

**PROPUESTA DE ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO PARA DIAGNÓSTICOS  
ENFERMEROS PREVALENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

**ESTUDIANTES:**

Anyi Daniela Lemos Córdoba

Anyi Katherine Mapura Benjumea

Tatiana Restrepo Pérez

Jessica Viviana Ríos Uribe

**SEMILLERO:**

Semillero Perla del Otún

**TUTORA:**

Mónica Margarita Barón Castro

Fundación universitaria del Área Andina

Marzo, 2021

Pereira

## INDÍCE

1.	INTRODUCCIÓN .....	3
2.	JUSTIFICACIÓN.....	4
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
4.	MARCO REFERENCIAL .....	6
4.1	MARCO CONCEPTUAL.....	6
4.2	ESTADO DEL ARTE .....	9
4.3	MARCO TEÓRICO – DISCIPLINAR.....	10
4.3.2	TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON EN ENFERMERÍA.....	13
4.4	MARCO INSTITUCIONAL.....	16
5.	OBJETIVOS.....	17
5.1	Objetivo general. ....	17
5.2	Objetivos específicos.....	17
6.	METODOLOGÍA. ....	17
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
8.	RESULTADOS .....	18
9.	DISCUSIÓN.....	30
10.	CONCLUSIONES .....	35
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

## **PROPUESTA DE ESTANDARIZACIÓN DEL CUIDADO PARA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PREVALENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

### **1. INTRODUCCIÓN**

El cuidado de enfermería que se brinda en los servicios de urgencias tiene especial relevancia, tanto por las características de los pacientes como por el nivel de complejidad de su situación de salud. Sin embargo, propuestas de cuidados de enfermería para los servicios de atención hospitalaria utilizando taxonomía NANDA NOC NIC es un tema poco estudiado. (Herdman & Kamitsuru, 2019).

El servicio de urgencias es el servicio que presenta mayor demanda de los pacientes tanto adultos como niños. La labor que desempeña enfermería en estos servicios de atención es de suma importancia, ya que se identifican las necesidades de cuidado que requieren los pacientes y sus familias.

La base que permite planear los cuidados de manera racional, sistemática y de manera individualizada es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en cada una de sus etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, ejecución, y evaluación. El diagnóstico de enfermería NANDA provee la base para la identificación de resultados esperados NOC y la planeación de intervenciones de enfermería NIC para obtener el logro de los resultados esperados. De ahí que, la utilización del lenguaje estandarizado North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Herdman & Kamitsuru, 2019), Nursing Outcome Classification (NOC), (Moorhead, Swanson, & Johnson, 2018) Nursing Intervention Classification (NIC) (Butcher HK, 2019)

facilita a los profesionales de Enfermería comunicar lo que se realiza con otros profesionales de salud. Además, documenta la contribución enfermera al cuidado de los pacientes.

En este estudio, la finalidad es elaborar una propuesta de cuidado de enfermería para los pacientes atendidos en el servicio de urgencias utilizando lenguaje estandarizado NANDA NOC NIC y tomando como referente de organización documental el modelo y teoría de Virginia Henderson.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación surgió de un proyecto realizado anteriormente el cual buscaba determinar la prevalencia de diagnósticos enfermeros según perfil epidemiológico de la ESE Hospital Santa Mónica; con un abordaje exploratorio descriptivo de corte transversal. Se obtuvieron los principales Diagnósticos enfermeros NANDA prevalentes según servicio de atención. Para el servicio de urgencias adulto, la primera causa de ingreso fue situaciones de índole traumático con un 46% seguido de problemas respiratorios con un 17%. Según lo anterior, surge la necesidad de continuar con la investigación realizando una propuesta de cuidado para el área de urgencias adulto teniendo en cuenta los diagnósticos enfermeros prevalentes. Existe un gran vacío investigativo en la realización de propuestas de cuidado por servicio de atención utilizando lenguaje estandarizado NANDA NOC NIC. Ante esta situación se pretende generar una propuesta de estandarización del cuidado para diagnósticos enfermeros prevalentes en los servicios de urgencias.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La urgencia se define como la situación que requiere atención especializada inmediata. El profesional de Enfermería de Urgencias responde a las necesidades de cuidado a personas con problemas de salud en situación crítica o de alto riesgo. (García, 2018)

El trauma es una problemática a nivel mundial, es la sexta causa de muerte y la quinta de discapacidad en el mundo, teniendo en cuenta que los accidentes de tránsito son los principales causantes de estos en países de bajos ingresos ya que son los más poblados, cabe resaltar que los pacientes mayores de 65 años son unos de los principales afectados y tienen el doble de morbilidad que los jóvenes debido a los cambios físicos y de salud que estos presentan. (Escalona Cartaya et al., 2017) Se ha convertido en un problema de salud pública que tiene un gran impacto socioeconómico, la elevada tasa de morbimortalidad hace que estos sean de gran costo, lo que obliga a los gobiernos a tratar este problema de forma multisectorial, buscando disminuir los daños que estos causan a partir de múltiples estrategias. El personal de salud debe de estar capacitado en cuanto al manejo de un paciente politraumatizado sobre todo en las primeras horas del trauma que es en donde se presenta mayor índice de mortalidad. (Congreso, 2004)

Según el ASIS 2017, en Risaralda la proporción de atenciones en el lapso de tiempo de 2013-2017 para lesiones fueron de 2,27 otra causa de consulta fueron las enfermedades no transmisibles con un 2,59, para el año 2018 la proporción disminuyó a 2,31 para Risaralda en cuanto a atención de lesiones, lo que quiere decir que se evidenció una alta incidencia en cuanto a la atención de lesiones en el municipio de Risaralda durante estos dos años. (Departamental, 2015)

El hospital Santa Mónica carece de planes de cuidados estandarizados para diagnósticos enfermeros prevalentes en el servicio de urgencias. Se propone entonces, elaborar una propuesta de estandarización del cuidado de Enfermería a pacientes del servicio de urgencias considerando los diagnósticos enfermeros prevalentes, utilizando como referentes la teoría de Virginia Henderson y las Taxonomías NANDA NOC NIC.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo responde a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo estandarizar el cuidado desde la perspectiva de las necesidades humanas básicas para diagnósticos enfermeros prevalentes en un servicio de urgencias?

## **4. MARCO REFERENCIAL**

### **4.1 MARCO CONCEPTUAL**

El Proceso de Atención de Enfermería y el lenguaje estandarizado NANDA NOC NIC son definidos como los instrumentos que permiten conformar un marco teórico de identificación de necesidades humanas, resultados esperados y cuidados de enfermería. (Caballero et al., 2015)

The North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA) define el diagnóstico enfermero como un “juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital” Existen tres tipos de diagnóstico enfermero: real, de riesgo y promoción. El diagnóstico enfermero real “describe problemas reales de salud del paciente, y está siempre validado por signos y síntomas”. El Diagnóstico Real consta de: Problema de salud, Factor etiológico o relacionado y Características definitorias. (Gomez et al., 2018)

Los principales Diagnósticos enfermeros NANDA prevalentes que emergieron para el servicio de urgencias de acuerdo a la revisión realizada son:

**Diagnóstico 00046 Deterioro de la integridad cutánea**

**Definición NANDA:** Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

**Características definitorias:** Sangrado, Hematomas, Dolor agudo, Cuerpo extraño penetrante en la piel, Alteración en la integridad cutánea.

