

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con traumatismo en
miembro superior izquierdo en el servicio de emergencia de una unidad
Minera, Huánuco 2024**

Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de
enfermería: Emergencias y Desastres

Autor:

Juan Carlos Molleapaza Quispe

Asesor:

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, 12 de mayo de 2025

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Elizabeth Gonzales Cárdenas, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON TRAUMATISMO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UNA UNIDAD MINERA, HUÁNUCO 2024”** de la autora Juan Carlos Molleapaza Quispe tiene un índice de similitud de 20% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 12 días del mes de mayo del año 2025.




Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

**Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con
traumatismo en miembro superior izquierdo en el servicio de
emergencia de una unidad Minera, Huánuco 2024**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional
de enfermería: Emergencias y Desastres


Mg. Sofia Vivanco Hilario
Dictaminador

Lima, 12 de mayo de 2025

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Metodología	7
Valoración	8
Diagnóstico	10
Planificación.....	11
Ejecución.....	14
Evaluación.....	15
Resultados	17
Discusión.....	18
Referencias.....	25
Apéndices.....	28

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con traumatismo en miembro superior izquierdo en el servicio de emergencia de una unidad Minera, Huánuco 2024

Lic. Juan Carlos Molleapaza Quispe¹ Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas²

^aAutor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

^bAsesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

Resumen

El shock hemorrágico, es una enfermedad importante caracterizada por una disminución repentina y grave en el volumen sanguíneo, esta reducción puede ser causada por el flujo sanguíneo. El objetivo del presente estudio fue gestionar el cuidado integral de un paciente con traumatismo. El estudio fue de enfoque cualitativo, tipo caso único, el método utilizado fue el proceso de atención de enfermería, siguiendo todas sus etapas, para la valoración se utilizó los once patrones funciones de Maryori Gordon; por otro lado, para el proceso de valoración y elaboración de los diagnósticos: Dolor agudo, riesgo de shock hipovolemico, riesgo de infección; la planificación de cuidados de enfermería se optó por definir el NOC, NIC con sus actividades por lo cual, se identificó ocho diagnósticos de enfermería, se dieron prioridad a tres diagnósticos. Dolor agudo, riesgo de shock hipovolemico, riesgo de infección. A continuación, Para la ejecución se formularon tres planes de cuidado de enfermería utilizando taxonomía NOC NIC, los cuales, se implementaron en el paciente diagnosticado con traumatismo, En la evaluación se realizó la valoración de los indicadores del NOC, obteniendo puntuaciones de cambio de +1, +1, +1 como consecuencia de intervenciones administradas. En resumen, se tuvo como resultado gestionar un proceso de atención de cuidado adecuado en sus 5 fases, permitiendo proporcionar un cuidado de calidad al paciente.

Palabras clave: proceso, atención, enfermería Traumatismo, emergencia.

Abstract

Hemorrhagic shock is an important disease characterized by a sudden and severe decrease in blood volume, this reduction can be caused by blood flow. The objective of this study was to manage the comprehensive care of a trauma patient. The study was qualitative in approach, single case type, the method used was the nursing care process, following all its stages, for the assessment the eleven functional patterns of Maryori Gordon were used; on the other hand, for the assessment process and preparation of the diagnoses: Acute pain, risk of hypovolemic shock, risk of infection; the planning of nursing care was chosen to define the NOC, NIC with its activities, therefore, eight nursing diagnoses were identified, priority was given to three diagnoses: Acute pain, risk of hypovolemic shock, risk of infection. Next, three nursing care plans were formulated for execution using the NOC NIC taxonomy, which were implemented in the patient diagnosed with trauma. In the evaluation, the NOC indicators were assessed, obtaining change scores of +1, +1, +1 because of administered interventions. In summary, the result was to manage an adequate care attention process in its 5 phases, allowing to provide quality care to the patient.

Keywords: Process, care, nursing, trauma, emergency.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, las lesiones múltiples ocurren debido a eventos traumáticos con una fuerza de impacto significativa, como caídas (56%), accidentes de tránsito (50%), colisiones con peatones (43%) y heridas de bala (35%). . causa de lesiones graves en todo el mundo; Además, se analizaron las principales causas de muerte en personas de entre 20 y 40 años, los años más productivos en la vida de una persona; Las víctimas eran principalmente hombres (Cumbajin Montatixe et al., 2022a).

Además la Organización Mundial de la Salud, considera que las lesiones múltiples ocurren debido a eventos traumáticos con una fuerza de impacto significativa, como caídas (56%), accidentes de tránsito (50%), colisiones con peatones (43%) y heridas de bala (35%). . causa de lesiones graves en todo el mundo; Además, se analizaron las principales causas de muerte en personas de entre 20 y 40 años, los años más productivos en la vida de una persona; Las víctimas eran principalmente hombres (Ballestero Díez, 2020).

En el país de España ciudad de Madrid, el traumatismo por accidentes de tránsito ocasionó un total de 1.160 víctimas en el año 2016. Sin embargo, actualmente la colisión de tráfico no es la causa más frecuente, pues se produjeron 3,7 muertes por colisión de tráfico por cada 100.000 habitantes (solamente un 1,9 % de todas las causas de accidente), lo que nos coloca en la 13.^a posición mundial y 5.^a de los países de la Unión Europea, con la menor tasa de mortalidad por colisión de tráfico, siendo otras causas las que provocan mayor mortalidad, según datos de 2015 del Instituto Nacional de Estadística (Gonzales, 2021).

Por otro lado, En Cuba,(Anyeli Castillo Payamps et al., 2020) refleja en su estudio que de 55 a 65% de los pacientes con traumatismo fallecen, este suceso se ha visto en la etapa prehospitalaria, el 40% fallecen en las primeras cuatro horas, lo cual, alerta a las autoridades ya

que es de importancia nacional, a ello, se plantearon proponer capacitaciones y protocolos de atención inmediata según las guías de manejo prehospitalario PHTLS (Pre hospital trauma live suport).

En Perú, según el ministerio de trabajo señala que en septiembre de 2021, los casos nuevos relacionados a enfermedades ocupacionales 2021 reportaron 2,265 notificaciones. Esto representa una caída del 5,4% en comparación con septiembre del año anterior y un descenso del 7,1% en relación con agosto del mismo año. Por otro lado, en el reporte de notificaciones, el 96,42% se relaciona a accidentes laborales en el trabajo no fatales, el 0,49% corresponde a los accidentes mortales, un 2,74% corresponde a suceso peligroso, por último; el 0,35% corresponde enfermedades profesionales no mortales. El sector económico que identificó y reportó el mayor volumen de alertas fue el de manufactura, con un 25,30%; El segundo lugar fue relacionado a las actividades inmobiliarias empresariales y de arrendamiento, con un 17,70%; por ultimo, la actividad de construcción obtuvo un 12,27% Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, (2023).

