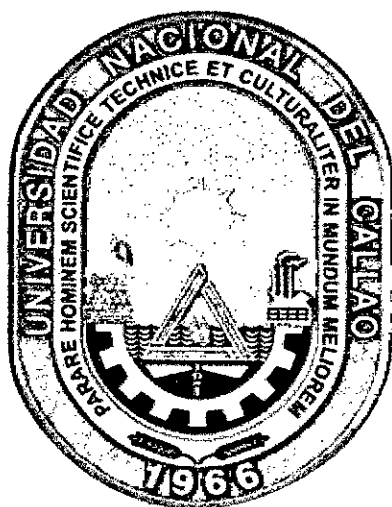


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL II-2, SULLANA- PIURA, 2014 – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

GLADYS CECILIA IZQUIERDO GONZALEZ

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 192 - 2017

Fecha de aprobación: 29 Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1649-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	2
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Identificación del Problema	4
1.2 Objetivos de la Investigación	5
1.3 Justificación	5
II.- MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes del estudio	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	19
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	22
IV.- RESULTADOS	25
V.- CONCLUSIONES	31
VI.- RECOMENDACIONES	32
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	36

INTRODUCCION

En la actualidad el poli traumatizado es la primera causa por trauma sobre todo en las primeras cuatro décadas de la vida, con un porcentaje elevado de incapacitados permanentes repercutiendo en su ámbito laboral y económico para la sociedad. La mortalidad está directamente ligada a la gravedad y nivel de compromiso de las lesiones traumáticas múltiples (se producen en los individuos lesiones en diversos órganos y sistemas) producidas por un mismo accidente que comporta el riesgo vital para el paciente, requiriendo actuaciones de urgencias.

La mayor parte de las muertes se produce en las primeras horas del pos traumatismo, por lo que la necesidad de una asistencia urgente del traumatismo grave se hace evidente y el papel del enfermero es primordial en la atención inicial integral del paciente poli traumatizado donde los cuidados deben ser precoces y oportunos aumentando la calidad asistencial y por lo tanto el grado de éxito al disminuir la morbimortalidad en los primeros momentos.

Los profesionales de la Enfermería debemos ser capaces de relacionarnos para poder coordinar y optimizar nuestros esfuerzos dirigidos a cada paciente. Los cuidados de enfermería deben ser integrados, para que posean también un esquema lineal, es decir, una continuidad; y no un esquema escalonado.

Basándose a este problema se realiza el presente informe: "Cuidados de Enfermería en el paciente poli traumatizado atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital II-2 Sullana /Piura", comprendiendo en el período 2014-2016 con la finalidad de describir los cuidados que desempeña del profesional de enfermería en el servicio de emergencia en situaciones críticas donde el enfermero posee unos conocimientos adecuados que le permitan desarrollar su tarea de forma consciente y competente permitiendo ofrecer al paciente poli traumatizado todas las oportunidades disponibles para alcanzar el éxito de su cuidado.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la Situación Problemática

El trauma se ha convertido en una pandemia que tiene un severo impacto socio económico para la sociedad, la alta tasa de morbi mortalidad y sobre todo las secuelas muchas veces permanentes con alto costo, obliga a los gobiernos a enfrentar esta patología en forma multisectorial, buscando la disminución de los daños a través de múltiples estrategias, en lo que se refiere a los sistemas de salud, éstos deben de contar con una adecuada organización y todos los procesos asistenciales para un adecuado resultado en la atención del paciente poli traumatizado. (1)

El Hospital de SullanaII-2 es una institución del MINSA donde comprende la atención a toda población de la Provincia de Sullana con sus distritos.

Así mismo es un hospital referencial donde llegan pacientes de diferentes establecimientos considerando zonas de costa (Tumbes, Talara ,Paita) y zona de sierra(Provincia de Ayabaca con sus distritos),constituyendo el total de 6,959 de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia en el periodo 2016 de los cuales 1,114 son pacientes poli traumatizados considerándolos en las estadísticas como traumatismos superficiales múltiples ,no especificados que requieren de una atención oportuna, efectiva, eficaz y de calidad en nuestros pacientes.(2)

Por lo tanto, el manejo inicial y eficaz de la persona poli traumatizado por parte del profesional de enfermería presenta particularidades que exigen

el diseño de planes de actuación específicos por lo que constituye la identificación precoz del nivel de gravedad en el paciente por parte del equipo de salud (multidisciplinario) para lograr un tratamiento intrahospitalario óptimo.

Según las estadísticas en la primera hora de sucedido el evento existe una alta mortalidad, asociada ésta a que un 25% de ellas ocurre debido a un manejo inadecuado.

Es por ello que los cuidados de enfermería son de suma importancia logrando una pronta estabilidad de salud del paciente, tomando en cuenta la eficiencia y eficacia en el manejo de pacientes poli traumatizados según protocolos.

1.2. Objetivo de la Investigación

Describir los cuidados de enfermería en el paciente poli traumatizado atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Sullana II-2, Piura en el período 2014 – 2016.

1.3. Justificación

El papel del personal de enfermería es imprescindible en la atención primaria de estos pacientes, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Si aumentamos la calidad de la asistencia, aumentaremos el grado de éxito para poder disminuir la morbimortalidad. (3)

El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención inicial al poli traumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Aumentando la calidad asistencial aumentamos el grado de éxito, disminuyendo la morbi-mortalidad de los primeros momentos y posteriores. El enfermero está dentro del equipo sanitario integral, donde todo debe ser coordinado desde el primer momento. Cuando atendemos a un poli traumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales.

Es por ello que se realizó, considerando las debilidades de los profesionales de enfermería dentro de los conocimientos que posee para brindar un buen cuidado en pacientes poli traumatizados en el servicio de emergencia siendo un área de ingreso inicial donde se recibe al paciente y se le estabiliza al paciente de lo cual depende su vida al brindar una atención adecuada y oportuna.

El presente informe realizado en el Hospital de Sullana II-2 beneficiará a todos los enfermeros que laboran en el servicio de Emergencia (Enfermera general, especialista y enfermeras que cubren turnos por necesidad de servicio), que le servirá de guía, para una atención veraz y oportuno no olvidando la ética profesional y aspectos legales en enfermería.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

Torrente B. (2013), realizado en la ciudad de Jaén, "Atención De Enfermería Y Manejo Pre hospitalario En Personas Adultas Politraumatizadas" cuyo objetivo: es Identificar y justificar la cadena de prioridades que se debe seguir en la valoración del enfermo poli traumatizado adulto para conocer los procedimientos y contenidos establecidos en la valoración primaria y secundaria del paciente poli traumatizado. Concluyendo que en el trabajo ha pretendido que la enfermería pueda alcanzar una visión de la atención en estos pacientes y pueda trabajar de forma autónoma y en colaboración para la atención integral del paciente.