**Diagnóstico 00004 Riesgo de infección.**

**Definición NANDA:** Susceptibilidad a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

**Factores de riesgo:** Alteración en la integridad cutánea, Conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos, Malnutrición, Obesidad

**Diagnóstico 00132 Dolor agudo**

**Definición NANDA:** “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor); de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible, y con una duración menor de 3 meses”.

**Características definitorias:** Autoinforme de características del dolor utilizando instrumentos estandarizados, Postura para aliviar el dolor, Cambio de parámetros fisiológicos,

Cambios en el apetito, Conducta defensiva, Conducta expresiva, Diaforesis, Expresión facial de dolor, enunciar las que apliquen a urgencias al paciente con trauma.

### **[00092] Intolerancia a la actividad**

**Definición NANDA:** Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

**Características definitorias:** disconfort por esfuerzo, fatiga, frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad, debilidad generalizada, disnea de esfuerzo y cambios en el electrocardiograma..

### **Diagnóstico (00030) Deterioro del intercambio de gases**

**Definición NANDA:** “Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alvéolo-capilar”.

**Características definitorias:** Desequilibrio en la ventilación-perfusión, Color anormal en la piel, Confusión, Diaforesis, Disnea, Gasometría arterial anormal, Hipercapnia, Hipoxemia, Hipoxia, Irritabilidad, Patrón respiratorio anormal, pH arterial anormal.

### **Diagnóstico (00013) Diarrea**

**Definiciones definitorias:** Comportamientos de heces líquidas, no formadas.

**Características definitorias:** Eliminación de > 3 deposiciones líquidas en 24 horas, Sonidos abdominales hiperactivos, Urgencia intestinal.



Los diagnósticos enfermeros de riesgo se definen cómo la vulnerabilidad que tiene el individuo, familia y/o comunidad de padecer una afección. El Diagnóstico de riesgo está compuesto de factores de riesgo. (Gomez et al., 2018) (Rodríguez, 2015)

Bellido y Lendínez consideran los diagnósticos enfermeros de promoción cómo “un juicio crítico que hace la enfermera ante situaciones o problemas de salud que están bien controladas, pero que el paciente expresa verbalmente que quiere mejorar, debe de basarse la enfermera en lo que expresa el paciente más que en la propia observación”. .(Bellido & Lendínez, 2007) (Gomez et al., 2018)

Los Resultados esperados son definidos por The Nursing Outcomes Classification (NOC) como “un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermera/s” (Caballero et al., 2015), del mismo modo, las intervenciones fueron definidas por la Nursing Interventions Classification (NIC) como “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” (Castrillón & López, 2017)

## **4.2 ESTADO DEL ARTE**

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, logrando una considerable evolución a lo largo de la historia y por lo cual se ha hecho evidente en la necesidad de adoptar un marco teórico conceptual en el cual se establecen los principios y objetivos de la profesión, así como la implementación del método científico utilizando una técnica propia con el fin principal de resolver los problemas de su

ejercicio profesional. Para esto es necesario la implementación del Proceso de Atención Enfermero (PAE) en la práctica profesional como método científico para la gestión y administración de los cuidados. El (PAE) busca promover un pensamiento crítico en los profesionales de enfermería, para llegar a un diagnóstico enfermero y a su vez dirigir cuidados adaptados a las necesidades del usuario, con actividades que corresponden a restablecer su salud, mantenerla en óptimas condiciones e intervenir oportunamente con conocimiento científico y poniendo en práctica un lenguaje estandarizado que optimice los servicios de atención en salud. (Gomez et al., 2018) “El lenguaje estandarizado en enfermería representa un instrumento el cual integra un conjunto de información para la identificación de problemas, intervenciones y resultados que se deben brindar en el cuidado de los pacientes”. (Gomez et al., 2018)(Rodríguez, 2015)

#### **4.3 MARCO TEÓRICO – DISCIPLINAR**

Urgencias es uno de los servicios con mayor demanda por parte de los usuarios que acuden a la atención en salud, por lo cual se hace evidente un incremento en la atención a pacientes por múltiples causas de consulta, superando a cualquier otro servicio de atención sanitaria, haciéndose visible la saturación y colapso de este. El servicio de urgencias está encargado de prestar la atención a todo usuario que lo requiera de manera inmediata y oportuna, enmarcando un conjunto de acciones e intervenciones realizadas por un equipo multidisciplinar de salud debidamente capacitado con los recursos y materiales necesarios para la prestación de un cuidado humanizado y de calidad. (Lourenco García et al., 2020)(Santos, 2015)

Adicional a lo anterior, la OMS define urgencia como “la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia

de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.

También existe otra interpretación del término urgencia: “la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores”. Por otro lado, el término accidente se define como una transferencia anormal no controlada de energía que tiene como consecuencia, la ocurrencia de lesiones o muertes (Organización Mundial de la Salud) (Guillén, 2018). Por lo anterior se hace evidente que en todos los servicios de urgencias debe de existir un equipo multidisciplinar, el cual este encargado de la recepción del paciente que ingresa con necesidad de la atención. En este panorama la figura de la enfermera ha ido cogiendo más responsabilidad y liderazgo en la atención de los pacientes, por lo cual se hace indispensable su formación holística y definición de competencias.

El servicio de urgencias consta de: admisión de urgencias, sala de espera, sala de triage, sala de trauma o procedimientos, sala de observación. El enfermero o enfermera de triage cumple una función muy importante ya que es la persona encargada de realizar la valoración inicial al paciente, siendo este proceso fundamental para brindar una atención oportuna y acorde a las necesidades del usuario que requiere atención clínica. (González, 2016)

Según la resolución 5596 del 2015, el ministerio de Salud y protección social establece disposiciones relacionadas con el Triage en los servicios de urgencias, “como método idóneo de selección y clasificación de pacientes que permita determinar la prioridad con la cual se atenderán a los usuarios, basado en sus necesidades terapéuticas y recursos disponibles”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), lo cual consiste en una valoración clínica concisa que define la prioridad en que un paciente será atendido. El cual tiene como objetivos

brindar una valoración oportuna y ordenada a los usuarios que asisten al servicio de urgencias, además de hacer una rápida identificación de los pacientes que necesitan inmediata atención al igual que establecer una comunicación asertiva y clara con los pacientes y acompañantes sobre el proceso que se lleva a cabo para la realización de la atención en salud según los lineamientos establecidos en la resolución. (De Arco Canoles & Suarez Calle, 2018)