Según el estudio de Villanueva Benites 2019, las lesiones por accidentes de tránsito constituyen entre 30% y 86% del total de ingresos en los centros de salud. Se anticipó que en 2020, los traumatismos por accidentes de tráfico ocuparían el tercer lugar en causas de mortalidad, generando pacientes con discapacidad temporal y permanente. El manejo de enfermería del paciente con múltiples traumas es crucial para la supervivencia y reducción de secuelas. Los diagnósticos de enfermería son prueba de la atención; se definen como el juicio clínico sobre las reacciones del individuo, la familia o la comunidad ante problemas de salud (Villanueva Benites et al., 2021).

Las primeras seis horas tras el evento los pacientes mostraron respiración ineficaz, ventilación comprometida, riesgo de hemorragia y mala perfusión gastrointestinal, aumentando el riesgo de muerte. Se desconocen los factores que contribuyen a los diagnósticos de enfermería (Huaman De La Cruz, 2019).

La definición del paciente politraumatizado y su manejo debe incluir un reconocimiento primario de valoración y la evaluación del XABCDE. Para ello, se debe realizar una evaluación e identificación rápida. Esto se debe realizar entre los 5 a 10 minutos, el objetivo principal de esta evaluación es tratar lesiones de riesgo que provoquen la muerte al paciente. Finalmente, un manejo adecuado y la identificación debe ser según la guía PHTLS (Pre Hospital Trauma Live Support), estos pacientes deben ser inmovilizados y evacuados a un centro de salud lo más pronto posible. Pudiéndose dar desde el inicio las órdenes generales comunes a los pacientes inestables: oxigenoterapia, monitorización, canalización de vía periférica y solicitar ayuda: Constantes: monitorización de funciones vitales (Ballesterero Díez, 2020).

Asimismo, las causas El trauma craneoencefálico implica contusión física, impacto explosivo y lesiones cerebrales penetrantes debido al intercambio violento de fuerzas mecánicas, que causan laceración cerebral, hemorragia, contusión y confusión (Escalona Cartaya et al., 2022).

En el apartado de fisiopatología, la capacidad cognitiva puede sufrir una alteración directa por la contusión del tejido cerebral y las lesiones que ocurren después pueden desencadenar una serie de eventos. Lesiones severas en la cabeza pueden provocar inflamación cerebral y reducir el flujo sanguíneo hacia el cerebro. El cráneo tiene un volumen específico y no posee espacio para expandirse, lo que causa un aumento en la presión dentro del cráneo (Villanueva Benites et al., 2021).

Por ello, se podrían exhibir las siguientes expresiones clínicas: reducción en la puntuación de Glasgow, confusión, desubicación, pérdida de conciencia y posiblemente amnesia relacionada con el trauma, además de conductas que reflejan cambios inapropiados en el comportamiento y fluctuaciones emocionales; en el ámbito comunicativo, se observan alteraciones en el habla que demuestran un problema en la comprensión y la expresión verbal; también se presentan disfunciones en los esfínteres y otras irregularidades neurológicas como convulsiones y síntomas neurológicos focalizados (Solano Guillén et al., 2022).

Para el tratamiento el manejo del paciente que ha sufrido múltiples traumas debe ser continuo, coordinado, sistemático y requerir reevaluaciones frecuentes. Se fundamenta en dos principios: la evaluación y tratamiento concurrente, así como revisiones periódicas, respaldadas por estudios de imagen como la tomografía. Se incluye la asistencia respiratoria, se debe monitorizar funciones vitales tales como, presión arterial, frecuencia cardíaca, y brindar soporte de oxígeno si amerita. En situaciones complejas, se considera la cirugía para individuos con lesiones muy severas; los cuidados fundamentales tras el trauma deben centrarse en mantener la perfusión cerebral, garantizar una adecuada oxigenación y prevenir alteraciones en el estado de conciencia (Ballesteros Díez, 2020).

La atención principal y el enfoque en el proceso de atención de enfermería, se ha considerado durante varios años un pilar fundamental, por ello, el toque terapéutico con enfoque de atención humanizada al paciente, tiene resultados favorables. Durante el proceso una atención de calidad permite alcanzar una recuperación con poca estancia hospitalaria (INEPEO, 2023).

La atención inmediata y un abordaje adecuado en el paciente politraumatizado, debe ser rápido, preciso, el equipo multidisciplinario debe conocer el procedimiento según la guía PHTLS. Se conoce que el reconocimiento temprano de los factores que ocasionan el trauma influyen

directamente en la vida del paciente politraumatizado. Este último es vital ya que en minutos o segundos el paciente puede llegar a complicarse, nuestra herramienta PAE, es fundamental en este caso, ya que esta herramienta nos permite realizar una valoración holística del caso (Solano Guillén et al., 2022).

Metodología

El presente trabajo realizado corresponde a un estudio cualitativo, de tipo caso clínico único. En base a lo descrito anteriormente y conocimiento la importancia del método científico el proceso de atención de enfermería se utilizó como base para el caso presentado. Esta metodología determina la forma en que el profesional enfermero recaba, ordena y analiza los datos obtenidos siguiendo el rigor científico para alcanzar un resultado teóricamente válido, y con una eficacia demostrada (Miranda-Limachi et al., 2019).

El estudio realizado fue a un paciente de sexo masculino de 32 años de edad con diagnóstico politraumatismo en miembro superior izquierdo, el caso presentado se desarrolló en el servicio shock trauma area de emergencia, Unidad Minera, la recolección de datos se realizó mediante la entrevista y observación para ello, se utilizó el instrumento de valoración once patrones funciones descritas por Marjory Gordon, seguidamente se realizó un análisis de los datos más resaltantes de los patrones afectados, para ello, se seleccionó tres diagnósticos que se basaron en taxonomía NANDA internacional, en la etapa de planificación se utilizaron la taxonomía NOC y NIC. Por último en la etapa de ejecución se ejecutaron las intervenciones de los cuidados enfermeros; se culminó el proceso con la etapa de evaluación que se dio a través de la diferencia de las puntuaciones basal y final (Instituto Nacional del Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia [INEPEO], 2023).

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: G.P.J.O.

Sexo : Masculino

Edad : 32 años

Días de atención de enfermería: 1 día

Fecha de valoración : 10/08/2024

Motivo de ingreso: Paciente que ingresa al servicio de emergencia referido de tóxico XP, es trasladado por la ambulancia, refiere que estuvo realizando trabajos en altura y al momento de hacer sujeción de un equipo, cae aproximadamente de 4 metros generándole un dolor en la pierna izquierda, lo cual, informa inmediatamente a supervisor quien alerta a centro de control para ser evacuado en la ambulancia hacia centro médico, al ser evaluado por el personal de emergencias se encuentra con diagnóstico Traumatismo en miembro superior izquierdo, en la actualidad se encuentra en la unidad de shock trauma.