Así mismo constituye una guía, dotada de lenguaje enfermero, para la actuación que debe seguir el personal de enfermería en el cuidado integral del poli traumatizado.(1)

Roldan del Castillo J. (2013) realizado en la ciudad de Lima-Perú. "Conocimientos De Las Enfermeras(Os) Del Programa SAMU Sobre La Evaluación Inicial al Paciente Poli traumatizado por Accidente De Tránsito" cuyo objetivo es determinar los conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del por accidente de tránsito. Material y método. El estudio fue de nivel aplicativo,

tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 41 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento el Cuestionario, que se aplicó previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (41), 51% (21) no conoce y 49% (20) conoce. En la dimensión evaluación primaria 51% (21) conoce y 49% (20) no conoce; y en la dimensión evaluación secundaria, 41% (17) conoce y 59% (24) no conoce. Conclusiones. Los conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado; el mayor porcentaje no conoce los aspectos sobre el examen físico, la evaluación del sistema respiratorio, la secuencia de la evaluación primaria, complicaciones de la vía aérea, y asegurar buena ventilación; seguido de un porcentaje considerable de enfermeros que conocen sobre la obstrucción de la vía aérea, condiciones para una buena ventilación, asegurar la permeabilidad de la vía aérea, maniobra para el control de la columna cervical, de la vía aérea, apertura de la vía aérea, evaluación del estado hemodinámico, pulso, control de hemorragias en amputación, y evaluación para determinar traslado.(4)

Bobadilla Reyes C. (2014), "Score Ssortt como indicador pronóstico de laparotomía en pacientes con trauma abdominal cerrado en el Hospital Belén de Trujillo" cuyo objetivo de estudio es determinar si el Ssortt es un indicador pronóstico de laparotomía en pacientes con trauma abdominal cerrado en el Hospital Belén, Material y Método: Estudio de pruebas

diagnósticas retrospectivo y observacional en 194 pacientes con trauma abdominal cerrado. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo para determinar aquel punto de corte que ofrecería mayor valor pronóstico de laparotomía. Se aplicó el test de chi cuadrado obteniendo Resultados: El mejor punto de corte del Score SSort fue 3 correspondiéndole una sensibilidad especificidad valor predictivo positivo negativo de 87%, el área bajo de curva fue de 0.84, Conclusiones: El punto de corte de 3 ofrece el mejor perfil pronóstico con una gran significancia estadística para necesidad de laparotomía. El área bajo de la curva calculada le confiere exactitud intermedia. (6)

Hurtado Zuta R. (2014), " Características Clínicas y Epidemiológicas del Politraumatismo En Pacientes Atendidos En El Hospital Iquitos De Enero A Diciembre Del 2014", Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas del politraumatismo en pacientes atendidos en el Hospital Iquitos "César Garayar García", de enero a diciembre, en el 2014. Metodología: Se planteó un estudio Descriptivo-Retrospectivo de corte transversal utilizando la información de las 46 Historias Clínicas del Hospital Iquitos, de enero a diciembre, en el 2014. Los datos fueron recopilados utilizando una ficha previamente elaborada. El análisis descriptivo de las frecuencias fue realizadas a través del programa estadístico SPSS, versión 19. Se obtuvo 46 casos de politraumatismos para el año 2014 en el Hospital Iquitos; se demuestra que es una

patología que afecta principalmente a personas con menos de 30 años, teniendo como edad promedio 24 años; predominando en el sexo masculino 78.3% (36 casos), en su gran mayoría de estado civil soltero con el 58.7% y convivientes y casados con 23.9% y 17.4%, respectivamente. Conclusiones: El politraumatismo afecta más a los varones con una edad promedio de 24 años. Son mayoritariamente de etiología los accidentes de tránsito con 58.7% y caídas 17.4%. De los 46 pacientes, en su mayoría no se presentaron complicaciones y siendo la hora más frecuente del suceso del politraumatismo entre las 10 a 12 horas. (7)

2.2 Marco conceptual

Poli traumatizado

Definición: Es la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente. (21)

Epidemiología: Constituye la primera causa de muerte en menores de 45 años, en relación con la mortalidad del poli traumatizado la podemos sintetizar en:

- Primer pico: muerte instantánea o "in situ" (10% del total), muerte inmediata o en los minutos siguientes al accidente. Por lesiones graves de órganos vitales, hemorragias masivas y/u obstrucción vía aérea.

- Segundo pico: Muerte precoz: 50% de los fallecimientos se produce en las 3 primeras horas y el 75% en las primeras 24 horas. Causas potencialmente tratables: obstrucción de la vía aérea, hipovolemia, hemorragias intracraneales, etc. A este periodo se le conoce como "Hora de oro".
- Tercer pico: 10% mortalidad, muerte tardía, días o semanas. Por complicaciones evolutivas de las lesiones iniciales. Sepsis o fallo multiorgánico. (22)

Etiología: Las causas de muerte en un paciente poli traumatizado se dividen de acuerdo al tiempo de sobrevivida luego del suceso traumático, por lo que se definen como una enfermedad tiempo dependiente de lo cual surge el concepto de HORA DE ORO.

Se entiende como hora dorada o de oro el tiempo imaginario durante el cual un paciente lesionado grave tiene el porcentaje más alto de sobrevivida, además de disminuir las complicaciones y secuelas dependiendo del acceso a una atención eficaz y eficiente de forma oportuna. Durante los primeros 60 minutos los pacientes deben recibir atención hospitalaria con el objetivo de reducir las muertes de víctimas de traumatismos por causas que pueden ser prevenidas con un tratamiento inicial eficiente ya que dependiendo de los gestos o conductas terapéuticas se puede revertir esa situación.

La mortalidad en los pacientes poli traumatizados sigue una distrución trimodal característica:

- Primera Etapa:

La muerte sobreviene en los primeros segundos o minutos del accidente, y generalmente es debida a laceraciones cerebrales, médula espinal alta, tronco cerebral, lesiones cardíacas, ruptura de aorta y de grandes vasos. Muy pocos de estos pacientes pueden ser salvados.

- Segunda Etapa:

La muerte ocurre durante los primeros minutos o después de algunas horas de producido el traumatismo. Se ha llamado "la hora de oro" del paciente politraumatizado, ya que es el período donde se pueden evitar las muertes "prevenibles" con una atención rápida y eficiente. En ésta etapa la muerte sobreviene por un hematoma subdural o epidural, hemoneumotórax, ruptura de bazo, laceración hepática, fractura de pelvis o lesiones múltiples asociadas con hemorragia masiva.

