motivos son los accidentes laborales, cotidianos, deportivos, etc., que son significativamente más frecuentes que los abiertos. Las lesiones abdominales son la causa principal de muertes por lesiones prevenibles.

### **Estudios Para Diagnóstico**

Entre los más utilizados:

- **Rayos X**

Ayuda a determinar la trayectoria de las balas, o que se facilita marcando agujeros en la piel con marcadores radiopacos. También ayuda a encontrar el proyectil cuando no hay salida, lo que te hace sospechar de las heridas infligidas. Debemos recordar que un proyectil puede entrar en el cuerpo por una zona distinta al abdomen y aun así lesionarlo. Se deben sospechar proyectiles en cualquier área desde el cuello hasta la mitad del muslo. Ayuda a identificar neumoperitoneo, fracturas vertebrales, neumotórax o hemotórax.

- **Tomografía axial computadorizada (TAC)**

El uso de este método de diagnóstico ahora es más común debido a una mejor nitidez de la imagen y velocidad de examen. Este estudio requiere estabilidad hemodinámica del paciente. Existen publicaciones que indican la utilidad en heridas laterales y posteriores, a excepción del daño peritoneal y lesiones de órganos internos, esta prueba se realiza con triple contraste, oral, intravenoso, intravenoso. y rectales, así como heridas de bala, ya que proporciona información valiosa para ayudar a un cirujano experimentado en el manejo específico de estos pacientes. Todavía se consideran relatos anecdóticos, pero deben tenerse en cuenta. (Pereira, 2019)

- **Ecografía**

La ecografía centrada en el trauma es una herramienta de detección al lado de la cama que ayuda a los médicos a identificar líquido libre intraperitoneal o intratorácico. La premisa del uso de FAST es que las lesiones clínicamente significativas se asocien con la acumulación de líquido libre en las regiones inferiores. (Sustacha, 2020)

## **Tratamiento**

En ocasiones se da resolución quirúrgica con laparotomía exploratoria para control de hemorragia, reparación de órgano, o ambos, y en raras ocasiones la embolización arterial.

Los pacientes reciben reposición de líquidos por vía intravenosa, generalmente con cristaloides, solución salina o solución de Ringer lactato, según sea necesario. Sin embargo, los pacientes con sospecha de shock hemorrágico deben ser reanimados para controlar el daño hasta que se controle el sangrado. La reanimación con cuidado del inconveniencia utiliza



hemoderivados en una ligadura aproximada de 1:1:1, de plasma: plaquetas: eritrocitos concentrados para rebajar al nulidad el beneficio de soluciones cristaloides. Algunos pacientes hemodinamicamente inestables se los trata rápidamente con laparotomía exploratoria como se describió anteriormente. Para la generalidad de los pacientes que jamás requieren cirugía inmediata, luego que tienen lesiones intraabdominales identificadas durante el reconocimiento, las opciones de compromiso incluyen la observación, la embolización angiográfica y con a salvo frecuencia intervención operativa. Los antibióticos profilácticos jamás están indicados cuando los pacientes se tratan sin cirugía. Sin embargo, los antibióticos se dan a menudo de antemano de la reconocimiento quirúrgica cuando los pacientes desarrollan una reprecisión para la cirugía. (Van, 2021)

### **5.3. ESTUDIO DE CASO**

Masculino de 19 años de edad llega al área de emergencias acompañado de sus familiares, con diagnóstico de herida por arma de fuego en abdomen, con cuadro clínico de 60 minutos de evolución, familiares refieren que el sujeto estaba en una reunión social y personas armadas llegaron a disparar, a su ingreso en estado crítico, con signos de shock hipovolémico, desorientado en tiempo y espacio, facie pálida, mucosas semi - hidratadas, cabeza normocefálica, cuello simétrico sin adenopatías, tórax con ruidos cardiacos taquicardicos, no se precisan soplos; abdomen doloroso a la palpación compatible por lesión por arma de fuego, signos de peritonismo, extremidades simétricas sin evidencias de hematomas o edemas. Se da resolución quirúrgica, donde se realiza laparotomía exploratoria más nefrectomía, se indica pase a Unidad de Cuidados Intensivos.

#### **Signos Vitales**

**Tensión Arterial:** 80/64 mg/hg

**Frecuencia Cardíaca:** 135 por minuto

**Frecuencia Respiratoria:** 22 respiraciones por minuto

**So2:** 98%;

**Temperatura:** 35,5°C.

### **Valoración Primaria**

**A** Vía aérea libre

**B** Respiración Profunda

**C** Lesión en abdomen por arma de fuego, sangrante, signos de peritonismo.

**D** Glasgow 13/15

### **Valoración secundaria**

- **Antecedentes Patológicos Personales**

No Refiere

- **Antecedentes Patológicos Personales**

No refiere

- **Alergias**

No Refiere

- **Medicamentos**

Ninguno

- **Hábitos**

Consumidor de sustancias ilícitas y alcohol.

### **Datos Generales**

**Nombres y Apellidos:** NNNN

**Edad:** 19 años

**Lugar y fecha de nacimiento:** Vinces, 17 de diciembre del 2023

**Lugar de residencia actual:** Vinces – Los Ríos

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Soltero

**Escolaridad:** Bachillerato

**Raza:** mestizo

**Grupo sanguíneo:** O Rh +

**Fecha de ingreso:** 07 / enero / 2023

### **Examen Físico**

#### **Examen Físico General**

Valoración cefalocaudal

- Cabeza: normo cefálica, sin lesiones.
- Cuero cabelludo: bien implantado, no presenta lesiones, limpio.
- Cara: puente nasal ancho, facie palida.
- Boca: algo deshidratada, lengua saburral
- Nariz: sin alteraciones.
- Cuello: simétrico, adenopatía cervical.
- Tórax: con ruidos cardíacos taquicardicos, no se precisan soplos
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación, presentando herida de bala
- Genitales: bien implantados de acuerdo a la edad.
- Miembros superiores: simétricos, sin cicatrices
- Miembros inferiores: simétricos, sin cicatrices
- Piel: pálida debido a la pérdida de sangre.
- Peso: 67kg kg, Talla: 1.7m, IMC: 23,1

### **INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

#### **Biometría hemática**

<b>Biometría Hemática</b>	<b>Valores</b>	<b>Valores Referenciales</b>
Leucocitos	12,98/mm <sup>3</sup>	5,0 – 10,0
Linfocitos	1,13/L	2,0 – 4,80
Neutrófilos	88,7	37.0 – 72.0%

Eosinofilos	0,0	1-7
Basófilos	0,0	0 – 1.0
Hemoglobina	12,0 g/dL	13,7 – 17,5
Hematocritos	34,6	40 – 51
Plaquetas	183 mcL	130,000 – 450,000
Grupo sanguíneo	O+	
PCR	50 mg/L	
VDRL	Negativa	

Table 1. *Biometría Hemática. Autor: Génesis Ojeda Espín*

## **TAC DE ABDOMEN**

Tomografía axial computarizada; de abdomen, sin material de contraste.

