



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES A
PACIENTES ADULTOS INGRESADOS POR TRAUMATISMO ABDOMINAL
EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR,
2019.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

AUTOR

CADENA CARLOS ADASSA KRYSSTTEL

TUTOR

LIC. HERNÁNDEZ ORTÍZ ADONIS FAUSTINO, Esp.

PERIODO ACADÉMICO

2020-1


TRIBUNAL DE GRADO



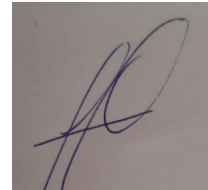
Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, Mgtr.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA
SALUD**



Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Elena Pérez Pons, MSc.
PROFESORA DE ÁREA



Lic. Adonis Hernández Ortiz, Esp.
TUTOR

Ab. Víctor Coronel Ortíz, Mgtr.
SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del proyecto de investigación: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES A PACIENTES ADULTOS INGRESADOS POR TRAUMATISMOS ABDOMINAL EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, 2019, elaborado por el estudiante CADENA CARLOS ADASSA KRYSSTTEL, de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de LICENCIADAS DE ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente



Lic. Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp.
TUTOR

DEDICATORIA

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, sus autoridades, sus valiosos docentes por su arduo trabajo diario formando excelentes profesionales de la salud.

A los establecimientos de salud a los que acudí por darme la oportunidad de adquirir más experiencia. Así mismo a los colegas que conocí en diferentes instituciones de salud que compartieron sus conocimientos conmigo.

Este esfuerzo está dedicado a Dios por cuidarme durante el transcurso de mi vida, dándome la fuerza que se necesita para seguir adelante y lograr con éxito mis metas soñadas. A mi madre y a mi hermano por ser pilares fundamentales en nuestra pequeña y acogedora familia, que con su arduo esfuerzo y gran trabajo en equipo me ayudaron en toda mi formación como profesional.

A mi padre que, aunque ya no está con nosotros físicamente, lo llevamos en nuestra memoria siempre a pesar de que nos faltaron muchos momentos por disfrutar juntos, tengo la certeza de que estaría orgulloso de esta victoria y sería un momento significativo para él, así como lo es para mí. Al doctor Luis, sus padres y su maravillosa familia por acompañarnos en todas las etapas de nuestras vidas brindándonos siempre su cariño.

No me alcanzan las palabras para expresar lo agradecida que estoy con cada una de las personas que me han motivado con su amistad incondicional, por desear desde lo más profundo de su corazón lo mejor para mí, por ello se merecen este reconocimiento, por contribuir en mi formación no solo como profesional si no también como ser humano, los quiero.

Cadena Carlos Adassa

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena, a mis docentes los cuales me vieron crecer profesional y académicamente, a ellos por inculcarme sus conocimientos científicos en cada cátedra, por guiar mis pasos a lo que me he convertido hoy, una licenciada de enfermería de la República del Ecuador.

Al Hospital General Guasmo Sur por haberme permitido ejecutar mi proyecto de investigación brindándome toda su confianza. A todas las instituciones de salud que me han abierto sus puertas y han sido parte de mi desarrollo profesional, como el centro de salud tipo A “Prosperina” perteneciente de la provincia del Guayas, a su vez al centro médico “Señor de las Aguas” Covid Colonche, al Hospital Liborio Panchana Sotomayor, también el Centro de Salud 5 de Junio de la provincia de Santa Elena, entre otras casas de salud, le agradezco al maravilloso personal que labora en cada uno de estos establecimientos por su apoyo, comprensión pero sobre todo por el aprendizaje que me llevo de cada uno de ellos.

Eternamente agradecida con Dios por brindarme salud, sabiduría, perseverancia, discernimiento y fuerzas para alcanzar este nivel de formación académica, por ayudarme a vencer cada obstáculo presentado en esta valiosa meta de convertirme en una licenciada en enfermería, a mi familia mil gracias por estar siempre presentes a lo largo de mi etapa estudiantil porque solo ellos saben por todos los obstáculos que tuve que pasar para llegar hasta aquí. Al doctor Luis y toda su hermosa familia porque son parte de esta victoria, mi sueño hecho realidad de ser profesional. También a Rocío la cual considero una gran mujer por sus valiosos consejos, su paciencia, dedicación y trabajo arduo.

Cadena Carlos Adassa

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de nuestra responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Adassa Krysstel Cadena Carlos

CI. 0927961672

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| TRIBUNAL DE GRADO | I |
| APROBACIÓN DEL TUTOR | II |
| DEDICATORIA..... | III |
| AGRADECIMIENTO | IV |
| DECLARACIÓN | V |
| ÍNDICE GENERAL..... | VI |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | VIII |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | VIII |
| RESUMEN | IX |
| ABSTRACT | X |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 3 |
| 1. El Problema | 3 |
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 3 |
| 1.2. Formulación de problema..... | 4 |
| 2. Objetivos..... | 4 |
| 2.1. Objetivo general | 4 |
| 2.2. Objetivos específicos | 4 |
| 3. Justificación | 4 |
| Viabilidad y factibilidad..... | 5 |
| CAPÍTULO II..... | 6 |
| 4. Marco teórico..... | 6 |
| 4.1. Fundamentación referencial | 6 |
| 4.2. Fundamentación teórica | 7 |
| 4.3. Fundamentación legal | 27 |
| 5. Formulación de la hipótesis..... | 29 |
| 5.1. Identificación y clasificación de variables | 29 |
| 5.2. Operacionalización de variables..... | 30 |
| CAPÍTULO III | 31 |
| 6. Diseño metodológico..... | 31 |

| | | |
|-------------------|--|----|
| 6.1. | Tipo de investigación | 31 |
| 6.2. | Métodos de investigación..... | 31 |
| 6.3. | Población y muestra | 32 |
| 6.4. | Tipo de muestreo | 32 |
| 6.5. | Técnicas de recolección de datos | 33 |
| 6.6. | Instrumentos de recolección de datos..... | 33 |
| 6.7. | Aspectos éticos | 34 |
| CAPÍTULO IV | | 35 |
| 7. | Presentación de resultados..... | 35 |
| 7.1. | Análisis e interpretación de resultados..... | 35 |
| 7.2. | Conclusiones | 39 |
| 7.3. | Recomendaciones..... | 39 |
| 8. | Referencias bibliográficas | 40 |
| 9. | Anexos | 43 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 30 |
| TABLA 2. POBLACIÓN Y MUESTRA | 32 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1. COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRAUMA ABDOMINAL | 35 |
| GRÁFICO 2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA GENERALES ASOCIADAS AL TRAUMA ABDOMINAL | 36 |
| GRÁFICO 3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECÍFICAS ASOCIADAS AL TRAUMA ABDOMINAL | 37 |
| GRÁFICO 4. GRUPOS ETARIOS ASOCIADAS AL TRAUMA ABDOMINAL | 38 |
| GRÁFICO 5. DIAGNÓSTICO DE INGRESO DEL PACIENTE ASOCIADOS AL TRAUMA ABDOMINAL | 38 |

RESUMEN

Los pacientes que presentan un diagnóstico con traumatismo abdominal y sus complicaciones, se convierten en una de las principales causas de mortalidad en el país, provocando un alto impacto en la sociedad ya que en su mayoría los afectados son adultos. Es necesario recalcar que no existen antecedentes de estudios basados en el tema de trauma abdominal realizados por profesionales de enfermería dentro del Hospital General Guasmo Sur de la provincia del Guayas, sin embargo en los proyectos existentes no consideran las actividades de enfermería; denotando la existencia del déficit en el rol investigativo enfermero acerca de las intervenciones usadas en el manejo de este tipo de trauma, teniendo como consecuencia un mayor riesgo de aparición de complicaciones. Por ello se tuvo como objetivos identificar las intervenciones de enfermería en adultos ingresados por traumatismo abdominal, determinando las complicaciones y analizando la incidencia de estos casos en adultos que han recibido atención en el Hospital de estudio. La metodología empleada tuvo un enfoque cuali-cuantitativo de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, con una muestra constituida por 175 pacientes a los cuales se le aplicó los formularios siendo el instrumento, observación directa de historias clínicas y base de datos según la operacionalización de variables. Evidenciándose en los resultados que el 58% de pacientes son hombres a diferencia del 42% mujeres, a su vez el 53% ingresan por trauma penetrante de abdomen y un 47% trauma de abdomen cerrado. Se concluyó que el personal de enfermería enfatice sus intervenciones adiestrándose en los casos de pacientes que presenten complicaciones por trauma abdominal logrando así disminuir el riesgo de mortalidad, también que la mayoría de complicaciones presentadas están basadas en hemorragias abdominales, infección de herida quirúrgica y peritonitis y que la mayor parte de pacientes ingresados están en el rango de 20 a 30 años.

Palabras claves: Intervenciones de enfermería, complicaciones, trauma penetrante de abdomen, trauma de abdomen cerrado.

ABSTRACT

Patients with a diagnosis of abdominal trauma and its complications become one of the main causes of mortality in the country, causing a high impact on society since most of those affected are adults. It is necessary to emphasize that there is no history of studies based on the subject of abdominal trauma carried out by nursing professionals within the General Hospital Guasmo Sur in the province of Guayas, however in the existing projects they do not consider nursing activities; denoting the existence of a deficit in the nursing research role regarding the interventions used in the management of this type of trauma, resulting in a higher risk of complications. Therefore, the objective was to identify nursing interventions in adults admitted for abdominal trauma, determining complications and analyzing the incidence of these cases in adults who have received care at the study Hospital. The methodology used had a qualitative-quantitative approach of an observational, retrospective, cross-sectional and analytical type, with a sample consisting of 175 patients to whom the forms were applied, being the instrument, direct observation of medical records and database according to the operationalization of variables. Evidenced in the results that 58% of patients are men as opposed to 42% women, in turn 53% are admitted for penetrating abdominal trauma and 47% closed abdominal trauma. It was concluded that the nursing staff emphasize their interventions by training in the cases of patients who present complications due to abdominal trauma, thus reducing the risk of mortality, also that the majority of complications presented are based on abdominal bleeding, surgical wound infection and peritonitis and that the majority of admitted patients are in the range of 20 to 30 years.

Key words: Nursing interventions, complications, penetrating abdominal trauma, closed abdominal trauma.

INTRODUCCIÓN

El cuidado se asocia al resguardo, conservación o mantenimiento de un ente físico, también hace referencia a ejercer el rol asistencial para beneficio de otro individuo; es decir las intervenciones de enfermería están fuertemente relacionadas a la monitorización constante del enfermo, la atención de calidad y calidez brindada.

En cuanto a la Enfermería implica la ejecución de estas actividades junto al sitio en donde son realizadas. En este trabajo de investigación se asocian las intervenciones de enfermería en pacientes con trauma abdominal, los cuales ingresan por la sala de emergencias y dependiendo de su caso es derivado a otras áreas donde va a ser intervenido según la complejidad que presente.

El objetivo de todas las instituciones de salud responsables de este tipo de casos es reducir la incidencia de muertes por trauma, para ello se requiere una buena integración de los profesionales de la salud desde el sitio del accidente hasta la recuperación total del paciente.

El presente proyecto de investigación hace énfasis en aspectos esenciales que se dan en el trauma abdominal, refiriéndose a sus mecanismos, aspectos anatómicos, valoración física, evaluación, estado hemodinámico del hospitalizado, intervenciones de enfermería, estrategia y diagnóstico médico, y los exámenes complementarios a realizar.

Cabe recalcar que las características de los cuidados de enfermería se van desarrollando según las condiciones de salud en las que se encuentre el sujeto, abarcando variedad en la atención brindada por el profesional de enfermería, aunque en su mayoría están dirigidas a monitorizar el estado del paciente desempeñando el rol asistencial, dentro de dichas actividades se encuentran sueroterapia, monitorización de constantes vitales cada cierto tiempo, administración de medicamentos según prescripción médica, aseo y confort, colocación de sonda nasogástrica y vesical, cambios posturales, entre otras.

La principal función del personal de enfermería según la filosofía de Virginia Henderson es cumplir con las intervenciones que lleven a cabo la recuperación o que contribuyan al bienestar del individuo cuando este próximo a fallecer, teniendo la idea del cuidado como un servicio brindado dependiendo de la gravedad que presente. Como ejemplo de cuidado tenemos los beneficios que se dan en un paciente con trauma, en ocasiones puede existir daño múltiple de órganos en el traumatismo abdominal, en este

caso es considerado trauma de abdomen potencialmente grave a partir de su entrada al área de emergencias.

CAPÍTULO I

1. El Problema

1.1.Planteamiento del problema

En el área de la medicina, los pacientes que presentan un diagnóstico crítico con traumatismo lo convierten en una de las principales causas de mortalidad en el país, por lo que provoca un alto grado de impacto en la sociedad ecuatoriana ya que en su mayoría los afectados son personas adultas. Se observan índices de prevalencia de los traumas abdominales que terminan por desencadenar complicaciones por fallos en el triaje y en el manejo del control de daños, colocando en riesgo la vida del paciente.

Es necesario recalcar que no existen antecedentes de estudios basados en el tema del trauma abdominal realizados por profesionales de enfermería dentro del Hospital General Guasmo Sur de la provincia del Guayas, sin embargo en los proyectos existentes no consideran las intervenciones enfermeras en este tipo de trauma; concluyendo así que existe un déficit en el rol investigativo en el área de enfermería acerca de las intervenciones usadas en el manejo de pacientes que presentan trauma abdominal.

