



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE MASCULINO DE
18 AÑOS CON TRAUMA ABDOMINAL.**

AUTOR

VALAREZO ÁVILA ROMINA DOMÉNICA.

TUTOR

LIC. ROSA MERCEDES BEDOYA VASQUEZ, MSC.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020 – 2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLINICO.....	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACION.....	6
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
1.3 DATOS GENERALES.....	8
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	9
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).	9
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	9
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	9
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	13
ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO.....	13
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	14
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	14
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	19
2.8 SEGUIMIENTO	20
2.9 OBSERVACIONES.....	22
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	24
ANEXOS	24

DEDICATORIA

En primer lugar, dedico el esfuerzo y constancia de la elaboración de este trabajo a Dios, por haberme permitido culminar mis estudios con éxitos en la Universidad Técnica de Babahoyo. Y, sobre todo, por mantenerme con vida y darme esa fuerza y voluntad de haber seguido hacia delante a pesar de las dificultades que se me presentaron durante mi preparación profesional. También a mi mamá, hermana y amigos por ser aquel soporte esencial y demostrarme siempre su apoyo incondicional en todo momento.

VALAREZO AVILA ROMINA DOMENICA

AGRADECIMIENTO

En este día muy especial quiero agradecer en primer lugar a Dios y a mi familia y en especial a mi madre que es quien me ha apoyado en todos los momentos de mi vida para hacer cada cosa que me he propuesto una realidad, gracias por haberme dado las fuerzas y constancias de seguir hacia delante y nunca rendirme por más difícil que fuera el camino. También quiero agradecer a la Universidad Técnica de Babahoyo por haberme abierto las puertas, para poder ejercer unas de las profesiones más nobles e importantes que existen como lo es la enfermería.

Agradezco al Hospital donde realicé mis practicas pre – profesionales y a todo su personal de salud que siempre estuvieron dispuesto a ayudarme cuando aún no tenía el suficiente conocimiento en cuanto a experiencia laboral. A mis docentes de la Universidad técnica de Babahoyo por brindarnos de sus conocimientos y enseñanzas para así poder enriquecer nuestras mentes. Y por último, agradezco de todo corazón a mi tutor (a) Lic Rosa Bedoya por el tiempo, dedicación, y paciencia en todo el transcurso de la preparación de mi caso clínico.

VALAREZO AVILA ROMINA DOMENICA

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE MASCULINO
DE 18 AÑOS DE EDAD CON TRAUMA ABDOMINAL**

RESUMEN

El siguiente estudio de caso clínico está enfocado en un paciente de 18 años de edad que fue diagnosticado en el área de emergencia con trauma abdominal, por presentar trauma que se caracteriza por golpe de objeto contuso en región costal derecho y un cuadro clínico de dolor crónico por trauma abdominal y limitación del miembro inferior derecho. Una vez que se logró estabilizar al paciente, médico ordenó realizar exámenes de uroanálisis, hematológicos y química sanguínea, más tomografía computarizada craneal, tomografía computarizada cervical y abdominal con contraste. Paciente es transferido al área de Cirugía I, para la preparación a una intervención quirúrgica de laparotomía exploratoria. Sin embargo, antes de continuar con el proceso de mi caso clínico, debo mencionar que mi investigación hace énfasis a las causas, factores de riesgos y complicaciones que conlleva a un paciente antes, durante y después de sufrir un trauma abdominal. Por aquello, como profesional de salud estamos en toda la obligación de valorar al paciente poniendo todos nuestros sentidos a la hora de recibir al paciente. Y, sobre todo, realizar una meticulosa valoración cefalocaudal, para así poder acoplarlos al cuadro clínico del paciente y proceder a la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería acorde a los patrones funcionales que se encuentran alterados y que comprometen el estado de salud del paciente. Con el fin de desarrollar un plan idóneo de cuidados de enfermería relacionados a las necesidades requeridas por el paciente. También se brindará el adecuado seguimiento y control tanto al paciente y sus necesidades, como al tratamiento y confort. De igual manera se ejecutarán los cuidados pertinentes de enfermería, donde se aplicará el uso de las taxonomías Nanda (diagnósticos), Nic (intervenciones) y Noc (resultados) con el propósito de cumplir nuestros objetivos propuestos en este estudio de caso clínico.

Palabras claves: Tomografía, trauma, uroanálisis, PAE, exámenes hematológicos.

SUMMARY

The following clinical case study is focused on an 18-year-old patient who was diagnosed in the emergency area with abdominal trauma, for presenting trauma characterized by a blunt object hit in the right costal region and a clinical picture of chronic pain due to abdominal trauma and limitation of the right lower limb. Once the patient was stabilized, the doctor ordered urinalysis, hematology and blood chemistry tests, plus cranial computed tomography, cervical and abdominal computed tomography with contrast. Patient is transferred to Surgery I area, to prepare for an exploratory laparotomy surgery. However, before continuing with the process of my clinical case, I must mention that my research emphasizes the causes, risk factors and complications that a patient entails before, during and after suffering an abdominal trauma. Therefore, as a health professional we are fully obliged to value the patient by putting all our senses when receiving the patient. And, above all, carry out a meticulous cephalocaudal assessment, in order to be able to match them to the patient's clinical picture and proceed to the elaboration of the Nursing Care Process according to the functional patterns that are altered and that compromise the patient's health status. In order to develop an ideal nursing care plan related to the needs required by the patient. Adequate monitoring and control will also be provided both to the patient and their needs, as well as to treatment and comfort. In the same way, the pertinent nursing care will be carried out, where the use of the taxonomies Nanda (diagnoses), Nic (interventions) and Noc (results) will be applied in order to fulfill our objectives proposed in this clinical case study.

