



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE
PACIENTE CON HEMOTÓRAX MASIVO.

CASTILLO BERNAL MADELEINE GABRIELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE
PACIENTE CON HEMOTÓRAX MASIVO.

CASTILLO BERNAL MADELEINE GABRIELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

EXAMEN COMPLEXIVO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE PACIENTE CON
HEMOTÓRAX MASIVO.

CASTILLO BERNAL MADELEINE GABRIELA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

SALVATIERRA AVILA LINDA YOVANA

MACHALA, 20 DE AGOSTO DE 2018

MACHALA
20 de agosto de 2018

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Proceso de Atención de Enfermería en el Manejo de paciente con Hemotórax Masivo., hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

SALVATIERRA AVILA LINDA YOVANA
0703784561
TUTOR - ESPECIALISTA 1

FIGUEROA SAMANIEGO SANDRA
0701801144
ESPECIALISTA 2

FALCONI PELAEZ SANDRA VERONICA
0704840867
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: jueves 23 de agosto de 2018 - 16:41

Urkund Analysis Result

Analysed Document: REACTIVO-PRACTICO-HEMOTORAX-MASIVO-MADELEINE-CASTILLO.docx (D40716446)
Submitted: 8/4/2018 4:35:00 AM
Submitted By: mgcastillo_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, CASTILLO BERNAL MADELEINE GABRIELA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Proceso de Atención de Enfermería en el Manejo de paciente con Hemotórax Masivo., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

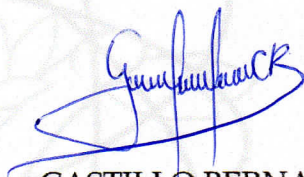
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 20 de agosto de 2018



CASTILLO BERNAL MADELEINE GABRIELA
0705792737

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios por haberme dado salud, paciencia y la fortaleza necesaria para alcanzar cada uno de los objetivos propuestos desde el inicio de este largo transitar que ha sido esta bella carrera universitaria.

A mi familia por todo el apoyo brindado, amor y sacrificio durante todos estos años sobre todo por los valores y enseñanzas inculcadas que han hecho de mi la persona que soy.

A todas las personas y amigos que de uno u otra manera formaron parte de este proceso de formación profesional y permanecieron a mi lado en todo momento, de manera especial a aquellos profesionales de la salud que supieron compartir sus conocimientos sin egoísmo y estuvieron prestos a colaborar con nuestro aprendizaje.

MADELEINE CASTILLO BERNAL

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios por bendecirme día a día, darme salud, fortaleza y sabiduría para poder sobrellevar cada una de las adversidades que se han presentado a lo largo de mi formación y así poder culminar exitosamente mi carrera académica e iniciar con ansias mi vida profesional.

A mi familia, de manera especial a mi tía, mamá y abuelita quienes siempre se mantuvieron a mi lado brindándome su apoyo incondicional, convirtiéndose en la razón y pilar fundamental para alcanzar cada objetivo planteado en mi vida y el motivo de mi superación.

A la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación y al Instituto de Fomento al Talento Humano por el apoyo económico que me ha brindado para sustentar cada gasto necesario durante mi carrera universitaria y el cual fue de vital importancia para el logro alcanzado ya que sin su aporte las posibilidades de culminar mis estudios eran nulas.

Y por supuesto a mi querida Universidad y a todas las autoridades, por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en la formación a lo largo de mi vida estudiantil y en el desarrollo de esta investigación.

A mis tutoras por ser mi guía para la elaboración del presente trabajo de titulación, por su esfuerzo, dedicación y tiempo que me brindaron durante este tiempo.

MADELEINE CASTILLO BERNAL

RESUMEN

El traumatismo torácico se establece como la tercera lesión más prevalente en un paciente poli traumatizado provocando alrededor del 20 al 25% de las muertes causadas principalmente por complicaciones como el hemotórax masivo definido como el acúmulo rápido de sangre en la cavidad pleural. El hemotórax es de origen traumático y no traumático, clasificándose como leve menos de 300 ml de sangre, moderado de 300 a 1500 ml de sangre y severo o masivo más de 1500 ml de sangre en la cavidad torácica, la sintomatología predominante es la taquicardia, shock hipovolémico, dolor torácico y disnea siendo necesario para su diagnóstico una tomografía o radiografía simple de tórax y la resolución del grado clínico depende de la correcta colocación de un tubo de drenaje torácico para evitar complicaciones como el hemotórax retenido o coagulado, empiemas, atelectasias, entre otras. El objetivo general de este trabajo investigativo fue proponer un plan de cuidados para aplicar el proceso de atención de enfermería en el manejo de paciente con hemotórax masivo mediante planificaciones basadas en diagnósticos NANDA, los resultados de estas NOC y las intervenciones a realizar NIC, a través de la aplicación del modelo de Virginia Henderson valorando las necesidades básicas afectadas de respiración, eliminación y movilidad para lograr la independencia del paciente y mejorar la calidad de vida.