Valoración por Patrones Funcionales.

Patrón I: Percepción-Control de la Salud. Paciente adulto joven con diagnóstico de traumatismo en miembro superior izquierdo con antecedentes de gastritis crónica y Covid 19 que lo adquirió aproximadamente hace 3 meses, niega alergia a alimentos, medicamentos, se observa adecuado estado de higiene, no recibió las vacunas contra la covid 19, tuvo hospitalizaciones previas por presentar Apendicitis y actualmente no consume medicamentos prescritos.

Patrón II: Nutricional-Metabólico. Presenta piel fría, pálida al tacto, temperatura axilar 35.1 °C, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, cabello normal, presencia de

lesiones en labio inferior, además menciona no haber perdido peso en los últimos 6 meses, el apetito esta disminuido, así mismo, en la valoración de riesgo de UPP, para ello, se utilizó la escala de valoración de Braden Q, alcanzando un puntaje de 20.

Patrón III: Eliminación.

Eliminación vesical: Micción espontanea aproximadamente entre 3 o 4 micciones al día

Eliminación intestinal: Refiere deposiciones inter diarias, padece de estreñimiento.
presenta micción espontánea.

Patrón IV: Actividad-Ejercicio.

Actividad Respiratoria. 22 respiraciones por minuto, no hay evidencia de tos ni secreciones, a la auscultación ruidos claros.

Actividad Circulatoria. Frecuencia cardiaca 118 latidos por minuto, presión arterial 140/80 mmHg, llenado capilar menor a 2 segundos en lecho ungueal, así mismo, cuenta con catéter periférico en miembro superior derecho número 18, Evaluación de escala de dolor EVA 8/10 (al movimiento), zona de fractura cubierta con apósitos y fijación mecánica, presencia de sangrado en gasas.

Actividad y Capacidad de Autocuidado. En cuanto a capacidad de autocuidado necesita apoyo de otros para ir al baño, la fuerza muscular esta moderadamente conservada, pero presenta fractura expuesta en fractura en miembro superior izquierdo.

Patrón Funcional V: Descanso-Sueño. Trabajador manifiesta dificultad para mantenerse dormido, se despierta con facilidad por el dolor agudo en la pierna izquierda.

Patrón Funcional VI: Perceptivo-Cognitivo. Se encuentra orientado, irritable, despierto, presenta Glasgow de 15 puntos, apertura ocular espontanea 4 puntos pupilas isocóricas, foto reactivas a la luz. respuesta verbal orientado 5 puntos, respuesta motora obedece 6 puntos Se

valora el dolor con la escala de EVA, alcanzando una puntuación de 8/10 puntos, el mismo que se agudiza al momento del cambio de posiciones; paciente tiene un umbral de dolor alto, motivo por el cual se administra analgésicos opioides administrados. Riesgos de caída se evalúa con escala de Downton con puntaje 2 es menor o igual de 2 se considera que el paciente no requiere cuidados específicos relacionados con el riesgo de caídas.

Patrón X: Tolerancia a la Situación y al Estrés. Se encuentra hipoactivo, emocionalmente ansioso, irritable, temeroso.

Patrón XI: Valores y Creencias. Es de religión católica, niega restricción por parte de su religión en cuanto al tratamiento, asimismo menciona que sus padres también son de la misma religión.

Diagnóstico

Diagnósticos de Enfermería Priorizados.

Primer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnostica. Dolor agudo (00132)

Características Definitorias. Evidencia de dolor mediante pruebas estandarizadas EVA 8/10, expresión facial de dolor, diaforesis y conducta expresiva.

Factor Relacionado. Lesión por agente lesivo físico.

Enunciado Diagnóstico. Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico evidenciado por EVA 8/10, expresión facial de dolor, diaforesis y conducta expresiva.

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta Diagnostica. (00205) riesgo de shock hipovolémico.

Características Definitorias. No aplica.

Factor Relacionado. fractura cubierta con apósitos y fijación mecánica, presencia de sangrado en gasas, frecuencia cardiaca 118 latidos por minuto, presión arterial 140/80 mmHg, llenado capilar menor a 2 segundos en lecho ungueal.

Enunciado Diagnóstico. Riesgo de shock hipovolémico relacionado fractura cubierta con apósitos y fijación mecánica.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnostica. Riesgo de infección (00004).

Características Definitorias. No aplica.

Factor Relacionado. Alteración de la integridad cutánea (traumatismo en MSI)

Enunciado Diagnóstico. Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad cutánea.

Planificación

Primer Diagnóstico. Dolor agudo (00132)

Resultados Esperados. NOC [1605] Control del dolor

Indicadores.

- ✓ Reconoce el comienzo del dolor
- ✓ Utiliza medidas de Alivio no analgésicas
- ✓ Reconoce síntomas asociados del dolor
- ✓ Refiere dolor controlado.

Intervenciones de Enfermería. Manejo del dolor.

Actividades.

- ✓ Realizar una valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- ✓ Administrar medicación según prescripción médica: Tramadol 100mg + Dimenhidrinato 50mg EV diluido en 100cc de solución fisiología 0.9%
- ✓ Verificar efectos posibles (secundarios) de los medicamentos. Examinar al paciente para verificar la eficacia del analgésico administrado.
- ✓ Educar y explicar la identificación de intensidad del dolor según escala, estos reflejados al movimiento.
- ✓ Enseñar técnicas no farmacológicas antes, después y durante actividades dolorosas, como retroalimentación, relajación.

Segundo Diagnóstico. Riesgo de shock hipovolémico (00205).

Resultados Esperados. NOC [0419] Disminuir el riesgo de severidad del shock.

Indicadores.

- ✓ Disminución de la presión del pulso.
- ✓ Aumento de la frecuencia cardíaca.

Intervenciones de Enfermería. Manejo de shock: volumen.

Actividades.

- ✓ Verificar la presencia de indicios o manifestaciones de choque hipovolémico (por ejemplo, incremento de la sed, frecuencia cardíaca elevada o resistencia vascular sistémica aumentada, oliguria, reducción en los sonidos intestinales o en la perfusión periférica y cambios en el estado de conciencia o en la respiración).
- ✓ Aplicar presión en zona afectada de hemorragia, usar vendaje compresivo,

- ✓ Monitorizar la presión arterial, sistólica preferible en rangos menos de 90 mmHg.
- ✓ Administrar solución salina 0.9% 1000cc a chorro, mantener presión arterial sistólica en 100 a 120 diastólica 80 a 90.
- ✓ Monitorizar el nivel de hemoglobina/hematocrito.

Tercer Diagnóstico. Riesgo de infección.

Resultados Esperados. Disminuir riesgo de severidad de infección.

Indicadores.

