

Guía de práctica clínica: cuidado de enfermería en UCI a la persona con trauma torácico penetrante

Practical clinic guide: nursery care in UCI for persons with penetrating thoracic trauma

Guia de prática clínica: cuidado de enfermagem em UCI à pessoa com trauma torácico penetrante

MYRIAM PARRA*

SANDRA ROCÍO GUÁQUETA**

Resumen

En Colombia la violencia y sus múltiples manifestaciones constituyen hoy un problema multidimensional, socioculturalmente relevante y de elevada complejidad. Desde el campo de la salud, la violencia en Colombia es el principal problema de salud pública. Las estadísticas con relación a este fenómeno muestran que el trauma en el mundo occidental constituye la tercera causa de muerte después del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares. La población más afectada por trauma es la menor de 45 años, presentando la máxima incidencia entre los 20 y 40 años. El trauma penetrante del tórax usualmente es causado por heridas por arma blanca o por arma de fuego. Mientras que el trauma cerrado ocurre por golpes, compresión o desaceleración, especialmente como consecuencia de accidentes de tráfico. Hablar de intervenciones o cuidados de enfermería eficaces para el cuidado de pacientes con trauma de tórax penetrante implica revisar en la literatura científica los resultados de estudios cualitativos y cuantitativos que aborden este tema. La técnica más indicada desde la labor

investigativa es el diseño de una guía de manejo clínico basada en la evidencia científica. El objetivo fue diseñar una guía de práctica clínica basada en la evidencia para el cuidado de enfermería a la persona con trauma torácico penetrante en la Unidad de Cuidado Intensivo, con el fin de proporcionar la mejor evidencia para el cuidado. La metodología para el diseño de ésta fue la práctica de enfermería basada en la evidencia. Este proceso se desarrolló en cinco fases: a) Selección y prelación del tema; b) Elaboración de preguntas teniendo como base la metodología PICOT; c) Los dominios definidos de enfermería y la determinación de desenlaces; d) Búsqueda y síntesis de la evidencia; f) Identificación de los estudios y la calificación de la evidencia. Se elaboraron 16 preguntas a partir de los dominios de enfermería definidos: dominio de diagnóstico, de cuidado de enfermería y de pronóstico, incorporando la evidencia de los usuarios profesionales y la de los pacientes. Se construyeron 41 recomendaciones respaldadas en estudios investigativos con evidencia científica calificada así: 20 (48%) de las recomendaciones obtuvieron un grado de recomendación B, 14 (34%), C, 4 (9.7%), A y 3 (7.3%), D.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Guía de Práctica Clínica; Cuidados Intensivos (Fuente: DECS BIREME).

Abstract

In Colombia, violence and its various manifestations are a multi-dimensional problem, socioculturally relevant and highly complex. From the field of health, violence in Colombia is the main public health problem. Statistics relating to this phenomenon show that in western society trauma is the

* Myriam Parra Vargas. Universidad del Rosario. Escuela de Enfermeras Cruz Roja Colombiana. Especialista Clínica en Enfermería Cardiorespiratoria y Renal, Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Educación Universidad de la Sabana. Profesora Pensionada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Email: mparrav@unal.edu.co

** Sandra Rocío Guáqueta Parada. Enfermera Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Especialista en Cardiopulmonar Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Educación, Pontificia Universidad Javeriana. Profesora Asociada Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: srguaquetap@unal.edu.co

third main cause of death after cancer and cardiovascular disease. The population most affected by this is under 45 years old, the highest impact being on the 20 to 40 years old population. Penetrating thoracic trauma is usually caused by bladed weapons wounds or by firearms. Closed trauma is caused by blows, compression or deceleration, specially due to traffic accidents. To talk about efficient intervention or nursing care for patients with penetrating thoracic trauma implies to go through the results of quantitative and qualitative studies in scientific literature about this subject. The proper technique from the investigative point of view is to design a guide for clinical use based on scientific evidence. The objective was to design a practical clinical guide based on the evidence for nursing care of the person with penetrating thoracic trauma in the Unit of Intensive Care, to provide the best evidence for care. The methodology for the design was the practice of nursery based on evidence. This process was developed in five stages: a) Selection and priority of the subject; b) Preparation of questions with the *PICOT* methodology as base; c) The defined fields of nursery and the determination of outcomes; d) Search and synthesis of evidence; f) Identification of the studies and qualification of the evidence. 16 questions were made from the defined fields of nursery: diagnostic, nursery care and prognosis, incorporating the evidence of professional users and patients. 41 recommendations were prepared supported by investigative studies with scientific evidence qualified in this manner: 20 (48%) of the recommendations got a B grade of recommendation, 14 (34%), a grade C of recommendation, 4 (9.7%), a grade of recommendation A and 3 (7.3%) a grade of recommendation D.

