

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE SHOCK TRAUMA
DEL HOSPITAL SUBREGIONAL ANDAHUAYLAS – APURÍMAC, 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

BERNABE FELIX TINCO CHIPANA

**Callao - 2021
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 68-2020

Fecha de Aprobación de Trabajo Académico: 12 de Noviembre del 2021

Resolución de Consejo de Facultad N° 602-2021-CF/FCS, de fecha 05 de noviembre del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Es mi deseo como sencillo gesto de agradecimiento, dedicarle mi trabajo de grado plasmado en el presente informe, a mis hijas Lisseth, Sadith y a mis padres Felicitas y Salumon, quienes permanentemente me apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a lograr las metas y objetivos, propuestas trazadas.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme tener una buena experiencia en la Universidad Nacional del Callao, por permitirme convertirme en ser un profesional en lo que tanto me apasiona, gracias a cada maestro que hizo parte de este proceso integral de formación que deja como producto terminado este grupo de graduados, y como recuerdo y prueba viviente en la historia: que perdurará dentro de los conocimientos y desarrollo de las demás generaciones que están por llegar.

INDICE

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES.....	7
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	7
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	9
2.3. BASE CONCEPTUAL	12
CAPÍTULO III.....	22
I. VALORACION	22
1.2 FUNCIONES BIOLÓGICAS.....	22
1.3 HABITOS NOCIVOS.....	23
1.4 ANTECEDENTES PERSONALES ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS	23
1.5 CONDICION SOCIOECONOMICA	23
1.6 ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS:	24
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES	38
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	39
FLUXOGRAMA DE ATENCION DE EMERGENCIA EN UN PACIENTE GRAVE	48

INTRODUCCIÓN

El trauma nos indica una importante causa de muerte en todas las edades y grupos sociales, pues causa un incalculable costo social y económico. Cualquier persona es susceptible de sufrir un traumatismo y por ello, es importante que todos los profesionales de la salud, especialmente el profesional de enfermería, dispongan de los conocimientos básicos que le permitan abordar adecuadamente la asistencia inmediata a nuestros pacientes. (1)

Los traumatismos son las primeras de cuatro décadas de la muerte en el mundo, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado este problema como la enfermedad del milenio. La industrialización de los países, las vías de comunicación, la violencia e inclusive la práctica deportiva, han aumentado considerablemente la incidencia de estos eventos. Un paciente con lesiones múltiples o politraumatizado, cuyo daño sobrepasa una gravedad definida, puede presentar reacciones sistémicas secuenciales que conducen a una disfunción o falla de órganos remotos y sistemas vitales, que, aunque no se han lesionado directamente, pueden generar un desenlace fatal (2)

En Colombia el problema es aún más grave. Según datos publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia, las muertes violentas ocupan el primer lugar entre las causas de mortalidad, por encima del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares. El grupo de población más afectado se encuentra entre los 15 y los 45 años, (promedio de 23 años) con resultados económicos nefastos por la pérdida de años de vida productiva. Además de estas consecuencias ponderables, existen otras de carácter familiar y social (3)

El trauma por violencia y las lesiones por accidentes de tránsito cobran cada año la vida de dos y medio millones de personas en el mundo. La mayoría de los fallecimientos por trauma ocurre en la escena o en la primera hora después del evento, mucho antes de que estos pacientes puedan acceder al escenario hospitalario. Se calcula que entre un 34% a un 50% de las muertes por trauma tienen lugar en los hospitales. Se ha reportado que una proporción de las muertes por trauma, que oscila entre 11 % y 76% podría haber sido prevenida (4)

La actuación principal ante un politraumatizado es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la actuación de enfermería imprescindible y fundamental dentro de los equipos de emergencias prehospitalarios y hospitalarios, así como para desarrollar una actuación integral con el paciente (5)