Key words: Tomography, trauma, Urinalysis, PAE, hematological examinations.

INTRODUCCION

Podemos definir el traumatismo abdominal, como la lesión orgánica que se produce por la variedad de las acciones de un agente externo, junto a las reacciones locales y generales que provoca el organismo al entrar en contacto (García & López, 2019).

Debemos saber que todo paciente con diagnóstico de traumatismo abdominal, presentará lesiones en múltiples órganos abdominales. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, afirma que cada año fallecen un promedio alrededor de 5 millones de personas a nivel mundial por lesiones traumáticas, lo que representa en América el 11% de todas las muertes (GPC, 2017).

Las manifestaciones clínicas que se presentarán en un paciente a causa de un trauma o traumatismo, son distensión o rigidez abdominal, hematomas en la pared externa del abdomen, dolor abdominal a la palpación en cuadrante superior derecho, equimosis, fracturas costales o signos de trauma en hemotórax inferior derecho, cianosis, confusión o bajo nivel de alerta, entre otras (Ferrada, García, & Cantillo, 2017).

Las pruebas de laboratorios que se utilizan para confirmar un trauma abdominal son; las pruebas de coagulación, biometría hemática, función hepática, hemograma. Entre los diagnósticos tenemos las radiografías cervical, radiografías pelvis y tomografía computarizada abdominal (Alberdi, García, & Atutxa, 2019).

El tratamiento adecuado y específico para tratar un trauma abdominal, se da por laparotomía exploratoria. Esto servirá para el control de hemorragias, reparación de órgano o ambos, y en raras ocasiones por embolización arterial. Sin embargo, estos pacientes deben recibir de inmediato reposición hídrica, administración cristaloides y hemoderivados (Zambrano, 2018).

Mi estudio de caso clínico tiene como prioridad aplicar el PAE en paciente de 18 años de edad con diagnóstico de trauma abdominal. Donde vamos a poder identificar sus necesidades y los cuidados de enfermería que requiere por parte del personal de salud, para lograr su satisfactoria recuperación durante su estancia hospitalaria.

I. MARCO TEORICO

CONCEPTO

Se denomina como trauma abdominal, cuando éste compartimento orgánico sufre una lesión de diferente magnitud y gravedad en los elementos que constituyen la cavidad abdominal. Ya sean éstos de pared (continente) o de contenido (vísceras) o de ambos a la vez (Ruiz & Sauñe, 2019).

EPIDEMIOLOGIA DE TRAUMA ABDOMINAL

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud afirma que en el año 2017 la carga global de enfermedad fue aproximadamente de 2.490 millones (361/1.000 habitantes), correspondiendo a traumatismos 278,6 millones (11,2%). Sin embargo, se evidenció que un 29% fueron accidentes de tráfico, 12,6% caídas y 9,16% por violencia interpersonal el 3% (OMS, 2020).

En el año 2018 en Ecuador se evidenció que el 72.94% del trauma abdominal se daba en pacientes jóvenes de sexo masculino. Por otro lado, el 58,62% de las heridas penetrantes fueron causadas por armas de fuego y los accidentes de tránsito por moto, fueron la primera causa de traumatismo abdominal cerrado con un aproximado del 54.39%. El 32% de los pacientes fueron tratados con manejo clínico y observación continua, y la tasa de mortalidad fue alrededor de 5.26% (Alberdi, García, & Atutxa, 2019).

En otro estudio realizado en la zona de Guayaquil, se encontró que el órgano más afectado en el trauma cerrado es el hígado con el 45%, seguido por el bazo alrededor del 44%. Mientras que el trauma abdominal con más frecuencia es el penetrante con estadísticas del 62.9% y con predominio en el sexo masculino a 95.5%, y los producidos por arma blanca se aproxima al 36.0%. Por aquello, si contamos los traumas que se tratan quirúrgicamente, entonces hablamos del 80.6%. Siendo el intestino delgado el órgano más afectado, presentándose complicaciones en el 13.8% de las personas afectadas (Alberdi, García, & Atutxa, 2019).

FISIOPATOLOGÍA

Todo trauma termina en un Síndrome de Respuesta Sistémica Inflamatoria que puede ser excesiva, pero con una respuesta antiinflamatoria se tratará de equilibrar. Como por ejemplo, un golpe causa en el organismo un daño tisular inicial inespecífico que va a producir un daño deterioro endotelial. Causando la liberación de proteínas que son las encargadas de regular el mecanismo de inflamación, como una respuesta del sistema inmunológico frente a cualquier tipo de lesión que unido a los mediadores y muerte celular van a originar una disfunción en la mayoría de órganos y aparatos (García & López, 2019).