Key words: Nursing Care; Practice Guideline; Intensive Care (Source: DECS BIREME).

Resumo

Na Colômbia, a violência e suas múltiplas manifestações constituem hoje um problema multidimensional, social e culturalmente relevante, e de elevada complexidade. Desde o campo da saúde, a violência na Colômbia é o principal problema de saúde pública. As estatísticas com relação a este fenômeno, mostram que o trauma no mundo ocidental, constitui a terceira causa de morte, depois do câncer e das doenças cardiovasculares. A população mais afetada por trauma é a de menos de 45 anos, apresentando a maior incidência entre os 20 e 40 anos. O trauma penetrante do tórax é, usualmente, causado por feridas com arma branca o por arma de fogo. Enquanto que o trauma fechado ocorre por batidas, compressão ou desaceleração, especialmente como consequência de acidentes de trânsito. Referir-se a intervenções ou cuidados de enfermagem eficazes para o cuidado de pacientes com trauma de tórax penetrante, implica revisar na literatura científica os resultados de estudos qualitativos e quantitativos que

abordem este tema. A técnica mais indicada desde o trabalho de pesquisa, é o desenho de um roteiro de manejo clínico baseada na evidência científica. O objetivo foi desenhar um roteiro de prática clínica baseada na evidência para o cuidado de enfermagem à pessoa com trauma torácico penetrante em uma Unidade de Terapia Intensiva, com o fim de proporcionar a melhor evidência para o cuidado. A metodologia para o desenho do roteiro foi a prática de enfermagem baseada na evidência. Este processo se desenvolveu em cinco fases: a) Seleção e priorização do tema; b) Elaboração de perguntas tendo como base a metodologia *PICOT*; c) Os domínios definidos de enfermagem e a determinação de desenlaces; d) Busca e síntese da evidência; f) Identificação dos estudos e a qualificação da evidência. Elaboraram-se 16 perguntas a partir dos domínios de enfermagem definidos: domínio de diagnóstico, de cuidado de enfermagem e de prognóstico, incorporando a evidência dos usuários profissionais e a dos pacientes. Construíram-se 41 recomendações respaldadas em estudos investigativos com evidência científica, qualificada assim: 20 (48%) das recomendações obtiveram um grau de recomendação B, 14 (34%) um grau de recomendação C, 4 (9,7%) um grau de recomendação A, e 3 (7,3%) um grau de recomendação D.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Guia de Prática Clínica; Terapia Intensiva (Fonte: DECS BIREME).

Introducción

El rol asistencial del profesional de enfermería en los servicios de urgencias y unidades de cuidado intensivo tiene un enfoque de cuidado integral, es decir: considera a la persona como un ser multidimensional, que ante cualquier agresión física, mental o social experimenta respuestas humanas particulares que afectan su individualidad, sus relaciones familiares y sociales y el desempeño de roles.

El cuidado de enfermería de las personas que ingresan a las UCI por problemas de trauma penetrante de tórax inicia con los procesos de valoración integral, dando prioridad a la valoración del patrón respiratorio y cardiovascular por considerarse las funciones vitales directamente comprometidas en este tipo de lesiones. En esta etapa, la enfermera precisará el grado de incomodidad generada por el dolor, la angustia, la dificultad respiratoria, la limitación del movimiento, la preocupación por las terapéuticas invasivas y por los sistemas de soporte vital utilizados en el proceso de recuperación y tratamiento específicos.

El cuidado de enfermería se torna complejo y especializado cuando los pacientes con trauma de tórax —hospitalizados en la UCI— no están conscientes a causa de

los tratamientos de sedación, de las complicaciones en algunos sistemas vitales, la utilización de soporte mecánico ventilatorio u otras terapias que por su estado sean requeridas. Las intervenciones que priman en el plan de cuidados para el paciente son: el mantenimiento de la vía aérea permeable, los cuidados del soporte mecánico ventilatorio, la administración de medicamentos, el cuidado de catéteres centrales y el manejo de los sistemas de monitoreo invasivo, los cambios de posición, los cuidados para dar confort y las medidas para mantener la nutrición y eliminación.