- ✓ Drenaje purulento
- ✓ Fiebre
- ✓ Hipotermia
- ✓ Dolor
- ✓ Aumento de leucocitos.

Intervenciones de Enfermería. NIC [3660] Cuidados de la herida.

Actividades.

- ✓ Higiene de manos.
- ✓ Monitorizar las características de la herida, color, tamaño y olor.
- ✓ Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- ✓ Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- ✓ Cambiar el apósito según la cantidad de exudado.
- ✓ Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.

Ejecución**Tabla 1***Ejecución de la intervención manejo de shock para el diagnóstico riesgo de shock hipovolémico*

Intervención: manejo de shock		
Fecha	Hora	Actividades
10/08/2021	8: 00 am	- Se controla la pérdida súbita de sangre, deshidratación grave o hemorragia persistente.
	9:10 am	- Se evitó la pérdida de volumen sanguíneo (aplicar presión en el sitio de la hemorragia).
	10:00 am	- Se controló el descenso de presión arterial sistólica a menos de 90 mmHg.
	10:30 am	- Se monitoriza si hay signos/síntomas de shock hipovolémico (p. ej., aumento de la sed, de la frecuencia cardíaca o de las resistencias vasculares sistémicas, oliguria, disminución de los ruidos intestinales o de la perfusión periférica y alteración del estado mental o de la respiración).
	10:40 am	1.1 Se Administró Cl Na 0.9% 1000 cc chorro. 1.2 Se monitorizó el nivel de hemoglobina/hematocrito.

Tabla 2*Ejecución de la intervención cuidados de la herida para el diagnóstico riesgo de infección*

Intervención: cuidados de la herida		
Fecha	Hora	Actividades
10/08/21	8:00 am	- Se monitorizó las características de la herida, color, tamaño y olor.
	8:50 am	- Se limpió con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
	9:40 am	- Se mantuvo una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
	10:10 am	- Se cambió el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
	10.40 am	- Se inspeccionó la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.

Tabla 3*Ejecución de la intervención manejo del dolor para el diagnóstico dolor agudo*

Intervención: manejo del dolor		
Fecha	Hora	Actividades

10/08/2024	8: 00 am	- Se realizó una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
	9:00 am	- Se administró tramadol 100mg + dimenhidrinato 50mg EV diluido en 100cc de solución fisiología 0.9%
	9:30 am	- Se disminuyó factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
	10:00 am	-Considerar la voluntad del paciente para participar, su capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.
	11:00 am	- Se enseñó el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.
	12:00 pm	- Se evaluó la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

Evaluación

Tabla 4

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado control del dolor

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Reconoce el comienzo del dolor	3	5
Utiliza medidas de alivio no analgésicas	3	4
Reconoce síntomas asociados al dolor	3	4
Refiere dolor controlado	3	4

La tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado control del dolor seleccionados para el diagnóstico dolor agudo antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (a veces demostrado) después de las mismas, la moda fue de 4 (frecuentemente demostrado),

corroborado por la mejora de los síntomas asociados al dolor y el manifiesto de dolor controlado.

La puntuación de cambio fue de +1.

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado severidad del shock hipovolémico

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Disminución de la presión arterial	3	4
Aumento de la frecuencia cardiaca	3	4
Pulso débil, filiforme	3	4
Piel fría y húmeda	3	4
Frecuencia respiratoria	3	4

En la Tabla 5 se muestra que la severidad del shock seleccionado para diagnosticar el riesgo de shock hipovolémico antes de la intervención de enfermería fue 3 (moderado) y después de la intervención fue 4 (leve), confirmado por mejoría de parámetros vitales y ausencia de sensación de frío en la piel. El cambio en la puntuación es +1.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado severidad de la infección

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Fiebre	3	4
Hipotermia	3	4
Dolor	3	4
Aumento de leucocitos	3	4

En la tabla 6 se observa que la gravedad de la infección seleccionada para diagnosticar el riesgo de infección antes de la intervención de enfermería fue de 3 (moderado), después de la intervención este nivel fue de 4 (leve), evidenciado por la mejoría de los signos vitales. valor y sin pus, dolor y aumento del recuento de glóbulos blancos. El cambio en la puntuación es +1.

Resultados

Se identificaron 8 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 3: dolor agudo, riesgo de shock hipovolémico, riesgo de infección.

Respecto a la valoración en la fase de evaluación, los datos fueron recopilados principalmente del paciente, mientras que la hoja de evaluación en el sistema mediweb sirvieron como fuentes secundarias. Del mismo modo, se empleó examen físico cefalo caudal para obtener la información. Posteriormente, la información recolectada fue organizada siguiendo la guía de valoración según los patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Al concluir la valoración, se detectaron seis patrones funcionales que mostraban alteraciones: nutrición/metabólico, actividad/ejercicio, percepción-cognición, sueño-reposo, autopercepción-concepto y adaptación-tolerancia a situaciones y estrés, de los cuales se priorizaron tres.

Mediante un análisis exhaustivo de los datos obtenidos, se elaboraron diez diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía II de NANDA Internacional, priorizándose tres debido a riesgos para la vida: el primero, riesgo de shock hipovolémico; el segundo, riesgo de infección; y el tercero, dolor agudo. Luego, se diseñó la planificación teniendo en cuenta los resultados esperados, las intervenciones de enfermería y las actividades, basándose en la taxonomía NOC y NIC. Finalmente, después de llevar a cabo las actividades planificadas, se realizó una evaluación cualitativa de los indicadores.

Discusión

Dolor Agudo

Natalia Abiuso et al. (2021) en su estudio definieron al dolor como una alteración emocional y sensorial desfavorable, esto asociado a daño en tejido real y potencial. Agregando a la definición anterior involucra un desarrollo fisiológico en la estimulación de los nociceptores. También podemos añadir que el dolor es un fenómeno complejo e intransferible.

Un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en un hospital de segundo nivel objetivo es determinar intervenciones para el manejo del dolor agudo en pacientes pediátricos mediante la identificación de herramientas de evaluación, actitudes, prácticas y capacitación del personal de enfermería (Natalia Abiuso et al., 2021).

Las características definitorias fueron: EVA 8/10, expresión facial de dolor, diaforesis y conducta expresiva. Para Huaman De La Cruz (2019) el tratamiento inicial frente a un trauma que ocasiona una fractura de tibia y perone es abordar y manejar el dolor; posterior a ello, podemos iniciar con la inmovilización tratar la fractura de esta manera brindando un tratamiento eficaz de este (Cruz Nocelo et al., 2021a).

El factor relacionado fue Lesión por agente lesivo físico fractura expuesta, es aquella que se evidencia ver el hueso esto va a depender de la cinemática del trauma y de la situación. El paciente presenta una fractura expuesta de tibia por que el hueso al momento del impacto de la caída se había salido perforando la piel (Ballesteros Díez, 2020a).