El rol y el desempeño del profesional de enfermería en esta labor es ampliamente enmarcada en las actividades que realiza para llevar a cabo este proceso; estas actividades son; recibir a la persona en el de Triage de enfermería, realizar una valoración prioritaria, dependiendo de esta se define la conducta a seguir. El profesional enfermero que realice estas actividades debe tener un buen conocimiento científico el cual le ayude a clasificar de manera correcta el triage, para evitar la realización de malas prácticas y procedimientos por parte de otro profesional de la salud que continúe con el proceso de atención. (González, 2016) (Galiana et al, 2018)

Con base en lo anterior, cabe resaltar que los profesionales de enfermería en el servicio de urgencias deben de estar lo suficientemente capacitados para brindar atención integral y holística al usuario que requiera cuidado, en conjunto con un equipo multidisciplinar conformado por “médicos, técnicos, auxiliares, asociaciones e instituciones”. (Begoña Fernández Rodríguez, n.d.), los cuales tienen constante relación, comunicación y comparten el mismo fin que es brindar una atención óptima y de calidad.

A lo anterior se le suma que el profesional de enfermería tiene un rol muy importante en el servicio de urgencias, en primera instancia prestar atención integral a todo individuo con el fin de buscar solucionar aquellos problemas de salud que afecten su bienestar sin importar el estadio de vida en el que se encuentre, el conocimiento técnico para la utilización de medios terapéuticos

y conocimiento científico para diagnosticar desde su conocimiento y poner en práctica el Plan de Atención de Enfermería (PAE) y así tratar y evaluar el estado clínico y las necesidades de salud que requieran ser atendidas según el estado del usuario, a lo anterior se le suma la capacidad de brindar una atención humanizada para facilitar el afrontamiento según las situaciones que se presenten y mejorar la atención hospitalaria, además brindar una adecuada asesoría y orientación a las personas y su familia sobre los diferentes cuidados y manejo de situaciones que se puedan presentar antes, durante o posteriormente a las intervenciones realizadas; así como la continua capacitación y asesoramiento al equipo de salud que desempeña su labor en el servicio de urgencias, teniendo presente los estándares, guías de acción y protocolos establecidos por la institución donde se prestan los servicios. (Teresa Galiana Camacho , Juan Gómez Salgado, 2018)(De Arco-Canoles & Suarez-Calle, 2018)

#### **4.3.2 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON EN ENFERMERÍA**

Virginia Henderson en su teoría la cual propone unos postulados claros de los cuidados de enfermería. Ella considera que, la persona sana o enferma es un todo, presenta catorce necesidades fundamentales y la función del proveedor del cuidado consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápido posible (Garcia et al., 2010). Los postulados de Henderson son:

- Cada sujeto quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está cubierta el individuo deja de ser un todo complejo e independiente.

Los elementos de mayor importancia en su teoría son:

**Objetivos:** Conservar o recuperar la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

**Cliente/paciente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:

1. Necesidad de respirar.
2. Necesidad de beber y comer.
3. Necesidad de eliminar.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad según sus creencias y sus valores.
12. Necesidad de ocuparse para realizarse.
13. Necesidad de recrearse.
14. Necesidad de aprender.

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una mínima independencia (García et al., 2010). Una enfermera puede establecer un diagnóstico dependiendo de las necesidades que encuentre alteradas en las personas. El diagnóstico comprende varias acciones como: estudio de datos, identificación de los problemas de salud, formulación de diagnósticos de enfermería. En la etapa diagnóstica puede detectarse en la persona más de un problema para intervenir, no siempre es posible abordarlos todos a la vez, entonces será necesario dar prioridad a alguno.

En la planeación de los resultados esperados NOC, Virginia propone, que los cuidados deben de encaminarse a las necesidades de la persona y reemplazarlo de acuerdo a los cambios que presenta el paciente. La enfermera y el paciente siempre están orientados hacia la consecución de un objetivo. Un resultado esperado NOC debe de ayudar a mejorar la situación actual de salud de la persona.

Las intervenciones son individualizadas según los principios físicos, psicológicos, y ambientales. Los cuales pueden ser:

- Realizar una actividad por él: sustituir, reemplazar.
- Ayudarlo a realizar la actividad: completar.
- Enseñarlo a realizar la actividad: asesorar.
- Supervisar la actividad: reforzar.

La teoría de Virginia Henderson obedece a los principios éticos y legales de la profesión de enfermería en Colombia debido a que cumple con lo planteado por la ley 266 de 1996, la ley

911 de 2004, y la ley 1438 de 2011, donde se exponen los parámetros de las funciones de la profesión de enfermería contribuyendo al cubrimiento de las necesidades humanas en el individuo, familia y comunidad. (Congreso, 2004)

#### **4.4 MARCO INSTITUCIONAL.**

La ESE Hospital Santa Mónica es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de carácter público que tiene naturaleza de Empresa Social del Estado, inscrita a la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda. Oferta servicios de salud en diferentes especialidades como: radiología, anestesiología, cardiología, dermatología, gastroenterología, ginecología, pediatría, medicina Interna, medicina de familiar, oftalmología, urología, ortopedia, otorrinolaringología, rehabilitación cardiaca, rehabilitación de piso pélvico, rehabilitación respiratoria, rehabilitación de lenguaje, rehabilitación física, y en consulta externa servicios de medicina y odontología general, ortodoncia, programas que logran mantener y mejorar la salud y calidad de vida de sus usuarios, y programas Crónicos, y están catalogados como centros de atención ambulatoria, con calidad, seguridad, respeto y calidez humana, comprometidos con el mejoramiento continuo y la sostenibilidad financiera. El perfil epidemiológico es “la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida”. (Monica, s.f.)El perfil presenta las 10 primeras causas de egreso hospitalario por servicio de atención.



## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general.**

Elaborar una propuesta de estandarización del cuidado de Enfermería a pacientes del servicio de urgencias considerando los diagnósticos enfermeros prevalentes, utilizando como referentes la teoría de Virginia Henderson y las Taxonomías NANDA NOC NIC.

### **5.2 Objetivos específicos**

Identificar los Diagnósticos enfermeros prevalentes en el servicio de urgencias.

Establecer la correspondencia entre los Diagnósticos enfermeros prevalentes y las principales necesidades humanas en el adulto.

Identificar tres resultados esperados NOC para cada diagnóstico enfermero prevalente.

Identificar 4 intervenciones de enfermería NIC para cada diagnóstico enfermero identificado.

## **6. METODOLOGÍA.**

Estudio descriptivo de caso. El caso es el servicio de Urgencias y se focalizó la atención de enfermería. Fue realizado en tres fases:

1. Se revisaron las diez primeras causas médicas de egreso durante el 2019 y se establecieron por literatura las manifestaciones clínico- socio-patológicas para cada una.
2. Se buscó la concordancia con las características definitorias de diagnósticos enfermeros. Se definieron seis diagnósticos enfermeros prevalentes.
3. Para cada diagnóstico enfermero se realizó la propuesta de cuidado que incluyó tres resultados esperados- NOC y cada uno con cuatro indicadores de evaluación. Asimismo, para

cada diagnóstico enfermero se incluyeron tres intervenciones NIC y cada intervención con cuatro actividades.