Una vez valorado el paciente, la enfermera continúa con el proceso de análisis e interpretación de datos significativos que le permitan emitir un diagnóstico de enfermería y a partir de éste formular el plan que guíe el cuidado. En este proceso pueden surgir muchas preguntas derivadas del estado general de cada paciente, algunas de ellas con respuestas claras y precisas y otras que ameritan búsqueda de soluciones interdisciplinarias. La responsabilidad radica en tomar las mejores decisiones para resolver los problemas relevantes en el cuidado de los pacientes.

El proceso anterior implica que el profesional de enfermería tenga sólidos conocimientos científico-clínicos, de relación interpersonal, éticos y estéticos para brindar un cuidado de calidad y aportar a la pronta recuperación del paciente. Es en este marco de responsabilidades del profesional de enfermería con el cuidado de personas con trauma de tórax penetrante que cobra vital importancia el diseño de guías de práctica clínica de enfermería específicas, utilizando la metodología científica.

Actualmente, la enfermería avanza en el tema de la enfermería basada en la evidencia científica como un proceso consciente, explícito y juicioso de la actual y mejor evidencia que aporta la investigación. Las guías de práctica clínica basadas en evidencia científica aportan un nuevo modelo de práctica asistencial, lo que requiere un cambio de pensamiento y la forma de abordar el trabajo, que consiste en aplicar, en la práctica profesional, aquellos hechos cuya validez está demostrada científicamente. Sirven para compartir conocimientos, experiencias y perspectivas, además de divulgar principios y los instrumentos de mejor calidad en el cuidado de enfermería.

Siendo el trauma torácico penetrante una de las causas de mortalidad y morbilidad frecuentes en Colombia, la implementación de una Guía Práctica Clínica para la persona con este trauma representa para la comunidad de enfermería un reto en el avance del conocimiento relacionado con el cuidado del paciente.

Propósitos de la investigación

Proporcionar recomendaciones para el cuidado de enfermería a la persona que ha sufrido un trauma de tórax abierto y que se encuentra hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo; diseñar una guía de enfermería basada en la mejor evidencia científica para el cuidado de enfermería a la persona que ha sufrido un trauma de tórax abierto y que se encuentra hospitalizado en una UCI para la transformación de la práctica del cuidado de pacientes críticos con trauma de tórax abierto.

Las recomendaciones de esta guía están orientadas a: la toma de decisiones para la resolución de los problemas reales y potenciales más frecuentes en este tipo de pacientes; dirigir la práctica de enfermería de una forma científica, crítica y reflexiva, propendiendo por el mejoramiento de la calidad del cuidado; la satisfacción del paciente y su familia; la reducción de estancias prolongadas hospitalarias; la minimización de riesgos para el paciente derivados de su estado agudo y crítico de salud; y la satisfacción y seguridad para los enfermeros de proveer un cuidado basado en la mejor evidencia.

Materiales y Métodos

Para el diseño de la guía se conformó un grupo de enfermeras docentes expertas en el área de cuidados críticos y se utilizó la metodología de la *Práctica de enfermería basada en evidencia*, la cual consiste en utilizar investigaciones cuantitativas y cualitativas para buscar evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación —qué grado de evidencia tengo, qué certeza tiene la investigación en la que baso los cuidados— (1).

Además, se tomó como referencia el concepto de *Guía de Práctica Clínica del Instituto de Medicina de EE. UU.*, que la define como “Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre la atención sanitaria más apropiada, seleccionando las acciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en la solución de un problema de salud o una condición clínica específica” (2). El proceso se desarrolló durante las siguientes fases:

- **Primera fase. Selección y prelación de temas:** selección del tema *Cuidado de enfermería para la persona con trauma de tórax abierto intencional*, teniendo en cuenta el análisis de las principales causas de mortalidad en hospitales de similar complejidad al estudio de mercado del Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Colombia y la experticia clínica de las docentes y los participantes en el equipo de Guías de Práctica Clínica de Enfermería.