Las personas encargadas del área de enfermería deben tener una amplia trayectoria de actualización de conocimientos basados en temas como traumatismos; además deben tener precisión en sus intervenciones al momento de ejecutarlas en personas con traumatismo abdominal que llegan al área de emergencias; ya que pueden presentar complicaciones como hipotermia accidental; lo cual representa que las lesiones aumentan a medida que la temperatura corporal disminuye.

Las intervenciones de enfermería deben estar analizadas en base a las evidencias y el cuadro clínico que presente el paciente con traumatismo; dentro de la valoración de las lesiones en el área de los órganos abdominales se encasillan 2 mecanismos traumatológicos, donde las fuerzas de desaceleración horizontal causados por impactos frontales por accidentes vehiculares o la desaceleración vertical cuando este es producido por caídas fatales o fuerzas de compresión por un golpe directo.

Dentro del diseño de los protocolos de enfermería se debe diagnosticar la evaluación de la efectividad de los cuidados integrales de los pacientes ingresados por traumatismos, para poder imponer el grado de relevancia de la práctica de enfermería a los pacientes que presenten traumatismos múltiples o en este caso traumatismo abdominal. Entre las particularidades de los cuidados de enfermería tenemos que se

debe valorar basado en un modelo de las 14 necesidades de la teoría de Virginia Henderson (Valverde, Mendoza, & Peralta, 2017).

Finalmente, es necesario recalcar la importancia del rol de las personas encargadas de la enfermería en el área de emergencias de los hospitales públicos o privados, y del grado de conocimientos en tratamientos y cuidados que se deba tener en el paciente traumatizado; además de la supervisión por si se presenta algún deterioro de salud en el proceso de asistencia así se disminuirá el riesgo de muertes.

1.2. Formulación de problema

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en pacientes adultos con traumatismo abdominal en el área de emergencias del Hospital General Guasmo Sur, 2019?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Identificar las intervenciones de enfermería en pacientes adultos ingresados por traumatismo abdominal en las áreas de atención de este tipo de casos en el Hospital General Guasmo Sur, 2019.

2.2. Objetivos específicos

Determinar las complicaciones por trauma abdominal que presentan los pacientes desde su ingreso en el área de emergencias.

Analizar la incidencia de los casos de trauma abdominal en adultos que han recibido atención en el Hospital de estudio.

3. Justificación

En la actualidad, los cientos de accidentes en automóviles son las causas principales del 60% de los traumatismos abdominales, lo que refleja que el 20% de ellos representen algún tipo de complicación en el área abdominal y el 40% de ellos terminan en muertes tardías por presentar politraumatismos por lesiones graves (Belaunde, Ramírez, & Cáceres, 2018).

El alto índice de mortalidad siendo la causa principal los traumatismos abdominales han tenido un considerable impacto en pacientes de grupo etario de 20 a 65 años; por lo que el personal de enfermería necesita conocer el protocolo necesario para proceder en el área de emergencia si se presente el caso con el propósito de resolver estos problemas complejos de salud.

Por ello, mediante el desarrollo del proyecto de investigación se estima identificar las intervenciones de enfermería en pacientes adultos ingresados en el área de emergencias por presentar traumatismo abdominal en el Hospital General Guamo Sur en el periodo de enero a diciembre del 2019; lo que conlleva a enfatizar las intervenciones de enfermería basados en las teorías presentadas, así como los diversos factores que provocan la complicación del paciente que presente el diagnóstico.

Por último, al contar con las evidencias otorgadas por el Departamento de estadísticas del Hospital General Guasmo Sur se tendría un ideal panorama que represente una realidad acorde de la incidencia de trauma abdominal en adultos y la disminución de riesgos de muerte al implementar un manual de intervenciones de enfermería en pacientes ingresados en el área de emergencia que presenten el cuadro clínico de traumatismo abdominal.

Viabilidad y factibilidad

El presente tema de investigación será viable porque ha sido aprobado por el Consejo de Facultad de la Facultad de Ciencias Sociales y de la salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, conserva la información oportuna para llevarse a cabo, asegurando netamente la ejecución de los objetivos planteados en este proyecto, junto a la implementación de recursos materiales y bibliográficos de mucha importancia que requiere efectuar una investigación de este espécimen. Con la ayuda del Hospital General Guasmo Sur de la provincia del Guayas.

Este trabajo investigativo será factible ya que ofrecerá al Ministerio de Salud Pública herramientas necesarias e información acerca de las intervenciones de enfermería que se deben ejecutar a favor de los pacientes con trauma abdominal del Hospital General Guasmo Sur.

CAPÍTULO II

4. Marco teórico

4.1. Fundamentación referencial

En la realización del capítulo II se utilizaron antecedentes investigativos; los mismos que se abordaron bibliográficamente en el área de enfermería; estos finalmente consolidan y fortalecen la problemática de la investigación.

A continuación, se detallan los siguientes proyectos basados en las variables utilizadas:

El trabajo de titulación “Intervención de Enfermería en paciente con traumatismo” fue presentado en la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba; el cual su objetivo primordial fue emplear el proceso de atención netamente de enfermería en un paciente ubicado en la Unidad de Cuidados Críticos el cual presentaba un cuadro clínico de trauma, además se fundamentaron con el cuidado nominado para cada individuo según Watson desde su perspectiva de cuidado, en las herramientas de recolección de datos fueron aplicaron 11 patrones funcionales de la teórica Marjory Gordon, a su vez se los utilizó con el fin de formar diagnósticos enfermeros después de detectar dificultades actuales y probables, para así planear, ejecutar y evaluar acciones esenciales para la salud del prójimo (Algarbe, 2016).

El proyecto de grado “Cuidados de enfermería de un paciente con traumatismo abdominal” de la Universidad de Alicante, expuesto por Ruiz, Sara del año 2017 de la Facultad Ciencias de la Salud, donde enfatizaron aspectos en la parte médica asistencial al instaurar una evaluación junto al progreso; la primera apreciación fue en base al modelo de las catorce necesidades de la teórica Virginia Henderson resaltando la escala de Glasgow, utilizando también la escala de conducta que sirve para valorar la dolencia en pacientes bajo sedación; se examinan los resultados según la eficacia de los cuidados determinados luego de aplicar el plan de atención total, afirmando la excelencia de las intervenciones de enfermería reflejadas en los cuadros críticos de personas con traumatismos múltiples (Ruiz D. S., 2017).

En la Universidad Peruana Cayetano Heredia en la Facultad de Enfermería, en Lima - Perú, los autores Belaunde Laura, Ramírez, Lisset y Cáceres Juan en el 2018 presentaron una investigación “Conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes poli traumatizados por el servicio móvil de urgencias” los cuales determinaron la correlación de las destrezas de los licenciados de enfermería en

el cuidado de personas politraumatizadas y el grado de conocimiento en este servicio de urgencias móvil, cabe recalcar que su metodología, fue con enfoque cuantitativo, corte transversal, correlacional teniendo como objeto de análisis 33 unidades de este servicio de urgencias móvil, 165 licenciadas de enfermería como población, recalcando los protocolos en pacientes con riesgo de traumas (Belaunde, Ramírez, & Cáceres, 2018).

Posteriormente, el proyecto de titulación “Prevalencia y factores asociados al trauma abdominal en emergencia de cirugía, Hospital Vicente Corral Moscoso”, en el 2016 por sus autores Carrión Christian y Choco Sergio de la Universidad de Cuenca, de la Facultad de Ciencias Médicas, su objetivo fue estipular los factores junto a su prevalencia en el área de emergencias de cirugía sobre trauma abdominal; metodología con estudio analítico transversal, 117 historias clínicas de trauma, determinaron formularios de recolección, logrando evidenciar que un 0.78% prevalece el trauma abdominal en la emergencia de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso, con el 68.4% predominando las edades comprendidas desde los 18 a los 40 años, como causa primordial los accidentes de tránsito en trauma de abdomen (Carrión & Choco, 2016).

El Hospital General Guasmo Sur cuenta con servicios tales como: consulta externa, además de la hospitalización, emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico y obstétrico, unidad de cuidados de enfermería, unidad de hemodiálisis, clínica odontológica, unidad de atención del trauma, clínica de VIH, unidad de cuidados de enfermería, unidad de quemados, farmacia, unidad de urgencias. También 11 quirófanos habilitados de forma progresiva y con estándares técnicos.

4.2.Fundamentación teórica

4.2.1. Intervenciones de enfermería

Enfermería es determinada por los autores (Mena, González, Cervera, Salas, & Orts, 2016) como un área de ciencia médica con el propósito de brindar cuidado de calidad y calidez de los pacientes de carácter asistencial, educativo, documental como pilares esenciales de la salud.

Las intervenciones de enfermería son manifestadas mediante la exigencia completa del proceso de atención de enfermería, al valorar en la recolección de datos, diagnósticos enfermeros, planificar las actividades, ejecutar las intervenciones y evaluar el estado actual del enfermo, todo esto encaminado a la pronta recuperación; tal es el caso de los hospitalizados por presentar traumatismos abdominales al ingresar al área de emergencias en la cual se deben brindar correctamente los protocolos de enfermería.

El presente estudio analizado en el 2020 cabe indicar que estas intervenciones son de manera multidimensional que van desde el punto de vista ético, así como las particularidades o compendios que precisan y sustentan al fenómeno elemental de la profesión asumiendo diversificaciones en el contexto teórico o incluso metodológico cimentados en la praxis de los profesionales de enfermería sufriendo evoluciones de lo intuitivo a la parte bibliográfica y científica (Ruiz & Huayhualla, 2009).

Otros autores como (Carrión & Choco, 2016) definen como “diferentes formas de cuidados de enfermería en el contexto de las vivencias y experiencias de las personas hospitalizadas”; pues están deben contar con la intervención terapéutica, y otras en el paciente que presente un cuadro crítico de hospitalización.

4.2.2. Protocolos de enfermería en el área de emergencias

De acuerdo al proceso de atención en el área de enfermería esta debe ser de manera continua e integra como lo describen los autores (Belaunde, Ramírez, & Cáceres, 2018); cumpliendo las diferentes etapas que en orden lógica posee una actuación constante de los enfermeros con el propósito de determinar las necesidades del hospitalizado cubriendo siempre los aspectos físicos, biológicos, psicológicos y espiritual.

Las fases del protocolo de enfermería según (Pupiales, 2017) estipulan el análisis del diagnóstico y la interpretación de la información correcta de las necesidades del paciente; además, de la ejecución de los cuidados oportunos en el área de emergencia de la unidad hospitalaria.

Generalmente, los usuarios ingresados al área de emergencias los cuales presenten traumatismo deben ser apreciados como pacientes prioritarios ofreciendo los cuidados pertinentes, por ende, los profesionales de enfermería deben aplicar medidas adecuadas de bioseguridad como una norma universal.

En consideración a los protocolos de enfermería, dentro de sus objetivos fomentan a establecer la situación inicial del hospitalizado en la unidad de emergencias; estos a su vez implantan una representación global comprobando factores que perjudican la vida; por consiguiente, se preparan las intervenciones para estabilizar víctimas con traumatismo abdominal.

De acuerdo a la valoración y tratamiento en el esquema de intervención de enfermería comprende a las etapas de preparación, triaje, evaluación, reanimación, traslado del paciente, reevaluación, monitorización y cuidado definitivo; este esquema es

el más utilizado, pues proporciona el procedimiento fácil de recordar por parte de los enfermeros el propósito de valorar y tratar a los pacientes que presenten dichos traumas. A su vez permite categorizar medidas iniciales de triaje diferenciando entre personas con riesgo de muerte por lesiones graves y personas sin riesgo inminente de muerte con lesiones leves (Pacheco, 2015).

La Organización Mundial de la Salud en el 2017 detalla un documento como guía de ejecución de los recursos para la adecuada atención a los individuos con traumatismos, adjuntando la logística de cada una de las regiones con su capacidad económica.

4.2.3. Actividades en la fase prehospitalaria

Hace énfasis a aquellas acciones encaminadas a la planeación de atención de calidad y calidez a los usuarios (Algarbe, 2016). Incluye una fase prehospitalaria, asegurando el triaje netamente en el campo, de forma que se mantiene y asegura la vía aérea, se controla hemorragias, y se inmoviliza lesiones.

Es recomendable que la víctima permanezca el menor tiempo posible en el lugar del accidente, por último, el desarrollo en la fase hospitalaria encierra las labores que han de iniciar para certificar la disponibilidad de recursos al atender a los ciudadanos en el servicio de emergencias.

La valoración primaria tiene como objetivos primordiales a la identificación y al manejo inmediato de tratables lesiones aun comprometiendo el estado de salud del hospitalizado. La valoración debe ser breve, no deben durar los procedimientos de reanimación más de un par de minutos, haciéndose por medio del método semiológico comúnmente conocido de inspección, palpación, percusión y auscultación (Aboutanos & Rodas, 2015).

La valoración primaria junto a la reanimación se efectúa simultáneamente.

- Asegurar y mantener vía aérea y control de la columna cervical
- Adecuada ventilación y respiración
- Circulación y controlar hemorragias
- Déficit neurológico
- Exposición, prevenir hipotermia en el individuo (Sosa, 2015).