Con el propósito de brindar soporte al paciente a disminuir el dolor, según la clasificación se realizó las siguientes intervenciones (NIC): Manejo de dolor, con las siguientes intervenciones de enfermería (Cruz Nocelo et al., 2021b).

Se realizó la evaluación inicial del trauma según la guía PHTLS pudiéndose dar desde el inicio las órdenes generales comunes a los pacientes inestables: oxigenoterapia, monitorización, canalización de vía periférica y solicitar ayuda: Constantes: monitorización de funciones vitales (Ballesterero Díez, 2020b).

Administración de analgésico: Tramadol 100mg + Dimenhidrinato 50mg EV diluido en 100cc de solución fisiología 0.9% según indicación médica. El mecanismo de acción del medicamento tramadol, consiste en la fácil unión a receptores opioides con el sistema nervioso central (SNC) así que, inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina (FDA & OMS, 2022).

Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular, real o potencial; un estudio realizado comprobó que el dolor severo ocasionado por un fractura desarrolla una respuesta al estímulo nervioso, a través del cambio de conducta que se manifiesta en la expresión no verbal, tales son: ceño fruncido, expresión facial de dolor .(Carregal Rañó, 2023)

Los cuidados de enfermería inmediatos para el manejo de dolor, para ello, se le comunica control del estrés lo que permitirá poder disminuir el nivel de ansiedad lo que permitirá disminuir la intensidad del dolor para el óptimo manejo del dolor (Santana López et al., 2021).

Riesgo de Shock Hipovolémico

Cumbajin Montatixe et al. (2022b) mencionan que las causas de shock hipovolemico que La pérdida de sangre y hemoderivados se debe a hemorragias exanguinantes o pérdida de líquidos, lo que reduce la precarga, disminuye el gasto cardíaco y aumenta la resistencia vascular periférica para preservar la perfusión de órganos vitales.

El shock hipovolémico es una complicación grave en pacientes con traumatismo multiorgánico. Se ha encontrado que el sangrado no controlado es responsable del 30-40% de las

muerres por trauma y más del 80% de las muertes en quirófano, con dicho tratamiento y manejo adecuado, la muerte es evitable. (Cumbajin Montatixe et al., 2022c).

Para Rojas Laurente y Reyes Paredes (2022) el shock hipovolémico es el estado en el que la persona es susceptible Debido al flujo sanguíneo insuficiente a los tejidos, puede provocar disfunción celular y, en última instancia, problemas de salud.

Murillo López (2021) define el shock como una situación de alteración en la hipoperfusión tisular, en la cual se ve afectada el aporte de oxígeno a nivel celular, tambien se añade que el estado de choque se determina en función de perfusión tisular y oxigenación.

En pacientes con diagnostico de hemorragia, posterior a un evento traumatico, el organismo humano trata de compensar la perdida de sangre, tambien se añade cuando se presenta una Presion arterial sistolica 90 mmHg o PAM 65 mmHg, esto asociado a un parámetro metabólico, lactato ≥ 4 mmol/L o un DB ≤ -5 mmol/L. Existen diversas maneras de monitorización en pacientes con múltiples traumas; los estudios más recientes recomiendan analizar una serie de parámetros clínicos y de laboratorio que incluyen la temperatura, perfusión, gasto urinario, frecuencia cardiaca y marcadores de inflamación (Murillo López, 2021a).

Las mismas que son indicadores del diagnóstico: riesgo de shock hipovolémico, el paciente en estudio evidenció algunos indicadores que se consideran en este diagnóstico como Disminución de la presión del pulso, aumento de la frecuencia cardiaca, pulso débil, filiforme (Murillo López, 2021b).

Según, NANDA Internacional (2018-2020), el riesgo de shock hipovolemico se ve asociado a sangrado, Para Felix (2018) refiere que los estudios actuales demuestran que el índice de shock (IS) podría ser útil para identificar pacientes con sangrado crítico postrauma, se observó que el límite ≥ 1.0 tenía una especificidad más alta para predecir un sangrado crítico, siendo una

herramienta disponible y útil en la atención prehospitalaria y hospitalaria, encontrando una asociación entre un valor más alto de IS y el sangrado.

Según Butcher et al. (2018) el NIC tuvo un proceso de monitorización hemodinámica con las siguientes actividades:

Para evitar la pérdida de volumen sanguíneo se debe aplicar presión en el sitio de la hemorragia, Según Gadea (2020) la presión sobre una herida que ocasiona hemorragia tiene una eficacia alta, puede utilizar gasas hemostáticas, permiten una coagulación eficaz; en ese sentido, el uso del torniquete sería una opción viable que permite comprimir el vaso y así evitar la pérdida de sangre; recopilando toda la información, procederemos a realizar el paso a paso: verificar la herida abierta, colocar torniquete (añadir fecha y hora de colocación) seguidamente colocamos las gasas para comprimir la herida, vendamos la zona y presionamos directamente con ambas manos.

Según Talamas Márquez (2022) se vigila a las personas para detectar signos y síntomas de shock hipovolémico. Los signos vitales (SV) son valores que permiten evaluar la eficiencia de la circulación, la respiración y las funciones neurológicas básicas así como su recuperación en respuesta a diversas condiciones fisiológicas y estímulos patológicos. Se trata de evaluaciones cuantitativas de funciones fisiológicas como la frecuencia cardíaca (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (PA) y la oximetría de pulso (PSO) que indican la vida de las personas, así como la calidad de vida, su rendimiento orgánico y su capacidad de trabajar. Cambian según la hora del día, tanto en una misma persona como en una misma persona. Cualquier cambio en los valores normales indica un mal funcionamiento del órgano y se debe sospechar de una condición médica.

Asimismo, se administró líquidos endovenosos, la fluidoterapia es una medida terapéutica importante y frecuentemente utilizada en urgencias y emergencias en donde se utilizan distintas soluciones intravenosas de diferente composición, características y efectos; con la finalidad de restaurar el equilibrio hidroelectrolítico de los pacientes que se encuentran en un estado crítico como es en el caso del shock hipovolémico que es una afección de emergencia que se caracteriza por ocasionar la pérdida excesiva del volumen sanguíneo (Cumbajin Montatixe et al., 2022d).

Además, se debería tener en cuenta tomar muestras de sangre para AGA y se valoraron los resultados obtenidos. Los resultados de gases arteriales permiten reconocer la hipoxemia que deben ser tratados con suplemento de oxígeno (Espino Aguilar & Gonzales Común, 2022).

Riesgo de Infección

La Organización Mundial de la Salud (2023) entiende por “infección” al proceso mediante el cual gérmenes penetran en áreas vulnerables del organismo, ocasionando así una enfermedad. Es habitual que las personas experimenten infecciones causadas por microorganismos patógenos, tales como bacterias, virus, parásitos u hongos. La transmisión de estas enfermedades puede ocurrir de manera directa o indirecta de una persona a otra.