Esta situación va a favorecer a la formación del Síndrome de Respuesta Sistémica Inflamatoria que se evidenciará clínicamente con hipoxia, hipotensión, insuficiencia renal e sepsis. Si no se trata de manera correcta, puede desarrollarse hacia un fallo multiorgánico (García & López, 2019).

En las citocinas nombradas interleuquinas proinflamatorias, se encuentran la Interleucina-6 (IL-6) que son la más específicas en pacientes politraumatizados, y permanecen elevadas en un lapso de más de 5 días. Mientras que la acción esencial de la glucoproteína es activar los leucocitos y el factor de necrosis tumoral, coexistiendo como otro mediador inflamatorio que aumenta la permeabilidad capilar y favorece la migración tisular de neutrófilos (García & López, 2019).

CAUSAS DEL TRAUMA ABDOMINAL

Debemos mencionar que la alta incidencia de los traumas abdominales está favorecida por los accidentes de tránsito. En especial, los accidentes de aviación, las guerras, la delincuencia en las grandes ciudades, exacerbada por el alcohol y las drogas, los deportes en sus diferentes modalidades, cada vez más competitivos y violentos, la mecanización del agro y de las industrias.

Todo lo mencionado son las causas de porqué se producen los traumas abdominales o politraumatismo (Vásquez, Carpio, & Garcia, 2017).

FACTORES DE RIESGOS

La mayoría de veces los factores de riesgos son los principales desencadenante de llevar a una persona a sufrir lesiones que terminan causando un leve o severo trauma abdominal.

Entre ellos, tenemos los siguientes mencionados:

- Adultos mayores.
- Jóvenes que hayan ingeridos sustancias ilícitas.
- Ciclistas sin equipo de protección.
- Violencia intrafamiliar.
- Niños imperativos sin supervisión de un adulto.
- Mujeres embarazadas.
- Enfermedades preexistentes.
- Disminución de la respuesta al estrés.
- Disminución de sus facultadas sensoriales y de reacción ante un estimo externo (MSP, 2016).

CLASIFICACIÓN

Los traumatismos abdominales los podemos clasificar según:

Traumatismo cerrado o no penetrante, denominado Contusión.

- Este trauma se caracteriza por no presentar solución de continuidad en la pared abdominal

Traumatismo abierto o penetrante, denominado Herida.

- En este trauma va a existir solución de continuidad en la zona de la pared abdominal, producida por elementos cortantes o transfixiantes, como en las heridas por arma blanca o heridas por arma de fuego (Torre, Galán, & Rodríguez, 2018).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cuadro clínico que presentará un paciente que sufra cualquier tipo de trauma o traumatismo, son los siguientes mencionados:

- Dolor abdominal a la palpación en cuadrante superior derecho.
- Distensión o rigidez abdominal, y hematomas de la pared externa del abdomen.
- Equimosis.
- Hemorragias.
- Fracturas costales o signos de trauma en hemotórax inferior derecho.
- Hipertensión.
- Disnea.
- Diaforesis.
- Cianosis.
- Confusión o bajo nivel de alerta.
- Fracturas costales o signos de trauma en hemotórax inferior derecho.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Sepsis (Ferrada, García, & Cantillo, 2017).

DIAGNOSTICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la hora de recibir un paciente por el área de emergencia, lo primero que se debe realizar es la exploración física con la palpación y la auscultación del abdomen. Aunque son métodos poco fiables en la valoración del traumatismo abdominal, pero se deben realizar por protocolo y poder sacar un diagnostico presuntivo.

Todo paciente con trauma abdominal se le deberá realizar:

PRUEBAS DE LABORATORIO	RADIOLOGÍA
Pruebas cruzadas y reserva de sangre.	Rx cervical lateral
Hemograma y coagulación	Rx pelvis anteroposterior
Función hepática.	TC abdominal con contraste:
Análisis de orina.	ECO FAST
Biometría hemática.	TC cervical

Elab por: Ferrada, R., García, A., & Cantillo, E. (12 de Agosto de 2017). Trauma de abdomen. *GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA*, 12-53.

TRATAMIENTO

El tratamiento adecuado y específico para tratar un trauma abdominal, se dan por dos razones:

- 1) Laparotomía para control de hemorragia, reparación de órgano, o ambos.
- 2) **En raras ocasiones:** Embolización arterial.

Es primordial mencionar que los pacientes deben recibir reposición hídrica por vía intravenosa de manera urgente. Por lo general se administra cristaloides, ya sea solución fisiológica o solución de Ringer lactato. Sin embargo, los pacientes que se encuentran con shock hemorrágico deben recibir reanimación y se controla utilizando hemoderivados (Zambrano, 2018).

Algunos pacientes hemodinamicamente inestables se los trata de inmediato con la intervención quirúrgica conocida como laparotomía exploratoria. Aunque para los pacientes que no requieren de urgencia una cirugía inmediata, pero que tienen lesiones intraabdominales identificadas durante la exploración se los trata con analgésicos y antibióticos. Y se deberá realizar exámenes complementarios, como una radiografía en las zonas afectadas durante la inspección (Zambrano, 2018).