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En este estudio se tendrán en cuenta los principios bioéticos establecidos en la Resolución 8430 de 1993. La investigación se considera de riesgo mínimo, se tratarán aspectos sensibles al lenguaje estandarizado NANDA NOC NIC.

## **8. RESULTADOS**

En relación a las 10 primeras causas de egreso en el servicio de urgencias adulto de la ESE Hospital Santa Mónica año 2019, predominaron los eventos de salud de carácter traumático con el 46%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) con el 18.6%, Diarrea y Gastroenteritis 17% y en menores proporciones Infección de vías urinarias 12% e Hipertensión arterial 6%.

Para las situaciones de índole traumático se asociaron los diagnósticos enfermeros NANDA [00046] deterioro de la integridad cutánea, y [00004] Riesgo de infección. A estos se reconocieron hematomas, dolor agudo, sangrado, alteración en la integridad cutánea y cuerpo extraño penetrante en la piel, como principales manifestaciones clínicas-patológicas.

Los diagnósticos enfermeros [00030] Deterioro del intercambio de gases y [00092] Intolerancia a la actividad hicieron parte de los eventos respiratorios. Se tuvieron en cuenta las siguientes características definitorias: color anormal en la piel, desasosiego, diaforesis, patrón respiratorio anormal, disnea, gasometría anormal, disconfort por esfuerzo, fatiga, frecuencia

cardiaca anormal en respuesta a la actividad y disnea de esfuerzo hicieron parte de las características definitorias del Diagnóstico enfermero.

Para las condiciones gastrointestinales el diagnóstico enfermero [00013] Diarrea fue el más prevalente. La eliminación mayor a 3 deposiciones líquidas en 24 horas, urgencia intestinal, dolor abdominal y calambres hacen parte de las características definitorias en el Diagnóstico enfermero.

En infecciones del tracto urinario e hipertensión se relacionó el diagnóstico enfermero [000132] Dolor agudo. La postura para aliviar el dolor, conducta expresiva, expresión facial de dolor, autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, entre otras, hacen parte de sus características definitorias.

A partir de la revisión de literatura se logró establecer la relación entre las necesidades humanas de Henderson y los diagnósticos enfermeros NANDA para las situaciones de salud más frecuentes en el servicio de urgencias adulto como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1***Relación Necesidades Básicas Humanas y Diagnósticos NANDA*

<b>Diagnósticos Enfermeros NANDA</b>	<b>NECESIDADES HUMANAS</b>
00046 Deterioro de la integridad cutánea	<b>Necesidad 8:</b> Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
00004 Riesgo de infección	<b>Necesidad 9:</b> Necesidad de evitar los peligros ambientales
00030 Deterioro del intercambio de gases	<b>Necesidad 1:</b> Necesidad de respirar normalmente
[00092] Intolerancia a la actividad	<b>Necesidad 4:</b> Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada.
00013 Diarrea	<b>Necesidad 3:</b> Necesidad de eliminar por todas las vías corporales
000132 Dolor agudo	<b>Necesidad 9:</b> Necesidad de evitar los peligros ambientales

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de resultados.

La necesidad básica humana de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, se asoció a eventos de índole traumático. La necesidad “Evitar los peligros ambientales” Se vincula con eventos de origen traumático, infecciones del tracto urinario e hipertensión.

A continuación, se muestran los planes de cuidados para los diagnósticos enfermeros NANDA identificados en cada necesidad humana.

**Tabla 2.**

*Plan de cuidado estandarizado para 00046 Deterioro de la integridad cutánea*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES (NOC)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>[00046]Deterioro de la integridad cutánea</b>  <b>Características definatorias:</b> Sangrado, Hematomas, Dolor agudo, Cuerpo extraño penetrante en la piel.	<b>[1101] Integridad tisular, piel y membranas mucosas.</b>	[110113]Integridad de la piel. [110101]Temperatura de la piel [110122]Palidez. [110115]Lesiones cutáneas	<b>1.</b> Desviación grave del rango normal.  <b>2.</b> Desviación sustancial del rango normal	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.  El objetivo de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.
	<b>[1102] Curación de la herida: por primera intención</b>	[110201] Aproximación cutánea [110204] Secreción sanguinolenta de la herida [110215] Contusión cutánea circundante [110209] Edema perilesional	<b>3.</b> Desviación moderada del rango normal  <b>4.</b> Desviación leve del rango normal.	
	<b>[0407] Perfusión tisular: periférica</b>	[40743] Palidez [40744] Debilidad muscular [40715] Llenado capilar de los dedos de las manos [40746] Rotura de la piel	<b>5.</b> Sin desviación del rango normal	

INTERVENCIONES NIC	INTERVENCIONES NIC	INTERVENCIONES NIC
[3660] Cuidados de las heridas	[3620] Sutura	[4010] Prevención de hemorragias
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
-Valorar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. -Retirar el material incrustado (astilla, garrapata, cristal, grava, metal), según sea necesario. -Lavar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.	-Limpiar la piel circundante con jabón y agua u otra solución antiséptica suave. -Emplear una técnica estéril para el procedimiento de sutura. -Administrar un anestésico tópico o inyectable en la zona, según corresponda. -Esperar un tiempo suficiente para que el anestésico haga efecto en la zona.	-Controlar los signos y síntomas de sangrado persistente (p. ej., hipotensión, pulso débil y rápido, piel fría y húmeda, respiración rápida, inquietud, disminución del gasto urinario). -Registrar los niveles de hemoglobina y hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, según se indica. -Crear un acceso i.v., según corresponda.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de resultados.

En la tabla 2 se muestra el plan estandarizado para Deterioro de la integridad cutánea, diagnóstico enfermero prevalente en causas de egreso de índole traumático.

Los resultados esperados NOC que se relacionaron con el diagnóstico fueron los relacionados con el Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: L Integridad tisular. Las intervenciones de enfermería que se plantearon para alcanzar los resultados esperados NOC se relacionaron con Dominio: 2 Fisiológico: Complejo Clase: L Control de la piel/heridas y Dominio: 2 Fisiológico: Complejo Clase: N Control de la perfusión tisular.