Esta etapa implicó el diligenciamiento de seis instrumentos: A1. Selección de un tema; A2. Propuesta de un tema; A3. Instructivo de priorización; A4. Ponderación e importancia de cada dominio; A5. Ponderación final; A6. Declaración de conflicto de intereses.

- **Segunda fase. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces:** para la elaboración de preguntas se realizó un taller orientado a mostrar una experiencia exitosa en este proceso con asesoría metodológica *PICOT* para la formulación de preguntas. Esta metodología consiste en determinar los elementos: *P*, la población objeto de estudio a quien va dirigida la guía; *I* define las intervenciones; *C*, los comparadores; *O*, los desenlaces; y *T*, el tiempo.

A partir de este proceso se hizo una búsqueda sistemática sobre los dominios propios de la enfermería a fin de concretar las preguntas que guiarán la búsqueda de evidencia. Como resultado del proceso se clarificó la importancia de insistir en la definición de dominios propios de la enfermería y se sugirió tener en cuenta lo pertinente a los diagnósticos de la *NANDA*, los *NIC* y los *NOC*. Se insistió en la importancia de hacer una búsqueda de otros dominios referenciados en la literatura y se decidió trabajar en la elaboración de preguntas y en la búsqueda sistemática a partir de los dominios de la práctica de enfermería “cuidado a pacientes graves”: diagnosticar y controlar las funciones fisiológicas de soporte vital en pacientes inestables, proporcionar medidas de confort, mantener la seguridad del paciente, cuidar a la familia del paciente, prevenir los peligros por causas tecnológicas, afrontar la muerte, comunicar las diferentes perspectivas y discutir las, asegurar la calidad y solventar la crisis, alto conocimiento práctico y liderazgo. Se incluyeron los patrones funcionales de salud, las situaciones de enfermería y la valoración al paciente como ser integral.

La determinación de desenlaces importantes en esta fase se desarrolló a partir de la revisión de documentos generados por el equipo líder, la asistencia al taller soporte y el diligenciamiento de formatos. Se hizo un énfasis especial a los desenlaces terapéuticos e intervencionistas, especialmente de tipo farmacológico y quirúrgico. Fue importante retomar lo que significa para la enfermería los desenlaces de una mala práctica y los eventos adversos de algunos procedimientos y terapéuticas.

- **Tercera fase. Decisiones acerca de qué tipo de evidencia incluir:** las decisiones acerca de qué tipo de evidencia incluir se realizaron mediante el estudio de material preparado por el equipo líder, desarrollo de un taller sobre el tipo de estudios y de evidencia científica. En el taller se resolvió un ejercicio de aplicación que conduciría la etapa siguiente.

Entre la tercera y cuarta etapa se desarrolló simultáneamente una sub-etapa relacionada con la consulta a usuarios de la guía. Para esto fue necesario contactar tres

enfermeras expertas en cuidado crítico, dos de ellas académicas y una de asistencia, con el fin de diligenciar un formato para precisar aspectos propios de la utilización y pertinencia de esta guía. Además, se contactaron tres pacientes con experiencia de hospitalización en la UCI por un diagnóstico de trauma de tórax abierto.

- **Cuarta fase. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible:** a partir de las 20 preguntas seleccionadas para construir la guía de enfermería, se programó la búsqueda sistemática de los elementos esenciales para cada guía: los factores de riesgo, diagnósticos de enfermería, tratamiento, el cuidado de enfermería, eventos adversos y las intervenciones.

La búsqueda se realizó en *PUBMED*, base de datos especializada en salud y utilizada por el personal de salud a nivel mundial. Se revisaron 250 *abstracts* y artículos completos. Posteriormente, se elaboró una tabla para registrar los artículos que sirvieron para argumentar recomendaciones en la guía y que tuvieron relación con una o varias preguntas de las 20 seleccionadas. Esta búsqueda se complementó con otras en las siguientes bases de datos: *LILACS*, *MEDLINE*, *CUIDEN*, *EVIDENTIA*, *COCHRANE*.

Para cada una de las bases anteriores se elaboró una matriz, donde se registró el tipo de estudio, su pertinencia en la guía y el tipo de pregunta que resuelve. En total, se revisaron 900 estudios.