Los cuidados enfermeros se aplican con eficacia cuando el profesional posee las competencias necesarias para su desempeño. Específicamente en la atención al paciente politraumatizado existen protocolos de actuación diseñados al respecto internacionalmente. En el servicio de urgencias y cirugía del Hospital Regional de Bata, actualmente no existe un protocolo que norme los cuidados de enfermería en la atención al paciente politraumatizado, por tal motivo se realizó esta investigación, para evaluar el cumplimiento de los cuidados de enfermería en la atención al paciente politraumatizado en el servicio de urgencias.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Desde finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud ha considerado el trauma como una epidemia. Ésta puede presentarse a manera de eventos no intencionados como los accidentes de tránsito y los deportivos, en los que no existe intencionalidad de provocar daño en el individuo o la sociedad o como eventos intencionados que se manifiestan en hechos de violencia individual o colectiva, con toda la intencionalidad de provocar lesiones de la misma naturaleza. Esta ola de violencia intencionada ha cobrado millones de vidas en los últimos decenios y, además de superar al trauma no intencionado, conlleva un daño psicológico y una conducta defensiva en las víctimas que llegan a volverse también hacedoras de violencia. Esto cierra el círculo de violencia en las sociedades que la padecen, perpetuando así este flagelo y haciéndolo endémico en algunas urbes.(1)

La patología traumática representa actualmente la cuarta causa de muerte en la población en general, en seguida la diabetes mellitus, el cáncer y la cardiopatía isquémica, y es la primera causa de muerte en personas en edad reproductiva. Este dato, es impactante, es la razón fundamental por la que, hoy en día, el traumatismo se considera uno de los problemas de salud pública a nivel mundial.(2)

El trauma grave es una pandemia mundial y una de las principales causas de muerte y discapacidad, con una desigual distribución a nivel global, nacional y local. Es una enfermedad muy heterogénea en cuanto a la causa, los tipos lesionales y gravedad, con una considerable incertidumbre en su previsión pronóstica. Sus factores de riesgo están relacionados con la conducta humana y con variables sociosanitarias, laborales, económicas, políticas y culturales. Su manejo depende de una variada gama de estructuras, organizaciones y especialidades médicas y quirúrgicas. Disminuir su carga de enfermedad es una tarea compleja, que precisa un abordaje multidisciplinario y una gran tenacidad, para evitar que siga considerándose «la epidemia desatendida.(3)

Un politraumatizado se define como aquel que presenta una o más lesiones traumáticas con compromiso vital independientemente de su localización. Al

tratarse de una patología tiempo-dependiente es vital la actuación inmediata ya que su gravedad es debida a la alta morbimortalidad, por lo tanto, cuanto antes se trate mayor probabilidad de sobrevivir tendrá.(4)

El cuidado de enfermería del paciente politraumatizado es trascendental en la supervivencia y disminución de secuelas. Los diagnósticos de enfermería sirven como evidencia de la gestión del cuidado; son definidos como el juicio clínico sobre las respuestas del individuo y de la familia o de la comunidad a problemas de salud, reales o potenciales.(5)

El impacto social de esta nueva pandemia es tan grave que produce, aproximadamente 3,5 millones de muertes y alrededor de 50 millones de lesionados anualmente a nivel mundial, con daños que pueden ser lesiones leves o llegar a presentar secuelas severas con discapacidad importante sin contar con el severo daño psicológico que sufren los sobrevivientes al trauma, cerca del 90% de muertes o lesionados se dan en países en vías de desarrollo, impactando seriamente en la dinámica familiar y de la sociedad que muchas veces no está preparada para la atención de este tipo de pacientes.(6)

Según información del INEI, en el 2019 ocurrieron 4,050 defunciones por accidentes de tránsito en Perú. (4) En 2012 se produjeron 3,330 accidentes, teniendo como factores desencadenantes un piloto irresponsable, demasiada velocidad al momento de conducir, así mismo la negligencia del peatón.(7)

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), reportó que la tasa de mortalidad anual por politraumatismos en nuestro país es alarmante, ya que ocupan un nefasto tercer lugar con un 10%, registrándose 97,870 casos (100%), siendo causados por los accidentes de tránsito con 40,144 casos (41%), por atropellos 22,503 casos (23%), por choques con 6,849 (7%), imprudencia peatonal con 8,806 (9%), y por la violencia familiar o robos con brutalidad con 19,568 (20%); esto se da entre la población entre las edades comprendidas entre los 16 a 45 años; es decir, la población económicamente activa, ve truncada su existencia debido a este terrible mal debido a los accidentes y la violencia.(8)