Los resultados esperados NOC que se relacionaron con el diagnóstico fueron los relacionados con la respuesta inmune y con los resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona. Las intervenciones de enfermería que se plantearon para lograr los resultados esperados NOC se relacionaron con las intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos, así como las intervenciones para proporcionar ayuda inmediata a corto plazo en crisis fisiológicas como se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3.**

*Plan de cuidado estandarizado para 00004 Riesgo de infección*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES (NOC)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>[00004] Riesgo de infección</b>  <b>Características Definitorias:</b> Alteración en la integridad cutánea, cuerpo extraño penetrante en la piel. Supresión de la respuesta inflamatoria, Malnutrición, Obesidad	<b>[0703] Severidad de la infección</b>	[70303] Supuración fétida [70307] Fiebre [70326] Aumento de leucocitos [70333] Dolor	<b>1.</b> Desviación grave del rango normal.  <b>2.</b> Desviación sustancial del rango normal	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.  El objetivo de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.
	<b>[1913] Severidad de lesión física.</b>	[191303] Laceraciones. [191327] Fractura de extremidades inferiores. [191316] Deterioro de la movilidad. [191312] Hematomas.	<b>3.</b> Desviación moderada del rango normal  <b>4.</b> Desviación leve del rango normal.	
	<b>[1101] Integridad tisular, piel membranas y mucosa</b>	[110101] Temperatura de la piel. [110102]Sensibilidad. [110111]Perfusión tisular. [110115]Lesiones cutáneas.	<b>5.</b> Sin desviación del rango normal	

INTERVENCIONES NIC	INTERVENCIONES NIC	INTERVENCIONES NIC
[6540] Control de infecciones	[6610] Identificación de riesgos	[3660] Cuidados de las heridas
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
-Enseñar al personal el lavado de manos correcto. -Aplicar las precauciones universales. -Garantizar una técnica de cuidados de heridas correcta.	-Valorar antecedentes médicos para determinar los cuidados. -Mantener los registros precisos -Establecer el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.	-Registrar la localización, tamaño y aspecto de la herida. -Educar al paciente y a la familia en los signos y síntomas de infección. -Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados de la herida.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de resultados.

**Tabla 4.**

*Plan de cuidado estandarizado para 00030 Deterioro del intercambio de gases.*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES (NOC)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>[00030] Deterioro del intercambio de gases</b>  <b>Características definitorias:</b> disnea, patrón respiratorio anormal, confusión, gasometría arterial anormal.	<b>[0402] Estado respiratorio: intercambio gaseoso</b>	[40204] Disnea de esfuerzo [40211] Saturación de O2 [40203] Disnea en reposo [40206] Cianosis	<b>1.</b> Desviación grave del rango normal.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.  El objetivo de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.
	<b>[2103] Severidad de los síntomas</b>	(210301) Intensidad del síntoma (210304) Discomfort asociado (210313) Sueño inadecuado (210302) Frecuencia del síntoma	<b>2.</b> Desviación sustancial del rango normal  <b>3.</b> Desviación moderada del rango normal	
	<b>[0408] Perfusión tisular: pulmonar</b>	[40301] Frecuencia respiratoria [40808] Ansiedad inexplicada [40820] pH arterial [40824] Intercambio gaseoso alterado	<b>4.</b> Desviación leve del rango normal.  <b>5.</b> Sin desviación del rango normal	
INTERVENCIONES NIC		INTERVENCIONES NIC	INTERVENCIONES NIC	
[3350] Monitorización respiratoria		[3320] Oxigenoterapia	[3140] Manejo de la vía aérea	
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	
Monitorizar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.  Indicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.  Estimar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.		Administrar oxígeno suplementario según órdenes.  Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.  Constatar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.  Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.	Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.  Observar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.  Controlar las condiciones que indican la idoneidad de un soporte ventilatorio no invasivo.	

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de resultados.



Los resultados esperados NOC que se relacionaron con el diagnóstico fueron los relacionados con el dominio 2: Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar y Dominio: 5 Salud percibida Clase: V Sintomatología. Las intervenciones de enfermería que se plantearon para lograr los resultados esperados NOC se relacionaron con Dominio: 2 Fisiológico: Complejo Clase: K Control respiratorio.

**Tabla 5**

*Plan de cuidado estandarizado para 00092 Intolerancia a la actividad*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES (NOC)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>[00092]</b> <b>Intolerancia a la actividad</b></p> <p><b>Características definatorias:</b> Discomfort por esfuerzo, Disnea de esfuerzo, fatiga.</p>	<p><b>[0415] Estado respiratorio</b></p>	<p>[41501] Frecuencia respiratoria [41502] Ritmo respiratorio [41504] Ruidos respiratorios auscultados [41515] Disnea de pequeños esfuerzos</p>	<p>1.Desviación grave del rango normal. 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objetivo de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p>
	<p><b>[0005] Tolerancia a la actividad</b></p>	<p>[507] Color de piel. [508] Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad. [519] Tolerancia a la caminata [501] Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad.</p>	<p>4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal</p>	
	<p><b>[0007] Nivel de fatiga</b></p>	<p>[701] Agotamiento [715] Actividades de la vida diaria [724] Saturación de oxígeno [723] Hematocrito</p>		

<b>INTERVENCIONES NIC</b>	<b>INTERVENCIONES NIC</b>	<b>INTERVENCIONES NIC</b>
[3320] Oxigenoterapia	[6680] Monitorización de los signos vitales	[1800] Ayuda con el autocuidado
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Retirar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.  Restringir el fumar.  Vigilar el flujo de litros de oxígeno.  Educar al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.	Observar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.  Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).  Controlar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. Monitorizar si hay cianosis central y periférica.	Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente. Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de resultados.

En la tabla 5 se muestran los resultados esperados NOC que se relacionaron con el diagnóstico fueron los relacionados con el Dominio: 1 Salud funcional Clase: A Mantenimiento de la energía y Dominio: 2 Salud fisiológica Clase: E Cardiopulmonar. Las intervenciones de enfermería que se plantearon para lograr los resultados esperados NOC se relacionaron con Dominio: 2 Fisiológico: Complejo Clase: K Control respiratorio y Dominio: 4 Seguridad Clase: V Control de riesgos.

**Tabla 6.**  
Plan de cuidado estandarizado para 00013 Diarrea

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES (NOC)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>[00013] Diarrea</b>  <b>Características definitorias:</b> Dolor abdominal, Eliminación de > 3 deposiciones líquidas en 24 horas, Sonidos abdominales hiperactivos, Urgencia intestinal.	<b>[0501] Eliminación intestinal</b>	[50101] Patrón de eliminación [50102] Control de movimientos intestinales [50103] Color de las heces [50108] Sangre en las heces	<b>1.</b> Desviación grave del rango normal.  <b>2.</b> Desviación sustancial del rango normal  <b>3.</b> Desviación moderada del rango normal  <b>4.</b> Desviación leve del rango normal.  <b>5.</b> Sin desviación del rango normal.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.  El objetivo de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla
	<b>[0602] Hidratación</b>	[60226] Diarrea [60215] Ingesta de líquidos [60205] Sed [60202] Membranas mucosas húmedas		
	<b>[0703] Severidad de la infección</b>	[70309] Síntomas gastrointestinales [70311] Malestar general [70307] Fiebre [70325] Colonización del coprocultivo.		