COMPLICACIONES EN TRAUMA ABDOMINAL

Las complicaciones que se manifiestan cuando una persona es víctima de un accidente y presenta un trauma o poli trauma, y que no es atendido a tiempo. Son las siguientes mencionadas:

- Shock hemorrágico.
- Sepsis.
- Abscesos intraabdominales.
- Obstrucción intestinal.
- Colecistitis alitiásica.
- Peritonitis.
- Síndrome compartimental (GPC, 2017).

1.1 JUSTIFICACION

A través de esta investigación y elaboración de mi caso clínico en paciente de 18 años de edad con diagnóstico definitivo de trauma abdominal, justifico que fue indispensable el desarrollo de mi estudio de caso. Debido a la importancia de la morbimortalidad que existe en todo el mundo, y por los acontecimientos que se presentan en cuanto a los accidentes de tránsito que son el factor número uno en las estadísticas anuales de la Organización Mundial de la Salud.

Por aquello, también justifico que nuestra obligación como profesional de salud es aplicar en todo paciente el proceso de atención de enfermería, para que nos permita brindar los cuidados específicos de una manera racional, lógica y ordenada a la hora de tratar a un paciente. Esto lo lograremos mediante el sistema de cuidados prioritarios que nos permitirá establecer una estructura que pueda abarcar las necesidades individualizadas, tanto del paciente como de su familia.

Mi estudio de caso clínico tiene como prioridad elaborar el proceso de atención de enfermería dirigido a paciente de 18 años de edad que fue diagnosticado en el área de emergencia con trauma abdominal. El cual nos ayudará a encontrar una propuesta que fortifique la atención oportuna por parte del personal de enfermería. La misma que se refleje en la estabilización hemodinámica del paciente politraumatizado, y a la vez nos permita disminuir las complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Elaborar el proceso de atención de enfermería en paciente masculino de 18 años de edad con trauma abdominal.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar al paciente utilizando los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Mencionar los patrones disfuncionales que están afectando la salud del paciente con diagnóstico definitivo de trauma abdominal.
- Diagnosticar al paciente por medio de la taxonomía Nanda, Nic y Noc.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería acorde a las necesidades que requiere un paciente con trauma abdominal.

CASO CLINICO

1.3 DATOS GENERALES

- **Nombre y Apellidos:** NN
- **Numero de historia clínica:** 0202440574
- **Edad:** 18 años.
- **Sexo:** Masculino.
- **Estado Civil:** Unión libre
- **Convivientes:** Esposa
- **Lugar de nacimiento:** Bilovan, Guapuloma – Cantón San Miguel.
- **Fecha de nacimiento:** 2002/12/01
- **CI:** 0210855421
- **Etnia:** Mestizo.
- **Lugar de residencia:** Bolívar – Cantón San Miguel.
- **Nivel de estudios:** Secundaria.
- **Nivel sociocultural/económico:** Bajo
- **Grupo Sanguíneo:** O Rh+
- **Religión:** Católico.
- **Ocupación:** Agricultor.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente es referido por personal del ECU 911 por presentar politraumatismo, cuyo trauma se caracteriza por golpe con objeto contuso (tronco de árbol) en región costal derecho posterior. A lo cual presenta pérdida de conciencia de tiempo no determinado con cuadro clínico de dolor fuerte por trauma costal abdominal y limitación funcional de miembro inferior derecho, más dolor a nivel de columna dorso lumbar con EVA 9/10.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS	ALERGIAS	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES
No refiere.	No refiere.	No posee enfermedades actuales.	Madre: Sin antecedentes. Padre: Diabético.

2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Recibo paciente masculino de 18 años de edad consciente, orientado en tiempo y espacio con un Glasgow de 15/15, quien refiere cuadro clínico de dolor muy fuerte por golpe contuso en región costal derecho. A la toma de constantes vitales se evidenció presión arterial 150/83 mmHg, frecuencia cardiaca 123x/min, frecuencia respiratoria 26x/min, temperatura axilar de 36.5°C, saturación de

oxígeno 91%, talla de 169cm y peso no valorable debido a que presenta inmovilidad de miembro inferior derecho y collarín en el cuello.

Médico ordenó realizar exámenes de Uroanálisis, Hematológicos y Química Sanguínea más TAC craneal y TC cervical y abdominal con contraste por presenta trauma toracoabdominal mas trauma dorsal que se acompaña de lesión medular incompleta (inmovilidad de miembro inferior derecho).