Según el reporte oficial de la oficina de estadística e informática del Hospital Sub Regional de Andahuaylas los casos de los accedentes de transito durante los años del 2019 a 2020 han reportado 118 casos dentro de ello han ingresado a la unidad

de shock trauma 48 pacientes de diferentes causas, donde son recuperados de su estado general con algunas secuelas en total 15 pacientes, algunos son referidos a otros Hospitales de mayor de capacidad resolutive como Cusco, Ayacucho, Lima así mismo se complicaron 6 casos dejando de existir por diferentes factores, ya sea de recursos humanos y materiales biomédicos.

Cuando vemos las complicaciones en el servicio son por varias razones como: Uno de ellos es que la infraestructura no está adecuado a la realidad para una atención de una emergencia, Falta del personal profesional calificado del área y equipos biomédicos para prestar una atención de calidad en los pacientes y entre otros, y en lo que va del año 2021 de enero a junio son 6 casos total 4 son recuperados en el servicio de hospitalización 2 son referidos según los registros del servicio de Shock trauma y la unidad de estadística e informática.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

JOSÉ R. LÓPEZ TABRANE (2014) de Matanzas “Factor tiempo en la atención inicial del paciente politraumatizado” . Las variables a considerar fueron: edad, sexo, tiempo en que recibieron las primeras acciones, tiempo de llegada al Hospital, factores asociados que influyeron en la aparición de injuria secundaria. Se utilizó la técnica estadística de análisis de distribución de frecuencias.

Resultados: el mayor porcentaje de los pacientes (82,6%) acudieron 4-6 h después de sufrido el traumatismo. Aparecieron factores como la hipotensión, la hipoxia (66,1% y 50,2%) respectivamente, que tuvieron lesiones asociadas y fueron valoradas en la primera hora del traumatismo.

Conclusiones: el trauma severo es una de las entidades prevenibles que más vida cobra en la sociedad. El sexo masculino y edades más productivas de la vida fueron los que más morbimortalidad presentaron. El hecho de que la mayor cantidad de estos pacientes arribaron al Hospital después de la hora dorada, propició un mayor número de complicaciones por el no control a tiempo de los elementos que forman la injuria secundaria.(9)

JOSÉ GONZÁLEZ ROBLEDO et al (2015); Factores pronósticos relacionados con la mortalidad del paciente con trauma grave: desde la atención prehospitalaria hasta la Unidad de Cuidados Intensivos. Salamanca – España.

Objetivo: Identificar los factores relacionados con la mortalidad de los pacientes adultos politraumatizados, analizar las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas en los niveles prehospitalario, Servicio de Urgencias y Cuidados Intensivos.

Método: Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Análisis estadístico a través del programa SPSS, MultBiplot y la metodología de minería de datos. En una muestra de pacientes adultos politraumatizados ingresados en el Complejo Hospitalario de Salamanca entre los años 2006 y 2011. Variables de interés principales: Variables demográficas, clínicas, terapéuticas y analíticas desde el lugar del accidente hasta el ingreso en la UCI. Variables evolutivas durante el ingreso en la UCI y hasta el alta hospitalaria.

Resultados: Se incluyó a 497 pacientes, con una mediana de edad 45,5 a años. Predominio de varones (76,7%). La causa principal del traumatismo fueron los accidentes de tráfico (56,1%), precipitaciones (18,4%) y caídas (11%). Los factores con mayor asociación a un incremento del riesgo de mortalidad ($p < 0,05$) fueron la edad > 65 años (OR 3,15), el traumatismo craneoencefálico (OR 3,1), las alteraciones pupilares (OR 113,88), el nivel de consciencia según la escala de Glasgow ≤ 8 (OR 12,97) y las cifras de lactato > 4 mmol/L (OR 9,7).