Los profesionales de enfermería asumen un papel fundamental en el manejo de pacientes politraumatizados, a su vez promueven una coordinación adecuada entre los

demás miembros que forman parte del equipo de la salud. Es de suma importancia saber la secuencia de actividades ante un cuadro clínico de trauma abdominal.

4.2.4. Definición de Trauma

El trauma es definido según (Alcalá & Manzanero, 2017) como lesión, traumatismo o alteración celular inducida por el intercambio de energía del entorno siendo superior con relación a la resistencia corporal.

Se define trauma por (Mejía & Mocha, 2015) como “una lesión mortal a nivel orgánico, proveniente de una exposición aguda ante un tipo de energía eléctrica, mecánica, química, radiante o térmica, en cantidades que superan el umbral tolerante fisiológico. Por ejemplo, los casos de congelamiento, estrangulación y ahogamiento en donde el trauma es el resultado de la insuficiencia de un mecanismo vital.

Los mecanismos de producción de lesiones originadas por una colisión la tratan de explicar la biomecánica del trauma (Gallango, Herrera, Rísquez, & López, 2017); concluyendo que el número de partículas impactadas por objetos sólidos estipula la cantidad del intercambio de energía producida, por ende, las posibles lesiones con su gravedad.

En otras palabras, a mayor densidad del tejido, mayor cantidad de partículas golpeadas por el cuerpo extraño. Tienen tres tipos de densidades los tejidos del ser humano y son: aérea (incluye pulmones e intestino), acuosa que corresponde a músculos y en gran parte vísceras sólidas (bazo o hígado) y sólida que hace énfasis en la parte ósea.

4.2.5. Importancia del Trauma

Su importancia se asocia con repercusiones del individuo junto a la sociedad. Los seres humanos que sufren traumas padecen dolor y otros llegan a perder la vida, hay riesgo de quedar con limitaciones, ameritando rehabilitación teniendo como consecuencias costos elevados directos e indirectos, repercute el aspecto económico, social y familiar no tan solo en la víctima (Mogollón, 2016).

4.2.6. Clasificación de Traumatismos

Están clasificados en contusos y penetrantes, aunque las lesiones que se producen son semejantes en ambos tipos, se diferencian por la penetración a través de la piel. Las lesiones en los traumatismos contusos se dan cuando el tejido desacelera, acelera o se comprime. En cambio, las lesiones en los traumatismos penetrantes ocurren

cuando los tejidos se separan y se rompen a lo largo de la trayectoria del objeto penetrado (Doengs & Frances, 2017).

Dos fuerzas intervienen en el impacto de traumatismos contusos: compresión y cizallamiento el cual es llamado desaceleración por otros autores. La compresión es una consecuencia de la presión ejercida sobre un tejido u órgano, estructura corporal. Por otra parte, el cizallamiento se da por el cambio de velocidad, por la cual una estructura u órgano adquieren una velocidad mayor respecto a otra estructura u órgano (Carrión & Choco, 2016).

Como ejemplo principal de traumatismo contuso se encuentra el accidente de un automóvil, el cual puede ocasionar cinco tipos de impactos: rotación, volcadura, frontal, lateral y posterior. Los tipos de colisión mencionados anteriormente generan lesiones múltiples, por ello se imponen a nivel mundial las medidas de protección al conducir como el uso del cinturón de seguridad.

Dentro de las primordiales causas del trauma penetrante se encuentran heridas por arma blanca y heridas por arma de fuego. El grado de lesión tisular depende del tamaño, el filo, el grado de penetración del arma y la forma. En cambio, la lesión dentro de las heridas por proyectil depende del calibre, distancia y el tipo de arma.

Según los Indicadores Básicos de Salud del Ecuador; los traumatismos por accidente de tránsito están ubicados como la cuarta causa de muerte representando el 21,96% con 3351 casos, por otra parte, siendo el 13,79% las agresiones u homicidios ubicados en la sexta causa con 2106 pacientes. Mientras que en el Azuay se registró un 16,72% correspondiente a muertes por accidentes de tránsito con 126 casos y el 4,51% representando la mortalidad por homicidio con 34 casos cifras tomas en el 2019 del (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2012).

4.2.7. Traumatismos Abdominales

Para Mogollón (2016) el trauma abdominal es denominado cuando el compartimiento orgánico padece una violenta acción de agentes que ocasionan lesiones de variada gravedad y magnitud, en la cavidad abdominal y los elementos que la componen, los mismos sean de pared (continente) o se le denomina vísceras si son parte del contenido incluso ambos simultáneamente (p. 15).

El traumatismo abdominal es aquella lesión cerrada o penetrante localizada en la región abdominal, incluyendo su contenido, exponiendo sus estructuras ante un significativo nivel de energía mecánica, química, térmica o eléctrica, causando

morbilidad o en casos más críticos mortalidad, siendo la más relevante causa en el área rural o urbana.

4.2.7.1. *Características*

Siendo un problema relevante el trauma abdominal es el resultado de accidentes, riñas, guerras, los cuales anualmente producen muertes, mutilaciones, pérdidas económicas incalculables tanto para las familias y los países, siendo causa principal de hospitalización, con mortalidad significativa. A pesar de la mejoría de los cuidados, procedimientos y métodos diagnósticos en personas poli traumatizadas, en la actualidad se presentan circunstancias que condicionan el estado de salud del hospitalizado por trauma.

Según la extensión y localización anatómica del abdomen, se ve afectada por traumas con frecuencia considerando lesiones potencialmente graves debido a la presencia de órganos vitales. Los traumatismos abdominales componen arduas luchas terapéuticas y diagnósticas, suelen asociarse con contusiones en otras regiones, la preocupación por parte de los profesionales de la salud es el rápido y correcto diagnóstico, sobre todo del cirujano general ya que la vida del paciente dependerá de la decisión a elegir.

El estado hemodinámico del individuo, la fuerza con la que la herida fue provocada, la ubicación junto al mecanismo de la lesión, estipulan el método adecuado en la evaluación abdominal y la prioridad del paciente (Pérez & González, 2015). El principal problema en el trauma cerrado es la determinación al valorar si existen lesiones en las vísceras y si es necesario la intervención quirúrgica o no, por otro lado, en el trauma abdominal abierto la lesión es evidente en la mayoría de los casos, la problemática aquí es estipular si penetra la cavidad abdominal o no y cuán seria es.

4.2.8. *Trauma cerrado*

Si el individuo padece un impacto primario o secundario, sin haber atravesado capas propias de la pared abdominal se denomina trauma cerrado, deformando estructuras o sometiéndolas a desaceleración diferencial, originándose como secuela de una mezcla en fuerzas de deformación, descompresión, corte y estiramiento.

Con relación a lo mencionado en el párrafo anterior, los mecanismos de trauma contuso son:

- Puede producirse desgarros de órganos sólidos o ruptura de vísceras huecas debido al aumento de la presión intraabdominal.

- Produce aplastamiento visceral la compresión de vísceras abdominales entre la pared del tronco anterior y posterior.
- Producen laceración en vísceras o pedículos vasculares aquellos movimientos de caída, desaceleración o eyección.

Se debe resaltar que los órganos mayormente lesionados en el trauma cerrado son bazo, hígado, riñón y mesenterio. En caso de que la persona se quede atrapada en el vehículo, y tenga la huella del cinturón de seguridad, es una sospecha inmediata de lesión de víscera hueca.

En el traumatismo abdominal los métodos de diagnóstico incluyen la valoración inicial, examen físico, exámenes complementarios, procedimientos invasivos, a continuación, se encuentran los siguientes:

- Exploración por medio de sondas.
- Lavado peritoneal diagnóstico.
- Evaluación enfocada por ecografía para el paciente con trauma.
- Tomografía axial computadorizada.
- Laparoscopia diagnóstica.
- Pruebas complementarias: Hematología, pruebas de función hepática, lipasa y amilasa séricas, gases arteriales y radiografía de tórax y pelvis (Sosa, 2015).

4.2.9. *Trauma abierto o penetrante*

El trauma abierto es definido por lo autores (Gallango, Herrera, Rísquez, & López, 2017) como una herida abdominal penetrante al atravesamiento de todas las capas de la pared del abdomen, también las que no cumplen con esta particularidad quedando con calidad de una herida abierta si es ocasionada por la pérdida de la continuidad de alguna capa.

Es considerado como un tipo de trauma en el cual se ve alterada la pared abdominal, ingresando material alguno en la cavidad peritoneal. Es conocida como una lesión que atraviesa el peritoneo parietal.

Según la afectación del área anatómica del abdomen y su probabilidad de lesión es:

- Abdomen anterior: se afectan la gran parte o todas las vísceras intrabdominales: bazo, yeyuno, íleon, estómago, hígado, colon y mesenterio.

- Toracoabdominal: afectación en los órganos torácicos, diafragma y en los órganos abdominales.
- Abdominal posterior o Lumbar: páncreas, grandes vasos abdominales, duodeno, uréteres, riñones, la cara posterior del colon ascendente, cara posterior del colon descendente.
- Pélvica: vejiga, uretra, uréteres distales, arterias y venas ilíacas con sus ramas, órganos genitales masculinos, órganos genitales femeninos y el recto (Mejía & Mocha, 2015).

El diagnóstico y el tratamiento indicado son influenciados por factores múltiples, como la afección de la región anatómica, al ingreso la valoración del estado neurológico y hemodinámico del paciente, el mecanismo de lesión, la posibilidad de otras contusiones asociadas, disponibilidad de recursos y materiales institucionales, variedad de directrices manejadas por médicos cirujanos en el servicio de emergencias y de quirófano respectivos.

4.2.10. Valoración en el paciente con cuadro clínico de trauma abdominal

4.2.10.1. Evaluación primaria

Tiene como objetivo comprobar o suprimir lesiones de compromiso vital, implantando así las medidas adecuadas para salvaguardar la vida del individuo. Una persona que presenta trauma abdominal debe considerarse como traumatismo grave, es recomendable seguir el manejo según el Colegio Americano de Cirujanos y su procedimiento del ABC, explicados a continuación:

- A. Asegurar o Verificar que la vía aérea se encuentre permeable, controlando a su vez la parte cervical.
- B. Cerciorar la ventilación y oxigenación correcta.
 - Anulando la posibilidad de neumotórax abierto, un neumotórax a tensión o un hemotórax masivo.
 - Considerar la necesidad de soporte ventilatorio, si no fuera oportuno administrar con mascarilla de 10 a 15 l/min (oxígeno a alto flujo).
- C. Control de la circulación.
 - Parar la hemorragia externa.
 - Identificar y efectuar el tratamiento del shock.
 - Caracterización de hemorragia interna.

- Monitorizar ECG estable.
- D. Ejecutar la valoración neurológica rápida.
- E. Retirarle toda la vestimenta al paciente, manteniendo un ambiente adecuado, a su vez prevenir la hipotermia.

Es fundamental valorar clínicamente el estado de shock, el cual se reconoce mediante signos como:

- Piel sudorosa, pálida y fría.
- Pulso: débil, filiforme, a su vez disminución de su presión, pero aumento de la frecuencia del mismo.
- Alteración del estado de conciencia.
- Hipotensión.
- Retardo en el llenado capilar.
- Oligoanuria.

Puesto que, en el shock hipovolémico en pacientes con este tipo de trauma, la hemorragia intraabdominal es la causa más habitual.

El estado de shock es asumido desde un inicio por la aguda pérdida de sangre, la cual es tratada con un bolo inicial de Solución Salina al 0,9% o con Solución Lactato de Ringer (para adultos: 1-2 litros y para niños 20ml/kg).

Se recomienda iniciar mediante catéteres periféricos intravenosos de grueso calibre como 14G, 16G, 18G, la reposición de volumen intravascular. El shock refractario sugiere un activo sangrado como respuesta a la infusión rápida de cristaloides, tratándose de una laparotomía inmediata.

Medidas primarias:

Colocación de sonda nasogástrica descomprimiendo el estómago previo al lavado peritoneal de diagnóstico, aliviando así la dilatación aguda; ya que se remueve el contenido gástrico disminuyendo de tal forma la posibilidad de bronco-aspiración. En caso de que la persona presentara fractura en la base del craneal o fractura facial grave, se procederá a introducir la sonda por la mucosa oral, de lo contrario sería peligroso si el tubo llega al cerebro mediante la lámina cribiforme.

Se canalizan con catéteres de gran calibre 2 vías periféricas venosas.

Colocar sonda vesical, desfavoreciendo la retención de orina a la descompresión de la vejiga, se descarta la probabilidad de lesiones a nivel de la uretra,

se evidencia diuresis presente llevando control de horas. En caso de que el paciente presente lesión uretral, un médico experimentado realizará la inserción de la sonda por vía supra púbrica.

Extraer muestras para la determinación bioquímica, grupo sanguíneo al cual pertenece, hemograma completo, gasometría arterial, tiempos de coagulación, nivel de alcoholemia.

Obtener muestra de orina, solicitando rastreo de drogas, en caso de ser mujer en edad fértil, se solicita una prueba de embarazo.

4.2.10.2. Evaluación o medidas secundarias

Historia

Se obtiene información, preferiblemente de la propia fuente, o de fuentes secundarias como son familiares, conocidos, o los profesionales que lo han atendido de forma prehospitalaria.

Producción del trauma y su mecanismo:

- En trauma cerrado es fundamental el impacto y su tipo, el estado de salud de las demás víctimas, el uso de las medidas de seguridad, la gravedad del daño del vehículo.
- En heridas penetrantes se valora las características del arma junto con la cantidad de sangre que perdió en el transcurso de lo sucedido.