- **Quinta fase. Calificación de la evidencia:** el equipo de enfermería inició esta etapa con el apoyo de la asesora metodológica. El trabajo consistió en leer y analizar cada uno de los artículos seleccionados para cada pregunta elaborada. Esta etapa es considerada por el grupo y por los asesores líderes del proyecto como la de mayor dedicación, puesto que simultáneamente en la lectura y en el análisis de cada artículo se definieron las recomendaciones que sustentarán la guía y la detección de preguntas que poseían baja evidencia científica para reiniciar un nuevo proceso de búsqueda, selección y revisión de evidencias. Para la calificación de los artículos y la sustentación del grado de evidencia, se utilizaron los niveles de evidencia científica cuantitativa y cualitativa y los criterios para calificar los grados de recomendación.

Resultados

Durante el proceso investigativo, se elaboraron 16 preguntas a partir de las cuales se formularon 41 recomendaciones derivadas de los tres dominios definidos en la guía: *Dominio de diagnóstico de enfermería*, con 5 recomendaciones (12%), *Dominio de cuidado de enfermería*, con 35 recomendaciones (85%) y *Dominio de pronóstico*, con 1 recomendación (2%).

Las recomendaciones elaboradas en los dominios de diagnósticos de enfermería, cuidado de enfermería y

factores pronóstico surgen a partir de la calificación de artículos investigativos cuyos diseños eran de tipo meta-análisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, casos y controles, con poco riesgo de sesgo y aplicables a la población diana de la guía.

En el dominio diagnóstico, la distribución de los niveles de evidencia estuvo calificada entre 5 recomendaciones: 2 de grado A y 3 de grado B, a partir de dos preguntas. Una de las recomendaciones elaboradas en este dominio fue la clasificación de los diagnósticos *NANDA* (*North American Nursing Diagnosis Association*), documento de referencia utilizado por las enfermeras para orientar el proceso de valoración del paciente con trauma de tórax abierto. Nivel de evidencia 1++. Grado de recomendación, A (3). Para realizar una mejor valoración del dolor al paciente inconsciente, se recomienda usar el *CPOT* (*Critical Care Pain Observation Tool*). Nivel de evidencia 1++. Grado de recomendación, A (4).

Al conocer que en los primeros siete días el dolor en los pacientes con trauma de tórax moderado no disminuyó a pesar de los analgésicos, se recomendó informar al paciente sobre el tiempo de recuperación. Nivel de evidencia, 1++. Grado de recomendación, A (5). En el dominio de cuidado de enfermería, los niveles de evidencia estuvieron entre 1+, 2+ y 2++, permitiendo elaborar 35 recomendaciones: 2 de grado A, 16 de grado B, 14 de grado C y 3 de grado D, a partir de 13 preguntas construidas.

Algunas recomendaciones son:

- Debe implementarse un plan de cuidados de enfermería basado en diagnósticos prioritarios a pacientes con trauma penetrante torácico en UCI. Nivel de evidencia: 2++. Grado de recomendación: C (6).
- Las enfermeras deberán conocer que la posición del cuerpo tiene efectos en la oxigenación, por lo tanto es importante hacer una adecuada valoración para asegurar una intervención efectiva y oportuna con respecto a los cambios de posición. Nivel de evidencia: 1+. Grado de recomendación: B (7). Se recomienda en pacientes en condición crítica de salud usar la posición prona y la rotación continua lateral para favorecer la oxigenación y prevenir la neumonía nosocomial. Nivel de evidencia: 1+. Grado de recomendación: B (8).
- Para asegurar el bienestar del paciente con trauma de tórax, el profesional de enfermería debería incluir dentro de su plan de cuidado la atención a las necesidades especiales del paciente, como dolor, ansiedad y desconocimiento del proceso de hospitalización. Nivel de evidencia: 2+. Grado de recomendación: C (9).