- Tercera Etapa:

La muerte ocurre varios días o semanas posteriores al traumatismo, y casi siempre es secundaria a sepsis o falla orgánica múltiple. (23)

Decálogo del paciente politraumatizado

Diez cosas que no podemos olvidar para garantizar el éxito de nuestros pacientes politraumatizados:

- i. Valorar las proteínas totales: un valor inferior a 6 g/dl junto a taquicardia persistente pueden ser indicadores de hemorragia activa, especialmente en perros.
- ii. Aprender a realizar y utilizar el FAST y FAST torácico
- iii. Valorar y aprender a interpretar el lactato como herramienta adicional en la valoración del estado de perfusión y para guiar la terapia médica.
- iv. Realizar radiografías de tórax: La información que obtendremos nos será muy útil y nos permitirá evaluar contusiones pulmonares, hernias diafragmáticas, fracturas costales, neumotórax, etc. Por el contrario, las radiografías abdominales no se consideran de elección ya que no pueden aportar mayor información que una ecografía abdominal, a no ser que consideremos estudios radiográficos con contraste positivo.
- v. Recordar valorar la función motora y la percepción del dolor profundo en las extremidades.
- vi. No tener miedo a trasfunder y/o trasfunder de manera anticipada

- vii. Si el paciente presenta oliguria, ¿el volumen intravascular administrado es suficiente?
- viii. Accidentes por atropello en los cuales el vehículo aplastó al paciente a baja velocidad, aumenta el riesgo de ruptura vesical y hernia diafragmática.
 - ✓ Ruptura vesical: deberemos remitir al paciente a cirugía cuando esté estable (no hiperpotasémico ni en shock). Mientras el uroabdomen puede ser manejado mediante la colocación de un drenaje abdominal
 - ✓ Hernia diafragmática: debe ser reparada lo antes posible.
- ix. Limpiar y revitalizar las zonas que presenten heridas.
- x. Fracturas pélvicas complicadas y en extremo distal de extremidades mejoran rápidamente con reposo en jaula.(24)

Medidas de protección

Los profesionales en el área de emergencia que entra en contacto con el paciente deben utilizar dispositivo de precaución personal Universal. Debido a la precaución sobre enfermedades Infecto contagiosas, siendo la más importante la hepatitis y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Todo paciente que ingrese a un servicio de urgencias debe ser considerado portador potencial de enfermedades transmisibles y por tanto todo el personal debe observar las Medidas Universales de Protección:

- a. Uso de guantes, mascarilla (tapabocas), anteojos, polainas y ropa impermeable, para proteger la piel y las mucosas de cualquier contacto con sangre o líquidos corporales.
- b. Manejo cuidadoso de los elementos corto punzantes (agujas, hojas de bisturí y otros elementos cortantes). Las agujas no deben reenfundarse, doblarse ni desprenderse de las jeringas. Todos estos elementos, una vez utilizados, deben depositarse en recipientes especialmente diseñados para ese propósito.
- c. Manejo adecuado de sangre, líquidos corporales y tejidos. Incluye no sólo el manejo de las muestras en el área de urgencias, sino también su transporte y en el laboratorio.
- d. Lavado inmediato de las manos y superficies corporales si se contaminaron con sangre u otros fluidos corporales, antes y después del contacto con los pacientes y siempre después de retirarse los guantes.(25)

Traumatismo facial/ocular:

Lesión de los tejidos blandos de la cara, incluyendo el pabellón auricular y la estructura ósea facial. Engloba un abanico amplio de enfermedades, desde la laceración simple aislada hasta el traumatismo facial masivo con hemorragia y obstrucción de la vía aérea acompañado por lesiones multisistémicas.

- Traumatismo facial: Hay que inspeccionar las estructuras faciales para detectar asimetría y deformidad ya que ambas pueden indicar una lesión ósea subyacente.
Debe descartarse la presencia de enoftalmos, u otras alteraciones oculares.
Hay que observar al paciente para comprobar si presenta alteración del tabique nasal, de la misma forma hay que evaluar los tejidos blandos.
 - La evaluación radiológica será fundamental: Rx simple de macizo facial (proyección Waters) y TAC de macizo facial y orbitas. La evaluación de la mandíbula en ocasiones requiere ortopantografía que no suele estar disponible.
- El aspecto más importante de la asistencia en el trauma facial es el mantenimiento de la vía aérea permeable. La lesión puede provocar un compromiso de la vía aérea por alteración de la arquitectura ósea y cartilaginosa o puede ocasionar una obstrucción por tejidos blandos, hemorragia, vómitos o partes separadas. El manejo inicial de la vía aérea debe consistir en la extracción de cualquier material suelto (diente, sangre, coágulo, tejido blando, material extraño) de la orofaringe. Si es necesaria la intubación, está siempre

será una vía aérea difícil que en ocasiones requerirá abordaje quirúrgico.

- Traumatismo ocular: Supone el 5-7% de todas las urgencias de oftalmología. La mayoría se dan en varones entre 21-50 años. Puede aparecer:
 - Hematoma o herida palpebral: más frecuente y sin importancia. Descartar lesiones asociadas del globo ocular.
 - Fracturas de la órbita: hundimiento del suelo de la órbita, rotura de la pared medial, o del techo de la órbita. Pueden ocasionar equimosis y edema periocular, diplopía, hifema y recesión del ángulo, en fracturas graves enoftalmos.
 - Traumatismo del globo ocular: hemorragia subconjuntival, hipema: presencia de sangre en la cámara anterior. Indica rotura del tejido intraocular, puede producir aumento de presión intraocular.
 - Lesiones pupilares: irregularidad del contorno de la pupila. Frecuente la midriasis por afectación del esfínter pupilar.
 - Lesiones del cristalino: luxación o subluxación o cataratas contusitas.

- Rotura del globo ocular: hay que realizar reposo absoluto con oclusión ocular no compresiva con analgesia iv. Y antibioterapia de amplio espectro.
- Traumatismos penetrantes: producen lesión en la córnea, unión corneoescleral o en la esclerótica con deformidad pupilar y déficit de agudeza visual. La cámara anterior puede presentar hifema.

En cuanto al manejo de estas lesiones, lo más importante es evitar más daño, se realiza una exploración externa se ocluye el ojo sin comprimirlo y se avisa al oftalmólogo. En el paciente con rotura del globo ocular es esencial evitar maniobras de valsalva (tos, vómitos, etc.) por el riesgo de salida del material intraocular. En este mismo sentido en estos pacientes si se encuentran agitados se debe proceder a la sedoanalgesia y la IOT precoz (evitar succinilcolina).

Puntos clave:

En los pacientes con traumatismo facial masivo el tratamiento de la vía aérea debe ser agresivo para evitar un compromiso de ésta. En los casos extremos puede ser necesaria una cricotirotomía.

- ✓ El tratamiento definitivo del traumatismo facial en el paciente politraumatizado con lesiones múltiples puede retrasarse durante 24h o más mientras se estabiliza al paciente o se solucionan problemas más críticos.