El tiempo de evolución, se valora a partir de cuándo se generó el traumatismo hasta cuando se recepta al paciente en el hospital.

Antecedentes patológicos personales y familiares: en la recolección de datos se indaga sobre todo tipo de alergias, nombres de medicamentos que ingiere habitualmente, número de cirugías previas, si posee enfermedades crónicas o de transmisión sexual, familiares con comorbilidades, hábitos del paciente y consumo de sustancias estupefacientes.

Indagar sobre las maniobras y actividades ejecutadas por los profesionales de atención prehospitalaria como la necesidad de RCP, oxigenoterapia, número de vías canalizadas, el volumen infundido previo a la recepción hospitalaria y el tipo de respuesta a las maniobras realizadas.

Exploración física

Debe ser de forma meticulosa cuando se trata del área abdominal, con la secuencia de inspección, auscultación percusión, palpación, se registra en la historia clínica todo tipo de hallazgo negativo o positivo.

Inspección: Se le retira la vestimenta al paciente pudiendo así observar mejor, la presencia de huellas, heridas o cicatrices previas, cerca o justo en los puntos donde impactó el agente agresor. Si se presenta un trauma parietal puede haber dolor que nos indique que la respiración abdominal esta abolida. El examen a nivel de los glúteos y espalda deberá efectuarse cuidadosamente por si halla lesiones en la médula o en vertebras.

Auscultación: En el área abdominal se la utiliza para confirmar o descartar los ruidos intestinales. La ausencia de ruidos intestinales es producida por la presencia de sangre que se encuentra libre en el espacio intraperitoneal la cual produce un íleo.

Percusión: Mediante esta técnica se detecta la matidez en caso de que haya líquidos como el hemoperitoneo, si fuera por presencia de aire está el timpanismo presente por ejemplo como la dilatación gástrica o también se puede dar en el caso de que la matidez hepática desaparezca por neumoperitoneo.

Palpación: Para no desencadenar dolor esta técnica debe ser meticulosa ya que el paciente puede producir contractura voluntaria, la cual puede originar una exploración abdominal poco confiable. Se empieza en el plano parietal verificando o descartando deformaciones, contusiones musculares, heridas, hematomas, cicatrices previas. Para investigar signos confiables de irritación peritoneal se busca que haya contractura abdominal refleja, a su vez el signo rebote positivo el cual causa dolor con solo palpar y retirar rápido la mano de la región abdominal indicándonos la presencia de peritonitis debida a la extravasación de contenido gastrointestinal o muchas veces de sangre.

Finalmente, hay que realizar una palpación más profunda buscando la presencia de puntos o zonas dolorosa cuya topografía nos oriente a relacionarlas con los posibles órganos lesionados. La palpación debe realizarse también en espalda, costillas inferiores, fosas lumbares y anillo pelviano.

Evaluación estabilidad pélvica Produce hematoma perineal y genital a las 24-48 horas del traumatismo y puede acompañarse de hematoma retroperitoneal y ausencia de hemoperitoneo.

Examen del periné y genitales. Puede ocurrir en heridas penetrantes o por fragmentos óseos de una fractura pélvica.

Tacto rectal. Aporta información sobre: el tono del esfínter anal, la posición de la próstata (su desplazamiento sugiere rotura uretral), la existencia de lesión rectal y detectar la presencia de fracturas pélvicas.

Pruebas complementarias: Analítica, Monitorización de constantes vitales, radiografía de abdomen y tórax, radiografía de pelvis.

Exámenes complementarios especiales.

Lavado peritoneal diagnóstico es un invasivo procedimiento que puede ser realizado de manera inmediata, presentando un 68% de sensibilidad y 83% de especificidad. La indicación principal es el diagnóstico del trauma abdominal cerrado en pacientes con tensión arterial disminuida o con alteración en la conciencia; de igual manera evalúa trauma abdominal abierto causado por arma blanca.

Las indicaciones del lavado peritoneal son:

- Equívocos hallazgos abdominales.
- Exploración física sin realizar por trauma craneoencefálico o alteración conciencia.
- Impedimento de continuas reevaluaciones por anestesia general por una lesión que no es de abdomen.
- Inexplicable hipotensión.
- Progresiva pérdida sanguínea.

Procedimiento:

- Descompresión de vejiga con catéter urinario, a su vez el estómago al insertar sonda nasogástrica.
- Se prepara el abdomen, afeitando el vello de la zona, colocar povidona yodada y situar campos estériles.
- La localización de la incisión.
- Inyectar el anestésico local situándonos en la línea media a un tercio entre la sínfisis del pubis y el ombligo. Se recomienda lidocaína con epinefrina impidiendo la contaminación del tejido subcutáneo y la sangre de la piel.
- Incisión vertical en la piel y tejido celular subcutáneo.
- Inserción del catéter de diálisis del peritoneo avanzando a la pelvis. Conectando una jeringa al catéter para la aspiración.

- Se introduce en el peritoneo 10 ml/kg de suero fisiológico tibio o Lactato de Ringer, en caso de no obtener sangre a la primera.
- Agitar suavemente el abdomen para que se distribuya el líquido. Si el hospitalizado se encuentra estable se le deja de cinco a diez minutos el líquido, finalmente se drena, poniendo en el suelo una botella para que desde el abdomen fluya el líquido.
- Condición del paciente es estable.

En ecografía diagnóstica el ultrasonido puede detectar hemoperitoneo, es un método no invasivo y rápido por el diagnóstico de lesiones en trauma cerrado o abierto. La exploración con ultrasonidos es factible en sala de reanimación mientras se realizan otros métodos diagnósticos o procedimientos.

La Tomografía axial computarizada es un proceso que necesita el transporte del paciente a la sala de rayos X y la administración oral e intravenosa en situaciones concretas por la vía rectal; de igual manera proporciona información y estudia lesiones en el retroperitoneo u órganos pélvicos.

Finalmente, la laparoscopia con el advenimiento y el desarrollo de nuevas tecnologías, podrá sin duda tener un papel protagonista en la evaluación, así como en el tratamiento definitivo del paciente traumatizado. Sin embargo, la limitación única es poder realizar un exhaustivo examen de todo el abdomen y pelvis.

4.2.11. Manejo del paciente tras la valoración inicial

4.2.11.1. Trauma de Abdomen Cerrado

Hemodinámicamente inestable: Es cuando la tensión arterial sistólica no se mantiene con más de 90 miligramos de mercurio, el pulso está por debajo de 100 latidos por minuto junto a una diuresis en adultos de 50 ml/h. En este caso el paciente muestra signos patológicos en el abdomen (distensión en el abdomen, neumoperitoneo en la radiografía simple, peritonismo), con la inmediata indicación de laparotomía.

- Si el hospitalizado presenta dudosos signos abdominales y a la vez muestra trauma espinal severo, craneoencefálico o toraco- abdominales, variaciones en la conciencia ocasionadas por toxicidad, se efectuará inmediatamente un estudio breve abdominal que nos permita descartar la posibilidad de una patología en abdomen, como líquido libre, como las siguientes pruebas: ecografía, lavado diagnóstico peritoneal, pruebas

radiológicas como la tomografía, la cual no es posible en individuos inestables.

Hemodinámicamente estable: en este cuadro clínico se deben tomar en cuenta estas premisas, en el manejo de trauma cerrado:

- Las vísceras macizas se laceran frecuentemente en comparación a las huecas.
- El paciente se encuentra estable hasta el momento en que desiste y pasa a estar inestable (Navalón, Ramos, & Moreno, 2020).

Con este tipo de pacientes es más factible efectuar pruebas en comparación a las personas inestables porque no toleran accediendo a la posibilidad de un conservador tratamiento. Teniendo a continuación la secuencia de pruebas complementarias:

- Ecografía abdominal: Si no hay descubrimientos significativos y el individuo no posee otras contusiones extra – abdominales, se debe tomar en cuenta, realizar control de hematocrito junto a una ecografía después de seis a doce horas de salir con alta médica.
- Tomografía axial computarizada: Si es efectuada justo al poco tiempo después de un trauma, podrían omitirse lesiones en el páncreas. Usada en pacientes con seguimiento y manejo conservador. Es la prueba principal en la valoración de estos hospitalizados.

4.2.11.2. *Trauma de Abdomen Abierto*

Por arma blanca

Si la persona se encuentra inestable o a su vez posee signos de irritación en el peritoneo, se recomienda someterlo a una laparotomía inmediatamente.

Si por el contrario no posee signos de irritación en el peritoneo y se encuentra estable hemodinámicamente, la maniobra principal es explorar el orificio de ingreso del arma verificando si la herida es o no penetrante. Esta técnica debe hacerse en estériles condiciones, en donde se infiltra la herida con anestésico local siguiendo el trayecto a través de las capas del abdomen.

El paciente será ingresado por 24 horas a observación si la herida no penetra cavidad del abdomen, si su evolución es favorable saldrá de alta con antibióticos bajo prescripción del médico de turno y tendrá que recibir la vacuna antitetánica.

En caso de que la herida sea penetrante se le realiza exploración complementaria, y una laparotomía inmediatamente.

Por arma de fuego

El tratamiento en estos casos es quirúrgico, con laparotomía de urgencia, se realiza exploración física y no se recomienda el lavado peritoneal porque en la mayoría de fuentes bibliográficas no tiene resultados favorables.

4.2.12. *Intervenciones de enfermería*

- La respiración:
- Asegurarse de que el paciente tenga correctamente conectado el portador del tubo endotraqueal junto a la ventilación mecánica.
- Monitorizar las constantes vitales, con más precisión la frecuencia respiratoria y la cardíaca.
- Hidratarse y alimentarse de forma adecuada:
- Asistir al paciente en el caso de fuera dependiente para alimentarse.
- En otro de los casos alimentar mediante la sonda nasogástrica.
- Mantener la hidratación parenteral según prescripción médica.
- La eliminación mediante todas las formas posibles:
- Verificar la permeabilidad de la sonda vesical, si el hospitalizado mantiene diuresis conservada y de normal aspecto.
- Llevar control de la cantidad de excretas para registrar en el balance hídrico.
- Realizar cambio de pañal cada que sea necesario, brindarle el respectivo aseo y confort en caso de que el hospitalizado porte pañal, cuantificar la cantidad de excretas.
- Movilidad y adecuada postura:
- Si el hospitalizado posee ventilación mecánica invasiva, su movilidad es limitada, por lo tanto, se debe colocar almohadas para evitar la formación de úlceras por presión, colocar el colchón anti – escaras, brindarle masajes y terapia física, cambios posturales hasta la medida posible por su limitada movilidad.
- Sueño/descanso: cantidad de horas que mantiene el estado de sedación, según su evolución médica.
- Vestirse-desvestirse, según el autocuidado de la persona:

- Los pacientes con trauma abdominal en la presente necesidad son dependientes de los profesionales de enfermería, porque se encuentra en estado de sedación, con movilidad limitada por la ventilación mecánica asistida.
- En caso de que el paciente tuviera movilidad ambulatoria sin ventilación mecánica, esta necesidad sería más fácil de cumplir.
- La necesidad de mantener la termorregulación: como profesionales de enfermería debemos adecuar la vestimenta y regular la temperatura del ambiente con el fin de establecer la temperatura corporal del individuo dentro del rango normal.
- Cuidar la higiene junto a la integridad cutánea: si el hospitalizado está en estado de sedación, es dependiente del personal de enfermería para cumplir esta necesidad básica de la completa higiene, la vigilancia de mucosas o lesiones cutáneas como úlceras por presión.
- La necesidad de brindar seguridad:
 - En caso de que tuviera un catéter venoso central, se le debe realizar curaciones.
 - Verificar que el licenciado de terapia respiratoria se encargue de aspirar secreciones a través del tubo endotraqueal. Inspeccionar la simetría y respuesta pupilar a la luz.
 - Se valora el riesgo que tiene de formar úlceras por presión, se realiza la escala de la valoración del dolor.
- Comunicación: los pacientes con trauma abdominal generalmente mantienen oxigenoterapia, muchas veces hay un déficit en la comunicación verbal debido al tubo endotraqueal.
- Creencias/Valores: Respetar los ideales y costumbres de los pacientes. Guardar confidencialidad en temas privados o que tengan que ver con el historial clínico del usuario. Priorizar la privacidad del hospitalizado.
- Cubrir con apósito o gasa estériles el acceso del catéter venoso central prevenir posibles infecciones del catéter y nosocomiales.
- Brindar cuidados del dolor:
- Incluye terapia farmacológica según prescripción del médico de guardia, vigilando la posible aparición de algún efecto adverso.

- También se puede utilizar técnicas de forma no farmacológica como masajes o compresas relajantes.
- Vigilar presión intra – abdominal, la monitorización es básica para prevenir una hipertensión intra – abdominal, la cual se denomina con un valor superior a doce milímetros de mercurio. Si se eleva existe el riesgo de falla multiorgánica o un síndrome compartimental.
- Vigilar, registrar cantidad y características de sangrado en drenajes.
- Oxigenoterapia: Aspirar secreciones, vigilar parámetros en parámetros en la sedo-analgia y ventilación mecánica, también de los gases arteriales, monitorización de la saturación de oxígeno, cantidad de respiraciones por minuto. Valorar particularidades y ritmo del ciclo de la respiración.
- Es recomendable realizar la higiene bucal al hospitalizado con clorhexidina al 0.12% a 0.2%, a su vez efectuar la descontaminación digestiva previniendo de esta manera la neumonía por ventilador mecánico.
- Higiene oftálmica con agua estéril, colocar lubricantes, cerrar los párpados con gasas.
- Mantener al paciente en posición de treinta a cuarenta y cinco grados.