Para Quintero (2021) los microorganismos anaerobios habitan en regiones con escasa irrigación sanguínea, donde se produce necrosis de los tejidos y se encuentran cuerpos extraños. Estas bacterias son causantes de infecciones necrotizantes graves, especialmente cuando coexisten con bacterias aeróbicas.

Se tomaron en cuenta los NIC: protección contra las infecciones y la curación del sitio de incisión en el marco de la clasificación de intervenciones de enfermería para las intervenciones de enfermería. Las actividades se describen a continuación, basadas en Butcher et al. (2018):

En primer lugar, se llevó a cabo el lavado de manos. Diversas investigaciones, así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), respaldan que esta práctica es la estrategia más eficaz para prevenir infecciones, especialmente en entornos hospitalarios. Para que el lavado de manos sea efectivo, debe realizarse durante un periodo de 40 a 60 segundos, siguiendo la técnica adecuada. El modelo de los cinco momentos críticos para el lavado de manos motiva a los profesionales de enfermería a llevar a cabo esta práctica antes de cualquier procedimiento que implique contacto con el paciente y su entorno (Organización Mundial de la Salud, 2023a).

Se evaluó la posibilidad de retirar los apósitos y el esparadrapo, asegurando que la herida se mantenga limpia y seca mediante el uso de solución salina. En ocasiones, las heridas abiertas pueden drenar, lo que provoca que la gasa se adhiera a la piel y, por ende, a la herida, generando complicaciones. Esto se debe a que, al sanar, las heridas se rellenan de nuevo tejido. Por lo tanto, para prevenir lesiones o irritaciones en la piel, es fundamental despegar la gasa utilizando agua o solución salina según sea necesario para ablandar el vendaje adherido, al mismo tiempo que se evalúan las características de la herida. Es esencial seguir siempre las normas de bioseguridad y asepsia (Organización Mundial de la Salud, 2023b).

Es fundamental aplicar una técnica de vendaje estéril al finalizar el proceso de curación de la herida, así como supervisar y prevenir posibles complicaciones durante el cambio de vendajes. Al llevar a cabo las curaciones o los cambios de vendajes, es necesario emplear bandejas individuales que estén limpias y desinfectadas, junto con material que sea empaquetado y estéril (Rojas Laurente & Reyes Paredes, 2022).

Conclusiones

El Proceso de atención de enfermería es una excelente metodología excepcional para ofrecer cuidados a los pacientes de manera organizada, lógica y sistemática, obteniendo resultados positivos. Es fundamental llevar a cabo una valoración de enfermería exhaustiva, objetiva y precisa, ya que constituye la base para identificar los diagnósticos de enfermería relevantes. La correcta identificación de estos diagnósticos es esencial para la planificación, lo que incluye la definición de los resultados y las intervenciones de enfermería. La gestión de la relación NANDA-NOC-NIC por parte de los enfermeros facilita el uso de un lenguaje común que mejora la labor de enfermería. Por último, los cuidados de enfermería proporcionados favorecieron la recuperación de la paciente.

Referencias

- Anyeli Castillo Payamps, R., Alberto Escalona Cartaya, J., Pérez Acosta, J. R., & Rodríguez Fernández, Z. (2016, February 3). Algunas especificidades concernientes al paciente politraumatizado grave. *Revista Cubana de Cirugía*, 55(3), 1–14. <http://scielo.sld.cu>
- Ballestero Díez, Y. (2020). *Manejo del paciente politraumatizado*. www.aeped.es/protocolos/
- Butcher, H. K., Bulechek, J. M., & Dochterman, C. M. (2018, January 8). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. https://shop-elsevier-com.translate.google.com/books/nursing-interventions-classification-nic/butcher/978-0-323-49770-1?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc&_x_tr_hist=true
- Carregal Rañó, A. (2023). *Manual básico de dolor*. https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf
- Cruz Nocelo, E. J., Zúñiga Carmona, V. H., & Serratos-Vázquez, M. C. (2021). Tratamiento del dolor en pacientes con quemaduras severas. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 44(1), 55–62. <https://doi.org/10.35366/97778>
- Cumbajin Montatixe, M. E., López Romo, Y. E., Garayalde Suárez, D. C., Denia Caridad, L. F., & Villarroel López, J. M. (2022, February 2). *Proceso enfermero en shock hipovolémico: una revisión sistemática*. 1(6), 1–18. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1962
- Escalona Cartaya, J. A., Castillo Payamps, R. A., Pérez Acosta, J. R., & Rodríguez Fernández Zenen. (2022). Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. In *Revista Cubana de Medicina Militar* (Vol. 46, Issue 2). <http://scielo.sld.cu>
- Espino Aguilar, W., & Gonzales Común, V. R. (2022). *Cuidados enfermeros a paciente politraumatizado del Servicio de Tópico de Emergencia de una unidad minera de Arequipa, 2021* [Universidad Peruana Unión]. <https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/36c809b4-48ee-4ec6-88fd-ba5a8b36325c/content>
- Gadea Martín, S. (2020). *Revisión bibliográfica narrativa sobre las técnicas de control de hemorragia masiva en la asistencia extrahospitalaria* [Universidad Católica de Valencia]. <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1262/TFG%20-%20Sonia%20Gadea%20Martín.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Gonzales-Achuy, E. L. H.-E. J. P. A. (2021). *Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco*. 33(2), 224–232.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2187>
- Huaman De La Cruz, E. (2019). *Proceso De Atención De Enfermería Aplicado Al Escolar Con Fractura Expuesta De Tibia En Un Hospital Público, Chiclayo 2019*. [Universidad Señor de Sipán].
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6632/Huaman%20De%20La%20Cruz%20Elmer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO). (2023). *Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Nursing care process*.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2023, December 12). *Notificaciones de accidentes de trabajo, incidentes peligrosos y enfermedades ocupacionales*.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5765874/5122522-sat-diciembre-2023.pdf>
- Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria*, 16(4).
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
- Murillo López Juan Antonio. (2021). *Aplicación del Protocolo de Atención del Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS) en la Revisión Primaria y Secundaria en Pacientes Politraumatizados Atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Roberto Calderón Gutiérrez enero 2015 – diciembre 2015*. <https://repositorio.unan.edu.ni/1586/1/61943.pdf>
- Natalia Abiuso, Santelices Jose, & Quezada Ricardo. (2021). *Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia*. 1–13. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017300391>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Manual técnico de referencia para la higiene de las manos*.
https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/higieneDeManos/docs/manual_tecnico.pdf