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

- **Piel:** Caliente, turgencia y elasticidad conservada.
- **Cabeza:** Normocefalica con sutura de herida en región occipital.
- **Ojos:** Pupilas isocoricas y normo-reactivas a la luz.
- **Nariz:** Fosas nasales permeables y sin anomalías.
- **Oído:** Sin anomalías. Pabellones auriculares simétricos y agudeza auditiva en óptimas condiciones.
- **Boca:** Mucosas orales semihumedas con piezas dentarias completas.
- **Cuello:** Con presencia de collarín cervical.
- **Tórax:** Dolor a la digito presión a nivel del esternón. Campos pulmonares ventilados y ruidos cardiacos rítmicos.
- **Abdomen:** De difícil valoración dado a que se requiere evitar movimientos que por trauma podrían estar complicando posible trauma de columna.
- **Pelvis:** Al momento no se evidencia anomalías ni patologías.
- **Ano:** Perforado y sin lesiones.
- **Extremidades:** Pulsos distales en ambos miembros, sensibilidad y motricidad conservada a nivel del miembro inferior izquierdo, Sensibilidad y motricidad alterada a nivel del miembro inferior derecho.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Peso: No valorable	Talla: 169cm
---------------------------	---------------------

SIGNOS VITALES

Presión arterial	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura axilar	Saturación de Oxígeno
145/83mmHg	102xm.	20xmin.	36.5°C	91%

ESCALA DE GLASGOW

Apertura ocular	Respuesta verbal	Respuesta motora	Total
4	5	6	15

ESCALA DE EVA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor	Poco dolor		Dolor moderado		Dolor fuerte		DOLOR MUY FUERTE		Dolor insoportable

Elab por: Lic. Romina Valarezo Ávila.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD: Paciente refiere que siente dolor a nivel donde se realizó el procedimiento quirúrgico de laparotomía exploratoria. No es alérgico a ningún medicamento y tampoco consume sustancias ilícitas. Refiere que nunca antes había tenido accidentes laborales y que es la primera vez que se encuentra hospitalizado. Por aquello, siente inquietud y miedo a que haya una complicación post operatoria y tenga que ser intervenirlo de nuevo a quirófano.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL / METABÓLICO: Paciente se encuentra en NPO y con sonda nasogástrica. Recibe plan de hidratación de cloruro de sodio 0.9% 1.000ml I.V por vía periférica permeable en miembro superior derecho. También se le administra Tramadol 100mg mas Metoclopramida 10mg para terapia de dolor, Paracetamol 1gr c/8 horas, Ceftriaxona 1gr c/12horas, Dexametasona 4mg c/12h, Ácido Tranexamico c/8 horas y Ranitidina 50mg c/8 horas.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO: Paciente refiere que realiza

deposiciones una vez al día y que nunca ha ingerido laxantes que lo ayuden con su digestión. Consta de un drem tubular y una sonda vesical donde se registra la diuresis en ml de la bolsa recolectora a la hoja de balance hídrico, para medir los ingresos y egresos por guardia. Cabe mencionar, que no se miden las pérdidas insensibles debido a que el paciente no presenta vómitos, diarreas, diaforesis ni hipertermia.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD / EJERCICIO: Paciente se encuentra por el momento en reposo absoluto. A la hora de moverse o realizarle los cambios posturales para evitar las UPP se requiere asistencia por parte del personal de enfermería, debido a la inmovilidad de miembro inferior derecho.

PATRÓN 5. SUEÑO / DESCANSO: Paciente refiere que no puede conciliar el sueño debido a la angustia, preocupación y por el malestar que siente debido a la cirugía. Por otro lado, menciona que duerme por episodios de 3 a 5 horas, pero que la temperatura de la habitación es agradable y libre de ruidos. Refiere también que no consume medicamentos que puedan influir en el sueño.

PATRÓN 6. COGNITIVO / PERCEPTIVO: Por el momento, paciente se encuentra estable, consciente, orientado en tiempo y espacio. No presenta problemas al comunicarse con los demás. Tampoco presenta alteraciones perceptivas, pero sí un dolor leve a nivel de la incisión quirúrgica que se le realizó hace unas cuantas horas en el quirófano.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO: Paciente menciona que se siente un poco nervioso y preocupado por su familia y su trabajo. Sin embargo, no presenta signos de bipolaridad, ni problemas conductuales. Sabe quién es, como se llama y recuerda con exactitud cómo sucedió el accidente. Y no presenta dificultad para ver o leer.

PATRÓN 8. ROL / RELACIONES: Paciente comunica que convive con su esposa, pero que no están casados. Solo mantienen por el momento una relación estable de unión libre.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN: Paciente menciona que su esposa se cuida con la inyección anticonceptiva (Soluna) y que por el momento

no tiene planeados tener hijos. Tienen una buena relación sexual activa y que ninguno de los dos han contraído ninguna ITS.

PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS: Paciente menciona que es una situación estresante estar hospitalizado, pero lo afronta por su esposa y familiares quienes esperan su satisfactoria recuperación.

PATRÓN 11. VALORES / CREENCIAS: Paciente refiere que es de religión católica y que los domingos suelen ir a misas por las noches.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

BIOMETRIA HEMATICA		
	RESULTADO	VAL.REFER
• HEMATÍES	Xmm ³	4'000.000 – 6'000.000
• LEUCOCITOS	10.500Xmm ³	5.000 – 10.000
• HEMOGLOBINA	15.2g/dl	12.0 – 16,0
• HEMATOCRITO	32%	36,0 – 42,0
• LINFOCITOS	10%	20% a 40
• MONOCITOS	5.1%	3.0 – 12.0
• EOSINOFILOS	1%	0.5 – 5.0
• BASOFILOS	0.0%	0 – 1.0
• SEG	90	
• TTP	22.0	
• PLAQUETAS	189.000Xmm ³	150.000 – 400.000