- ✓ La TC tiene una función muy importante en la evaluación inicial de los pacientes con trauma facial.
- ✓ En los pacientes con rotura del globo ocular debe evitarse las maniobras de valsalva procediendo a una intubación precoz en pacientes agitados. (26)

Atención de enfermería en pacientes politraumatizados

El proceso de atención de enfermería es el método científico aplicando en la práctica asistencial enfermera que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática individualizada tanto en las necesidades el paciente. El proceso dispone de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución, evaluación. Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería. (20)

2.3 Definición de términos

- a. Politraumatizado: Es todo paciente que presenta múltiples lesiones orgánicas o/y musculoesqueléticas con alteración de la circulación y/o ventilación que comprometen su vida de forma inmediata o en las horas siguientes. (32)

Cuidados de enfermería: La noción del cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín Coidar).

Enfermería: por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. (31)

Emergencia: Es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de pérdida de vida.

Ejemplos: Pérdida de conocimientos, abundante pérdida de sangre o hemorragia, dificultad respiratoria prolongada, dolor intenso en la zona del pecho, convulsiones, electrocución, asfixia por inmersión, caídas desde alturas, accidente de tránsito. (30)

BASE TEORICA:

Según Virginia Henderson: "Definición de Enfermería Clínica"

El objetivo es de ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas donde la persona que presenta un déficit real o potencial en su necesidad básica ayudando a recuperar su independencia Biopsicosocial.

La función de la enfermera en el cuidado de pacientes politraumatizados es asistir al paciente sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan su salud, su recuperación muerte serena. Las actividades que realizaría el paciente por el mismo que tuviera la fuerza, conocimiento, actividad necesaria de manera que ayude la independencia lo más rápido posible.

Así mismo Virginia considera 3 tipos de niveles en el proceso de cuidar:

1. Nivel de sustitución al paciente: Donde la enfermera sustituye
2. totalmente al paciente.
3. Nivel de Ayuda: La enfermera realizara ayuda en las acciones que el paciente no pueda realizar.
4. Nivel de Acompañamiento: La enfermera permanece a lado del paciente desempeñando las tareas de asesoramiento y como consecuencia la capacidad de autonomía.

Según Patricia Benner" Modelo del Aprendiz al Experto"

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para realizar el siguiente informe se redactaron los siguientes datos del paciente politraumatizado del libro de ingresos de pacientes del servicio de emergencia atendidos en cirugía del año 2014 al 2016 con la debida autorización de los jefes. Así mismo registro de pacientes politraumatizados que son registrados en las diferentes áreas (oficina del comité organizacional de emergencia, servicio de emergencia, servicio de Unidad de cuidados intensivos, datos de la oficina de epidemiología, datos de la oficina de estadística del Hospital de Sullana II-2.

3.2. Experiencia profesional

Inicio mis labores como interna de enfermería en el Hospital de Apoyo Tumbes iniciando una experiencia con miedo ya que las actividades que se realiza son prácticas pre profesionales, luego continuo mi labor asistencial preventivo promocional como Serumista el periodo de un año(2014-2015) en el Departamento de Tumbes en la DIRESA-Micro red Zarumilla(Centro de Salud Zarumilla con nivel I-4) con hospitalización y el Centro de Salud Aguas Verdes realizando actividades preventivo promocionales.

Como enfermera Serumista realizaba atención en el servicio de emergencia ya que contaban con una alta demanda de ingresos de

pacientes con lesiones traumáticas por accidente de tránsito y por enfermedades locales que se presentaban en la zona (costa).

En el año 2011 mes de abril laboro en el departamento de Piura, provincia de Sullana siendo Subregión Luciano Castillo que corresponde: el Centro de Salud de Ayabaca nivel 1-4 con hospitalización continuando el mismo trabajo con labor asistencial y administrativo habiendo una diferencia que el trabajo es zona de sierra laborando un tiempo de 2 años (conociendo todas las zonas accidentadas, su nivel: cultural, social y costumbres).

En el mes de marzo del 2013 continuo mi labor asistencial en Hospital Sullana nivel II-2 donde mi rotación en los diferentes servicios (maternidad, cirugía, medicina, pediatría, cardiología, emergencia). Gracias a estas experiencias me ayudó a identificar la problemática de los pacientes y que el trabajo de la enfermera debe de manejar protocolos, guías para un buen manejo crítico de acuerdo a circunstancias que se puede presentar en situaciones emergentes.

Así mismo como enfermera es ejercer un humanismo impregnado de un alto sentido ético, moral, coherente con el tipo de situaciones y espacios en los que toque participar.

Experiencia profesional en las diferentes instituciones de salud

Anécdota:

- a. Hospital de Sullana
"Cosas de valor"

Siendo un día feriado donde hay afluencia de pacientes, llega un paciente al servicio de emergencia traído por personal (policía nacional) refiere que: " persona adolescente que sufre un accidente de tránsito" no hay familiares y el otro accidentado ya falleció.

Paciente llega pálido, con hemorragia (sangrado excesivo, fractura expuesta de pierna derecha, en zona de tabique. Se observa inconsciente, en mal estado general, CFV: P/A: 80/40, T°35.

Se realiza una atención inicial inmediata en el manejo de paciente crítico, en el momento de la atención llega una persona de sexo masculino donde refiere que es su familiar (hermano) y que lo salven, inmediatamente reclama sus pertenencias donde tenía una billetera con dinero, objetos de valor (un reloj de marca, dos sortijas de oro, una pulsera de oro, zapatillas de marca), luego de 5 minutos familiar se retira y nunca llegó donde el paciente necesitaba de medicamentos que no habían en farmacia. Como enfermera a pesar de tener criterio en la atención inmediata tenía que coordinar en todos los servicios logrando recolectar los insumos con la finalidad que el paciente reciba todo el medicamento que necesitaba y salvarle la vida.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