- Rojas Laurente, R. Y., & Reyes Paredes, S. L. (2022). *Cardiopatía congénita: drenaje venoso anómalo pulmonar total, cuidados en el post operatorio inmediato de un lactante menor en un hospital de Lima Metropolitana, 2021* [Universidad Peruana Unión].
<https://repositorio.upeu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/08500d8a-c6fd-434c-a6f6-366cefff167d/content>
- Santana López, B., Santana Padilla, Y., Santana Cabrera, E., Ruíz Rodríguez, G., Gonzales Martín, J., & Santana Cabrera, L. (2021). Actitudes Y Conocimientos Sobre La Pandemia Por La Covid-19 En Docentes de Canarias. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(1), 0–5.
<https://doi.org/https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6312>
- Solano Guillén, M. J., Villalobos Zúñiga, G., & Viquez Barrantes, L. (2022). *Revisión de escalas de severidad en paciente politraumatizado*. 1–8.
<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud>
- Talamas Márquez, J. J. (2022). *Toma de Signos Vitales*. http://famen.ujed.mx/doc/manual-de-practicasya-2016/03_Prac_01.pdf
- Villanueva Benites, M. E., Silva Ramos, K., Monteza Rojas, N. J., Carmen Alvarez, N. C., Cardenas Siri, C. E., & Leiton Espinoza, Z. E. (2021). *Diagnósticos de enfermería en pacientes con politraumatismo: variables asociadas*. 35(3), 1–17.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81763959008>

Apéndices

Apéndice A: planes de cuidado

Plan de cuidados para el DxE Riesgo de shock

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades				Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00205) riesgo de shock hipovolemico r/c sangrado.	Resultado: (0419) severidad del shock	3	Mantener en:	Intervención: (6200) cuidados en la emergencia				4	Después de las intervenciones realizadas se logró los resultados esperados obteniendo una puntuación de cambio de +1: Se disminuye el riesgo de shock hipovolémico ya que se modificó la severidad del shock de moderado (3) a leve (4) Se concluye que el resultado (NOC) fue alcanzado
			Aumentar a:3	Actividades					
	Escala: De grave (1) Ninguno (5)			(620001) control de hemorragias Aplicar vendaje compresivo si está indicado. Identificar la causa de la hemorragia observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre. Aplicar presión manual sobre el punto hemorrágico o la zona potencialmente hemorrágica.				+1	
	Indicadores			(620002) Monitorización de los signos vitales Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.					
	(041906) aumento de la frecuencia cardiaca		3	(620003) Punción intravenosa (I.V.) Realizar una venopunción con la técnica apropiada				4	
	(041907) pulso débil, filiforme		3	(620004) Manejo del shock: volumen Evitar la pérdida de volumen sanguíneo (aplicar presión en el sitio de la hemorragia) Administrar líquidos iv como cristaloides y hemoderivados según corresponda.				4	
(41915) Piel fría y húmeda		3	(62005) Monitorización de líquidos. Identificar posibles factores de riesgo (desnutrición, hipertermia, insuficiencia cardíaca, diaforesis, infección, poliuria, vómitos y diarrea). Cuidados de la piel: tratamiento tópico.				4		

Plan de cuidados para el DxE Riesgo de infección

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades				Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00132) Riesgo de infección r/c alteración de la integridad cutánea.	Resultado: (0703) severidad de la infección	3	Mantener en:	Intervención: (6200) cuidados en la emergencia				4	Después de las intervenciones realizadas se logró los resultados esperados obteniendo una puntuación de cambio de +1: Se disminuye el riesgo de infección con la antibióticoterapia y cuidados adecuados durante la emergencia de moderado (3) a leve (4). Se concluye que el resultado (NOC) fue alcanzado
			Aumentar	Actividades					
	Escala: De grave (1) Ninguno (5)			(62001) Se observa signos y síntomas de compromiso hemodinámico grave,				+1	
	Indicadores			(62002) Se realiza vendaje compresivo y se moviliza al paciente solo cuando es necesario utilizando la técnica y mecánica adecuadas.					
	(070305) Hipotermia		3	(62003) Se realiza inmovilización, curación y vendaje de herida de la fractura de radio y cubito expuesta.				4	
	(070307) Fiebre		3	(62004) Cuidados de la piel: tratamiento tópico.				4	
	(070309) Aumento de leucocitos		3	(62005) Se valora y monitoriza los signos vitales. (62006) Se administra antibióticoterapia.				4	

Plan de cuidados para el DxE Dolor agudo

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades				Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00132) Dolor agudo r/c agente lesivo físico e/p expresión facial de dolor y diaforesis. (Escala EVA /8)	Resultado: (2102) Nivel del dolor	3	Mantener en:	Intervención: (6200) cuidados en la emergencia				4	Después de las intervenciones realizadas se logró los resultados esperados obteniendo una puntuación de cambio de +1:
			Aumentar a: 3	Actividades					
	Escala: De grave (1) Ninguno (5)			(620001) Monitorizar el dolor utilizando una herramienta válida apropiada para su edad				+1	El dolor referido de sustancial se modificó a leve
	Indicadores			(620002) Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación					
	(210201) Dolor referido		3	(620003) Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en los que no pueden comunicarse				4	
	(210206) Expresión de facie de dolor		3	(620004) Asegurar que el paciente reciba atención de analgesia inmediata antes de que el dolor se agrave				4	
	(210207) Utiliza medidas de alivio		3	(620005) Enseñar al paciente y familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor				4	Se concluye que el resultado (NOC) fue alcanzado
		(620006) Explicar al paciente y familia la acción y los efectos secundarios de los analgésicos							

Apéndice B: Marco de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO: UCI NEONATAL

DATOS GENERALES	H.C.:.....
Nombre:..... Fecha y hora de nacimiento:...../...../..... Edad:.....días Sexo: M F	
Fecha y hora de ingreso al servicio:...../...../..... Procedencia: SOP <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> EMG <input type="radio"/> Consultorio <input type="radio"/> A.C <input type="radio"/> UCIN <input type="radio"/>	
Forma de llegada: Incubadora <input type="radio"/> Cuna <input type="radio"/> otro:..... PC.....cm PT.....cm Peso.....kg P.A.:...../.....mmhg FC.....x' FR.....x'	
SatO ₂ :.....% T°:.....°C APGAR 1' ____ 5' ____ EG ____ Dx. Medico de ingreso:..... Seguro:.....	
Nombre de la madre Ocupación..... Tipo de Sangre..... Teléfono.....	
Nombre del Padre..... Ocupación..... Tipo de Sangre.....	
Teléfono:..... otro:.....	
VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES	