Conclusiones: Los principales factores de riesgo identificados en relación con el pronóstico de los pacientes politraumatizados son los relacionados con la presencia de traumatismo craneoencefálico. Mediante la utilización de distintas técnicas estadísticas menos conocidas como la minería de datos o el MultBiplot también se destaca la importancia de otros factores como el lactato. Los registros de traumatismos ayudan a conocer la asistencia sanitaria realizada para poder establecer medidas de mejora.(10)

ANNA SERRACANT BARRERA, ET AL (2016); en el trabajo “Registro prospectivo en politraumatismos graves. Análisis de 1.200 pacientes” Barcelona – España.

Método: Registro prospectivo de todos los pacientes poli traumáticos atendidos en nuestro hospital, mayores de 16 años, que ingresan en el área de críticos o mueren antes del ingreso.

Resultados: Desde marzo del 2006 hasta agosto del 2014, registramos 1.200 politraumatizados. La mayoría fueron hombres (75%), con una mediana de edad de 45 años. El ISS medio fue de $20,9 \pm 15,8$ y el mecanismo de acción más frecuente fue cerrado (94% casos). La mortalidad global fue del 9,8% (117 casos), siendo la muerte neurológica la principal causa de fallecimiento (45,3%), seguida de la muerte por shock hipovolémico (29,1%). En 17 casos (14,5% fallecimiento) la mortalidad fue considerada como evitable o potencialmente evitable un total de 327 pacientes (27,3%) precisaron de tratamiento quirúrgico urgente y 106 pacientes (8,8%) precisaron de un tratamiento mediante radiología intervencionista de carácter urgente. El 18,5% de los pacientes (222) presentaron alguna lesión inadvertida, con un total de 318 lesiones inadvertidas.

Conclusión: La atención ofrecida en nuestro centro es correcta. La necesidad de una recogida de datos prospectiva de la atención global a los pacientes politraumatizados es necesaria e imprescindible para poder evaluar la calidad ofrecida y mejorar los resultados.(11).

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

MARITZA EVANGELINA VILLANUEVA BENITES ET AL (2019), en el estudio "Diagnósticos de enfermería en pacientes con politraumatismo: variables asociadas" Trujillo – Perú.

Objetivo: Precisar las variables asociadas a los diagnósticos de enfermería en pacientes con politraumatismo atendidos en emergencia y urgencias.

Método: Diseño descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 105 pacientes a quienes se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas y una lista de cotejo "Diagnósticos de enfermería de los pacientes con politraumatismo" (confiabilidad 0,94).

Resultados: La mayoría de pacientes fueron varones jóvenes, solteros, con estudios secundarios y trabajo independiente. La mediana del tiempo de estancia fue de 4 horas. La causa más frecuente del politraumatismo fueron

los accidentes de tránsito; predominó el politraumatismo leve. Se identificaron 12 diagnósticos de enfermería reales que corresponden a seis dominios, siendo los más afectados el dominio Confort (97,1 % Dolor Agudo), Afrontamiento/tolerancia al estrés (89,5 % Ansiedad), Actividad/reposo (58 % Deterioro de la movilidad física). Respecto a los diagnósticos de riesgo, el dominio más afectado fue Seguridad/protección (Riesgo de Infección y Riesgo de disfunción neurovascular periférica).

Conclusiones: La frecuencia cardiaca fue la variable que mostró mayor fuerza de asociación y directa con el número de diagnósticos ($r=0,506$). El diagnóstico disminución del gasto cardiaco correlacionó en forma positiva con todos los diagnósticos de enfermería identificados, siendo más fuerte y directa con los diagnósticos patrón respiratorio ineficaz ($r=0,783$) y deterioro de la ventilación espontánea ($r=0,748$). (5)