Realización de la puntuación revisada del trauma

El objetivo es proporcionar una decisión breve favoreciendo el estado clínico de la persona que presenta el trauma, usualmente se utiliza en triaje más aún en catástrofes y múltiples accidentados, es una calculadora virtual que da los resultados automáticamente.

Puntaje de coma Glasgow= 15

Tensión arterial sistólica= 120

Frecuencia respiratoria= 15

El resultado calculado de la puntuación revisada del trauma= 7.8408

Porcentaje de la probabilidad de supervivencia= 98.8%

El traslado a la sala de quirófano se realiza mediante un rápido triaje ejecutado por el médico en el área de emergencias, el factor tiempo es indispensable para llevar al paciente a quirófano para ello interviene su estado fisiológico, su respuesta a estímulos o a resucitación si fuera necesaria, el resultado de las escalas y métodos diagnósticos aplicados junto a la disponibilidad del quirófano (Idrovo, 2020).

Gestión preoperatoria

Los licenciados de enfermería deben preparar el quirófano en el cual se va a intervenir, alistar el instrumental, equipos e insumos a utilizar junto a la mesa quirúrgica, programar las bombas de infusión para las soluciones, verificar que las vías periféricas se encuentren canalizadas con catéter de grueso calibre y tengan permeabilidad, para la intervención quirúrgica asegurar un ambiente óptimo para efectuar labor de resucitación en caso fuera necesario ya que el cirujano es el menos responsable en estas situaciones, por último realizar el reporte de enfermería según como se vaya dando la cirugía, anotando la hora de inicio y finalización de la misma. Se registra el trazo del electrocardiograma, la saturación de oxígeno, la diuresis y los drenajes son recogidos en recipientes inspeccionando la cantidad que se acumuló.

Preparación de la incisión y piel

Se realiza con solución antiséptica colocándola a partir de las clavículas hasta la cara anterior de los muslos incluyendo las rodillas, la incisión es amplia favoreciendo la exposición de los cuadrantes abdominales, si mientras se efectúa la incisión se identifica que el peritoneo esta de color azul se denomina hemoperitoneo significativo, también es importante prever hipotensión cuando el efecto de taponamiento es liberado al abrirse el peritoneo. El médico cirujano es capaz de hacer presión en la aorta ubicada por el hiato esofágico o ejercer presión manual y directamente sobre el sitio del sangrado para disminuir la pérdida de sangre.

4.2.13. Complicaciones

Las complicaciones en un hospitalizado con múltiples lesiones pueden llegar a descubrirse o manifestarse difícilmente, la afirmación de una complicación abdominal usualmente necesita de laparotomía por segunda vez, siendo una disposición compleja por optar, en ocasiones es necesaria la valoración de otro médico cirujano sobre el hecho de operar nuevamente (Navalón, Ramos, & Moreno, 2020).

Dentro del trauma abdominal las complicaciones pueden darse por diferentes motivos entre los cuales encontramos al déficit en los cuidados perioperatorios, exploración inoportuna, técnicas inadecuadas, elecciones erradas. Cabe recalcar los efectos nocivos que provocan el choque, contaminación con orina y heces del peritoneo difuso, masivas transfusiones, el brusco manejo del tejido. A continuación, las complicaciones que se presentan en el trauma abdominal

4.2.13.1. Infección de la herida

Contaminación producida por la perforación del intestino particularmente el grueso en personas no preparadas, prolongadas intervenciones en el quirófano, más de ocho unidades de transfusión sanguínea por hipotensión debida a la hemorragia, presencia posible de algunos tejidos con poca vitalidad, en el trauma abdominal todo esto favorece a que se infecte la herida. Llevar control estricto del esquema de antibióticos, evitar el cierre primario, el definitivo cierre se puede dar desde el día cuatro siempre y cuando el hospitalizado tenga su herida sin signos de infección y haya evolución favorable.

4.2.13.2. Sepsis intraabdominal

Foco localizado infeccioso que da paso a una generalizada infección, puede llegar a ser presentarse una respuesta exagerada de inflamación, en caso de no ser tratado puede desencadenar un fallo multiorgánico, shock séptico, la incidencia de esta complicación es por resistencia bacteriana, neoplasias malignas, enfermedades crónicas, sistema inmunodeprimido, en pocos casos se da por inadecuado manejo prequirúrgico o de la herida comprometiéndose localmente y posteriormente a nivel peritoneal. En las personas que tienen resistencia bacteriana con el fin de hallar el patógeno causal se le realiza cultivos seriados para redirigir la antibioticoterapia.

4.2.13.3. Hemorragia abdominal

Es una de las complicaciones muy frecuentadas al menos en las primeras veinte y cuatro horas, comúnmente la hemorragia tiene como origen las vísceras macizas, como el hígado, su clínica se manifiesta con frecuencia cardíaca aumentada, tensión arterial disminuida, salida de sangre por drenajes, distensión del abdomen, disminución del rango normal de hemoglobina. Entre las causas tenemos coagulopatía secundaria por poli transfusión y pérdida masiva de sangre, cirugías no apropiadas. La solución es una segunda intervención, corrigiendo trastornos coagulativos, administrando plaquetas, plasma fresco congelado.

4.2.13.4. Obstrucción intestinal

Su manifestación clínica está caracterizada por la intolerancia oral en la alimentación, ausencia de gases, constipación, distensión del abdomen. Puede ser por obstrucción o por adinamia del íleo. Causado por hernia, rotura defectuosamente tratada en la primer cirugía o brida postoperatoria, usualmente esta complicación aparece después de la semana uno de hospitalización.

4.2.13.5. *Síndrome compartimental*

Es denominada cuando la presión intra – abdominal es mayor que 20mmhg, esta complicación tiene más incidencia en pacientes con control hemorrágico en cirugías con paja de control de daños.

4.2.13.6. *Peritonitis*

Generalmente se manifiesta antes del día cinco postoperatorio, se debe brindar especial cuidados en drenes, eliminando los que ya no funcionan previniendo un cultivo de bacterias, los líquidos incorrectamente drenados y su acumulación junto al tejido necrótico tienen como resultado los abscesos en la cavidad abdominal. Es fundamental eliminar tejidos necróticos y no dejar sangre en cavidad peritoneal. Su clínica consiste en hipertermia, hiperventilación, aumento de la frecuencia cardíaca, leucocitosis, dolor en el abdomen y distensión.

4.2.13.7. *Falla multiorgánica*

El fracaso multiorgánico se denomina a la disfunción de múltiples sistemas por motivo de la diversidad de lesión. Puede ocasionarse por sepsis intraabdominal, hiperinflamación temprana generalizada, el sistema respiratorio es el primero en colapsar. Cabe recalcar que el porcentaje de mortalidad aumenta dependiendo de la cantidad de órganos colapsados. Dentro de los factores de riesgo se encuentra la edad, tipo de trauma y su localización, complejidad del caso, en los traumas de tórax, abdomen y pelvis la probabilidad de falla multiorgánica es elevada por la pérdida masiva de sangre.

4.2.14. *Fundamentación de enfermería*

Se seleccionó teorías que fundamentan la realización del presente trabajo de investigación. En el desarrollo de la fundamentación de las teorías de enfermería se utilizaron los siguientes modelos que se asocian al cuidado de pacientes con trauma abdominal:

4.2.14.1. *Teoría de Dorothea Orem*

Dorothea Orem propuso un modelo basado en recopilación de varias teorías con el fin de favorecer el autocuidado del paciente, en relación al traumatismo abdominal, la teoría del déficit de autocuidado manifiesta que necesita ayuda para cumplir funciones esenciales por la imposibilidad del estado crítico. La teoría tiene correlación para la actuación del profesional de enfermería ante la emergencia que presente el paciente por el déficit de autocuidado, vigilar vías aéreas, respiración y circulación, a partir de esta

concepción de modelo se plantea el proceso de atención de enfermería para restablecer la salud.

4.2.14.2. Modelo de Martha E. Rogers

Los cuidados de enfermería son ofrecidos desde un proceso planificado, incluyendo:

Valoración, recolección de datos.

Planificación planteamiento de objetivos, intervenciones de enfermería.

Evaluación.

La teoría de Martha Rogers interviene en que el ser humano se encuentra constantemente en relación con el entorno que lo rodea, con el que intercambia materia y energía; y que por su capacidad de cambiar este entorno y de hacer elecciones le permiten desarrollarse como persona o perjudicarse a causa de una interacción inadecuada con el medio conllevándolo a accidentes de tránsito, incluso a las principales causas de los traumatismos abdominales en la actualidad (Idrovo, 2020).

4.3. Fundamentación legal

En el ámbito constitucional legal dentro del Ecuador se describen los siguientes artículos; a su vez se describe el Derecho al Buen Vivir enlistados en la sección VII y el reglamento de Salud; los cuales están basados a la problemática presentada en el planteamiento del problema.

En concordancia con el artículo 5 menciona que toda persona que acuda a recibir la atención pertinente a algún establecimiento de salud pública o privada tiene derecho a los siguientes beneficios:

Derechos como su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; su cultura, sus prácticas y usos culturales;

Atención con dignidad, respeto, esmero y cortesía;

A saber, de su diagnóstico, tratamiento, gravedad, evolución y pronóstico;

El acceso a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por las autoridades competentes y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.

Exámenes diagnósticos y terapéuticos, además de estudios.

Consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele.

Información oportuna sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.

Al consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona y para la salud pública; en todos los casos deberá ser informado de las consecuencias de su decisión.

4.3.1. Constitución de la República del Ecuador

En cuanto al Art. 32 dentro de la Constitución de la República del Ecuador estipula que la salud se convierte en derecho vital que garantiza el estado ecuatoriano, el mismo que se vincula con el ejercicio de otro

Los derechos, en los que se sustenta la Ley del buen vivir se garantizará el cumplimiento del derecho a la salud mediante políticas socioeconómicas, educativas, ambientales y culturales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual, salud reproductiva, las mismas que estarán basadas en principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional.

Continuamente en el Art 362, la debida atención de salud como servicio público se facilitará por medio de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias, los servicios de salud serán seguros, también garantizarán el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

En este marco legal, los servicios públicos de salud serán universales y cumplirán la gratuidad en los diferentes niveles de acceso y atención además se estipularán los procedimientos de análisis, métodos de diagnósticos, medicinas en los tratamientos y recuperación necesaria de pacientes asistidos por parte de las entidades de salud.

4.3.2. Ley Orgánica de la Salud

Dentro del Código Orgánico de la Salud se estipula en el capítulo V, de los accidentes, el artículo detallado a continuación:

En su artículo 34 la autoridad nacional sanitaria en coordinación con las entidades competentes seccionales impulsase acciones y programas para disminuir y

evitar los accidentes de tránsito, accidentes ocasionados dentro del hogar o del ámbito laboral; así como la atención a la ciudadanía, rehabilitación y reinserción a la sociedad de los individuos afectados.

El estado ecuatoriano reconoce los accidentes de tránsito como una problemática de salud pública, en cuanto a las diversas secuelas que perturben a la integridad mental y física de los ciudadanos perjudicadas (Ministerio de Salud Pública - MSP, 2015).

5. Formulación de la hipótesis

Las intervenciones de enfermería influyen en las complicaciones a pacientes adultos ingresados por traumatismo abdominal en el del Hospital General Guasmo Sur.

5.1. Identificación y clasificación de variables

La clasificación e identificación de las variables es detallada a continuación:

Variable Independiente: Intervenciones de enfermería

Variable Dependiente: Complicaciones en el traumatismo abdominal

5.2.Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

| Variable | Dimensiones | Indicador | Técnica |
|--|------------------------------------|--|---|
| Variable Independiente: Intervenciones de enfermería | Factores de enfermería | Protocolos, Actividades de Enfermería | Observación directa e indirecta mediante historias clínicas y matriz. |
| | Factores del paciente | Patologías de Ingreso | |
| Variable Dependiente: Complicaciones en el traumatismo abdominal | Trauma cerrado o contuso | Valoración Diagnóstico Planificación Procedimiento Estructuras afectadas | Observación directa e indirecta mediante historias clínicas y matriz. |
| | Trauma abierto o penetrante | Valoración Diagnóstico Planificación Procedimiento Estructuras afectadas | |

Fuente: Elaborado por Cadena Adassa

CAPÍTULO III

6. Diseño metodológico

6.1. Tipo de investigación

Para la realización del proyecto se utilizó un diseño epidemiológico, ya que se origina en el campo de las ciencias de la salud, además analiza la morbi-mortalidad y eventos de los seres humanos y sus poblaciones (Hernández-Sampieri, 2018). De igual manera se realizó un estudio observacional, retrospectivo, según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio se convierte en transversal y por la variable de interés en analítico con enfoque cuali-cuantitativo, en el cual se incluyeron a los pacientes adultos con traumatismo abdominal en el Hospital General Guasmo Sur.