Palabras claves: Traumatismo de Tórax, Hemotórax Masivo, Proceso de Atención de Enfermería.

ABSTRACT

Thoracic trauma is set the third injury more prevalent in a patient poly traumatized causing around 25% of the deaths caused mainly by complications such as massive hemothorax defined as the rapid accumulation of blood in the pleural cavity. The hemothorax is traumatic origin and not traumatic, classified as mild less than 300 ml of blood, severe and moderate 300 to 1500 ml of blood or mass more than 1500 ml of blood in the thoracic cavity, the predominant symptoms is tachycardia shock hypovolemic, chest pain and shortness of breath being necessary for diagnosis a tomography or simple chest x-ray and the resolution of the clinical grade depends on the correct placement of a thoracic drainage tube to prevent complications such as hemothorax retained or coagulated, empyema, atelectasis, among others. The overall objective of this research work was to propose a plan of care to apply the nursing process in the management of patient with massive hemothorax by planning based on Diagnostics NANDA, the results of these NOC and the interventions to make NIC, through the application of the model of Virginia Henderson evaluating the affected respiration, elimination and mobility needs to achieve the independence of the patient and improve the quality of life.

Key words: chest trauma, massive hemothorax, nursing care process.

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÒN	5
DESARROLLO	7
Antecedentes	7
Etiología	7
Clasificación	7
Manifestaciones clínicas	8
Factores de riesgo	8
Diagnóstico	9
Complicaciones	9
Tratamiento	10
Cuidados de enfermería en Hemotórax Masivo	10
Teoría de Virginia Henderson	11
Valoración de las necesidades según Virginia Henderson	11
Proceso de Atención de Enfermería.	11
ANEXOS	13
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUCCIÓN

El hemotórax masivo definido como el acúmulo rápido de sangre en la cavidad pleural (1500 ml o más de un tercio de la volemia del paciente o un sangrado cuantificado en el drenaje a ritmo de 200 ml/hora por 4 horas consecutivas,) es una entidad que debe ser tratada durante la revisión primaria de un paciente poli traumatizado(1) (2).

Esta alteración muchas veces pasa desapercibida en los traumatismos cerrados por lo cual se requiere realizar una correcta anamnesis y exploración física para entablar la sospecha diagnóstica, por motivo de que el hemotórax masivo sumado al shock hipovolémico acompañante representa un riesgo para la vida del paciente de forma directa o indirecta, y los pacientes que llegan al servicio de emergencia por traumatismo, en un 70 a 80 % son politraumatizados con lesiones severas asociadas(3)(4).

Los traumatismos torácicos se han convertido en una de las causas más frecuente de mortalidad, dada la industrialización y modernos medios de transporte, siendo los responsables de la gran mayoría de estos traumatismos principalmente en países desarrollados. La Organización Mundial de la Salud indica que alrededor del mundo el 20 al 25% de pacientes mueren por causa de un traumatismo torácico, principalmente por las complicaciones que la misma provoca como son neumotórax, hemotórax, hemotórax masivo, contusión pulmonar, entre otras (5).

El mecanismo de lesión más frecuente son las heridas por arma de fuego en el 42,60 % de los casos, las caídas se encuentran en el 6,20 % de los casos. La complicación más frecuente fue el neumotórax con 37,0 % de los casos, seguida del hemotórax con 24,90 %, de los cuales el 10,60 % fue hemotórax masivo, mientras en otro estudio el 72.7% fue ocasionado por accidente de tránsito. La lesión más frecuente fue la contusión pulmonar con 95,5% mientras que el hemotórax masivo se presentó en 27,3% (4) (6).