MARUJA QUISPE CHURAPA Y ZENaida JESSICA VILCA COILA (2017); en el trabajo “Conocimientos del Manejo Inicial del paciente Politraumatizado y Engagement, Enfermeras servicio de Emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017”. Objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento del manejo inicial del politraumatizado con el Engagement. Estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional La población estuvo conformada por 26 Enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2017. En la variable conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado factor: vía aérea, la mayoría de las Enfermeras en estudio tienen mediano nivel (53.8%), ventilación (50.0%), circulación (50.0%) evaluación neurológica (65.4%), exposición del paciente (50.0%), y a nivel global (53,8%) la mayoría de Enfermeras muestran nivel medio en su dominio seguido del alto nivel (38,5%). Con relación a la variable Engagement en el factor vigor (42,3%), factor dedicación (61.5%), factor absorción (46,2%) y a nivel global (46,2%) la mayoría de la población mostro mediano nivel seguido del alto nivel con el 42,3% y solo el 11,5% tienen bajo nivel. Con la aplicación del estadístico no paramétrico del χ^2 : con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del

5% se encontró elevada significancia estadística (0.001), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado con el nivel de Engagement.(12)

2.2. Bases Teóricas.

Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica. Enfocando la importancia en la investigación y la práctica clínica, estas facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar (...), mientras que en la clínica, provee guías generales para la práctica, por lo que es fundamental enmarcar que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el proceso de atención de enfermería (PAE)(13)

A continuación, se detallan algunas de las teorías y modelos de enfermería que sirven de sustento en la satisfacción de las necesidades de un paciente politraumatizado.

2.2.1 Teoría de Virginia Henderson “14 necesidades del ser humano”.

Virginia Henderson, define la función de la enfermera en el cuidado del paciente, basándose en la valoración de las 14 41 necesidades, y el grado de dependencia e independencia que tenga para la satisfacción de las mismas. Plantea la función de enfermería con un sentido humanista centrándose en la valoración del proceso de atención de enfermería. Las 14 necesidades del ser humano según V. Henderson son:

- a) Respiración y circulación.
- b) Nutrición e hidratación.
- c) Eliminación de los productos de desecho del organismo.
- d) Moverse y mantener una postura adecuada.
- e) Sueño y descanso.
- f) Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.

- g) Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
- h) Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
- i) Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
- j) Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- k) Creencias y valores personales.
- l) Trabajar y sentirse realizado.
- m) Participar en actividades recreativas.
- n) Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje.

La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. (14)

2.3. BASE CONCEPTUAL

2.3.1 POLITRAUMATISMO

A. Definición.

El verdadero politraumatizado es, todo individuo que presenta lesiones óseas traumáticas, con afectación de una o más vísceras y que entrañan repercusiones respiratorias y/o circulatorias que colocan al paciente en una situación crítica que requiere una valoración y tratamiento inmediato, estableciendo una serie de prioridades terapéuticas. Es decir, podemos afirmar que, en un politraumatizado, coexisten lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo incidente que comportan, aunque sea una sola de ellas, riesgo vital para el sujeto. Por tanto, un politraumatizado siempre lleva asociado un riesgo vital, en los demás casos hablaremos de poli contusionados o poli fracturados.(15)

Al paciente politraumatizado podemos definirlo como aquel que en un mismo accidente ha sufrido dos o más lesiones traumáticas con secuelas sobre uno o varios órganos vitales, que van a producir un aumento del riesgo de mortalidad al paciente.

La lesión medular es aquella en la que se produce un daño en la médula espinal de cualquier etiología, y que puede llegar a producir parálisis en diversas localizaciones y grados de extensión, pudiendo provocar disminución o pérdida de la sensibilidad y disfunción vesical, sexual e intestinal. Además, puede producir importantes secuelas a nivel psíquico, y tener consecuencias socioeconómicas.

Dependiendo de la lesión medular, puede producirse una disfunción motora y/o sensitiva en los segmentos sacros inferiores, denominándose lesión medular completa, y si se conserva la función motora o sensitiva por debajo del nivel neurológico, incluyendo los segmentos sacros, lo denominaremos lesión medular incompleta.(16)

B. EPIDEMIOLOGIA:

En los países desarrollados, el poli trauma, constituye la primera causa de muerte en los 40 primeros años de vida, y sus elevados costes la sitúan como un gran problema de salud.