INTERVENCIONES NIC	INTERVENCIONES NIC	INTERVENCIONES NIC
[430] Control intestinal	[4120] Manejo de líquidos	[6540] Control de infecciones
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
Controlar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.  Valorar los sonidos intestinales.  Realizar una prueba de sangre oculta en heces, según corresponda.	Instruir al paciente sobre la dieta absoluta, según corresponda.  Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.  Registrar entradas y salidas de líquidos.	Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.  Suministrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado.  Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de resultados.

Para las alteraciones gastrointestinales como diarreas y gastroenteritis, los resultados esperados NOC que se relacionaron con el diagnóstico enfermero NANDA 00013 Diarrea fueron los relacionados con el Dominio: 2 Salud fisiológica Clases: F Eliminación, G Líquidos-electrólitos y H Respuesta Inmune. Las intervenciones de enfermería que se plantearon para lograr los resultados esperados NOC se relacionaron con las intervenciones para establecer y mantener una regulación en la eliminación intestinal y controlar las complicaciones resultantes como se muestran en la tabla 6.

**Tabla 7.**

*Plan de cuidado estandarizado para 00132 Dolor Agudo*

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES (NOC)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<b>00132 Dolor agudo</b>	<b>[2102] Nivel del dolor</b>	[210201]Dolor referido [210204]Duración de los episodios de dolor. [210206]Expresiones facial de dolor. [210208]Inquietud	<b>1.</b> Desviación grave del rango normal. <b>2.</b> Desviación sustancial del rango normal	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.  El objetivo de las intervenciones es
	<b>[2103] Severidad de los síntomas</b>	[210301]Intensidad del síntoma [210302]Frecuencia del síntoma [210304]Disconfort asociado [210303]Persistencia del síntoma.	<b>3.</b> Desviación moderada del rango normal <b>4.</b> Desviación leve del rango normal.	

de intensidad con escalas estandarizadas de dolor.	<b>[1211] Nivel de ansiedad</b>	[121138] Dolor [121117] Ansiedad verbalizada [121105] Inquietud [121108] Irritabilidad	<b>5.</b> Sin desviación del rango normal	mantener la puntuación idealmente aumentarla.
--	---------------------------------	---	---	---

<b>INTERVENCIONES NIC</b>	<b>INTERVENCIONES NIC</b>	<b>INTERVENCIONES NIC</b>
[2314] Administración de medicación: intravenosa (i. v).	[6680] Monitorización de signos vitales	[5820] Disminución de la ansiedad
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p>Aplicar los cinco correctos en la administración de medicación.</p> <p>Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación.</p> <p>Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.</p>	<p>Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura, y estado respiratorio según corresponda.</p> <p>Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, según corresponda.</p> <p>Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</p>	<p>Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</p> <p>Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de resultado

Para las situaciones de carácter urinario como las infecciones de vías urinarias se asociaron los resultados esperados NOC que se relacionaron con el Dominio: 5 Salud percibida Clases: V Sintomatología. Las intervenciones de enfermería que se plantearon para lograr los resultados esperados NOC se relacionaron con las intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos como se muestran en la tabla 7.

## 9. DISCUSIÓN

Los diagnósticos enfermeros NANDA que se relacionaron con los eventos traumáticos fueron Deterioro de la integridad cutánea y Riesgo de infección. Estos hallazgos son similares a los de Benítez quien informó que el 76.2% de los pacientes presentaron riesgo de infección. Cuando se produce una lesión por efecto de un agente externo se produce la pérdida de la continuidad de la piel, la entrada de microorganismos se potencia y la proliferación de varias bacterias en los tejidos produce una infección, los procesos infecciosos pueden retrasar el proceso de cicatrización ya que, estos producen una destrucción tisular. Cuanto peor es el daño producido por la lesión traumática, más posibilidades tiene el enfermo de adquirir una infección y, posteriormente, una sepsis”.(Benitez, 2018) García Rangel en su estudio, evidenció como el deterioro de la integridad cutánea fue uno de los diagnósticos enfermeros más frecuentes, el 100% en la población de su estudio presentó este diagnóstico. Esto podría deberse a que fueron producto de heridas traumáticas y contusas en cabeza y rodilla, hombro y brazo.

Los hallazgos en este estudio son semejantes a las propuestas de cuidado estandarizado planteadas en el libro Planes de cuidados de enfermería en atención especializada (Benitez, 2018) ya que, propone el diagnostico enfermero Riesgo de Infección como diagnostico principal para pacientes con heridas traumáticas, los resultados esperados NOC propuestos que presentan similitud son los relacionados con el dominio 2 Salud fisiológica, en cuanto a las intervenciones NIC, se presenta relación en cuanto a las intervenciones del dominio 2 Fisiológico complejo.

El plan de cuidados propuesto por Sánchez presenta cuidados estandarizados para pacientes que ingresan a los servicios hospitalarios a causa de un trauma craneoencefálico, en donde el riesgo de infección es un diagnóstico importante para considerar en estos pacientes con

el objetivo de disminuir la incidencia de signos y síntomas de infección en las heridas presentadas por el paciente, los resultados esperados NOC propuestos que presentan similitud son los relacionados con el dominio 2 Salud fisiológica, por otro lado, las intervenciones NIC difieren con el presente estudio ya que, el dominio 4 Seguridad es el más frecuente para Sánchez, esto podría deberse a que su propuesta de planes de cuidados va principalmente encaminada a la profilaxis antitetánica y posteriormente sugiere garantizar una adecuada técnica aséptica para prevenir la infección. (Sánchez, 2012).

Los diagnósticos enfermeros NANDA relacionados con heridas y eventos traumáticos del presente estudio, concuerdan con los planteados por Rangel y Rivas en donde predominó el riesgo de infección (100%) y el deterioro de la integridad cutánea (100%) en pacientes con trauma múltiple, probablemente por el impacto de un objeto el cual potencio de forma directa o indirecta la proliferación bacteriana. (Garcia-Rangel & Rivas-Espinosa, 2010).

Según el instituto nacional de salud para el año 2020 se observó una disminución en la morbilidad de la enfermedad diarreica aguda en el adulto en un 29%. En el grupo de 80 años y más las mujeres presentan una prevalencia alta (54%) de enfermedad diarreica aguda, comparado con los hombres con un 46% menos que las mujeres. (Instituto Nacional de Salud, 2020).

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es considerada una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. El 80% de los pacientes presentan agudizaciones periódicas de sus síntomas, los cuales en muchas ocasiones tienden a aumentar progresivamente en frecuencia e intensidad, afectando considerablemente la vida de los pacientes, una disminución más rápida de la función pulmonar y una mayor tasa de reingreso hospitalario. (Castillo et al., 2018).

Las personas que padecen EPOC presentan una falta de energía fisiológica, exceso o disminución en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar interfiriendo en la realización normal de sus actividades diarias por sí misma, afectando así su calidad de vida. (Rivas, 2016) Es por ello que los diagnósticos enfermeros Deterioro del intercambio de gases e Intolerancia a la actividad física hacen parte de esta afección.