En un estudio realizado en el hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2013 se registraron 490 casos de trauma torácico en los hombres con el 78,4 de porcentaje. En el 76.9% se evidencio lesiones superficiales de la pared torácica y el hemotórax masivo se encontró en un 6.3% de la población siendo esta la principal causa de letalidad en la población dada con 66,7% (7).

El manejo del trauma torácico consiste realizar pruebas diagnósticas como la realización de tomografía computarizada, la ultrasonografía, la resonancia magnética y los rayos X computarizados dinámicos. Además, han influido los avances en cuidados intensivos, la toracotomía de emergencia, la videotoracoscopia, el manejo del dolor, la fisioterapia respiratoria y el apoyo de la terapia con antibióticos, por lo cual actualmente resulta primordial un alto índice de sospecha de patologías que ameritan la realización de estos estudios, para el pronto diagnóstico de complicaciones de trauma de tórax y el tratamiento oportuno de las mismas(1).

La enfermería como profesión se caracteriza por brindar cuidados humanísticos y basados en conocimientos científicos. El rol de enfermería en pacientes con hemotórax masivo, inicia con la valoración inicial del mismo, además de la observación y análisis de datos significativos como la sintomatología de estos pacientes, lo cual permite llegar a un diagnóstico enfermero que a su vez es punto inicial para desarrollar un plan de cuidados que permita la satisfacción de las necesidades del individuo(8)(9).

La importancia de la presente revisión bibliográfica radica en la necesidad de identificar oportunamente los signos y síntomas que presenta un paciente con hemotórax masivo y el debido manejo y cuidado que el personal de enfermería debe brindar al mismo para disminuir el índice de mortalidad a razón de esta patología.

El objetivo general de este trabajo es proponer planes de cuidado dentro del proceso de atención de enfermería en el manejo de paciente con hemotórax masivo, mediante la aplicación del modelo de Virginia Henderson valorando las necesidades básicas afectadas mediante planificaciones basadas en diagnósticos NANDA, los resultados de estas NOC y las intervenciones NIC para lograr la independencia del paciente.

DESARROLLO

Antecedentes

El hemotórax masivo es una de las principales complicaciones de traumatismos torácicos, la cual consiste en la presencia sanguínea dentro del espacio pleural en una cantidad mayor a 1500 ml. Esta patología es la responsable del 20 al 25% de muertes por traumatismos torácicos, según estudios realizados el 42,60% de los casos son causados por arma de fuego, 6.2% por caídas, siendo los hombres los más afectados presentándose en el 78,4% de los afectados (1) (5) (6) (7).

Etiología

El hemotórax tiene un origen traumático y no traumático. El hemotórax traumático ocurre hasta en un 60% de pacientes poli traumatizados pudiendo ser estos por traumas cerrados o abiertos, asociándose también a heridas por arma blanca o a contusión torácica. La etiología traumática resulta en algunas ocasiones muy difícil de diagnosticar ya que su presentación puede variar en cada paciente, por lo cual es imprescindible una adecuada revisión primaria de todo paciente atendido en el servicio de emergencia (10).

El hemotórax no traumático puede ser iatrogénico o espontáneo y es la segunda causa más frecuente de hemotórax. El de origen iatrogénico se debe a procedimientos invasivos torácicos como la colocación de un catéter venoso central, punción o biopsia pleural, transbronquiales, endoscopias o cirugías cardiorácica; mientras que la etiología espontánea se debe a coagulopatias (hemofilia, tromboastenia), vascular (malformaciones arteriovenosas, ruptura de bulla vascular, vasos agarrantes, aneurisma, entre otros), neoplasias, enfermedades reumáticas, entre otros(10).

Clasificación

Existe una clasificación según la radiología y según la cantidad de volumen sanguíneo encontrado en el espacio pleural. La clasificación radiológica lo divide al hemotórax en tres grados.

Grado I: Debajo de cuarto arco costal anterior

Grado II: Entre el cuarto y el segundo arco costal anterior.

Grado III: Encima del segundo arco costal anterior (10).

Según cantidad de volumen sanguíneo en espacio pleural el hemotórax puede ser:

Leve: con una pérdida menor a 300 ml de sangre.

Moderada: pérdida de 300 a 1500 ml de sangre

Masivo: Mayor a 1500 ml de sangre (11).