BIOQUIMICOS		
• GLUCOSA	90.8 mg/dL	75.0 – 115.0
• UREA	36.5	
• CREATININA	0.92	
• COLESTEROL	116 MG/DL	HASTA 200
• TRIGLICERIDOS	74 MG/DL	HASTA 150.0

SARS CoV2	Negativo
Prueba de Virus de Inmunodeficiencia humana	Negativo

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Podemos observar que los valores referenciales de los linfocitos están por debajo de los valores normales con un 10%. Mientras que los leucocitos se encuentran

elevados con 10.500Xmm³. Lo que hace posible que el paciente tenga riesgo de sepsis.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo
<ul style="list-style-type: none">• Abdomen agudo• Politraumatismo.
Diagnóstico diferencial
<ul style="list-style-type: none">• Trauma cerrado de abdomen• Trauma esplénico grado I
Diagnóstico definitivo
<ul style="list-style-type: none">• Trauma abdominal

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

ANALÍTICA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Mediante el estudio, la investigación, dedicación y tiempo invertido en la elaboración de mi caso clínico en paciente de 18 años de edad con un diagnóstico definitivo de trauma abdominal, puedo mencionar que el origen del problema fue causado por el accidente que tuvo en su trabajo por no tomar las debidas precauciones. Motivo por el cual fue intervenido de inmediato al quirófano, para realizarle el procedimiento quirúrgico de laparotomía exploratoria.

Como enfermero uno de los objetivos sería restaurar su salud y bienestar del paciente, por medio de la aplicación del proceso de atención de enfermería. Para así poder determinar los cuidados específicos, acorde a los patrones disfuncionales que presenta el paciente.

PATRONES DISFUNCIONALES A TRATAR:

- **Patrón 4:** Actividad / ejercicio.

DOMINIOS ALTERADOS (NANDA)

- **Dominio 11:** Seguridad / protección
- **Dominio 12:** Confort.

NANDA: 00004
NOC: 2305
NIC: 3662

Dominio 11. Seguridad protección **Clase 1.** Infección
Etiqueta. 00004 **Dx:** Riesgo de infección

M
E
T
A
S

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

R/C: Laparotomía exploratoria

E/P: Incisión quirúrgica abdominal

DOMINIO II: Salud fisiológica

Clase A - Respuesta terapéutica

Etiqueta 2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase L: Control de la piel y heridas

Etiqueta 3662: Cuidado de herida: drenaje cerrado

ESCALA DE LIKERT
 Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
230501- Vías aéreas permeable					X
230506- Frecuencia cardiaca			X		X
230510- Frecuencia respiratoria			X		X
230512- Saturación de oxígeno					X
230513- Nivel de conciencia					X
230513- Orientación cognitiva			X		X
230515- Diuresis					X

- ACTIVIDADES**
- Control de signos vitales
 - Ayudar al paciente a colocarse en una posición cómoda.
 - Comprobar la permeabilidad, hermeticidad y estabilidad del catéter teniendo cuidado de no retirar las suturas.
 - Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje.
 - Limpiar la boquilla del drenaje con una gasa empapada en antiséptico.
 - Registrar el volumen y las características del drenaje (p. ej., color, consistencia y olor).
 - Registrar en notas de evolución la información recabada.

NANDA: 00085
NOC: 0208
NIC: 0740



Dominio 4. Actividad / Reposo **clase 2:** Actividad / Ejercicio
Etiqueta: 00085 **Dx:** Deterioro de la movilidad física

E/P: Alteración de la estructura ósea

R/C: Traumatismo de miembro inferior derecho

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
020801-Movimiento de miembro inferior derecho	x		x		
020802-Mantenimiento de posición corporal	x			x	
020806-Ambulación	x			x	

M
E
T
A
S

DOMINIO 1: Salud funcional

Clase C: Movilidad

Etiqueta 0208: Movilidad

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

Campo: fisiológico básico

Clase C: Control de inmovilidad

Etiqueta 0740: cuidado de paciente encamado

- ACTIVIDADES**
- Colocar al paciente en colchón terapéutico adecuado.
 - Evitar utilizar ropa de cama con texturas aspiras.
 - Girar al paciente cada 2 horas para evitar úlceras por presión.
 - Vigilar el estado de piel.
 - Aplicar medidas profilácticas antiembolicas.
 - Infirmar al paciente sobre su estado de salud.

NANDA: 00132
NOC: 2102
NIC: 1400

Dominio 12: Confort **Clase 1:** Confort físico
Etiqueta: 00132 **Dx:** Dolor agudo

R/C: laparotomía exploratoria más fractura de miembro inferior derecho.

E/P: alteración de la estructura ósea más incisión quirúrgica abdominal.

M
E
T
A
S

Dominio: Salud percibida

ESCALA DE LIKERT

Gravemente comprometido (1) sustancialmente comprometido (2)
 Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
210201- Dolor referido	X			X	
210221- Gemidos y gritos		X			X
210208- Inquietud		X		X	
210226- Diaforesis	X				X
210211- Frecuencia cardiaca		X			X

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

Clase V: sintomatología

Etiqueta 2102: Nivel del dolor

- ACTIVIDADES**
- Valorar exhaustivamente el nivel del dolor que incluya los siguientes parámetros: frecuencia, cantidad, intensidad y factores desencadenantes.
 - Colocar al paciente en posiciones que ayuden al alivio el dolor.
 - Administrar medicamentos analgésicos y antipiréticos según corresponda.
 - Utilizar medias que alivien el dolor antes de que éste sea muy intenso.
 - Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua.
 - Monitorizar el grado de satisfacción de paciente en cuanto al control de dolor.