- Para disminuir el riesgo de infección en el paciente con trauma de tórax penetrante, la enfermera debe identificar los factores de riesgo de éste (duración prolongada de toracotomía, el tiempo estancia en la UCI y la presencia de contusiones, laparotomía y hematoma retenido). Nivel de evidencia: 2++. Grado de recomendación: A (10, 15, 16).
- En el cuidado de enfermería se deberá incluir intervenciones para disminuir la ansiedad, tales como la musicoterapia, el masaje, la terapia de tocar, la aromaterapia y los ejercicios de relajación. Nivel de evidencia: 2++. Grado de recomendación: B (11).
- Si un paciente con drenaje *clampeado* presenta aumento de la respiración y enfisema subcutáneo, el drenaje debe ser inmediatamente *desclampeado* y dar aviso inmediato al médico. Nivel de evidencia: 2+. Grado de recomendación: C (12).
- Los tubos de drenaje deben ser conectados a un sistema de drenaje simple, asegurando que el tubo de drenaje esté por debajo del nivel de agua. Nivel de evidencia: 2+. Grado de recomendación: C (13).
- En el dominio de factores pronóstico los niveles de evidencia estuvieron entre 2++ y 1++. La recomendación es: informar a los pacientes sobre los programas existentes para su proceso de recuperación posterior a su egreso hospitalario. Nivel de evidencia: 2+. Grado de recomendación: B (14).

Conclusiones

La metodología de evidencia científica de enfermería aplicada a los problemas de la práctica del cuidado en la UCI es una excelente estrategia para planear el cuidado de los pacientes en estado crítico, puesto que permite hacer recomendaciones basadas en procesos investigativos rigurosos.

Los dominios de enfermería utilizados en la búsqueda sistemática de investigaciones para responder las preguntas que guiaron el diseño de la guía fueron fundamentales para precisar la selección de los artículos científicos.

El diseño de las preguntas *PICOT* orientadoras de la búsqueda sistemática deben seguir un proceso activo de consenso y discusión de expertos, para evitar la realización de búsquedas de estudios no pertinentes al tema objeto de la guía.

La elaboración de las recomendaciones centradas en los dominios de diagnóstico de enfermería, cuidado de enfermería y dominio pronóstico proporcionan a la enfermería aspectos relevantes a tener en cuenta en el plan de cuidado, de tal manera que contribuyen en la satisfacción de las necesidades del paciente con trauma de tórax penetrante.

Las recomendaciones que aporta esta guía para el cuidado de enfermería del paciente con trauma de tórax penetrante están fundamentadas en las evidencias científicas, como lo demuestran los niveles de evidencia y grados de recomendación. Éstos aportan elementos importantes en la toma de decisiones del profesional de enfermería para brindar un cuidado integral al paciente con trauma de tórax penetrante hospitalizado en las unidades de cuidado intensivo.

Las 41 recomendaciones de la guía se respaldan en estudios investigativos con evidencia científica calificada, así: 20 (48%) de las recomendaciones obtuvieron un grado de recomendación B, 14 (34%), un grado de recomendación C, 4 (9.7%), un grado de recomendación A y 3 (7.3%), un grado de recomendación D.

Las recomendaciones de esta guía tienen incorporado el nivel de evidencia de los pacientes y de los consumidores de la guía, situación que contribuye en buena medida a tener una perspectiva amplia para la formulación de planes de cuidado específicos para pacientes con trauma de tórax penetrante en la UCI.

Las 5 recomendaciones elaboradas en la guía en el dominio de diagnóstico de enfermería, que corresponden al 12% (5), están calificadas con niveles de evidencia de 1+ y 1++, generando 2 recomendaciones de grado A y 3 de grado B, lo que significa que el respaldo científico corresponde a estudios tipo meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico con poco riesgo de sesgo y aplicable a la población diana.

Las recomendaciones elaboradas en el dominio de diagnóstico de enfermería que corresponden al 12% contribuyen directamente al mejoramiento de la valoración de enfermería y por ende a la identificación de las necesidades para establecer los diagnósticos de enfermería prioritarios en este tipo de pacientes.

Las 35 recomendaciones elaboradas para el dominio de cuidado de enfermería del paciente con trauma de tórax penetrante hospitalizado en la UCI que corresponden al 85% tuvieron un nivel de evidencia entre 1+, 1++, 2+ y 3, y los grados de recomendación fueron: 2 (6%) de grado de recomendación A, 16 (46%) de grado de recomendación B, 14 (40%) de grado de recomendación C y 3 (8%) de grado de recomendación D. Lo que significa que los estudios investigativos que respaldan estas recomendaciones son estudios de tipo meta-análisis, revisión sistemática, ensayos clínicos, casos y controles.