Se visualiza en las imágenes obtenidas:

Hígado de tamaño normal, parénquima homogéneo sin lesiones focales. Vías biliares intrahepáticas de calibre conservado. Vesícula biliar de tamaño normal, paredes finas sin imágenes en su interior.

Páncreas de tamaño normal y homogéneo, densidad homogénea sin lesiones focales ni colecciones paripancreáticas.

Bazo de forma y tamaño normal, densidad homogénea, sin lesiones focales.

Glándulas suprarrenales simétricas, de tamaño normal y densidad homogénea.

Riñones de posición normal. Riñón derecho de parénquima homogéneo, cortical de grosor normal, sin imágenes litiásicas ni dilataciones del sistema pielocalicial.

Riñón izquierdo ligeramente prominente con parénquima engrosado heterogéneo con tendencia a la hiperdensidad por probables zonas hemáticas por contusión, contenido hiperdenso en la grasa perirrenal que se extiende a la corredera parietocolica y cavidad pélvica de probable origen serohemático o hemático, se plantea trauma renal.

Cámara gástrica sin dilataciones ni engrosamiento mural, asas intestinales sin alteraciones aparentes. Líquido libre en cavidad abdominopélvica en escasa cantidad.

Cavidad vesical de mediana planificación, con balón de sonda vesical insuflado en su interior y contenido hiperdenso por hematuria. Vesículas seminales simétricas.

Se observa fractura de las apófisis espinosas y articulaciones a nivel de L1 con contenido aéreo en el canal medular.

Cuerpo extraño alojado en la pared anterolateral del hipocondrio izquierdo con herniación epoplóica a través de los espacios intercostales anterolaterales izquierdos de T8 y T9. Enfisema subcutáneo en la cara lateral izquierda del tórax.

### **Valoración Por Patrones Funcionales De Marjorie Gordon**

#### **- Patrón 1: Percepción–Manejo de la Salud**

Masculino de 19 años de edad llega al área de emergencias acompañado de sus familiares, con diagnóstico de herida por arma de fuego en abdomen, con cuadro clínico de 60 minutos de evolución, a su ingreso en estado crítico, con signos de shock hipovolémico. Tórax con ruidos cardiacos taquicardicos, no se precisan soplos; abdomen doloroso a la palpación compatible por lesión por arma de fuego, signos de peritonismo, extremidades simétricas sin evidencias de hematomas o edemas. Se dio resolución quirúrgica, donde se realizó laparotomía exploratoria más nefrectomía.

Familiares refirieron que completó esquema de vacunación y que es “consumidor de H y bebedor frecuente”. Sin antecedentes patológicos personales, ni familiares. Se dio pase a unidad de cuidados intensivos.

- **Patrón 2: Nutricional–Metabólico**

Paciente postquirúrgico de laparotomía exploratoria con un Índice de Masa Corporal Normal de 23,1. En UCI se colocó sonda nasogástrica abierta y debitando, en NPO (nada por vía oral). Médico prescribe nutrición parenteral.

Facie pálida y mucosas semi - hidratadas que denotan pérdida de líquidos. Temperatura corporal de 35,5°C.

- **Patrón 3: Eliminación**

Presencia de sonda vesical, eliminando diuresis hematórica. Tac de abdomen refirió riñón izquierdo ligeramente prominente con parénquima engrosado, heterogéneo con tendencia a la hiperdensidad por probables zonas hemáticas por contusión y se dio resolución quirúrgica que termino en una nefrectomía.

- **Patrón 4: actividad/ejercicio**

Paciente ingresó al área de emergencias y shock hipovolémico, con presión arterial de 80/64 mg/hg, con frecuencia cardiaca de 135 pulsaciones por minuto. Desde el pase a quirófano y hasta la unidad de cuidados intensivos se registraron cambios frecuentes, en sus signos vitales, frecuencias cardiacas desde 89, 95, 100, 124, 145 y hasta 170 pulsaciones por minuto; en cuanto a la presión arterial, luego de la cirugía paciente presentó hipotensión llegando hasta 64/35 mg/hg, por lo que se llegó a administrar vasopresor, bajo prescripción médica.

Paciente presentó ruidos cardiacos taquicardicos en los que no se precisaron soplos.

Paciente sin actividad física ya que permanece encamado bajo sedo analgesia por su estado crítico, con ventilación mecánica asistida por intubación oro traqueal.

- **Patrón 5: sueño – descanso**

Paciente se encuentra sedado, pero muestra resistencia a la misma.

- **Patrón 6: cognitivo perceptual**

Paciente es valorado a su ingreso a emergencias y presenta un Glasgow de 13/15, desorientado en tiempo y espacio; durante el procedimiento quirúrgico, bajo sedo – analgesia y soporte ventilatorio invasivo.

- **Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto**

No manifiesta.

- **Patrón 8: Rol- Relaciones**

Paciente vive con su familia, no estudia.

- **Patrón 9: Sexualidad y Reproducción**

No refiere.

- **Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés**

No refiere

- **Patrón 11: Valores y Creencias**

No refieren.