Campo: I Fisiológico básico

Clase: E- Fomento de la comodidad física

Etiqueta1400: Manejo del dolor

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Relaciono mi proceso de atención de enfermera con la teoría de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas donde engloba lo *fisiológico* del paciente. La *seguridad* que debemos brindarle al paciente desde su llegada, hasta su satisfactoria recuperación y alta médica. La afiliación que debemos demostrarle en todo momento al paciente. Y, sobre todo, el reconocimiento y la autorrealización al momento de interactuar con el paciente.

Es primordial tener en cuenta que un trauma abdominal es aquel trauma que involucra la presencia de lesiones en uno o varios órganos que pondrán en riesgo la vida de una persona (Ballester, 2019)

A la toma de signos vitales se evidenció presión arterial 150/83mmHg, frecuencia cardíaca 123xmin, frecuencia respiratoria 26xmin, temperatura axilar de 36.5°C, saturación de oxígeno 91%, talla de 169cm y peso no valorable debido a que presenta inmovilidad de miembro inferior derecho y collarín en el cuello.

La valoración física, los exámenes de laboratorio y el diagnóstico definitivo nos confirmaron que estábamos frente un caso de trauma abdominal que derivó inmediatamente a una laparotomía exploratoria.

2.8 SEGUIMIENTO

Paciente masculino de 18 años de edad ingresa al área de cirugía I estable, consciente, orientado en tiempo y espacio con un Glasgow de 15/15 por presentar trauma toracoabdominal, mas trauma dorsal que se acompaña de lesión medular incompleta (inmovilidad de miembros inferiores).

Se realiza toma de constante vitales donde se pudo evidenciar: Presión arterial de 150/80mmHg, frecuencia cardiaca 123xmin, frecuencia respiratoria 26xmin, temperatura axilar de 36.4°C, saturación de oxígeno 93%, talla de 169cm y peso no valorable debido a que presenta inmovilidad de miembro inferior derecho y collarín en el cuello.

Por el momento se encuentra en NPO y con sonda vesical debido a la incapacidad de deambular por la inmovilidad que presenta en su miembro inferior derecho más vía periférica permeable calibre #18 en su miembro superior derecho, por donde se le administra el plan de hidratación más profilaxis de antibióticos: ceftriaxona I.V 1 gr y paracetamol I.V 1gr

Antes de que sea intervenido quirúrgicamente, medico ordenó realizar exámenes de uroanálisis, hematológicos y química sanguínea. Donde horas más tarde se evidenció que los valores referenciales de los linfocitos estaban por debajo de los valores normales con un 10%. Mientras que los leucocitos se encontraban elevados con 10.500Xmm³. Lo que hace posible que el paciente tenga riesgo de infección.

Luego de que el paciente fue intervenido a una laparotomía exploratoria sin presentar complicaciones, es trasladado al área de post operatorio con constantes vitales: TA: 128/76 mmHg, FC 85xmin, T°:36.1°C y Sato2: 93%.

Por el momento se encuentra en NPO y reposo absoluto con presencia de sonda nasogástrica, yeso minerva (cuello) y yeso corto en el miembro inferior derecho, drem tubular y una sonda vesical donde se registrará la diuresis en mL de la bolsa recolectora a la hoja de balance hídrico, para medir los ingresos y egresos por guardia.

Paciente recibe plan de hidratación de cloruro de sodio 0.9% 1.000ml I.V por vía periférica permeable en miembro superior derecho. También se le administra Tramadol 100mg mas Metoclopramida 10mg, para terapia de dolor, Paracetamol 1gr c/8 horas, Ceftriaxona 1gr c/12horas, Dexametasona 4mg c/12h, Ácido Tranexámico c/8 horas y Ranitidina 50mg c/8 horas.

Al tercer día de hospitalización

Después de haber pasado visita junto al médico de guardia. Refiere que descartemos sonda vesical y del Kardex que descontinemos la Dexametasona, Ceftriaxona y Ácido Tranexámico y que continúe con el mismo plan de tratamiento.

Al cuarto y quinto día de hospitalización

Se le retiró la sonda nasogástrica y medico ordena descartar la terapia de dolor (Tramadol y Metoclopramida) y agregar al kardex ketorolaco PRN. Al quinto día, medico refiere la extracción del dren tubular. Debido a que ya no había presencia de secreciones, sepsis ni eritema en incisión quirúrgica.

Al sexto de seis días de hospitalización

Médico realiza visita y manifiesta que ha evolucionado favorablemente. Se entrega alta médica y se educa tanto al paciente y familiar, para su correcta recuperación en casa. Las terapias que debe realizar, para recuperar la movilidad de su miembro inferior derecho y los controles que debe tener durante su proceso de recuperación.