Manifestaciones clínicas

La sintomatología dependerá de la cantidad y rapidez de acumulación sanguínea en la cavidad torácica y el mecanismo causante del mismo; siendo predominante en el hemotórax traumático agudo signos como taquicardia, shock hipovolémico y dolor torácico, mientras que en el hemotórax iatrogénico predomina la disnea compartiendo en ambos casos signos de ocupación pleural. Al hablar de un hemotórax espontáneo, la sintomatología dependerá de la causa siendo necesaria desarrollar una anamnesis y examen físico que nos guíe a la etiología, siendo así en el caso de un paciente con hemoptisis se haría relación con una malformación arteriovenosa (2).

Factores de riesgo

En cuanto al hemotórax traumático el riesgo de desarrollar hemotórax masivo incrementa con el número de costillas fracturadas, siendo de un 6% con ausencia de fracturas costales, 24% con 1 a 2 fracturas y llegando al 81% con más de 2 fracturas (2). En un estudio descriptivo, prospectivo y analítico realizado con una muestra de 376 pacientes con trauma de tórax en España se observó que las comorbilidades estadísticamente significativas como la EPOC, insuficiencia renal crónica y patologías asociadas a la anticoagulación implican mayor riesgo en los pacientes con traumatismo de tórax para desarrollar complicaciones entre las cuales la principal fue el hemotórax masivo con un 3,4% (12).

Dentro de los traumatismos torácicos incluido el hemotórax masivo son más propensos los adultos jóvenes (40 años) de sexo masculino, entre las principales causas se encuentran accidentes automovilísticos, heridas por arma blanca y de fuego y contusiones, mientras que en los adultos mayores el principal factor de riesgo son las caídas (13).

Diagnóstico

El diagnóstico de complicaciones como hemotórax masivo, que puede presentar un paciente con traumatismo torácico se realiza mediante valoración clínica adecuada del paciente y la realización de exámenes de imagenología, entre los cuales los principales son la radiografía de tórax en proyección postero-anterior o antero-posterior y la tomografía simple de tórax. La radiografía de tórax en un paciente con traumatismo torácico presenta una sensibilidad del 39.8% y una especificidad del 99.3%; mientras que la tomografía simple de tórax tiene una sensibilidad del 52% y especificidad de 100% en los mismos, por lo cual resulta indispensable disponer de estudios de imagenología en sala de urgencias las 24 horas del día(14).

Ante un paciente con sospecha de hemotórax masivo, en la valoración clínica, se buscan datos de inestabilidad hemodinámica, dificultad respiratoria, ausencia de ruidos respiratorios, matidez a la percusión. En presencia de estos datos, se procede a realizar una pleurostomía en busca de criterios de hemotórax masivo (Drenaje inicial de 1500 ml o drenaje de 200 ml por hora durante 4 horas); al presentar datos de esta alteración, se procede a solicitar hemoderivados y valoración por el cirujano, mientras que si los datos encontrados en la pleurostomía no dan valores para sospechar de hemotórax masivo, se solicitará una tac simple de tórax si las condiciones hemodinámicas del paciente lo permiten para valorar otras alteraciones que puedan comprometer la vida del paciente (14).

Complicaciones

Un hemotórax masivo no diagnosticado oportunamente o sin un tratamiento adecuado puede desencadenar en complicaciones como:

Hemotórax retenido o coagulado. - Presente en aproximadamente el 5% de pacientes diagnosticados de hemotórax, es consecuencia de un drenaje inadecuado o incompleto del mismo, siendo este un factor de riesgo para que se desencadene un empiema.

Empiema. - Presente en el 28 a 33% secundario a un hemotórax retenido presentando exudado acompañado de celularidad en el examen de líquido pleural (2).

Además de las complicaciones mencionadas, existen otras de menor trascendencia, pero no dejando de ser importantes como son riesgo de resangrado, desarrollo de atelectasias, neumotórax y dolor crónico postquirúrgico.

Tratamiento

En el tratamiento del hemotórax masivo es primordial el control de la vía aérea, la administración del oxígeno al 100%, descompresión torácica y considerar la necesidad de una toracoscopia o toracotomía exploratoria conjuntamente con la reposición de líquidos con soluciones cristaloides como el Lactato de Ringer y el Cloruro de Sodio al 0,9% y la transfusión oportuna de concentrados de glóbulos rojos (15). Un hemotórax menor a 300cc se trata de una forma conservadora, mediante observación y control por imagenología ya que la sangre casi siempre se reabsorbe en este tipo de casos, en el caso de un hemotórax masivo se deberá optar por un manejo quirúrgico, siendo la toracostomía la primera opción (11).