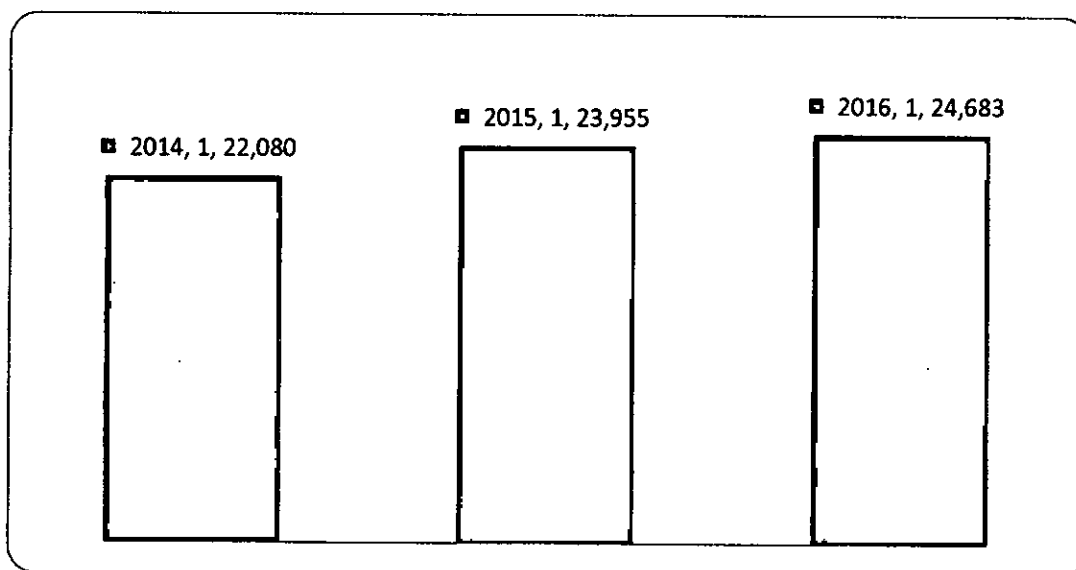
NUMERO DE ATENCIONES DE EMERGENCIA SEGUN SERVICIO

AÑO	2014		2015		2016	
	Nº	%	Nº	%	N	%
MEDICINA	5,567	25.2	7,049	29.43	7,280	29.49
CIRUGIA	6,527	29.6	7,046	29.41	6,959	28.19
PEDIATRIA	3,929	17.8	3,981	16.62	4,230	17.14
GINECO OBSTETRICO	6,057	27.4	5,879	24.54	6,214	25.18
TOTAL	22,080	100.00	23,955	100.00	24,683	100

Fuente: Datos obtenidos en la oficina de estadística – Hospital de Apoyo Sullana II-2

GRAFICO 4.1

NUMERO DE ATENCIONES DE EMERGENCIA SEGÚN SERVICIO



Fuente: Datos obtenidos en la oficina de estadística – Hospital de Apoyo Sullana II-2

Se observa que el total de ingresos de pacientes es en el servicio de emergencia es de 22.080 atendidos en el año 2014 habiendo un incremento de 24.683 en el año 2016.

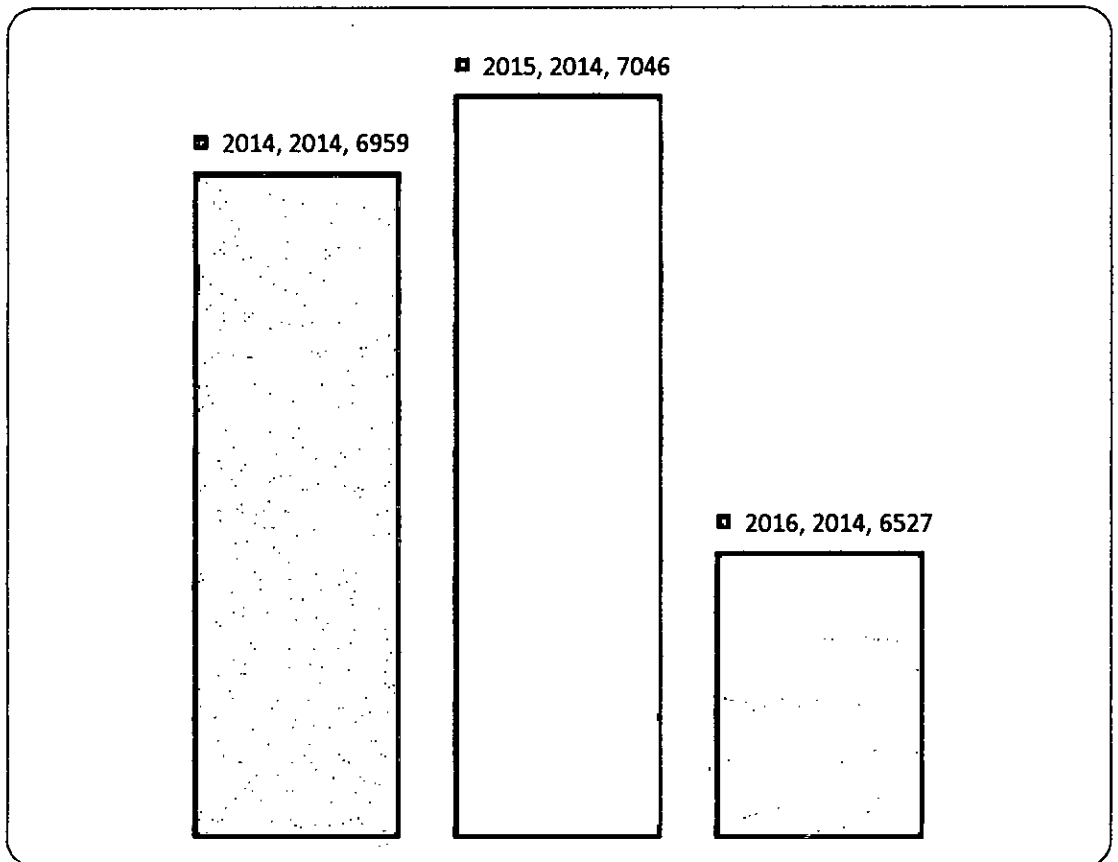
CUADRO 4.2
NUMERO DE ATENCIONES DE EMERGENCIA SEGUN SERVICIO DE
EMERGENCIA / SERVICIO DE CIRUGIA

AÑO	2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%
ENERO	722	10.4	619	8.8	688	10.5
FEBRERO	601	8.64	626	8.9	574	8.8
MARZO	592	8.51	637	9.0	644	9.9
ABRIL	515	7.40	518	7.4	508	7.8
MAYO	625	8.98	596	8.5	515	7.9
JUNIO	500	7.18	524	7.4	559	8.6
JULIO	598	8.59	549	7.8	493	7.6
AGOSTO	549	7.89	566	8.0	460	7.0
SETIEMBRE	562	8.08	590	8.4	365	5.6
OCTUBRE	606	8.71	598	8.5	548	8.4
NOVIEMBRE	479	6.88	582	8.3	565	8.7
DICIEMBRE	610	8.77	641	9.1	608	9.3
TOTAL	6959	100	7046	100	6527	100

Fuente: Datos obtenidos en la oficina de estadística – Hospital de Apoyo Sullana II-2

GRAFICO 4.2

NUMERO DE ATENCIONES DE EMERGENCIA SEGÚN SERVICIO DE CIRUGIA



Fuente: Datos obtenidos en la oficina de estadística – Hospital de Apoyo Sullana II-2

De acuerdo a los años atendidos en emergencia en el servicio de cirugía se observa que en el año 2014 es de un total de 6959 habiendo un descenso de atendidos en el año 2016 con 6527.