## **PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS**

- Patrón 1: Percepción–Manejo de la Salud
- Patrón 2: Nutricional–Metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad / Ejercicio



NANDA: 00027  
NOC: 0413  
NIC: 4180

**Dx: Déficit de volumen de líquidos**  
**Dominio 2. Nutrición**  
**Clase 5. Hidratación**

M  
E  
T  
A  
S

**R/C: pérdida masiva de sangre**

**E/P: pérdida del estado de conciencia**

**Dominio: II Salud Fisiológica**

**Clase: R Cardiopulmonar**

**Etiqueta: 0413 Severidad de la Pérdida de Sangre**

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
041311 Aumento de la frecuencia cardiaca		x			x
041313 Palidez de las membranas cutáneas y mucosas		x			x
041314 Ansiedad		x			x
041315 Cognición disminuida			x		x

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**Campo: 3. Fisiológico Complejo**

**Clase: Control de la perfusión tisular**

**Etiqueta: 4180 Manejo de la Hipovolemia**

- ACTIVIDADES**
1. Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardiaca, presión arterial y presión arterial media, según corresponda.
  2. Monitorizar los signos de deshidratación (escasa turgencia cutánea, retraso de relleno capilar, pulso débil, sequedad de mucosas, etc.).
  3. Crear un ambiente que facilite la confianza del paciente.
  4. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones
  5. Realizar un acercamiento calmado y sin prisa al interactuar con el paciente.
  6. Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.

## **Seguimiento**

El paciente tuvo una estancia hospitalaria de 32 días, por lo que se fue posible hacer un respectivo seguimiento, y se resume de la siguiente manera:

### **07/Enero/2023**

Paciente ingresó la sala de emergencias del Hospital General IESS Babahoyo, fue valorado por los médicos del área, interconsultado por Cirugía General, teniendo como resultado resolución quirúrgica de una laparotomía exploratoria más nefrectomía.

Fue recibido en quirófano despierto, con signos de hipovolemia aguda, con PA de 80/60 mg/hg, FC de 126 latidos por minuto, vías periféricas abordadas en ambos brazos, se solicitaron y administraron dos unidades de glóbulos rojos, se administró anestesia general, se intubó al paciente y se acopló a ventilación mecánica.

Procedimientos realizados en quirófano: laparotomía exploratoria, nefrectomía izquierda, enterorrafia de intestino delgado, colocación de tubo torácico (pleurevack) y dren de hemovack a nivel de abdomen.

Al terminar procedimiento quirúrgico fue trasladado a Unidad de Cuidados Intensivos con ventilación asistida, PA de 116/70 mg/hg con soporte de vasopresor, FC de 92 latidos por minuto, saturando 100%.

Fue recibido en la Unidad de Cuidados Intensivos, con PA: 100/60 mg/hg, FC: 120 por minuto, FR: 20 por minuto, SPO2: 98%, HGT: 156 mg/dL; en condiciones clínicas críticas, bajo sedo – analgesia, soporte ventilatorio invasivo y vasopresor. Drenes productivos con liquido hemático de 100cc cada uno. Sonda vesical de 2 vías, eliminando hematuria, llenado capilar retardado. Se colocó vía central y cambio a sonda vesical de 3 vías.

Se solicitaron más hemoderivados para continuar reanimación.

- Medidas Generales:
  1. Monitorización continua
  2. Mantener eutérmico
  3. Balance hídrico estricto
  4. HGT cada 8 horas
  5. Prevención de caídas (Escala de Morse)
  6. Prevención de úlceras por presión (Escala de Norton)
  7. Medidas Antiembólicas (Escala de Caprini)
  
- Nutrición
  1. NPO
  
- Infusiones
  1. Solución salina al 0,9% 1000ml IV a 120ml/hora
  2. Propofol 1% 50ml IV 2ug/kg/h
  3. Solución salina al 0,9% 100ml + Fentanilo 1mg IV 2ug/kg/h
  4. Solución salina al 0,9% 100ml + Norepinefrina 8mg IV dosis respuesta, mantener presión arterial media entre 65 y 70.
  5. Solución salina al 0,9% 100ml + Acido Tranexamico 2g, pasar en 8 horas (terminar y retirar)
  
- Medicación
  1. Omeprazol 40mg IV cada día.
  2. Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
  3. Ceftriaxona 1g iv cada 12 horas
  4. Clindamicina 600mg IV cada 6 horas
  5. Paracetamol 1g por razones necesarias
  6. Ácido Tranexamico 1g IV STAT
  
- Hemoderivados
  1. Glóbulos rojos, pasar una unidad IV STAT

2. Plasma fresco concentrado, pasar 3 unidades IV STAT
3. Crioprecipitados 10 unidades IV STAT

### **08/ENERO/2023**

Paciente masculino de 19 años cursó el primer en la unidad de cuidados intensivos, postquirúrgico de laparotomía exploratoria, paciente con vía central en yugular anterior izquierda del 7/01/2023, pasando plan de hidratación, sedo – analgesia, vasopresor, ventilación mecánica invasiva por intubación orotraqueal, sonda nasogástrica abierta debitando, tubo de pleurevack clampeado, herida quirúrgica en abdomen, cuidado de drenes, sonda vesical permeable eliminando hematuria.

Se empezó administración de nutrición parenteral bajo prescripción médica, dextrosa, aminoácidos y lípidos.

#### - Infusiones

1. Lactato de Ringer 1000ml IV a 42ml/hora
2. Propofol “% 50ml IV 2ug/kg/h
3. Solución salina al 0,9% 100ml + Fentanilo 1mg IV 2ug/kg/h
4. Solución salina al 0,9% 100ml +Norepinefrina 8mg IV dosis respuesta, mantener presión arterial media entre 65 y 70.

#### - Medicación

Continua con la misma medicación antes prescrita

#### - Hemoderivados

1. Glóbulos rojos, pasar dos unidades en 3 horas cada una.
2. Plasma fresco concentrado, pasar 1 unidad IV cada 12 horas.

**10/01/2023**

Tercer día de hospitalización en UCI, continua bajo sedo – analgesia, sonda nasogástrica abierta, paciente con ventilación mecánica invasiva, tubo de tórax clampeado, herida quirúrgica por laparotomía exploratoria, drenes con contenido serohemático, sonda vesical de 3 vías permeable evidenciando ritmo diurético hematórico con tiempos normales. Biometría hemática reveló Hemoglobina de 8,7 y hematocritos en 24,7, por lo que se solicitó paquete globular. Balance hídrico de 24h -3141, diuresis total de 6300. Con pronóstico reservado.