Para que un hemotórax requiera tratamiento quirúrgico es necesario que exista:

Un sangrado superior a 1,5 litros durante las primeras 24 horas, sangrado menor a 1,5 litros en un paciente hemodinámicamente inestable y que requiera transfusión continua o sangrado mayor a 250 ml/h durante 3 horas (16).

Cuidados de enfermería en Hemotórax Masivo

El personal de enfermería forma parte del equipo multidisciplinario encargado del manejo del paciente con traumatismo torácico; cada personal tiene a su cargo tareas específicas con el paciente, siendo el personal de enfermería el que tiene a su cargo realizar actividades la estabilidad y recuperación pronta del paciente, entre estas actividades se encuentran las siguientes:

Medidas de reanimación (control y manejo de la vía aérea, oxigenoterapia, reposición de líquidos, control de hemorragia), control del estado neurológico, valoración continua de las constantes vitales, control postural, control y cuidado de materiales anexos (sonda nasogástrica, vesical, tubo endotraqueal, drenes) cuidado y curación de heridas, control de ingesta y eliminación y aseo del paciente según los requerimientos (17).

Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson en su teoría trata las 14 necesidades básicas del ser humano y la relación que tiene el personal de enfermería con la satisfacción de estas, según su modelo el ser humano es tratado de una manera holística en el cual se interrelacionan factores biopsicosociales para permitir su desarrollo(18).

Henderson considera que las actividades que realiza el personal de enfermería son independientes del personal médico, estas están dirigidas a satisfacer las necesidades y lograr la independencia del paciente tomando en cuenta cada uno de los factores que intervienen en el desarrollo normal del individuo(18).

Las necesidades del ser humano según Virginia Henderson son: 1) Respirar normalmente, 2) Alimentarse e hidratarse, 3) Eliminar por todas las vías corporales, 4) Moverse y mantener posturas adecuadas, 5) Dormir y descansar, 6) Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse, 7) Mantener la temperatura corporal, 8) Mantener la higiene y la integridad de la piel, 9) Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas, 10) Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores, 11) Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias, 12) Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal, 13) Participar en actividades recreativas, 14) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal(18).

Valoración de las necesidades según Virginia Henderson

Necesidad 1: Respirar Normalmente: Paciente presenta dificultad para respirar espontáneamente acompañado de disnea, polipnea además presenta disminución en la tensión arterial sistólica y diastólica, también hay ausencia de murmullo vesicular y vibraciones vocales. Necesidad 3: Eliminar los desechos corporales: El paciente presenta sudoración excesiva. Necesidad 9: Evitar los peligros: El paciente sufre una caída que causa un traumatismo directo en la pared costal derecha, esto provoca dolor intenso en la zona afectada.

Proceso de Atención de Enfermería.

El PAE es la metodología utilizada por el personal de enfermería para darle solución a los problemas de los pacientes que se encuentran bajo su cuidado, mediante este proceso se logra brindar atención de calidad y eficiente, para llegar a la reinserción del

paciente a la sociedad sin complicaciones severas. En el caso de los pacientes con esta patología debido a la complejidad de su evolución y las consecuencias que ocasiona en la persona es importante la implementación de este proceso en las áreas de atención para lograr mejores resultados (19).

Este proceso consta de 5 etapas las cuales se deben seguir de forma consecutiva, organizada y lógica de esta manera se obtendrá un resultado efectivo, para una mejor comprensión se describe a continuación cada una de las siguientes etapas:

Valoración: Es la etapa en la cual se encarga de la recolección de información mediante distintos medios, ya sea por medio de entrevistas, observación, revisión de exámenes, etc. En relación al caso clínico se valora los siguientes signos y síntomas dificultad en la respiración espontánea, alteración en la presión arterial principalmente tomar en cuenta una hipotensión, el dolor intenso y la ausencia de murmullos vesiculares y vibraciones auriculares, debido a que esta sintomatología permitirá un rápido actuar.

Diagnóstico: Es la identificación de los problemas reales del paciente para elaborar un enunciado ya estandarizado, como es dentro del caso clínico dolor agudo, disminución del gasto cardiaco y patrón respiratorio ineficaz; a través de estas etiquetas se planifican las intervenciones a realizar, los diagnósticos o etiquetas se establecen de acuerdo a las necesidades afectadas del paciente las cuales requieren mayor atención.