CUADRO 4.3

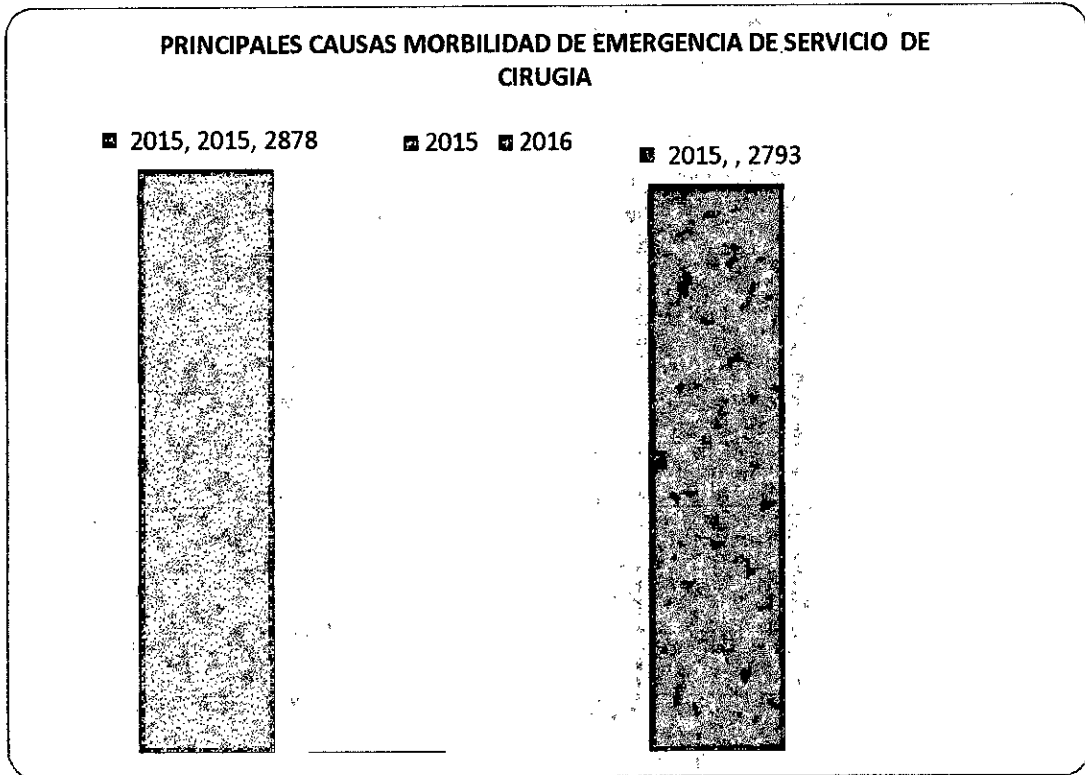
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE EMERGENCIA DE
SERVICIO DE CIRUGIA

AÑO	2015		2016	
	Nº	%	N	%
TRAUMATISMO SUPERFICIALES MÚLTIPLES, NO ESPECIFICADO	114	39	993	35.6
HERIDA DE CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADO	388	13	426	426
TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	350	12	452	16.2
HERIDA DE REGIÓN NO ESPECIFICADA DEL CUERPO	282	10	129	4.6
HERIDA DE CUERO CABELLUDO	243	8	268	9.6
HERIDA DE DEDOS DE LA MANO, SIN DAÑO DE LAS UÑAS	193	7	183	6.6
HERIDAS DE OTRA PARTE DE LA CABEZA	188	7	212	7.6
HERIDA DE LA MUÑECA Y DE LAS MANOS, PARTE NO ESPECIFICADA	120	4	130	4.7
TOTAL	2878	100	2793	100

Fuente: Datos obtenidos en la oficina de estadística – Hospital de Apoyo Sullana II-2

GRAFICO 4.3

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE EMERGENCIA DE SERVICIO DE CIRUGIA



Fuente: Datos obtenidos en la oficina de estadística – Hospital de Apoyo Sullana II-2

Se observa que una de las principales causas de morbilidad en emergencia, servicio de cirugía es de 114 casos de traumatismos superficiales, no especificado en el año 2015 y en el año 2016, 993 casos observando un incremento.

CUADRO 4.4

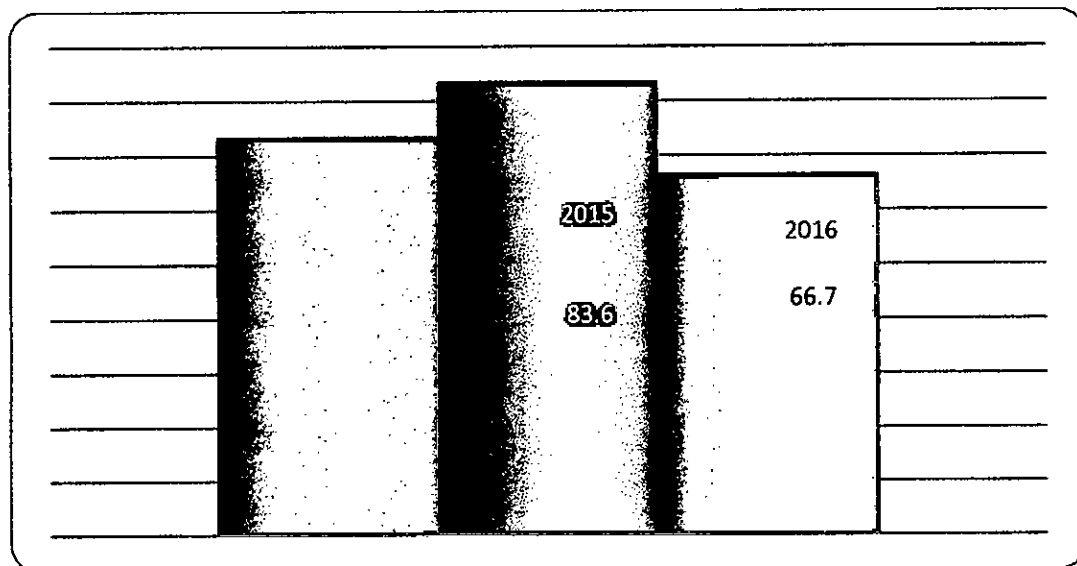
PORCENTAJE ANUAL DE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE DE TRANSITO

AÑO	PORCENTAJE
2014	73.6
2015	83.6
2016	66.7

Fuente: Datos obtenidos en la oficina de estadística – Hospital de Apoyo Sullana II-2

GRAFICO 4.4

PORCENTAJE ANUAL DE ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE DE TRANSITO



Fuente: Datos obtenidos en la oficina de estadística – Hospital de Apoyo Sullana II-2

De acuerdo a los a los porcentajes en pacientes atendidos en emergencia por accidente de tránsito en el año 2015 es de un porcentaje alto 83.6% en la diferencia del año 2016 con un bajo porcentaje de 66.7.