Según la intervención del investigador cabe recalcar que el método observacional tiene en particular el hecho de que el investigador dependiendo de lo observado en lo solicitado de la investigación logra exponer los resultados, el investigador no tiene autoridad alguna para manipular o modificar variables de estudio, por lo cual esto es convertido en un punto fructífero al desarrollar la investigación y netamente al adquirir resultados reales.

De igual forma, según la planificación de la recolección de datos se optó por realizar un tipo de investigación retrospectiva que comprende el análisis de la indagación médica con el fin de comparar algún grupo de individuos que padezcan una patología al ingresar, enfermedad crónica o alguna afectación en particular con otro grupo sin estas particularidades.

El presente estudio se encuentra basado en la observación y las estadísticas clínicas descriptivas de pacientes adultos con trauma abdominal ingresados en el Hospital General Guasmo Sur, donde se inspeccionan contextos descriptivos de exposición o manifestación a factores sospechosos, los resultados acerca de la frecuencia observada del grupo de individuos expuestos como objetos de estudio, es realizado con un estudio estadístico cuantitativo.

6.2. Métodos de investigación

Teniendo como objetivo general identificar las intervenciones de enfermería en complicaciones a pacientes adultos ingresados por traumatismo abdominal, en el área de emergencias del Hospital General Guasmo Sur - 2019; se empleó el método inductivo, método deductivo y el método de observación.

Al destinar el método inductivo se tiene como propósito conseguir las conclusiones oportunas correspondientes a la problemática concretada por medio de la determinación de sus propias causas y efectos; por consiguiente, el método deductivo induce los efectos probables por medio de concepciones formales; por último, el método de observación accede a contrarrestar mayormente lo observado mediante guías de observación respectivas al tipo y al espacio de estudio.

6.3. Población y muestra

Al estipular la población y muestra en el transcurso de la metodología investigativa es importante tomar en consideración los datos recopilados por el Departamento de Estadísticas del Hospital Guasmo Sur.

La población estuvo representada por los pacientes ingresados en el área de emergencias del Hospital General Guasmo Sur durante el periodo correspondiente entre enero a diciembre del 2019, donde se detalla la cantidad de adultos ingresados por el área de emergencias que presenten traumatismo abdominal. A continuación, la muestra quedó conformada por los 175 pacientes, para interpretar la dimensión de la población se detalla la siguiente tabla:

Tabla 2. Población y muestra

| Área de | # Pacientes | Tiempo |
|--|--------------------|--|
| Emergencias | | |
| Pacientes ingresados por traumatismos abdominal | 175 | Datos del departamento de estadísticas del Hospital General Guasmo Sur, en el año 2019 |
| Total | 175 | |

Elaborado por: Cadena Carlos Adassa.

6.4. Tipo de muestreo

Al precisar el tipo de muestreo cuantitativo, se consideraron los datos estadísticos recibidos por el Departamento de Estadísticas del Hospital Guasmo Sur; es decir el método no probabilístico por conveniencia por la accesibilidad y proximidad de los sujetos para la investigación, donde se compromete el 100% del universo con el propósito de eliminar el margen de error para obtener resultados confiables y reales.

La muestra estuvo conformada por 175 pacientes adultos ingresados por emergencias con traumatismo abdominal; además para cumplir con los objetivos

planteados, se elaboró una matriz de observación directa a los usuarios que estuvieron hospitalizados en el periodo de enero a diciembre del 2019 de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión donde se consideran el desarrollo de la investigación.

6.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados con trauma abdominal.
- Grupos etarios de 20 a 65 años.
- Sexo indistinto.

6.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores o igual a 19 años.
- Pacientes mayores o igual a 66 años.

6.5. Técnicas de recolección de datos

En la presente investigación se aplicó la técnica de guía de observación directa; así como técnicas secundarias basadas en la referencias documental, científica y bibliográfica. A continuación, el levantamiento de información junto al proceso investigativo:

A través de los formularios y guía de observación directa.

Diseño del formato de recolección de datos (matriz de observación directa).

Los análisis de historias clínicas sobre pacientes con cuadro clínico de traumatismo abdominal brindados por el Departamento de Estadísticas del Hospital.

La recolección de datos junto a la conformación de un registro en Excel, por último, los análisis de los resultados respectivamente.

Realización de base de datos en Microsoft Excel predestinada exclusivamente para el registro de datos.

La validación correspondiente de la información.

Análisis de los datos recogidos mediante gráficos de pasteles y barras.

Interpretación de los datos finiquitando conclusiones y recomendaciones.

6.6. Instrumentos de recolección de datos

En el desarrollo de la presente investigación se empleó una matriz de observación directa, un formato de recolección de datos, junto a la historia clínica expedidos por el personal de estadísticas del Hospital General Guasmo Sur, además de la realización de un análisis del manejo de pacientes con traumatismo abdominal en esta entidad de salud.

6.7. Aspectos éticos

En este trabajo de titulación se desempeñaron los principios bioéticos en los datos adquiridos, el principio de beneficencia y el de no maleficencia junto al principio de autonomía; la veracidad es otro principio ético que rige el actuar del profesional de enfermería y su ejercer responsable en la profesión.

Cabe recalcar que dentro de los principios de la ética médica se ubica el secreto profesional o confidencialidad, el cual se aplicó en la obtención de datos ya que la información recogida será exclusivamente para fines investigativos. Se contó con la aprobación por parte de las autoridades del Hospital General Guasmo Sur para poder realizar el proyecto.

CAPÍTULO IV

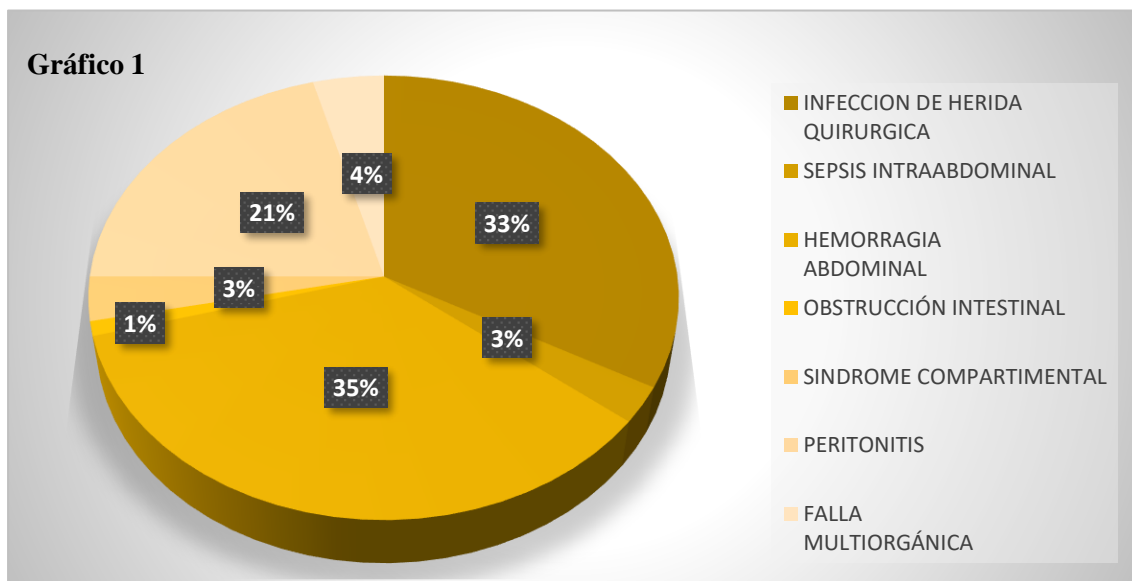
7. Presentación de resultados

7.1. Análisis e interpretación de resultados

El objetivo general de la investigación es identificar las intervenciones de enfermería en pacientes adultos ingresados por traumatismo abdominal en las áreas de atención de este tipo de casos en el Hospital General Guasmo Sur, 2019; para lo cual tenemos los respectivos análisis de la base de datos proporcionada por el departamento de estadísticas del hospital y los resultados de la matriz de observación directa (anexo 6 y 7).

Dentro de las intervenciones de enfermería durante los meses que se implementó la observación directa e indirecta en el área de atención de este tipo de casos se establecieron los siguientes detalles: Con relación al primer objetivo planteado en la investigación se obtuvieron los siguientes resultados.

Gráfico 1. *Complicaciones asociadas al trauma abdominal*

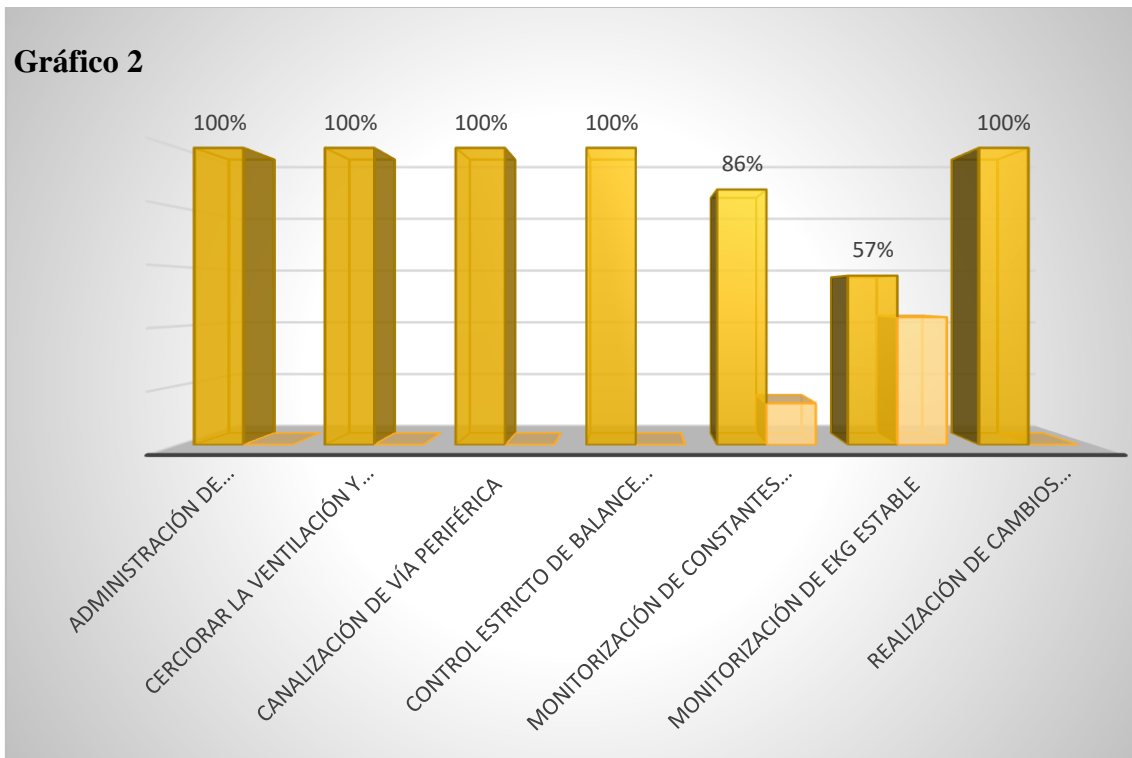


Fuente: Ficha de observación indirecta e historias clínicas de los pacientes.

Elaborado por: Cadena Carlos Adassa.

En el gráfico 1 se evidencia que, de todos los casos ingresados por traumatismo abdominal en pacientes adultos, el 35% presentan complicaciones como hemorragia abdominal, seguido de un 33% quienes tienen infección de herida quirúrgica; el 21% peritonitis, el 4% falla multiorgánica, el 3% conjuntamente los que reflejan sepsis intraabdominal y síndrome compartimental; finalmente el 1% presentan obstrucción intestinal.

Gráfico 2. *Intervenciones de enfermería generales asociadas al trauma abdominal.*

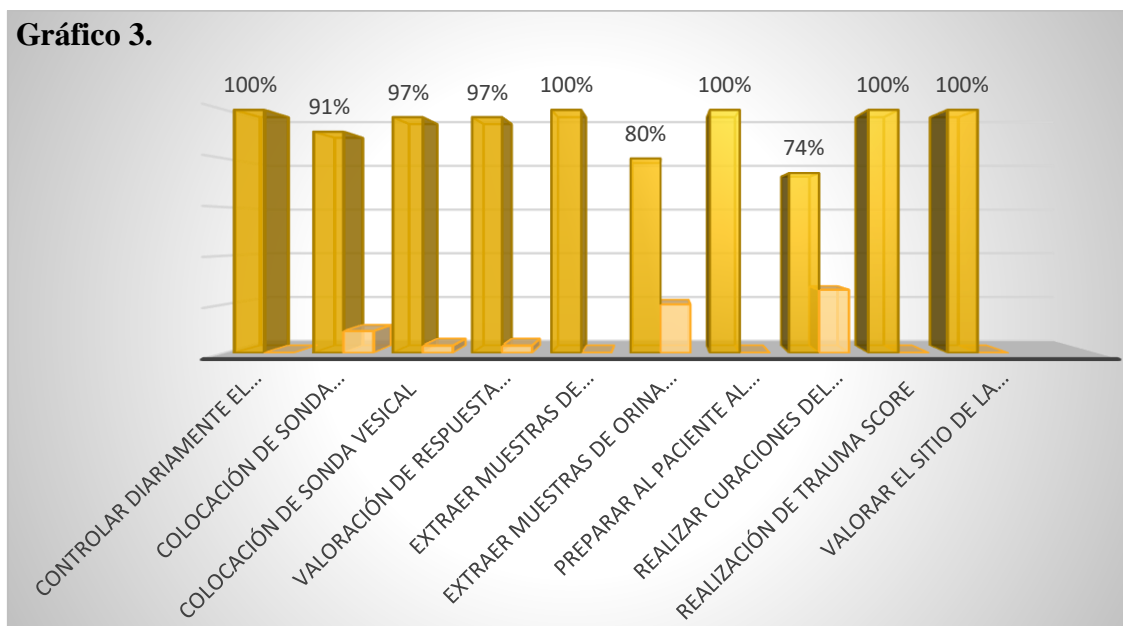


Fuente: Ficha de observación indirecta e historias clínicas de los pacientes.