I. Patrón percepción control de la salud
<p>Antecedentes</p> <p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DM () HIV () HEPATITIS () HIPOTIROIDISMO () - TORCH () VDRL () Otro:..... - Hemoglobina:..... - Alergias: No () Si () especificar:..... - Medicamentos que consume: No Si especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:..... - N° de gestación..... Aborto..... Numero de hijo vivo:..... - Control prenatal: No Si N°..... Grupo S. y factor:..... - Complicación gestacional: RPM () Preclampsia () Eclampsia () Síndrome de HELLP () Otro..... <p>Padre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DM HIV HEPATITIS Otro:..... - Alergias: No Si especificar:..... - Medicamentos que consume: No Si especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:..... <p>Parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intrahospitalario () Extrahospitalario () - Tipo: Vaginal espontaneo Vaginal instrumental Cesárea: si () no () Tipo de anestesia: Epidural () Raquídea () General () - Presentación: Cefálico () Podálico () Transverso () - L. Amniótico: Claro () Meconial () Contacto precoz: No () Si () <p>RN o Neonato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apgar: 1' ____ 5' ____ pto EG : ____ - Sufrimiento fetal: No Si - Circular: Simple () Doble () Ninguno () - Profilaxis: umbilical () ocular () vit. K () - Estado de higiene: Buena Regular Mala <p>Comentario adicional:.....</p>

II. Patrón de relaciones-rol
<ul style="list-style-type: none"> - Cuantos hijos tienen los padres: - Que numero de hijo es: - Parentesco entre los padres: casados () Convivientes () Divorciados () - Soporte familiar:
III. Patrón valores - creencias
<ul style="list-style-type: none"> - Restricciones religiosas: No Si especificar: - Religión de los padres: Católica Otro: - Comentario adicional:.....
IV. Patrón Autopercepción autoconcepto /Adaptación afrentamiento Tolerancia a la situación y al estrés
<ul style="list-style-type: none"> - Estado emocional del Neonato: Tranquilo Irritado Llanto persistente - Estado emocional de los padres: Tranquilo Ansioso Irritable Indiferente. - Muestra interés por la situación de su hijo: Si () No () - Preocupación principal de los padres:
V. Patrón perceptivo cognitivo
<ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia: Dormido () Activo () Somnoliento () sedado: Reactivo () Letárgico () Hipoactivo () - Reflejos: succión () búsqueda () plantar () Babinski () Moro () - Presencia de anomalías: Visión..... Escucha..... - Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas () No reactivas () Tamaño () - Dolor: No () Si () especificar:..... - Comentario adicional:.....

VI. Patrón actividad ejercicio**Actividad respiratoria**

- Espontánea () FR: Sat:.....
- Oxigenoterapia () VM invasiva () VM no invasiva ()
- Fio₂:.....% CBN () HALO () HOOD () CPAP ()
- TET N°..... FIJADO EN:.....
- V. mecánica: Modo..... Parámetros ventilatorios: FIO₂:
FR: VT: PS: PEEP:
- Cianosis: No () Sí () Zona:
- Disnea: No () Sí () Aleteo nasal () Retracción xifoidea ()
Tiraje () Ptje de Silverman:
- Ritmo: Regular () irregular () Ruidos respiratorios: MV ()
Sibilantes () Roncantes () Crepitantes () en: ACP.....
HTD..... HTI.....
- Secreciones: mucosa () serosa () meconial () sanguinolenta ()
Verdosa/amarillenta () fluida () densa ()

Actividad circulatoria

- Ritmo: Regular () irregular ()
- Llenado capilar: menor de 2" () Mayor de 2" () Obs:.....
- Pulsos periféricos: Conservados () disminuido () ausente ()
- Frialdad: MSI () MSD () MII () MID ()
- Edema: No () Sí () localización:.....
- Líneas invasivas: No () Sí () Vía central () PICC () CUV-CUA ()
Vía Periférica () ubicación: MMSS () MMII () Yugular ()

Ejercicio

- Tono muscular: Conservado () hipotonía () hipertonía ()
- Tremores ()
- Movilidad: Conservada () limitada ()

Comentario adicional:.....

VII. Patrón descanso sueño

- Horas de sueño: regular irregular
- Duerme con dificultad: Sí () No ()
- Se despierta con facilidad: Sí () No ()
- Recibe medicamentos estimulantes: -----Otro:
- Comentarios adicionales:.....

VIII. Patrón nutricional-metabólico

Alimentación: NPO () NPT () NPP () LME () LM ()
FM () por LM () Gotero () SNG () SOG () SGT ()
SY () Gastroclisis ()

observación:.....

Piel:

- Diaforesis: Sí () No () Temperatura:.....
- H.O: Días:
- Vermis caseosa () Lanugo () Miliun () Eritema ()
- Color: Rosada () Pálida () ictérica ()
otro:.....
- Integridad: No () Sí ()
especificar:.....
- Fontanela : Abombada () deprimida ()

Boca

- Vómitos: No () Sí () Características:.....
- Malformaciones: No () Sí () Especificar:.....

Abdomen

- Blando () Depresible () Distendido () Doloroso () Globuloso ()
- Perímetro abdominal.....cm
- Ruido hidroaéreo: Presente () disminuido () aumentado ()
ausente ()
- Drenajes: No () Sí ()
Características:.....
- Comentarios:

IX. Patrón Eliminación

- Ano permeable: Sí () No ()
- Intestinal:**
- Estreñimiento () Días:.....
- N° deposiciones/día:.....
- Características:
- Color: Meconial () Transición () Amarillo () Sangre ()
(Consistencia:.....)
- Colostomía () ileostomía ()
- Fecha de colocación:.....
- Comentarios:.....
- Malformación:.....
- Vesicales:**
- Micción espontánea: Sí () No ()
- Características:.....
- Sonda vesical () Colector Urinario () Pañal ()
- Orina: Amarilla () Colúrica () Con sangre ()
- Fecha de colocación:.....

X. Patrón -sexualidad-reproducción

- Varón:** Testículos descendidos: Sí () No ()
- Malformaciones:.....
- Mujer:**
- Labios genitales: Normales () Edematizados ()
- Secreción vaginal: Sangre () Moco () blanquecinas ()
- Malformaciones:.....

OBSERVACIONES:**TTO. MEDICO ACTUAL**

Exámenes complementarios: AGA, RX TOTRAX, ECOGRAFIAS I/C

Firma y sello de la enfermera:

Apéndice C: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión

Escuela de Posgrado

UPG de Ciencias de la Salud.

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con politraumatismo en el servicio de emergencia de una unidad Minera Huánuco 2024

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con politraumatismo en el servicio de emergencia de una unidad Minera Huanuco, 2024”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales GPJO. Este trabajo académico está siendo realizado por los Licenciados Juan Carlos Molleapaza Quispe, bajo la asesoría de la Dra. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: GPJO

DNI: _____ Fecha: _____

Firma

Apéndice D: Escalas de evaluación

Escala visual análoga (EVA)



Escala de coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

Escala de riesgo de caída (J.H Downton)

Caídas Previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Sedantes-tranquilizantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
Déficits Sensitivo-Motores	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (paresias, parálisis, etc.)	
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Ambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
Edad	Menor de 70	0
	Mayor de 70	1