Planificación: en esta fase el personal de enfermería se encarga de establecer el plan de acción que va a llevarse a cabo en las siguientes etapas, estas intervenciones deben ser con bases científicas y siempre en busca de lograr la mejoría del paciente.

Ejecución: en esta fase la enfermera se encarga de cumplir el plan de cuidados de enfermería previamente establecido, y a la vez observar las reacciones que tenga el paciente para observar si están son favorables o no.(20,21).

ANEXOS

PLAN DE CUIDADOS EN PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ				
Dominio: 4 actividad/ reposo		Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Intervenciones (NIC)	Evaluación
<p>Etiqueta (Problema) 00032 Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Definición Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada</p>	<p>Etiqueta Estado respiratorio: ventilación. (0403)</p> <p>Definición Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.</p> <p>Dominio Salud Fisiológica. (II)</p> <p>Clase Cardiopulmonar</p>	<p>(040301) 1.Frecuencia respiratoria (040313) 2.Disnea de reposo (040329) 3.Expansión torácica asimétrica (040333) 4.Sonidos vocales distorsionados a la auscultación</p>	<p>(3390) Ayuda a la ventilación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea. • Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos. • Observar si hay fatiga muscular respiratoria. • Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción. • Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. 	<p>1.Desviación grave del rango normal. 2.Desviación sustancial del rango normal. 3.Desviación moderado del rango normal. 4.Desviacion leve del rango normal. 5.Sin desviación del rango normal.</p> <p>Indicadores Mantener a 1. Moderado (3) 2. Moderado (3) 3. Sustancial (2) 4. Moderado (3)</p> <p>Mantener en 11 Aumentar a 1. Leve (4) 2. Leve (4) 3. Leve (4) 4. Leve (4) Aumentar a 16</p>
<p>Factores relacionados (Causas) Deformidad de la pared torácica</p>				
<p>Características definitorias (Síntomas) Disnea. Polipnea.</p>				

PLAN DE CUIDADOS EN DOLOR AGUDO				
Dominio: 12 confort		Clase 1: confort físico		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Intervenciones (NIC)	Evaluación
<p>Etiqueta (Problema) 00132. Dolor Agudo</p> <p>Definición Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.</p>	<p>Etiqueta Nivel del dolor (2102)</p> <p>Definición Intensidad del dolor referido o manifestado .</p> <p>Dominio Salud percibida. (v)</p> <p>Clase Sintomatología</p>	<p>(210201) 1. Dolor referido (210217) 2. Gemidos y gritos (210206) 3. Expresiones faciales de dolor (210226) 4. Diaforesis. (210210) 5. Frecuencia respiratoria (210220) 6. Frecuencia del pulso radial (210212) 7. Presión arterial</p>	<p>(1400) Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. 	<p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguna</p> <p>Indicadores Mantener a</p> <p>1. Sustancial (2) 2. Sustancial (2) 3. Sustancial (2) 4. Moderado (3) 5. Moderado (3) 6. Leve (4) 7. Leve (4)</p> <p>Mantener en 20 Aumentar a</p> <p>1. Leve (4) 2. Ninguna (5) 3. Leve (4) 4. Ninguna (5) 5. Leve (4) 6. Leve (4) 7. Ninguna (5)</p> <p>Aumentar a 31</p>

<p>Factores relacionados (causas) Agentes lesivos físicos (traumatismos)</p>				
<p>Características definitorias (síntomas) Diaforesis Cambios en parámetros fisiológicos (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria)</p>				