Continuó con mismas medidas generales, nutrición parenteral, infusiones y medicación.

En cuanto a hemoderivados, se administraron 2 unidades de plasma fresco congelado STAT, y una unidad de glóbulos rojos concentrados.

**12/01/2023**

Quinto día en UCI, sonda nasogástrica abierta, paciente con ventilación mecánica invasiva, se retira tubo de tórax, herida quirúrgica por laparotomía exploratoria, en iguales condiciones críticas, bajo sedo – analgesia en plan de destete de ventilador mecánico se inicia infusión de dexmedetomidina, presión arterial mantenido con vasopresor en plan de destete. Dren abdominal con debito acaso 25 cc de líquido serohemático.

Buen ritmo renal, menos hematórico, orina más de aspecto colúrico, según valoración por medicina interna.

Nefrología acudió al área por interconsulta y presentó probabilidades de sepsis postquirúrgica, por lo que se recomendó balance hídrico estricto.

- Nutrición

- 2. NPO

- Infusiones

- 1. Lactato de Ringer 1000ml IV a 84ml/hora

- 2. Solución salina al 0,9% 100ml + Fentanilo 1mg IV  
2ug/kg/h

3. Solución salina al 0,9% 100ml +Norepinefrina 8mg IV dosis respuesta, mantener presión arterial media entre 65 y 70.
  4. Solución salina al 0,9% 100ml + Dexmedetomidina 400 UI IV a 0,7 mcg/kg/h
- Medicación
    1. Omeprazol 40mg IV cada día.
    2. Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
    3. Ceftriaxona 1g iv cada 12 horas
    4. Clindamicina 600mg IV cada 6 horas
    5. Paracetamol 1g por razones necesarias

### **14/01/2023**

Séptimo día. en UCI, continua bajo sedo – analgesia por fracaso al momento del destete con desaturación en dos ocasiones. Presentó alta térmica de 38,5°C más desaturación, se administran infusiones de propofol y fentanilo. Parámetros infecciosos elevados por lo que se rota antibióticoterapia.

Continuando administración de nutrición parenteral bajo prescripción médica, dextrosa, aminoácidos y lípidos.

- Infusiones
  1. Solución salina al 0,9% 1000ml + soletrol Na 20ml + soletrol k 20ml + Sulfato de Mg 10ml IV a 42ml/hora
  2. Propofol “% 50ml IV 3ug/kg/h
  3. Solución salina al 0,9% 100ml + Fentanilo 1mg IV 2ug/kg/h
  4. Solución salina al 0,9% 100ml + Rocuronio 300mg IV 0,3mg/kg/h
  5. Solución salina al 0,9% 100ml + Norepinefrina 8mg IV dosis respuesta (Iniciar si TAM es menor de 70)
- Medicación
  1. Omeprazol 40mg IV cada día.
  2. Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
  3. Meropenem 2g IV STAT y luego 1g cada 8 horas.

4. Vancomicina 1g IV cada 12 horas.
5. Paracetamol 1g por razones necesarias
6. Enoxaparina 40mg S.C. Cada día.

### **15/01/2023**

Octavo día en UCI, continuando en estado crítico, con distrés respiratorio severo, con distrés respiratorio severo, bajo sedo – analgesia y relajación muscular, taquicárdico (130 l/m) e hipertenso (160/110 mg/hg), febril persistente. En plan, realizarse traqueotomía percutánea dirigida por broncoscopía

Continuando administración de nutrición parenteral bajo prescripción médica, dextrosa, aminoácidos y lípidos. Continuando con mismas indicaciones médicas con excepciones:

Se discontinuó infusión de fentanilo y se inicia de Remifentanilo,

- Solución salina al 0,9% 100ml + Remifentanilo 10mg IV 12ug/kg/h
- Reposición electrolítica: Solución salina al 0,9% 1000ml + soletrol k 20ml + Sulfato de Mg 10ml IV pasar en 1h.

### **17/01/2023**

Se realiza broncoscopía percutánea por el cirujano broncoscopista y el equipo médico del área, previo consentimiento informado, procedimiento sin complicaciones.

Continuando administración de nutrición parenteral bajo prescripción médica, dextrosa, aminoácidos y lípidos, mismas indicaciones médicas prescritas.

### **19/01/2023**

Paciente en iguales condiciones clínicas, con distrés severo, normotenso, afebril, continuando con ventilación mecánica por

traqueostomía, bajo sedo – analgesia y relajante muscular, se realiza ventana neurológica. Mecánica respiratoria conservada con ventilación mecánica.

Función renal conservada poliúrico. Según última biometría hemática y entre sus datos relevantes, contaba con una hemoglobina de 10,2 y plaquetas de 362.000.

Continuando administración de nutrición parenteral bajo prescripción médica, dextrosa, aminoácidos y lípidos, nutrición enteral de dieta líquida por sonda nasogástrica.

Mismas indicaciones médicas ya prescritas.

- Infusiones

1. Solución salina al 0,9% 1000ml + soletrol k 20ml IV a 42ml/hora
2. Solución salina al 0,9% 100ml + remifentanilo 10mg IV 10ug/kg/h
3. Solución salina al 0,9% 100ml + Dexmedetomidina 400 UI IV a 0,7 mcg/kg/h

- Medicación

1. Omeprazol 40mg IV cada día.
2. Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
3. Meropenem 2g IV STAT y luego 1g cada 8 horas.
4. Vancomicina 1g IV cada 12 horas.
5. Paracetamol 1g por razones necesarias
6. Enoxaparina 40mg S.C. Cada día.
7. Enalaprilato 1,25mg V.O. PRN
8. Losartan V.O. 100mg

- Hemoderivados

1. Plasma fresco congelado 1 unidad IV cada 8 horas



**20/01/2023**

Paciente en iguales condiciones clínicas, ligeramente edematizado, el día anterior se consiguió un balance hídrico ligeramente negativo (-1668). Se consiguieron mejoras en las imágenes de rayos X.

Se suspende enalaprilato y losartan por presiones limítrofes bajas. Continuando administración de nutrición parenteral bajo prescripción médica, dextrosa, aminoácidos y lípidos, nutrición enteral de dieta líquida por sonda nasogástrica.