Elaborado por: Cadena Carlos Adassa.

En el gráfico 2 se evidencia que, en la mayoría de los casos representados en un 100% la intervención de enfermería está basado en la administración de medicamentos, el cerciorar la ventilación y oxigenación correcta, la canalización de la vía periférica, el control estricto de balance hídrico, y por último, la realización de cambios posturales e higiene diaria al paciente; seguido del 86% que se encuentra la monitorización de constantes vitales a cada hora; y por último, en un 57% la monitorización de EKG estable.

Gráfico 3. Intervenciones de enfermería específicas asociadas al trauma abdominal



Fuente: Ficha de observación indirecta e historias clínicas de los pacientes.

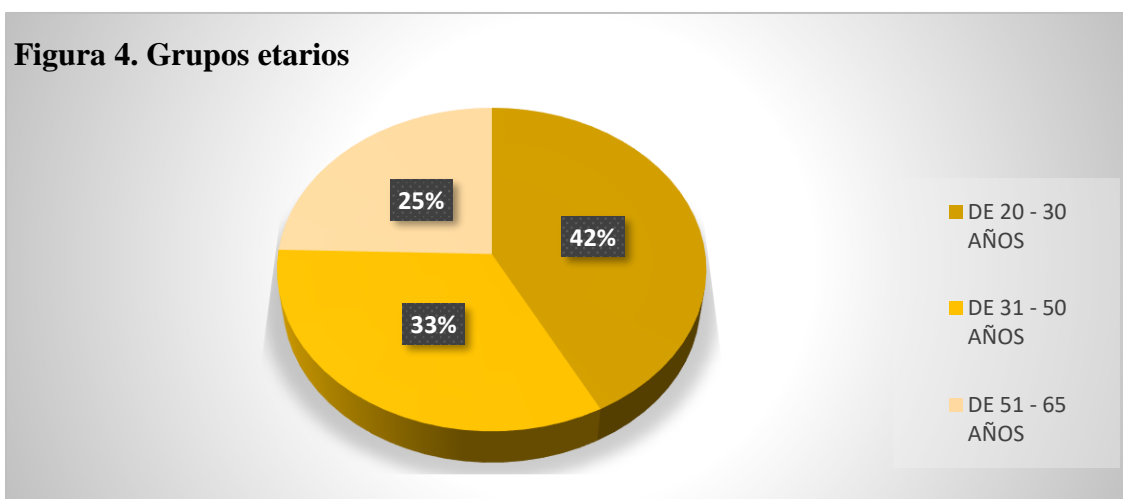
Elaborado por: Cadena Carlos Adassa.

En el gráfico 3 se evidencia que, en la mayoría de los casos representados en un 100% la intervención de enfermería específica está basado en el control diario del catéter periférico o venoso central, la extracción de muestras de sangre, la preparación del paciente al ingreso de cada área, la realización de trauma score y la valoración del sitio de la herida; seguido del 97% que es la colocación de la sonda vesical y la valoración de respuesta pupilar con la escala de Glasgow; el 91% la colocación de la sonda nasogástrica, el 80% la extracción de muestras de orina y por último, en un 74% la realización de curaciones en el área de la herida.

Con relación al segundo objetivo planteado en la investigación se obtuvieron los siguientes resultados.

Gráfico 4. *Grupos etarios asociadas al trauma abdominal*

Figura 4. Grupos etarios



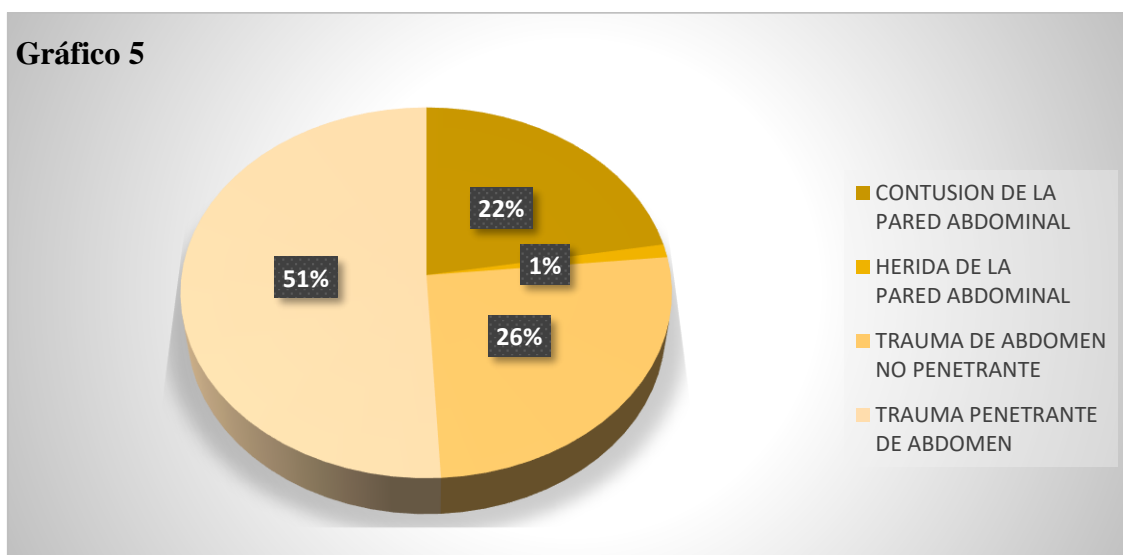
Fuente: Ficha de observación indirecta e historias clínicas de los pacientes.

Elaborado por: Cadena Carlos Adassa.

En el gráfico 4 se evidencia que, el 42% está representado por los pacientes de 20 a 30 años que ingresados en el área de emergencia presentando traumas abdominales; seguido del 33% quienes están en el rango de 31 a 50 años, y finalmente el 25% lo conforman las edades de 51 a 65 años.

Gráfico 5. *Diagnóstico de ingreso del paciente asociados al trauma abdominal*

Gráfico 5



Fuente: Ficha de observación indirecta e historias clínicas de los pacientes.

Elaborado por: Cadena Carlos Adassa.

En la figura 5 se evidencia que, el 51% de los pacientes ingresados por traumas abdominales presentan trauma penetrante de abdomen, seguido del 26% quienes poseen trauma de abdomen cerrado o no penetrante, el 22% contusión de la pared abdominal y por último el 1% heridas de la pared abdominal.

7.2. Conclusiones

Mediante la realización del proyecto se concluye, que la mayoría de las complicaciones que se presentan por trauma abdominal en el Hospital General Guasmo Sur están basados en hemorragias abdominales, infección de herida quirúrgica y peritonitis; además que las intervenciones generales por parte de enfermería están orientadas a la administración de medicamentos, el cerciorar la ventilación y oxigenación correcta, la canalización de la vía periférica, el control estricto de balance hídrico, y por último, la realización de cambios posturales e higiene diaria al paciente. A su vez que el personal de enfermería enfatice sus intervenciones adocrinándose en los casos de pacientes que presenten este tipo de trauma reduciendo las complicaciones junto a la mortalidad.

Se evidencia que, en su incidencia la mayor parte de pacientes ingresados se encuentran en el rango de 20 a 30 años los mismos que presentan cuadros clínicos de traumas abdominal penetrante y no penetrante.

7.3. Recomendaciones

Se debe adiestrar al personal de enfermería en los casos de pacientes que presenten complicaciones con trauma abdominal logrando así disminuir el riesgo de mortalidad; además de enfatizar el conocimiento y aprendizaje de las intervenciones de enfermería al momento de cualquiera de sus complicaciones derivadas.

Finalmente, se recomienda que en los pacientes en lo que se haya diagnosticado se debe llevar un protocolo de estudio y seguimiento al tratamiento evitando de alguna manera futuras complicaciones.

8. Referencias bibliográficas

Artículo de revista

Sosa, M. M. (2015). Prevalencia del traumatismo. *Revista de la Escuela de Medicina Dr. José Sierra Flores*.

Citas de un libro

Aboutanos, M. A. & Rodas, E. (2015). *Implementación y desarrollo de sistemas de atención en trauma en América Latina. Sociedad Panamericana de Trauma*. http://www.panamtrauma.org/Comite_de_Enfermeria/~spanish.

Algarbe, S. (2016). *Intervención de enfermería en paciente con traumatismo*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Belaunde, G. L., Ramírez, L. L. & Cáceres, R. J. (2018). *Conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes politraumatizados por el servicio móvil de urgencias*. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Carrión, A. C. & Choco, S. S. (2016). *Prevalencia y factores asociados al trauma abdominal en emergencia de cirugía, Hospital Vicente Corral Moscoso*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.

Doengs, M. & Frances, M. (2017). *Procesos y diagnósticos de Enfermería*. México: El Manual Moderno SA.

Gallango, V., Herrera, F., Rísquez, H. & López, G. (2017). *Traumatismos abdominal: Guía de actuación en una unidad móvil de emergencias abdominal*. Guide of action in a mobile unit of emergencies. http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protocolo_nure21.pdf

Hernández-Sampieri, R. (2018). *Metodología de la Investigación 6ta Edición*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Mejía, A. M. & Mocha, G. C. (2015). *Características del trauma abdominal en pacientes atendidos en el Hospital "Homero Castanier Crespo", Azogues. 2010-2013*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22423/1/TESIS.pdf>.

Mena, T. D., González, C. V., Cervera, G. A., Salas, M. P. & Orts, C. M. (2016). *Cuidados básicos de enfermería*. Universidad Jaume I. <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/150911>

Mogollón, G. E. (2016). *Tratamiento quirúrgico del trauma abdominal en pacientes atendidos en el servicio de trauma del Hospital Vicente Corral Moscoso*,

Enero-Diciembre del 2014. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23698/1/TESIS.pdf>.

Pacheco, A. (2015). *Trauma de abdomen.* *Revista clínica médica Condes.* Chile: Clínica Las Condes.
http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/5%20sept/trauma-abdomen-12.pdf; 22(5).

Pérez, Z. G. & González, J. J. (2015). *Caracterización del traumatismo abdominal cerrado.* Cuba: Medicentro Electrónica.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1029-30432015000100004yIng=es

Pupiales, M. J. (2017). *Conocimientos y prácticas clínicas del personal de enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico Politraumatizado - Área de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo.* Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica del Norte. Recuperado el 15 de Abril de 2017 de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7104/1/06%20ENF%20833%20TRAHAJO%20DE%20GRADO.pdf>

Ruiz, C. H. & Huayhualla, S. C. (2009). *Caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes mayores de 15 años con traumatismo abdominal, ingresados a los hospitales: General San Juan de Dios y Roosevelt; 2006 - 2008.* Peru: Universidad de Perú. Recuperado el 02 de Agosto de 2016 de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_I/Cap_09_Trauma%20abdominal.htm .

Ruiz, D. S. (2017). *Cuidados de enfermería de un paciente con traumatismo abdominal.* España: Universidad de Alicante.

Valverde, M. I., Mendoza, C. N. & Peralta, R. I. (2017). *Enfermería pediátrica modelo de Virginia Henderson.* España.

Informe de gobierno

Instituto Nacional Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. (2012). *Indicadores Básicos de Salud.* Quito. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf

Ministerio de Salud Pública - MSP. (2015). *Normativa Legal.* Quito: Ministerio de Salud pública.