Las recomendaciones enunciadas en la guía en el dominio de cuidado de enfermería le aportan a los enfermeros la estructuración de un plan de cuidado dirigido a satisfacer las necesidades prioritarias identificadas en el paciente de una manera integral, en donde se tenga en cuenta el bienestar físico y mental, la minimización de riesgos y la recuperación temprana.

La recomendación formulada para el dominio de pronóstico que corresponde al 2,4% está calificada con niveles de evidencia 1++, con un grado de recomendación B, respaldado en estudios de meta-análisis, revisión sistemática y estudios de casos, con poco riesgo de sesgo y aplicables a la población diana.

La recomendación grado B que se enuncia en la guía en el dominio de pronóstico permite que el cuidado de la enfermería trascienda más allá del ámbito intrahospitalario y se le involucre al paciente en programas que contribuyan a su seguimiento e incorporación a su actividad diaria.

A partir de la búsqueda de la evidencia del tema en mención, surgen preguntas que pueden generar futuras investigaciones:

- ¿Cómo cuidar efectivamente los sistemas de drenaje cerrado de tórax?
- ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para la persona con déficit de autocuidado que ha sufrido trauma de tórax abierto?

Agradecimientos

- Al grupo de apoyo metodológico: Marcela Torres Q. F. Msc (C).
- A los profesionales de enfermería y a los pacientes y familiares que contribuyeron en la incorporación de las evidencias de los usuarios.
- Al Consejo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Referencias

- (1) Muñoz MP, Ruiz CJ. Guías de práctica clínica (I): Conceptos básicos. *Evid Pediatr.* 2008 jul;4:61.
- (2) García S, Jiménez GN, Ruiz MM. Medicina basada en la evidencia. *Guías de práctica clínica. Bioquímica y Patología Clínica* [revista en Internet]. 2006 [acceso: 20 jun 2009];69(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/651/65169307.pdf>

- (3) Müller SM, Lavin MA, Needham I, Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. *Int J Nurs Stud.* 2007 Jul;44(5):702-713.
- (4) Gélinas C, Johnston C. Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the critical-care pain observation tool and physiologic indicators. *Clin J Pain.* 2007 Jul;23(6):497-505.
- (5) Han S, Baldemir M, Kose SK, Erdem D, Sakinci U. The time course of recovery following mild thoracic trauma. *Heart Lung Circ.* 2005 Dec;14(4):252-254.
- (6) Llerena RM, Reyes SS, Martínez VN, Figueredo D, Fernández GM. Caracterización de la evaluación del traumatismo torácico. *Rev Cub Med Int Emerg.* 2007;6(4):896-910.
- (7) Markley A. Body positioning and its effect on oxygenation a literature review. *Nurs Crit Care.* 2006 Jan;11(11):16-22.
- (8) Sahn SA. Continuous lateral rotation therapy and nosocomial pneumonia. *Chest.* 1991 May;99(5):1263-1267.
- (9) Godfrey B, Patern C, Buckner EB. Identification of special care needs. The comparison of the cardiothoracic intensive care unit patient and nurse. *Dimens Crit Care Nurs.* 2006 Nov;25(6):275-282.
- (10) Eren S, Esme H, Sehitogullari A, Durkan A. The risk factors and management of posttraumatic empyema in trauma patients. *Injury.* 2008 Jan;39(1):44-49.
- (11) Redeker NS. Sleep in acute care settings: an integrative review. *J Nurs Scholarsh.* 2000;32(1):31-38.
- (12) Beare M. *Enfermería, principios y práctica.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1993.
- (13) Laws B, Neville E, Duffy J. BTS guidelines for the insertion of chest drain. *Thorax.* 2003;58(Suppl 11):53-59.
- (14) Halcomb E, Daly J, Davidson P, Griffiths R, Elliott D. Life beyond severe traumatic injury: an integrative review of the literature. *Aust Crit Care.* 2005 Feb;18(1):17-18.
- (15) Patiño RJ. Premisas en el manejo general del trauma de tórax [documento en Internet]. Departamento de Cirugía, Fundación Santafé de Bogotá [actualizado: 28 feb 2014; acceso: 20 jun 2009]. Disponible en: <http://www.aibarra.org/Guias/1-15.htm>
- (16) Olfield MM, Maher M, Susan M. Examining the association between chest tube-related factors and the risk of developing healthcare-associated infections in the UCI of a community hospital: a retrospective case control study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009 Feb;25(1):38-44.