PLAN DE CUIDADOS EN DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO				
Dominio: 4 actividad/ reposo		Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares		
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Intervenciones (NIC)	Evaluación
<p>Etiqueta (Problema) 00029. Disminución del gasto cardiaco.</p> <p>Definición La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.</p>	<p>Etiqueta Estado circulatorio (0401)</p> <p>Definición Flujo sanguíneo sin obstrucción, unidireccional a una presión adecuada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémico y pulmonar.</p> <p>Dominio Salud Fisiológica. (II)</p> <p>Clase Cardiopulmonar</p>	<p>(040101) 1.Presión arterial sistólica (040102) 2.Presión arterial diastólica (040113) 3.Ruidos respiratorios extraños (040154) 4. Palidez</p>	<p>(4258) Manejo del shock: volumen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar el descenso de presión arterial sistólica a menos de 90 mmHg. • Controlar si hay signos/síntomas de shock hipovolémico (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la perfusión periférica y alteración de la respiración). • Colocar al paciente para una perfusión óptima. • Insertar y mantener una vía de acceso i.v. de gran calibre. • Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, según corresponda. 	<p>1.Desviación grave del rango normal. 2.Desviación sustancial del rango normal. 3.Desviación moderado del rango normal. 4.Desviación leve del rango normal. 5.Sin desviación del rango normal.</p> <p>Indicadores Mantener a 1. Leve (4) 2. Leve (4) 3. Moderado (3) 4. Moderado (3) Mantener en 14 Aumentar a 1. Sin desviación (5) 2. Sin desviación (5) 3. Leve (4) 4. Leve (4) Aumentar a 18</p>
<p>Factores relacionados (Causas) Alteración de la frecuencia cardiaca.</p>				
<p>Características definitorias (Síntomas) Taquicardia Disnea Alteración en la presión arterial Color de la piel anormal (palidez)</p>				

CONCLUSIONES

El rol de enfermería en esta patología se centra en la aplicación del plan de cuidados tomando en cuenta cada una de las etapas del PAE para identificar las necesidades a satisfacer del paciente las mismas que le permitirán una mejoría en su salud y su vez la independencia del mismo. Esto no ocurre tal como nos dice Jara Sanabria en su estudio Publicado en la revista ELSEVIER en el cual hace referencia a que la aplicación de este proceso no se cumple por completo y de forma adecuada en las áreas hospitalarias debido a no conocerse por completo el manejo o por reemplazar las actividades requeridas por las de rutina lo cual no siempre beneficia al paciente ya que no se trabaja con el cómo ser individual y según sus necesidades a satisfacer.

En relación a la Teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas humanas en el caso de pacientes con hemotórax masivo es importante identificar las necesidades afectadas del paciente para lograr su independencia mediante la intervención del personal de enfermería tal como se encuentra en la tesis de grado de Hernández Martín quien concibe a la enfermera como la persona encargada de brindar los cuidados necesarios con la finalidad de lograr la independencia del paciente concibiéndolo como un ser integral por lo que se encargará de establecer actividades dirigidas a todos los aspectos que lo conforman.

Un estudio realizado en La Habana Cuba en el año 2013 la principal causa de hemotórax masivo son los traumatismos de la caja torácica pudiendo llegar a comprometer la vida hasta un 20 a 25% de los pacientes. Los principales factores de riesgo para desarrollar un hemotórax son el número de fracturas costales llegando a un 81% en aquellos pacientes con más de 2 fracturas, las personas más propensas a sufrir esta patología son personas adultas por accidentes y adulto mayor a causa de caídas. El diagnóstico oportuno de la enfermedad ayuda a evitar complicaciones como el hemotórax coagulado y empiema.

BIBLIOGRAFIA

1. CIRUJANOS CA DE. SOPORTE VITAL AVANZADO EN TRAUMA. 9º Edición. NANCY P, editor. CHICAGO; 2012. 100 p.
2. Cortes-Telles, Arturo; Morales-Villanueva CF-HE. HEMOTÓRAX: ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES. REVISTA BIOMEDICA [Internet]. 2016 Sep; Available from: <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/540>
3. Segura Sampedro JJ, García Gómez F, Arroyo Pareja L, Pardo Prieto SL, Moreno Mata N. Hemotórax masivo tardío por laceración diafragmática asociado a fracturas costales inferiores. Una herida penetrante en el traumatismo cerrado. Cirugía Española [Internet]. 2015 Aug [cited 2018 Jun 12];93(7):e73–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X13002327>
4. JUAN A. DETECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-TERAPÉUTICA EN EL MANEJO INICIAL DEL ESPACIO PLEURAL EN EL TRAUMA TORACICO. 2016;161–77. Available from: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/8088>
5. Ramos Díaz N, Leal Mursulí A, Isaac R, Pérez A, Castellanos González JA, San Miguel DO, et al. Revista cubana de cirugía. [Internet]. Vol. 52, Revista Cubana de Cirugía. Editorial Ciencias Médicas; 2013 [cited 2018 Aug 3]. 101-107 p. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Sindicato Médico del Uruguay. AGF, Fundación Universitaria de Ciencia. Oficina del Libro. CF, Olivera S, Fassanella CM, Leiva ADA, Bocchi AE. La Revista médica del Uruguay. [Internet]. Vol. 32, Revista Médica del Uruguay. Sindicato Médico del Uruguay; 2016 [cited 2018 Jun 14]. 254-267 p. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