Página de un sitio web

Alcalá, J. R. & Manzanero, M. E. (24 de 04 de 2017). *Cuidados de enfermería por politraumatismos*.
http://handbook.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtenez/61.pdf

Idrovo, M. (15 de 08 de 2020). *Médicos Ecuador*. Obtenido de Tauma Abdominal:
http://www.medicosecuador.com/librosecng/articulos/2/trauma_abdominal.htm

Navalón, J., Ramos, J. & Moreno, M. (28 de 11 de 2020). *Servicio de Cirugía*. . (H. U. Madrid, Ed.) Obtenido de Complicaciones de los traumatismos abdominales:
<https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-36-articulo-complicaciones-los-traumatismos-abdominales-12003371>

9. Anexos

Anexo 1. Autorización para el trabajo de titulación



Universidad Estatal
Península de Santa Elena

Carrera de **Enfermería**

Oficio N° 539-CE-UPSE-2020
La Libertad, 4 de agosto de 2020

Señora Doctora
Silvia Pazmiño Espinoza
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
En su despacho. –

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería la estudiante:

| N° | TÍTULO | ESTUDIANTES | |
|----|--|-------------------------------|------------|
| | | NOMBRE | CEDULA |
| 1 | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES A PACIENTES ADULTOS INGRESADOS POR TRAUMATISMO ABDOMINAL EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, 2019 | CADENA CARLOS ADASSA KRYSTTEL | 0927961672 |

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondiente y levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
ACM/avg

Anexo 2. Informe trabajo autónomo del proyecto de Investigación



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



REGISTRO DE ASISTENCIA A TUTORÍAS DE TITULACIÓN TUTOR- ESTUDIANTE

Estudiante: Cadena Carlos Adassa Krysstel
Tutor: Lic. Adonis Faustino Hernández Ortiz,
Tema: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES A PACIENTES ADULTOS INGRESADOS POR TRAUMATISMO ABDOMINAL EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, 2019.

| PROGRAMA DE DESARROLLO DE TUTORIA | LUGAR REUNIÓN | HORA DE INICIO | HORA FINAL | No HORAS | FIRMA TUTOR | FIRMA ESTUDIANTE | JULIO | | | AGOSTO | | | SEPTIEMBRE | | | OCTUBRE | | | NOVIEMBRE | | | DICIEMBRE | | |
|---|--------------------------------------|----------------|------------|-----------|----------------|------------------|-------|---|----|--------|---|----|------------|----|----|---------|----|----|-----------|---|---|-----------|----|----|
| | | | | | | | D | M | A | D | M | A | D | M | A | D | M | A | D | M | A | D | M | A |
| Indicaciones generales por el tutor. | Sala de profesores Carena Enfermería | 09h00 | 12h00 | 3 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | 28 | 7 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orientación sobre el desarrollo del trabajo de titulación | Sala de profesores Carena Enfermería | 13h00 | 16h00 | 4 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | 30 | 7 | 20 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones para el Capítulo I | Desde casa- vía Zoom | 10H00 | 13H00 | 3 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | 10 | 8 | 20 | | | | | | | | | | | | |
| Revisión y correcciones del capítulo I | Desde casa- vía Zoom | 10h00 | 15h00 | 3 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | 30 | 8 | 20 | | | | | | | | | | | | |
| Indicaciones y Revisión de la Introducción y Justificación. | Desde casa- vía Zoom | 12h00 | 16h00 | 4 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | 6 | 9 | 20 | | | | | | | | | |
| Revisión de bibliografía utilizada en normas APA. | Desde casa- vía Zoom | 12h00 | 16h00 | 4 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | 10 | 9 | 20 | | | | | | | | | |
| Indicaciones y revisión de la Justificación y propósitos del proyecto | Desde casa- vía Zoom | 10H00 | 12h00 | 2 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | 14 | 9 | 20 | | | | | | | | | |
| Revisión y correcciones del Capítulo II. | Desde casa- vía Zoom | 12H00 | 16H00 | 4 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | 10 | 20 | | | | | | | | | | |
| Revisión de la hoja de resultados | Desde casa- vía Zoom | 12h00 | 18h00 | 3 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | 8 | 11 | 20 | | | | | | |
| Revisión de los constructos teóricos y las teorías de enfermería | Desde casa- vía Zoom | 13H00 | 16h00 | 3 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | 4 | 11 | 20 | | | | | | |
| Revisión de los constructos teóricos y las teorías de enfermería | Desde casa- vía Zoom | 10H00 | 14h00 | 4 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | 5 | 11 | 20 | | | | | | |
| Revisión de la fundamentación de enfermería. | Desde casa- vía Zoom | 13h00 | 16h00 | 3 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | 18 | 11 | 20 | | | | | | |
| Indicaciones del capítulo III | Desde casa- vía Zoom | 15h00 | 18h00 | 3 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | 19 | 11 | 20 | | | | | | |
| Indicaciones acerca de la metodología | Desde casa- vía Zoom | 15h00 | 17h00 | 2 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | 20 | |
| Revisión del capítulo III. | Desde casa- vía Zoom | 15h00 | 17h00 | 2 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | 20 | |
| Revisión y corrección de la metodología | Desde casa- vía Zoom | 14h00 | 18h00 | 4 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | 20 | |
| Revisión del capítulo IV. | Desde casa- vía Zoom | 14h00 | 18h00 | 4 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | 20 | |
| Correcciones y finalización del Capítulo IV | Desde casa- vía Zoom | 14h00 | 16h00 | 2 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | 11 | 20 |
| Revisión del proyecto concluido y verificación por Urdand. | Desde casa- vía Zoom | 14h00 | 17h00 | 3 | <i>[Firma]</i> | <i>[Firma]</i> | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | 11 | 20 |
| TOTAL HORAS | | | | 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[Firma]
Adassa Krysstel Cadena Carlos
Estudiante del proyecto

[Firma]
Lic. Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp
Docente Tutor

Anexo 3. Aprobación del tema en el Hospital General Guasmo Sur

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Hospital General Guasmo Sur
Gerencia Hospitalaria

Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2020-0301-O

Guayaquil, 02 de septiembre de 2020

Asunto: Respuesta a: SOLICITUD PARA INVESTIGACION SOBRE EL TEMA INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN COMPLICACIONES A PACIENTES ADULTOS INGRESADOS POR TRAUMATISMO ABDOMINAL EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, 2019".

Adassa Krysstel Cadena Carlos
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ8S-HGGS-UAU-2020-0451-E por medio del cual solicita autorización para desarrollar el tema de investigación **"INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN COMPLICACIONES A PACIENTES ADULTOS INGRESADOS POR TRAUMATISMO ABDOMINAL EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, 2019"**.

Por lo antes expuesto y en relación a la documentación entregada con antelación al Departamento de Docencia e Investigación, su solicitud es **FAVORABLE**.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Silvia Magali Pazmiño Espinoza
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR (E)

Referencias:
- MSP-CZ8S-HGGS-UAU-2020-0451-E

Anexos:
- ago_27_doc_2.pdf

Copia:
Señora Doctora
Maria Elena Vera Gordillo
Coordinadora de la Gestión de Docencia e Investigación del Hospital General Guasmo Sur

Dirección: Av. Cacique Tomalá y Callejón Eby Aillaro
Código Postal: 090112 / Guayaquil Ecuador
Teléfono: 593-4-3803-600 - www.hguasmosur.gob.ec





Oficio Nro. MSP-CZ8S-HGGS-GERENCIA-2020-0301-O

Guayaquil, 02 de septiembre de 2020

Señor Doctor
Marco Fabian Moya Borja
Lider de Investigación del Hospital General Guasmo sur

Señor Ingeniero
Cesar Jairo Menendez Cevallos
Responsable de Gestión de Admisiones del Hospital General Guasmo Sur (E)

Señora Doctora
Bella Alicia Vicuña Muñoz
Director Asistencial del Hospital General Guasmo Sur

mm/MV/BV

SILVIA MARI RUIZ
PAZMINO ESPINOZA
Señora de nacimiento
CALLEJÓN EBY ALTARO, GUAYAS
CALLEJÓN EBY ALTARO, GUAYAS
CALLEJÓN EBY ALTARO, GUAYAS
CALLEJÓN EBY ALTARO, GUAYAS
CALLEJÓN EBY ALTARO, GUAYAS
CALLEJÓN EBY ALTARO, GUAYAS
CALLEJÓN EBY ALTARO, GUAYAS
CALLEJÓN EBY ALTARO, GUAYAS
CALLEJÓN EBY ALTARO, GUAYAS

Dirección: Av. Cacique Tomalá y Callejón Eby Altaro
Código Postal: 090112 / Guayaquil Ecuador
Teléfono: 593-4-3803-600 - www.hguasmosur.gob.ec

o firmado electrónicamente por Quijux

Lenín



Anexo 4. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

Consentimiento informado para participantes de investigación “Intervenciones de enfermería en pacientes adultos con traumatismo abdominal; área de emergencias del Hospital General Guasmo Sur, 2019”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación se efectuará como parte del proceso de titulación de la Carrera de Enfermería -Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Universidad Estatal Península de Santa Elena elaborado por el estudiante Cadena Carlos Adassa Krysstel y bajo la tutoría de Lcdo. Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp. La meta de este estudio identificará las intervenciones de enfermería en pacientes adultos ingresados por traumatismo abdominal en las áreas de atención de este tipo de casos en el Hospital General Guasmo Sur, 2019.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.



Yo, _____, con número de cedula _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducido por el grupo de investigación de la Carrera de Enfermería- Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Universidad Estatal Península de Santa Elena elaborado por el estudiante Cadena Carlos Adassa Krysstel y bajo la tutoría de Lcdo. Adonis Faustino Hernández Ortiz, Esp. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 a 15 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De

tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a los ejecutores de esta investigación. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante (En letras de imprenta)

Anexo 5. Ficha de observación directa

| | | |
|--|---|---|
|  | UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA MATRIZ DE OBSERVACIÓN DIRECTA |  |
| OBJETIVO: Identificar las intervenciones de enfermería en pacientes adultos ingresados por traumatismo abdominal en las áreas de atención de este tipo de casos en el Hospital General Guasmo Sur, 2019 | | |
| INSTRUCCIONES PARA EL OBSERVADOR: Marque con una "X" el casillero que corresponda según las Intervenciones que cumple el personal de Enfermería en los turnos correspondientes. | | |
| TURNOS: MAÑANA | TARDE | NOCHE |

| INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA | SI | NO |
|---|----|----|
| Administración de medicamentos | | |
| Controlar diariamente el estado del catéter periférico o venoso central | | |
| Cerciorar la ventilación y oxigenación correcta | | |
| Canalización de vía periférica | | |
| Colocación de sonda nasogástrica | | |
| Colocación de sonda vesical | | |
| Control estricto de balance hídrico | | |
| Valoración de respuesta pupilar y estado de conciencia con la escala de Glasgow | | |
| Extraer muestras de sangre para exámenes complementarios | | |
| Extraer muestras de orina para exámenes complementarios | | |
| Monitorización de constantes vitales cada hora | | |
| Monitorización de EKG estable | | |
| Preparar al paciente al ingreso de cada área para los procedimientos posteriores | | |
| Realización de cambios posturales e higiene diaria al paciente | | |
| Realizar curaciones del sitio de la herida quirúrgica | | |
| Realización de trauma score | | |
| Valorar el sitio de la herida quirúrgica en busca de signos de infección e sangramiento | | |

| COMPLICACIONES EN EL TRAUMATISMO ABDOMINAL | SI | NO |
|--|----|----|
| Infección de herida quirúrgica | | |
| Sepsis intraabdominal | | |
| Hemorragia abdominal | | |
| Obstrucción intestinal | | |
| Síndrome compartimental | | |
| Peritonitis | | |
| Falla multiorgánica | | |

Elaborado por: Cadena Carlos Adassa

Anexo 6. Datos estadísticos por el Departamento de Estadística del Hospital General Guasmo Sur

| N° | EDAD EN AÑOS | GRUPOS ETARIOS | SEXO | DIAGNÓSTICO DE INGRESO | DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO | INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA | SEPSIS INTRAABDOMINAL | HEMORRAGIA ABDOMINAL | OBSTRUCCIÓN INTESTINAL | SINDROME COMPARTIMENTAL | PERITONITIS | FALLA MULTIORGÁNICA |
|-----|--------------|----------------|----------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|-------------------------|-------------|---------------------|
| 1 | 30 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | HERIDA DE LA PARED ABDOMINAL | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | NO | NO | SI | SI | NO |
| 3 | 30 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI |
| 5 | 39 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI |
| 11 | 21 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 12 | 31 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO |
| 16 | 59 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 17 | 27 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO |
| 20 | 42 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 23 | 20 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | SI | NO | NO | NO | SI | SI |
| 25 | 27 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 29 | 52 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 30 | 47 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 33 | 41 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | SI | SI | NO | NO | SI | SI |
| 34 | 39 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 36 | 22 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 43 | 21 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | SI | NO | NO | SI | SI |
| 44 | 31 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | SI | NO | SI | NO | NO |
| 46 | 50 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 47 | 50 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | SI | NO | NO |
| 48 | 23 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO |
| 49 | 58 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 50 | 22 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 51 | 65 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | SI | SI | NO | NO | NO |
| 52 | 40 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 53 | 40 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 60 | 64 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | SI | SI | NO | NO | SI | NO |
| 61 | 20 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 63 | 27 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | SI | NO |
| 65 | 31 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 67 | 38 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 69 | 64 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO |
| 71 | 20 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | SI | NO | NO | SI | NO |
| 80 | 26 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | SI | SI | NO |
| 83 | 19 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | NO | NO | NO | SI | NO |
| 84 | 19 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO |
| 94 | 42 | 31 - 50 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO |
| 114 | 49 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | SI | NO | SI | NO |
| 115 | 60 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | NO | NO | NO | SI | SI |
| 118 | 19 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 120 | 20 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO |
| 121 | 54 | 51 - 65 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| 123 | 23 | 20 - 30 AÑOS | MASCULIN | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | TRAUMA PENETRANTE DE ABDOME | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |

Elaborado por: Cadena Carlos Adassa

Anexo 7. Evidencias Fotográficas



Circulación durante intervención quirúrgica.

Preparación del paciente y sala a intervenir.



Revisión de historias clínicas y llenado de formularios.



Colocación de sonda vesical.



Administración de medicamentos.

Anexo 8. Certificado Urkund

La Libertad, 25 de Marzo del 2021

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

003-TUTOR YDA-2020

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN COMPLICACIONES A PACIENTES ADULTOS INGRESADOS POR TRAUMATISMO ABDOMINAL EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR, 2019**, elaborado por la señorita **CADENA CARLOS ADASSA KRYSSTTEL**, estudiante de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado/a en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto de investigación ejecutado, se encuentra con el 0% de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe. Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



Lic. Adonis Faustino Hernández Ortíz, Esp.