2.9 OBSERVACIONES

Paciente de sexo masculino de 18 años es traído por ambulancia al área de emergencia y es transferido de inmediato al área de cirugía, por presentar politraumatismo, cuyo trauma se caracteriza por golpe con objeto contuso en región costal derecho posterior. Refiere cuadro clínico de dolor fuerte, por trauma costal abdominal y limitación funcional de miembro inferior derecho, más dolor a nivel de columna dorso lumbar (inmovilidad de miembro inferior derecho) con EVA 9/10.

Sin embargo, durante el tiempo de hospitalización nuestro paciente ha tenido un avance significativo en su recuperación, gracias a los cuidados de enfermería aplicados. El paciente se encuentra tranquilo al saber que todo salió bien y se muestra colaborador desde su ingreso.

Antes de que el familiar recibiera la alta médica, se educó al paciente sobre la importancia de asistir a las terapias y los controles médicos que debía tener en un centro de salud más cercano.

CONCLUSIONES

Mediante la finalización de este estudio de caso clínico, puedo concluir afirmando que las intervenciones de enfermería son herramientas esenciales, indispensables y precisas que garantizan la restauración y recuperación del paciente.

A través del proceso de valoración basado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificó mediante una valoración exhaustiva los patrones disfuncionales a tratar y los cuales comprometen el estado de salud del paciente. Mediante lo cual se elaboró el Proceso de Atención de enfermería, para planificar y ejecutar las intervenciones en base a las taxonomías Nanda, Nic y Noc, para así verificar si los objetivos y metas propuestas fueron efectivos para nuestro paciente.

Durante los días de seguimientos, control, administración de medicamentos y exámenes complementarios, paciente obtuvo los resultados esperados y pudo restaurar su salud, gracias a los cuidados aplicados por parte del personal de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alberdi, F., García, I., & Atutxa, L. (30 de Junio de 2019). EPIDEMIOLOGIA: TRAUMATISMOS ABDOMINALES. *Revista sobre la actualizacion en patologia traumatica*, 1-9.
- Ballester, J. (Febrero de 2019). Trauma abdominal: Tratamientos y diagnosticos. *Revista Quirurgica Chilena*, 1-8.
- Ferrada, R., García, A., & Cantillo, E. (12 de Agosto de 2017). Trauma de abdomen. *GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA*, 12-53.
- García, E., & López, M. (2019). FISIOPATOLOGIA: POLITRAUMATIZADO. *Revista Clinica Quirurgica de Barcelona*, 4-12.
- GPC. (11 de Diciembre de 2017). Traumatismo abdominal. (F. Loo, Ed.) *Guía practica clinica quirurgica* , XXV(4), 12-34.
- MSP. (22 de Marzo de 2016). Traumatismos. *Guía de Práctica Clínica*, 13-41.
- OMS. (2020). Incidencia de estadísticas de traumatismo. *Organizacion Mundial de la Salud*, 2-7.
- Ruiz, H., & Saúne, C. (14 de Febrero de 2019). Trauma Abdominal. *Revista de Cirugia General*, VII(2), 3-12.
- Torre, C., Galán, J., & Rodriguez, J. (17 de Septiembre de 2018). Manejo inicial al paciente pediátrico y adulto con trauma y politrauma. *Revista Quirurgica*, XXXII(4), 58-68.
- Vásquez, J., Carpio, G., & Garcia, M. (01 de Mayo de 2017). MANEJO TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE POR ARMA BLANCA Y ARMA DE FUEGO. *Revista Médico-Científica "Luz y Vida"*, Vol. 3(Num. 1), 16-20.
- Wikinski, J., & Salgueiro, C. (3 de Julio de 2018). Manejo en pacientes con traumas abiertos, cerrados y con politraumatismo. (K. R., Ed.) *Guía Clínica: Pacientes con trauma*, 65(3), 213-224.
- Zambrano, L. (2018). "TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMA ABDOMINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TRAUMA DEL HOSPITAL ALCIVAR, PERIODO 2016-2017. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. Guayaquil - Ecuador: Editorial Universitaria de Quito.

ANEXOS

Formulario 053 de emergencia. Sección I: Datos del usuario y del paciente. Sección II: Datos institucionales. Sección III: Motivo de la referencia o derivación. Sección IV: Resumen del cuadro clínico. Sección V: Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos. Sección VI: Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados. Sección VII: Diagnóstico. Sección VIII: Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad.

Hoja 004 de registro de signos vitales. Incluye una tabla de signos vitales (TA, FC, FR, T) y secciones para Balance Hídrico y Mediciones y Actividades.

	AM	PM										
TA												
FC												
FR												
T												

Formulario 017 Protocolo de operación. Incluye datos del paciente, equipo operatorio, tiempo quirúrgico, exposición, exploración y hallazgos quirúrgicos, y procedimiento operatorio.

Formulario 008 del área de emergencia. Incluye examen físico y diagnóstico, localización de lesiones, y diagnóstico de ingreso.

Imagen 1.- Formulario 053 de emergencia

Imagen 2.- Hoja 004 de registro de signos vitales

Imagen 3.- Formulario 017 Protocolo de operación

Imagen 4.- Formulario 008 del área de emergencia