Mismas indicaciones médicas ya prescritas.

- Infusiones

1. Solución salina al 0,9% 1000ml + soletrol k 10ml + soletrol Na 20ml IV a 42ml/hora
2. Solución salina al 0,9% 100ml + remifentanilo 10mg IV 10ug/kg/h
3. Solución salina al 0,9% 100ml + Dexmedetomidina 400 UI IV a 0,7 mcg/kg/h

- Medicación

1. Omeprazol 40mg IV cada día.
2. Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
3. Meropenem 2g IV STAT y luego 1g cada 8 horas.
4. Vancomicina 1g IV cada 12 horas.
5. Paracetamol 1g por razones necesarias
6. Enoxaparina 40mg S.C. Cada día.
7. Eritropoyetina 500 UI S.C. días viernes, domingo y martes.
8. Furosemida 10mg IV cada día.

**21/01/2023**

Ultima biometría hemática presentó un a hemoglobina 7,7 y un hematocrito de 22, por lo que se sugiere administrar una unidad de glóbulos rojos concentrados, bajo prescripción médica, la misma que se suspendió

debido a pico febriles en el paciente. Se retira dren de hemovack por cirujano general. Continúa con mismas indicaciones médicas.

## **22/01/2023**

Paciente en su 15vo día de estancia en UCI, en condiciones clínicas de cuidado, entrando nuevamente a protocolo de destete del respirador.

Paciente irritable, poco colaborador, con retiro de sonda nasogástrica en varias ocasiones, con medidas de sujeción que impide su correcto destete del respirador, se torna taquipnéico, desaturando. Plan de realizar broncoscopía. Realizó dos vómitos de contenido bilioso, diuresis sin sangrado activo.

Continuando administración de nutrición parenteral bajo prescripción médica, dextrosa, aminoácidos y lípidos, nutrición enteral de dieta líquida por sonda nasogástrica.

Mismas indicaciones médicas ya prescritas.

### - Infusiones

1. Solución salina al 0,9% 1000ml + soletrol k 10ml IV a 42ml/hora
2. Solución salina al 0,9% 100ml + remifentanilo 10mg IV 10ug/kg/h
3. Propofol 2% IV 2mg/kg/h
4. Solución salina al 0,9% 100ml Rocuronio 300mg V a 4 ug/kg/h

### - Medicación

1. Omeprazol 40mg IV cada día.
2. Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
3. Meropenem 2g IV STAT y luego 1g cada 8 horas.
4. Vancomicina 1g IV cada 12 horas.
5. Paracetamol 1g por razones necesarias

6. Fluconazol 400mg IV Cada Día
7. Ondasetrón IV por razones necesarias.
8. Enoxaparina 40mg S.C. Cada día.

### **23/01/2023**

Paciente con evolución crítica desfavorable, distrés respiratorio severo, febril persistente, pronóstico conservado.

Se realiza broncoscopia para recolección de muestras de secreciones respiratorias. Procedimiento es culminado con éxito.

Se suspende Ondasetrón IV por razones necesarias. Continúan demás precepciones médicas.

### **27/01/2023**

Paciente cursando 20 días en UCI, con distrés respiratorio, bajo sedo – analgesia y relajante muscular, se ha intentado destete del respirador y sin éxitos.

Se realizan cambios en las prescripciones médicas.

- Infusiones

1. Lactato de Ringer 1000ml IV 64ml
2. Solución salina al 0,9% 100ml + remifentanilo 10mg IV 10ug/kg/h
3. Solución salina al 0,9% 100ml + Dexmedetomidina 400 UI IV a 0,7 mcg/kg/h

- Medicación

1. Omeprazol 40mg IV cada día.
2. Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
3. Meropenem 2g IV STAT y luego 1g cada 8 horas.
4. Vancomicina 1g IV cada 12 horas.
5. Paracetamol 1g por razones necesarias
6. Fluconazol 400mg IV Cada Día

7. Enoxaparina 40mg S.C. Cada día.
8. Clonazepam 2mg V.O. cada 12 horas.

### **28/01/2023**

Paciente en su día 21 en UCI, con paciente despierto y orientado, afebril, ya colaborador, signos vitales estables con presión arterial conservada sin soporte de vasopresor, mejoría en imágenes de rayos X post traqueotomía, se evidencia sangrado leve a nivel bucal, con sonda vesical permeable eliminando orina a buen ritmo.

Ya con resultados de broncoscopia que no reportan crecimiento bacteriano. Manteniendo dosis bajas de Dexmedetomidina y Remifentanilo

Continuando administración de nutrición parenteral bajo prescripción médica solo aminoácidos, nutrición enteral de dieta líquida hiperprotéica por sonda nasogástrica.

Mismas indicaciones médicas ya prescritas.

- Infusiones

1. Solución salina al 0,9% 1000ml + soletrol k 10ml IV a 42ml/hora
2. Solución salina al 0,9% 100ml + Remifentanilo 10mg IV 10ug/kg/h DESTETE
3. Solución salina al 0,9% 100ml + Dexmedetomidina 400 UI IV a 0,5 mcg/kg/h

- Medicación

1. Omeprazol 40mg IV cada día.
2. Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
3. Meropenem 2g IV STAT y luego 1g cada 8 horas.
4. Paracetamol 1g por razones necesarias
5. Fluconazol 400mg IV Cada Día
6. Enoxaparina 40mg S.C. Cada día.
7. Linezolid 600mg IV cada 12 horas.

8. Gluconato de Calcio 1 ampolla IV cada 8 horas

### **29/01/2023**

Día 22 del paciente en UCI, se empezaron cambios en la nutrición:

- Dextrosa al 50% 500ml + Complejo B 20ml IV 21ml/h
- Aminoácidos 15% IV 30ml/h
- Dieta líquida y probar con semisólidos
  
- INFUSIONES
  1. Lactato de Ringer 1000ml IV a 64ml/hora
  2. Solución salina al 0,9% 100ml + Dexmedetomidina 400 UI IV a 0,5 mcg/kg/h
  
- Medicación
  1. Omeprazol 40mg IV cada día.
  2. Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas.
  3. Meropenem 2g IV STAT y luego 1g cada 8 horas.
  4. Paracetamol 1g por razones necesarias
  5. Fluconazol 400mg IV Cada Día
  6. Enoxaparina 40mg S.C. Cada día.
  7. Linezolid 600mg IV cada 12 horas.
  8. Fitomenadiona 10mg IV cada día
  9. Clonazepam 1mg V.O. por razones necesarias.