La revisión sistemática realizada por (Gamboa et al., 2013) arrojó resultados que coinciden con las propuestas de cuidado planteadas para las afecciones respiratorias en este estudio. Se identificaron los diagnósticos enfermeros deterioro del intercambio de gases e intolerancia a la actividad física para los que se vincularon resultados esperados NOC correspondientes al Dominio: 2 Fisiológico: Complejo.

En cuanto a las intervenciones de enfermería NIC propuestas para alcanzar los resultados esperados propuestos pertenecen al Dominio: 1 Fisiológico: Básico, lo cual tiene semejanza con la presente investigación.

Así mismo, (Gavilema, 2018) propone en su estudio, el diagnóstico enfermero: Deterioro del intercambio de gases, como diagnóstico prioritario para alteraciones respiratorias. Como resultados esperados propuso los relacionados con los dominios: 2 Salud fisiológica, y Dominio: 5 Salud percibida, siendo coherentes con los planteados en este estudio. En relación a las intervenciones NIC se plantearon intervenciones del dominio 2 fisiológico: complejo y del Dominio: 1 Salud funcional.



Otros autores guardan similitud en los diagnósticos enfermeros, resultados esperados NOC e intervenciones de enfermería NIC propuestos para alteraciones de tipo respiratorio (Ucedo C. Pacheco E., 2016)

Las propuestas de cuidado para pacientes con diarrea presentadas por Noruega y Campos, concuerdan con las presentadas en este estudio ya que, en su estudio el diagnóstico enfermero NANDA sugerido para pacientes que presentan un trastorno gastrointestinal caracterizado por deposiciones líquidas con mala absorción es Diarrea, los resultados esperados NOC que se relacionan son los correspondientes al dominio 2 Salud fisiológica, y con respecto a las intervenciones NIC se presenta coherencia en cuanto al dominio 1 Fisiológico básico (Gamboa et al., 2013). Se denomina diarrea a la “evacuación de heces excepcionalmente sueltas o líquidas, generalmente en un número mayor de tres en 24 horas. Sin embargo, la disminución de la consistencia es incluso más importante que la frecuencia. No se considera diarrea a la evacuación frecuente de heces formes”. (Salud, 2008)

De forma similar, los resultados obtenidos en el plan de cuidados de enfermería en gastroenteritis propuesto por Alcalde y García, concuerdan con la presente investigación puesto que, en cuanto a los resultados esperados NOC se evidenció una relación en cuanto al dominio 2 Salud fisiológica, y en cuanto a las intervenciones NIC se evidenció coherencia en cuanto al dominio 1 Fisiológico básico y el dominio 2 Fisiológico complejo (Rivas, 2016), lo que puede deberse a que debido a la pérdida de agua y electrolitos surge la necesidad de evitar un déficit electrolítico en el paciente.

El diagnóstico enfermero NANDA Diarrea, es uno de los principales diagnósticos propuestos en un artículo publicado en Mérida sobre el protocolo de atención de enfermería para

gastroenteritis, la relación entre dicho estudio y el presente estudio es del 70% en cuanto a los resultados esperados NOC y las intervenciones NIC, respecto a los resultados esperados NOC se presenta similitud en el dominio 2 Salud fisiológica y respecto a las intervenciones NIC, la similitud es presentada en el dominio 1 Fisiológico básico. (Merida, 2010) esta relación se da con el objetivo de valorar y controlar las características de las deposiciones y de esta manera prevenir o tratar pérdidas electrolíticas importantes que puedan empeorar el estado fisiológico del paciente.

Adicionalmente la Infección de Vías urinarias (IVU) es una patología común, que afecta a gran parte de la población y que generalmente se resuelve con manejo de antibiótico, es una de las causas más frecuentes de consulta en el servicio de urgencias. Afecta a todos los grupos de edad especialmente en los extremos de la vida y embarazo. La mayoría no son complicadas Entre el 10 al 20% de mujeres presentan un episodio en su vida, con una incidencia 30 veces mayor que en los varones.(San Félix, 2015)

El diagnóstico enfermero dolor agudo se vinculó con la infección del tracto urinario, hallazgo que concuerda con el estudio de Cerquera y Manrique—quien informó que el 53% de los pacientes cursan con sintomatología clínica representada en un cuadro de dolor lumbar o abdominal, fiebre, piuria y síntomas urinarios irritativos.(Cerquera, et al, 2016).

Para las situaciones de índole urinario, estudios proponen el Nivel de ansiedad como resultado esperado NOC debido a que dentro del cuidado integral que se le debe brindar al paciente para mejorar su dolor agudo se tiene en cuenta la gravedad de la tensión o inquietud que el paciente pueda sentir por su sintomatología urinaria. Como intervención NIC se asoció la

disminución de la ansiedad para ayudar a resolver el resultado esperado propuesto. (Benitez, 2018)

La hipertensión es una de las enfermedades no trasmisibles mas comunes, la cual presenta un peligro para la economía de la gran mayoría de los países, a pesar de los esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud en la prevención y promoción de esta. (Díaz et al., 2018)

Según la revista Colombiana de Cardiología “En Colombia, como sucede en otras latitudes, se ha visto un incremento en la prevalencia de hipertensión arterial (hipertensión arterial). El documento de análisis de situación en salud realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social del año 2016, informa una prevalencia del 22% entre la población general”.(Moya et al., 2018)

El estudio realizado por Williams concuerda con el presente estudio ya que, establece una relación entre la Hipertensión Arterial y un componente de su cuadro clínico como la cefalea (dolor de cabeza), considerando esta como el signo más común en la emergencia hipertensiva. (Williams et al., 2018)

## **10. CONCLUSIONES**

Este estudio determina prioridades para la valoración de las necesidades básicas humanas del paciente que consulta a urgencias, incorpora indicadores de evaluación para mejorar la integridad cutánea, el riesgo de infección, deterioro del intercambio de gases, intolerancia a la actividad, diarrea y dolor agudo. Así mismo, la certeza que el paciente politraumatizado presentará mayor número de diagnósticos de enfermería que atender. La planificación de los

cuidados para diagnósticos enfermeros prevalentes trascenderán en términos de salud, así como en una disminución en los ingresos hospitalarios.

Se espera que en estudios posteriores se diseñen planes de cuidados orientados a los diagnósticos enfermeros prevalentes y poder así elaborar planes de cuidados estandarizados.

### **IMPACTOS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS**

**Impacto social:** El identificar diagnósticos enfermeros prevalentes y sus vínculos NOC-NIC en urgencias adulto trae algunas implicaciones a la práctica asistencial: dar identidad al quehacer enfermero, brindar atención cualificada contribuyendo en el mantenimiento y recuperación de la salud.

**Impacto económico:** al brindar cuidado estandarizado en diagnósticos enfermeros prevalentes se logrará reducir los días de estancia y costos en la atención en salud.