V. CONCLUSIONES

- a. En el servicio de emergencia se presentan retos y desafíos donde el enfermero es esencial adquiriendo competencias necesarias para el cuidado de este tipo de pacientes considerando sus normas emergentes (ético, legal y moral).
- b. El personal capacitado en el manejo del paciente con trauma grave, desarrolla destrezas para evitar o disminuir complicaciones.
- c. Para lograr el éxito en la atención del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia debe de haber una participación de todas las enfermeras donde plantean estrategias, implementan y monitorizan la efectividad del cambio.

VI. RECOMENDACIONES

- a. El profesional de enfermería para una buena atención tiene que estar preparado en áreas emergentes, involucrándose en nuevo enfoque holístico en el cuidado de pacientes poli traumatizados teniendo en cuenta lo siguiente:
- b. Identificar, organizar, adecuar, planificar un ambiente trauma shock para un manejo de un buen triaje.
- c. Emitir, enfocar diagnósticos de acuerdo a la valoración aplicando al Proceso de Atención de Enfermería basada en la taxonomía NANDA, NOC, NIC para garantizar el bienestar de las personas.
- d. Realizar normas y procedimientos de actuación determinadas en situaciones de urgencia y emergencia en protocolo de atención poli traumatizado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

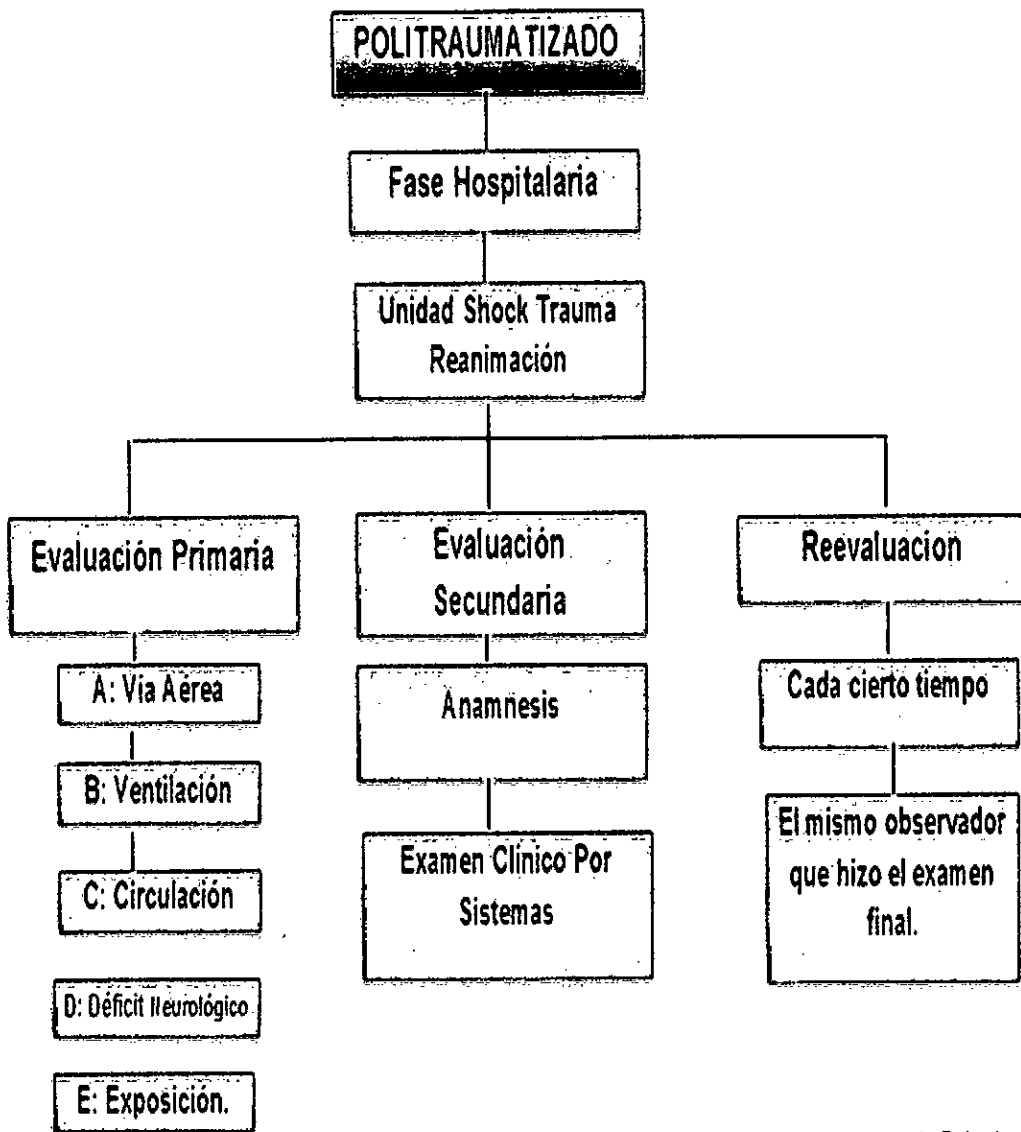
1. GUERRERO B. (2012). Manejo de enfermería en pacientes con trauma craneoencefálico atendidos en el servicio de trauma shock. trabajo de investigación. Tulcan – Ecuador.
2. LIZ Q. (2015). Nivel de conocimientos y cuidado inicial que brinda la enfermera al paciente con traumatismo craneoencefálico Hospital Docente de Trujillo. Trabajo de investigación. Trujillo – La libertad.
3. CORTEZ B. (2012). Manejo de enfermería en pacientes con trauma craneoencefálico atendido en el Servicio de Emergencia. Trabajo de investigación. Tulcan – Ecuador.
4. RODRIGUEZ M. (2013). Conocimientos de las enfermeras en el cuidado de los pacientes con traumatismo craneoencefálico severo conectados a ventilación mecánica. Revista medica electronica. N° 3 – Marzo .
5. CRESPO A. (2013). Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneoencefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugeni, Quito – Ecuador.

6. DIANA B. (2013). Cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefalico del Area de Cirugia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Trabajo de investigacion. Cuenca – Ecuador.
7. MURILLO J. (2009). Medicina de urgencias y emergencias , guias diagnosticos y protocolos de actuacion. Tercera edicion. España.
8. MURILLO J. (2009) Traumatismo craneoencefalico. Medicina de urgencias y emergencias. Tercera edicion. España. pág. 747.
9. GUERRERO C. (2012) Manejo de enfermería en pacientes con trauma craneoencefalico. Tulcan – Ecuador.
10. PEREZ M. (2009). Medicina de urgencias y emergencias. Tercera edicion. España.
11. KIDD P. (2011). Traumatismo craneoencefalico. Urgencias en enfermería. España. Pág. 569.
12. LIZARDE G. (2007).Traumatismo craneoencefalico. Procedimientos en la unidad de cuidados intensivos. Primera edicion. Mexico. pág. 544.
13. PEREZ J. (2009). Traumatismo craneoencefalico en guia diagnosticas y protocolos de actuacion. España. pág. 753.