### **04/02/2023**

Paciente con internación prolongada, con mejoría clínica a la fecha, portador de traqueotomía saturando 99%, se alimenta ya por vía oral sin complicaciones, cumple con esquema de antibióticos de amplio espectro, se retira sonda vesical bajo prescripción médica.

**09/02/2023**

Día 33 de estancia en UCI, en condiciones clínicas estables, neurológico conservado, hemodinamicamente conservado, paciente normorreno con diuresis conservada. Sin criterio para estancia en terapia intensiva, se indica pase a hospitalización, con requerimiento de seguimiento por medicina interna y cirugía.

- Medidas Generales:
  1. Monitorización continua
  2. Mantener eutérmico
  3. Balance hídrico estricto
  4. HGT cada 8 horas
  5. Prevención de caídas (Escala de Morse)
  6. Prevención de úlceras por presión (Escala de Norton)
  7. Medidas Antiembólicas (Escala de Caprini)
  
- Kinesioterapia
  1. Cuidados de traqueostomía
  
- Nutrición
  1. Dieta hiperprotéica por vía oral
  
- Infusiones
  1. Lactato de Ringer 1000ml IV a 42ml/hora
  
- Medicación
  1. Omeprazol 40mg IV cada día.
  2. Itraconazol 100mg VO cada 12 horas
  3. Enoxaparina 40mg S.C. Cada día.
  4. Multivitaminas y minerales 30ml VO cada 12 horas.

**10/02/2023**

Paciente en hospitalización de Cirugía, despierto, consciente y orientado en tiempo y espacio, con sus cuatro extremidades movibles, ambulatorio, con buena mecánica respiratoria a través de traqueostomo al aire ambiente, con hemoglobina de 9,9 y hematocritos de 27%, signos vitales dentro de parámetros normales.

**11/02/2023**

Paciente obtiene su alta hospitalaria después de 32 días de hospitalización, despierto, consciente y orientado en tiempo y espacio, con sus cuatro extremidades movibles, ambulatorio, con buena mecánica respiratoria a través de traqueostomo al aire ambiente, con hemoglobina de 9,9 y hematocritos de 27%, signos vitales dentro de parámetros normales. Tolerante a dieta vía oral.

- Medicación de Alta
  1. Itraconazol 100mg VO cada 12 horas por 3 días
  2. Omeprazol 20mg VO cada 12 horas por 3 días
  3. Complejo B VO cada 8 horas.

## 6. MARCO METODOLÓGICO

La enfermería es una carrera que está dirigida a 4 ejes fundamentales que son la investigación, docencia, gestión y el cuidado directo al paciente, con el fin de restablecer la salud del mismo mediante técnicas y acciones basadas en evidencias, donde se toman como base diversas teorías y modelos como por ejemplo la teoría del entorno de Florence Nightingale donde se resalta la importancia de un entorno limpio y la realización de procedimientos bajo medidas antisépticas que ayudan a la recuperación de la salud, mientras tanto otros modelos se basan en las necesidades asociadas al déficit de autocuidado como lo es el modelo de Virginia Henderson y Dorotea Orem, en sí, tenemos algunas otras teorías las cuales han servido de manera significativa para el desarrollo de una estructura basada en evidencia de la realización de las acciones enfermeras dentro del campo de la salud.

Al realizar una comparación entre las distintas teorías que existen en el campo enfermero se llega a la conclusión de emplear la teoría de Marjory Gordon, ya que los patrones funcionales mencionados dentro de la misma resultan beneficiosos para identificar e integrar aspectos de la persona que deben estar en equilibrio para la recuperación y conservación de la salud. Proceso de Atención de Enfermería, es un sistema de intervenciones que realiza el personal enfermero para la restauración de la salud de un individuo, familia o comunidad. Como herramienta fundamental para diagnosticar, clasificar y evaluar las acciones de enfermería que vamos a realizar en el paciente con el fin de mejorar su estado de salud tenemos la taxonomía NANDA - NIC - NOC. La misma que consta de dominios y campos cada uno de acuerdo a los patrones funcionales del ser humano.

La clasificación de diagnósticos de enfermería (NANDA): Permite organizar los diagnósticos de enfermería basados en evidencia. La clasificación de resultados de enfermería (NOC): Es un sistema de agrupación que permite describir los resultados y objetivos que se quiere lograr con el paciente según el diagnóstico priorizado, asimismo se encarga de evaluar los efectos del cuidado de enfermería. Y, por último, la



clasificación de intervenciones de enfermería (NIC): Permite coordinar las intervenciones que serán brindadas al paciente según diagnóstico priorizado.

**Diagnóstico Presuntivo**

Trauma intraabdominal por arma de fuego

**Diagnóstico Diferenciñ**

Traumatismo abierto penetrante por arma de fuego a nivel de abdomen

**Diagnóstico Definitivo**

Traumatismo de órganos intraabdominales por arma de fuego

## **7. RESULTADOS**

Paciente masculino de 19 años de edad con diagnóstico de trauma de abdomen por arma de fuego, mantuvo una estancia hospitalaria de 32 días de los cuales 29 fueron en la Unidad de Cuidados Intensivos. El paciente entró a la unidad en estado crítico desarrollando varias complicaciones a lo largo de su hospitalización, pero logró estabilidad hemodinámica dando como resultado su alta hospitalaria.

### **Observaciones**

El paciente, debido a su trauma de abdomen, obtuvo como resultado de una laparotomía exploratoria en la que se realizó enterorrafia de intestino delgado y nefrectomía izquierda, más colocación de drenes, por lo que se realizó seguimiento cirugía general, y nefrología.

Presentó resistencia a la sedo analgesia a primera instancia y fallos en los primeros intentos para destete de la misma, debido a que el paciente era consumidor de sustancias ilícitas.