**Impacto ambiental:** al sistematizar los procesos en enfermería se contribuye en la estabilización del medio ambiente y al adecuado manejo de residuos hospitalarios.

### **11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Begoña Fernández Rodríguez, J. M. R. (n.d.). *Atención enfermera en Urgencias y Emergencias*.

Bellido, J., & Lendínez, J. (2007). Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson. In *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén*. <https://doi.org/J1574-2010>

Benitez, J. (2018). *Infecciones Asociadas Al Trauma*. 25(1), 46–49.

Caballero, E., Aguilar, N., Alegría, M., Díaz, I., Chacón, C., Hernández, A., & Rienzo, A. (2015). Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el Proceso de Enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 4(1), 39–45.

<https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/530/535>

Castillo, J. G. del, Candel, F. J., Fuente, J. de la, Gordo, F., Martín-Sánchez, F. J., Menéndez, R., Mujal, A., & Barberán, J. (2018). Manejo integral del paciente con exacerbación aguda de la enfermedad pulmonary. *Revista Española de Quimioterapia*, 31(5), 461.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30284414>  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC6194861>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6194861/>

Castrillón, K., & López, C. (2017). El significado del uso del lenguaje estandarizado Nanda, Nic, Noc, en los estudiantes y egresados de enfermería de la Universidad Católica de Manizales 2016. *Вестник Росздравнадзора*, 4, 9–15.  
<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1724>

Cerquera, Cleves Diana María, Manrique Tierradentro Laura María, Corredor Hector Alirio, V. R. R. (2016). *Cistitis enfisematosa : abordaje clínico y terapéutico*. 25(1), 46–49.

Congreso, C. (2004). *Ley 911 de 2004*. 2004(August), 55.  
<http://eprints.uanl.mx/5481/1/1020149995.PDF>

De Arco-Canoles, O. D. C., & Suarez-Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*, 20(2), 171.  
<https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>

Departamental, S. (2015). *Análisis de Situación de Salud con el modelo de los Determinantes Sociales en Salud Secretaría Departamental de Salud de Risaralda María del*

*Pilar Gómez C. Dirección Operativa de Salud Pública Risaralda 2015.*

Díaz Piñera, A., Rodríguez Salvá, A., García Roche, R., Carbonell García, I., & Achiong Estupiñán, F. (2018). Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. *Revista Finlay*, 8(3), 180–189.

Escalona Cartaya, J. A., Castillo Payamps, R. A., Pérez Acosta, J. R., & Fernández, Z. R. (2017). Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 46(2), 177–189.

Gamboa, F. E. A., Álvarez, J. C. D., & Suarez, C. O. (2013). Propuesta de cuidado de enfermería al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la taxonomía nanda, nic, noc. *Avances En Enfermería*, 31(2), 116–137.

García-Rangel, K., & Rivas-Espinosa, J. G. (2010). Relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC respecto al porcentaje de sobrevivencia en pacientes politraumatizados. *Revista Conamed*, 15(1), 4–11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3641017>

García, J. N. E. (2018). *Revisión Crítica Aspectos a Considerar Por Las Enfermeras Del Servicio De Atención Móvil De Urgencia a Pacientes Víctimas De Accidente De Tránsito Trabajo.*

García, M. D., Alba, A., & Cárdenas, V. (2010). Capítulo 15. Necesidad de Participar en Actividades Recreativas. In *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. <https://doi.org/J 1574-2010>

Gavilema, N. B. G. (2018). Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medicina Interna. Hospital Provincial General Docente Riobamba* Abril-agosto 2018. *Director*, 15(29), 7577–7588.

<https://www.uam.es/gruposinv/meva/publicaciones>

jesus/capitulos\_espanyol\_jesus/2005\_motivacion para el aprendizaje Perspectiva

alumnos.pdf%0Ahttps://www.researchgate.net/profile/Juan\_Aparicio7/publication/253571379\_Los\_estudios\_sobre\_el\_cambio\_conceptual\_

Gomez, E., Mansilla, Natalia Rocca, N., & Steingruber, D. (2018). *Teoría: virginia henderson. 121.*

González, Ú. B. (2016). *Competencias y técnicas de enfermería en los servicios de urgencias.*

Guillén, C. B. (2018). *Manual de urgencias.*

Instituto Nacional de Salud. (2020). Boletín epidemiológico semanal 50 de 2020. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 1–26. <https://doi.org/10.33610/23576189.2020.50>

Lourenco García, Sandra, A. G. P., & Cuartas Álvarez Tatiana, Lagunas Pardos Diego, C. D. R. (2020). El rol del personal de enfermería en los centros coordinadores de urgencias de España: un elemento a considerar. *Emergencias*, 32(May).

Merida. (2010). *Protocolo De Atencion De Enfermeria: Gastroenteritis Probablemente Infecciosa.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución numero 5596 de 2015. 2015, 5.* <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2017/08/Resolución-No-5596-DE-2015-MINSALUUD-TRIAGE.Pdf>

Moya, L., Moreno, J., Lombo, M., Guerrero, C., Aristizábal, D., Vera, A., Melgarejo, E., Conta, J., Gómez, C., Valenzuela, D., Ángel, M., Achury, H., Duque, R., Triana, Á., Gelves, J., Pinzón, A., Caicedo, A., Cuéllar, C., Sandoval, J., ... Porrás-Ramírez, A. (2018). Expert consensus on the clinical management of arterial hypertension in Colombia Colombian Society of Cardiology and Cardiovascular Surgery. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25, 4–26.

<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.09.002>

Rivas, B. I. del R. A. (2016). Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Unan-Managua*, 1. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases%0Ahttp://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/es/%0Ahttp://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases%0Ahttp://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/%0Ahttp://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/)

Rodríguez, R. G. (2015). *Actualización del modelo de cuidados de enfermería de Virginia Henderson y su aplicación al estudio de las necesidades básicas de la población del Campo de Gibraltar*. 1–2.

Salud, O. panamericana de la. (2008). Tratamiento de la diarrea. In *Endocrinología* (Vol. 44, Issue 5).

San Félix, H. (2015). *Guía De Manejo Infección De Vias Urinarias En Adultos*.

Sánchez, L. H. (2012). *Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería: Guías para la Práctica*.

[https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen\\_gob\\_planes/es\\_def/adjuntos/cuidadosEstandarizados.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/cuidadosEstandarizados.pdf)

Santos, S. (2015). *Perfil De La Enfermera De Triage En Urgencias Hospitalarias*.

Teresa Galiana Camacho , Juan Gómez Salgado, J. J. G. glesias y D. F. G. (2018). *Enfermería De Práctica Avanzada En La Atención Urgente, Una Propuesta De Cambio: Revisión Sistemática*. 92.

Ucedo C. Pacheco E. (2016). Plan de cuidados individualizado de paciente con neumonía en un EPOC. *Reduca*, 4(2), 276–318.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E. A., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., De Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L.,



Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., ... Zamorano, J. L. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. In *European Heart Journal* (Vol. 39, Issue 33). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>