15. GAMAL.(2010). Traumatismo Craneoencefalico. Recuperado el 18 de abril de 2017, de <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Discapacidades/Desarrollo%20Motor/Traumatismo%20craneoencefalico/Paginas/trauma.aspx>.
16. LEZARDE G. (2007).Procedimientos en la unidad de cuidados intensivos. Primera edición. Mexico.
17. MURILLO CABEZAS F., MUÑOZ SÁNCHEZ A. (1999). Traumatismo craneoencefálico. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Samiuc.
18. MOULTON R., LAWRENCE H. (2000). Lesión de la cabeza e hipertensión intracraneal. Cuidados intensivos. Segunda edición.
19. James E. Burgess. (1998). Critical Care of patients with traumatic brain injury. Intensive care medicine. Fourth edition. Irwin and Rippe's.
20. MUÑOZ SÁNCHEZ M., NAVARRETE NAVARRO P. (2000). Soporte Vital Avanzado en Trauma. Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar, Sociedad Española de Medicina Intensiva. Ed. Masson.
21. S. YUS TERUEL Y M. CIDONCHA GALLEGO. (2000).Manual de Medicina Intensiva. Segunda edición.

ANEXOS

FLUXOGRAMA



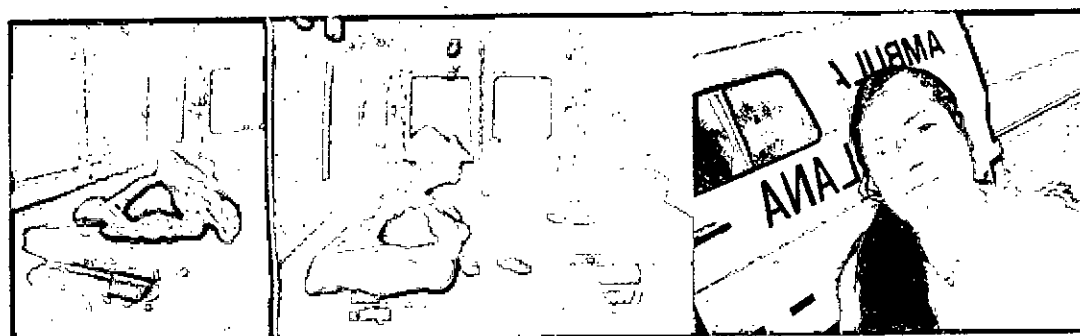
Fuente: Según Norma de vigilancia de Accidentes de Tránsito.

**PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA Y SON
DERIVADOS A UCI**



**TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO
TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEO**

AMBULANCIA HAS - SULLANA II - 2



**AMBULANCIA SAMU
(SISTEMA DE ATENCIÓN MOVIL DE URGENCIA)**



Nombre del paciente

Edad

Sexo

Condición

Dx Médico

FI al Hospital

FI al servicio:

Precedencia

Condición de Ingreso: Caminando () Camilla () S.Ruedas () G. Dependencia:

Fecha de Aplicación: _____

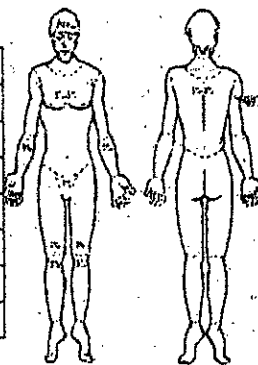
SIGNOS VITALES	PA	FC	FR	T°	SO2	PVC	Oxigenocepta					ESCALA RAMSAY	Escala de Valoración Glasgow			Reactividad Pupilar		Dímetro Pupilar		HGT	Estado de Conciencia
							CBN	MV	MR	TOT	VM		AO	RV	RM	PO	PI	PO	PI		
M																					
T																					
N																					

VALORACION DE ENFERMERIA

CONDUCTA	M	T	N	SONDAS	M	T	N	DRENAJES	M	T	N	SECRESIONES	M	T	N	DEPOSICION	M	T	N
Indiferente				NSGOG				Gástrico				Abundantes				Normal			
Verborreico				Foley				Torácico				Escasas				Líquida			
Agitado				Rectal				Pericentesis				Color				Melena			
Asequible				Talla Vesical				Otros				DIGESTIVO	M	T	N	Rectorragia			
RESPIRACION	M	T	N	ABDOMEN	M	T	N	PEL Y MUCOSAS	M	T	N	Disfagia				ORINA	M	T	N
Normal				Depresible				Húmeda				Anorexia				Normal			
Disnea				Distendido				Seca				Hiporexia				Hematuria			
Polipnea				Timpánico				Pálida				Náuseas				Disuria			
Bradipnea				Ascítico				Ictérica				Vómitos				Oliguria			
Apnea				Doloroso				Cianótica				Hematemesis				Anuria			

IDENTIFICACION DE LESIONES

TIPO DE LESION			
TRAUMATICA	<input type="checkbox"/> Penetrantes	<input type="checkbox"/> Apuñalante	<input type="checkbox"/> Quemaduras
	<input type="checkbox"/> Cortante		
DERMATOLOGICA	<input type="checkbox"/> Parasitaria	<input type="checkbox"/> Bacteriana	<input type="checkbox"/> Neoplásica
	<input type="checkbox"/> Por Presión	Grado ()	<input type="checkbox"/> Otros:
METABOLICOS	<input type="checkbox"/> Diabéticos	<input type="checkbox"/> Colagangosis	
VASCULARES	<input type="checkbox"/> Arteriales	<input type="checkbox"/> Venosas	
QUIRURGICO	<input type="checkbox"/> Osmosis	<input type="checkbox"/> Defecante	



Edema	Fovae	Localización
	+/+++	
	++/+++	
	+++ /+++	

BALANCE HIDRICO Estricto

INGRESOS	M	T	N	EGRESOS	M	T	N
VO/SNG				ORINA			
HIDRATACION				DEPOSICIONES			
TRATAMIENTO				SNG			
HEMODERIVADO				DRENAJE			
OTROS				OTROS			
H2O METABOLICA				PERDIDAS INSENSIBLES			
SUB TOTAL				SUB TOTAL			
TOTAL				TOTAL			
BALANCE HIDRICO							

Dolor	Localización:
	Intensidad: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

PARESTESIA	MSD ()	MSI ()
	MD ()	MI ()
HEMIPARESIA	Derecha ()	Izquierda ()
HEMIPLEJIA	Derecha ()	Izquierda ()
PARAPLEJIA ()	TETRAPLEJIA ()	
CONVULSIONES	Tónicas ()	Clónicas ()