## **8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El traumatismo abdominal puede poner en peligro la vida del paciente al afectar órganos importantes, funciones hemodinámicas, gastrointestinales y renales, entre otras. Se diferencia del trauma en otras regiones al permitir una curación rápida y óptima de lesiones potencialmente mortales.

Para una herida por arma de fuego, la mayoría de los autores prefieren la intervención quirúrgica precoz, que no está exenta de riesgos, consiguiendo una morbilidad del 19% y una mortalidad del 6,3% (5). La tasa nacional de pacientes que sufren una herida de bala está entre el 20 y el 30%. Los pacientes lesionados por armas de fuego requieren hospitalización y cirugía.

## **TERCERA PARTE:**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **9. CONCLUSIONES**

Se estableció un diagnóstico de enfermería dependiendo de los problemas asociados a las complicaciones del paciente con traumatismo de órganos intraabdominal por arma de fuego, dando como prioridad al déficit de volumen de líquidos.

Se logró realizar un plan de intervenciones de enfermería para un adolescente con trauma intraabdominal y sus complicaciones, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Se evaluaron resultados de la aplicación del proceso atención de enfermería mediante el seguimiento de la evolución clínica de la paciente con traumatismo intraabdominal, dando como resultado su alta hospitalaria.

## **10.RECOMENDACIONES**

En este amplio campo de la medicina existe la posibilidad de tratar diariamente las heridas por arma de fuego, lo cual es muy arbitrario y un problema de salud pública a nivel mundial. Por lo tanto, se alienta al personal médico a esforzarse por realizar PAE caso por caso. además de las indicaciones médicas, mediante la implementación de un plan de cuidados que prevea una atención integral a través de diagnósticos asistenciales adecuados.

## CUARTA PARTE:

### REFERENCIAS Y ANEXOS

#### REFERENCIAS

#### Bibliografía

- Guillermo, Z. H. (10 de Mayo de 2016). *Repositorio Digital de la Universidad de Guayaquil*.  
Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33814/1/CD-1301%20ZUMBA%20HOPPE%2C%20JOHNNY%20GUILLERMO.pdf>
- Mella, C. (29 de Septiembre de 2022). Obtenido de Primicias:  
<https://www.primicias.ec/noticias/en-exclusiva/ecuador-tasa-muertes-violentas-ultima-decada/>
- Moreno, M. I. (23 de 04 de 2018). *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS* . Obtenido de <https://core.ac.uk/download/323342782.pdf>
- Munayco, M. (23 de abril de 2018). *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/323342782.pdf>
- Pablo Sánchez Vicioso, E. V. (15 de Mayo de 2022). *El Médico Interactivo*. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/trauabd.pdf>
- Peramato, C. F. (5 de Septiembre de 2019). Obtenido de [http://aula.campuspanamericana.com/\\_Cursos/Curso01417/Temario/Experto\\_U\\_Atencion\\_Sanitaria\\_Paciente\\_Politraumatizado/M1T4Texto.pdf](http://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Experto_U_Atencion_Sanitaria_Paciente_Politraumatizado/M1T4Texto.pdf)
- Pereira, D. N. (27 de Abril de 2019). Obtenido de <http://www.nib.fmed.edu.uy/Corbo.pdf>
- Perrada, D. F. (30 de Seotiembre de 2021). Obtenido de [file:///C:/Users/HP/Downloads/v11n1a3%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/v11n1a3%20(2).pdf)
- Román María del Cisne, L. B. (Julio de 2020). MUERTES POR LESIONES PRODUCIDAS POR ARMAS DE FUEGO Y EXPLOSIVOS, REGISTRADAS EN EL INSTITUTO DE CIENCIAS FORENSES Y CRIMINALÍSTICA DE QUITO DESDE EL AÑO 2017 AL 2019. *UNIVERSIDAD, CIENCIA y TECNOLOGÍA*, 36. Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/355-Art%C3%ADculo-1225-1-10-20201220.pdf>
- Sosa, G. B. (Abril de 2021). *Infomed*. Obtenido de <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1394/1018#:~:text=Los%20traumas%20cerrados%20de%20t%C3%B3rax,alta%20que%20los%20traumas%20penetrantes.&text=El%2080%20%25%20de%20los%20traumas,fuego%20en%20m%C3%A1s%20del%2050%20%25.>

Sustacha, n. J. (14 de Febrero de 2020). *Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria*. Obtenido de [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/611-620\\_ecografia.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/611-620_ecografia.pdf)

Van, P. Y. (Julio de 2021). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-abdominal/revisi%C3%B3n-de-los-traumatismos-abdominales>

Vicioso, D. P., Bastías, D. E., & Osorio, D. D. (2 de Mayo de 2015). *Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Victoria” de Málaga*. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/trauabd.pdf>

# ANEXOS

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO	FECHAS DE ADMINISTRACIÓN						
	DÍA 01-23	DÍA 04-23	DÍA 07-23	DÍA 10-23	DÍA 13-23	DÍA 16-23	DÍA 19-23
Lactato de Ringier 2000ml iv 42ml/h	18	19	20	21	22	23	
Tropatefol 27.50 ml iv 2mg/kg/h	18	19	20	21	22	23	
Cloruro de Sodio 0.9% 200ml iv 1mg Fontalide 2mg/kg/h	18	19	20	21	22	23	
Cloruro de Sodio 0.9% 100ml iv 4mg Aminocaproico 200mg/ml	18	19	20	21	22	23	
Sevoflurano 50% 500ml iv 20ml/h	18	19	20	21	22	23	
Aminocaproico 15% 500ml iv 20ml/h	18	19	20	21	22	23	
Lipidos 20% 500ml iv 12ml/h	18	19	20	21	22	23	
Omeprazol 40mg iv	12	13	14	15	16	17	18
Metoprolol 20mg iv	14	15	16	17	18	19	20
Ceftriaxona Lg iv 1/2 hora	12	13	14	15	16	17	18
Clindamicina 600mg iv 1/6 hora	14	15	16	17	18	19	20

*Control de vitalidad  
10/10/23  
Med. Belén Ojeda Espín*

Ilustración 1. Cambio de Kardex. Fuente: Hospital General IESS. Autora Intelectual: Génesis Belén Ojeda Espín

SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL BABAHOVOY (IESS)

USO EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL MÉDICO

FECHA DE RECEPCIÓN: 10/01/2023  
FECHA DE DESPACHO DE CO: 10/01/2023  
HORA: 14:35

HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR: \_\_\_\_\_

COMPONENTES SANGUÍNEOS ENVIADOS Y PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES:

TIPO DE COMPONENTE	GRUPO SANGUÍNEO	CÓDIGO	VOLUMEN (CC)	GRUPO CADUCIDAD	GRUPO ABORRIGENIA	SUBGRUPO O ABO	COAGULANTE	PRUEBAS CRUZADAS	INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES	IDENTIFICACIÓN DEL BIFURCULAR
OK	FFC-D	0 PDS	1000	225	8110001	0 POS		NEGATIVO	COMPATIBLE	
OK	FFC-D	0 PDS	700	225	2012001					
OK	FFC-D	0 PDS	700	225	1910001					
OK	FFC-D	0 PDS	700	225	8110001					
OK	FFC-D	0 PDS	700	225	2012001					
OK	FFC-D	0 PDS	700	225	1910001					
OK	FFC-D	0 PDS	700	225	8110001					
OK	FFC-D	0 PDS	700	225	2012001					
OK	FFC-D	0 PDS	700	225	1910001					

ENVIADO: FREDDY NUQUEZ  
TRANSFUSIONISTA: AUXILIAR

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DEL INOCUIDAD TRANSFUSIONAL: *Med. Belén Ojeda Espín*

CÓDIGO PROFESIONAL: 202149269

LABORATORIO CLÍNICO

Ilustración 2 Formulario para Transfusiones de Hemoderivados. Fuente: Hospital General IESS. Autora Intelectual:

Génesis Belén Ojeda Espín



**DEPARTAMENTO MEDICO DEL IESS**  
**HOSPITAL NIVEL II - BAHUAYO**  
**HOJA BALANCE HIDRICO**

Apellido: \_\_\_\_\_ I.C. N°: \_\_\_\_\_

Hora	INGRESOS (en ml)				Suma Ingreso total	ELIMINACIÓN (medida o calculada en ml)			
	Enteral		Parenteral			Orina	Heces, vómito, drenaje	Otro	Pérdida Total
	Tipo	Cant. dad	Composición	Cant. dad					
7:00									PI = 435
8:00									
9:00									Hemovac = 60
10:00									Purovac = 0
11:00									
12:00									
13:00									
14:00									
15:00									
16:00									
17:00									
18:00									
19:00									PI = 435
20:00									Hemovac = 60
21:00									Purovac = 0
22:00									
23:00									
24:00									
25:00									
26:00									
27:00									
28:00									
29:00									
30:00									
31:00									
32:00									
33:00									
34:00									
35:00									
36:00									
37:00									
38:00									
39:00									
40:00									
41:00									
42:00									
43:00									
44:00									
45:00									
46:00									
47:00									
48:00									
49:00									
50:00									
51:00									
52:00									
53:00									
54:00									
55:00									
56:00									
57:00									
58:00									
59:00									
60:00									
61:00									
62:00									
63:00									
64:00									
65:00									
66:00									
67:00									
68:00									
69:00									
70:00									
71:00									
72:00									
73:00									
74:00									
75:00									
76:00									
77:00									
78:00									
79:00									
80:00									
81:00									
82:00									
83:00									
84:00									
85:00									
86:00									
87:00									
88:00									
89:00									
90:00									
91:00									
92:00									
93:00									
94:00									
95:00									
96:00									
97:00									
98:00									
99:00									
100:00									

**Balance Anterior:**  
Ingresos: 3348  
Egresos: 3352  
Total: 516

**Primer Turno:**  
PI = 1800  
PT = 150

**Segundo Turno:**  
PI = 2208  
PT = 108

**Tercer Turno:**  
PI = 2185  
PT = 150

**INCRETAS:** 4956  
**TOTAL:** 5351

**SECRETAS:** 11117  
**NI:** 1199

**P. Inesistibles Peso (Kg.) x T° a Tiempo:**  
Ejemplo: 50kg.0° x 8h=PT

Constantes: 0,5, 0,6, 0,7, 0,8      1 ml = 1 gramo

Ilustración 3. Balance Hídrico. Fuente: Hospital General IESS. Autora Intelectual: Génesis Belén Ojeda Espín



Ilustración 4. Programación de Bombas de Infusión para administración de Infusiones. Fuente: Hospital General IESS.

Autora Intelectual: Génesis Belén Ojeda Espín

Observaciones:

I/E BELEN OJEDA E. RECIBO A PAACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD EN SALA DE CUIDADOS INTENSIVOS, PACIENTE EN ESTADO CRITICO, CON DX DE TRAUMATISMO DE VASOS SANGUINEOS A NIVEL DE ABDOMEN, HIPOTENSO, AFEBRIL, CON VIA CENTRAL COLOCADA EL 7/01/2023, APASANDO PLAN DE HIDRATACION, SEDOANALGESIA Y DEMAS MEDICACION PRESCRITA, SONDA NASOGASTRICA DEBITANDO, CON VENTILAVCION MECANICA POR TUBO ENDOTRAQUEAL, TORAX CON TUBO DE PLEUROVAC CONECTADO A DREN DE HEMOVAT

Ilustración 5. Reporte de Enfermería. Fuente: Hospital General IESS. Autora Intelectual: Génesis Belén Ojeda Espín

Observaciones:

I/E BELEN OJEDA E. HERIDA QUIRURGICA EN ABDOMEN POR LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, SONDA VESICAL ELIMINANDO HEMATURI, PERMEABLE CON FACHA DEL 7/01/2023. INGRESO LEGALIZADO

Ilustración 6. Reporte de Enfermería. Fuente: Hospital General IESS. Autora Intelectual: Génesis Belén Ojeda Espín

Observaciones:

I/E BELEN OJEDA E. SE EMPIEZA TRANFUSION SANGUINEA Y DE PLASMA EN PACIENTE

Ilustración 7. Reporte de Enfermería. Fuente: Hospital General IESS. Autora Intelectual: Génesis Belén Ojeda Espín