7. Guachún Guachún MA, Aguirre Vintimilla MA, Lituma Yascaribay SC, Tapia Gudiño JA. Manejo del trauma de tórax y características demográficas, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador. [Internet]. UNIVERSIDAD DE CUENCA; 2015. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25136>
8. Santamaría NP, García LE, Sánchez Herrera B, Carrillo GM. Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. Rev Latinoam Bioética [Internet]. 2015 Dec 15 [cited 2018 Jun 21];16(30–1):104. Available from: <http://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/1443>
9. Parra M, Guáqueta SR. Guía de práctica clínica: cuidado de enfermería en uci a la persona con trauma torácico penetrante. Av en Enfermería [Internet]. 2014 Oct 10 [cited 2018 Jun 21];32(2):184–90. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46095>
10. Asociación Costarricense de Medicina Forense. XC, SciELO (Online service) AGV, Gómez XC, Ávalos AGV. Medicina legal de Costa Rica. [Internet]. Vol. 33, Medicina Legal de Costa Rica. Asociación Costarricense de Medicina Forense; 2016 [cited 2018 Jun 14]. 25-34 p. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152016000100025&lng=en&nrm=iso&tlng=en
11. Juan A. IS THE NON-SURGICAL CONSERVATIVE MEDICAL MANAGEMENT IN PATIENTS WITH TRAUMATIC HEMOTHORAX SECURE? Biosalud [Internet]. 2018 [cited 2018 Jun 21];17(1):31–9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95502018000100031&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Ávila Martínez RJ, Hernández Voth A, Marrón Fernández C, Hermoso Alarza F, Martínez Serna I, Mariscal de Alba A, et al. Evolución y complicaciones del traumatismo torácico. Arch Bronconeumol [Internet]. 2013 May 1 [cited 2018 Jun 21];49(5):177–80. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300289613000021>

13. Roberto González L, Alejandra Riquelme U, Alberto Fuentes E, René Saldías F, Rodrigo Reyes M, Enrique Seguel S, Aleck Stockins L, Andrés Jadue T, Jorge Canales Z EAC. Traumatismo torácico: caracterización de hospitalizaciones durante tres décadas. Revista Medica de Chile [Internet]. 2018 Jan;196–205. Available from: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/6172>
14. Barrales Mirian, Hernandez Luis Alfonso, Agundez Jose Juan, Sanchez Fernando Fabian, Herrera Blaca Estela, Monroy Rogelio et al. Diagnóstico y tratamiento del TRAUMATISMO DE TÓRAX en adultos. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA [Internet]. 2017;15–6. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-447-11/ER.pdf>
15. González Fernández Ana, Torres Torres Antonio VMJ. Traumatismo torácico, neumotórax, hemoptisis y tromboembolismo pulmonar. NEUMOPED [Internet]. 2017;189–209. Available from: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_traumatismo_toracico.pdf
16. Porcel JM, García-Gil D. Urgencias en enfermedades de la pleura. Revista Clínica Española [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2018 Jun 25];213(5):242–50. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001425651200447X>
17. Patricia HN. Valoración enfermera del paciente politraumatizado. [Internet]. Escuela de Enfermería de Palencia “Dr. Dacio Crespo”; 2015. Available from: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13271/1/TFG-L882.pdf>
18. Cristina HM. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRÁCTICA ENFERMERA [Internet]. Universidad de Valladolid; 2016. Available from: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>
19. Jara-Sanabria F, Lizano-Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enfermería Univ [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2018 Jul 31];13(4):208–15.

Available

from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300410?via%3Dihub>

20. Martha Raile. Modelos y teorías en enfermería - Martha Raile Allgood, Ann Marriner Tomey - Google Libros. GEA CONSULTORIA EDITORIAL S.L., editor. ESPAÑA: ELSEVIER; 2018.
21. Aguilar RD, Morán RA, Uría RMA, González AC, Saavedra MMD y MO. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. Enfermería Univ. 2015 Jan;12(1):36–40.