La mortalidad por traumatismos graves tiene tres picos de incidencia en relación con el tiempo:

- **PRIMER PICO O DE MORTALIDAD INMEDIATA:** Es aquella que se produce en los primeros minutos, y ocasionada generalmente por traumatismo craneoencefálico (TCE) severo, lesiones medulares por encima de C-4, lesiones cardíacas o lesiones de los grandes vasos. Supone un 15% de la mortalidad. La intervención sanitaria no modificaría esta tasa de mortalidad.
- **SEGUNDO PICO DE MORTALIDAD (TAMBIÉN LLAMADO LA HORA DE ORO):** Acontece en las primeras horas, tiene su origen generalmente en hemorragias intracraneales, neumotórax, hemotórax, rotura esplénica o hepática, y hemorragias masivas en general. Abarca un 55-60% de la mortalidad. Una proporción elevada

de la mortalidad es evitable con asistencia sanitaria especializada desde el lugar del accidente.

- **TERCER PICO O DE MORTALIDAD TARDÍA:** Ocurre pasados varios días o incluso semanas tras el trauma y está originado por sepsis o fallo multiorgánico, abarcando un 15-20% de la mortalidad. Una atención adecuada desde los momentos iniciales disminuye la mortalidad asociada.

Por tanto, queda clara la importancia de una rápida, correcta y coordinada atención sanitaria ante un paciente politraumatizado, ya que conseguiremos salvar vidas y evitar complicaciones.(15)

C. ETIOLOGÍA:

La principal causa de los politraumatismos son los accidentes de tráfico alcanzando un 50% del total, seguidos de accidentes laborales, deportivos, agresiones e intentos autolíticos.

En cuanto a la mortalidad a causa de los politraumatismos, podemos diferenciar tres fases:

- **MORTALIDAD INMEDIATA,** es ocasionada en los primeros minutos tras el accidente. Se trata de lesiones incompatibles con la vida. Para disminuir la mortalidad en esta fase, es primordial incidir en la prevención primaria, con unas normas de seguridad adecuadas.
MORTALIDAD PRECOZ: es la que ocurre entre los primeros minutos y las primeras horas desde que se produjo el accidente. Especialmente, la mortalidad es ocasionada por hemorragias incontrolables en la que no se realiza un control precoz y/o alteración y disfunción de la función respiratoria. Esta fase es denominada la hora dorada, en la que los servicios de emergencias extrahospitalarias son esenciales para garantizar la supervivencia de este tipo de pacientes.
- **MORTALIDAD TARDÍA:** es la que acontece días o semanas tras el accidente. La principal causa de mortalidad en esta fase es la sepsis o el fallo multiorgánico. La calidad de la asistencia precoz por parte

de los servicios sanitarios extrahospitalarios es de elevada relevancia.(16)

2.3.2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

- **CONTROL DE VÍA AÉREA Y CONTROL CERVICAL:** En primer lugar, debemos actuar en todo momento protegiendo al paciente, y teniendo en cuenta que puede tener una lesión de la columna cervical. Valoraremos la permeabilidad y estabilidad de la vía aérea, esto es primordial en la atención del paciente politraumatizado. Para ello establecemos comunicación con el paciente, si este está consciente y contesta con voz normal y con coherencia significa que la vía aérea está libre y la perfusión cerebral es adecuada.

En caso contrario si el paciente se encuentra inconsciente hay que comprobar su vía aérea, para ello elevaremos su mentón (maniobra frente-mentón) para evitar una bronco aspiración, la caída de la lengua hacia atrás y permitir una mejor entrada de aire. Al hacer tracción del mentón, la cabeza y el cuello no debe ser hiperextendido.

Realizaremos esta maniobra de tracción con control cervical, posteriormente colocaremos un collarín rígido. Revisaremos la boca en busca de cualquier cuerpo extraño que pueda estar obstaculizando la entrada de aire, si la vía aérea esta obstruida extraeremos el cuerpo extraño utilizando el dedo índice, colocaremos una cánula orofaríngea o cánula de Guedel y aspiráramos posibles secreciones.

- **RESPIRACIÓN:** Es decisivo para descartar cualquier lesión torácica. Comprobaremos que el paciente este recibiendo un buen flujo de aire, y que su vía aérea esta permeable. Principales patologías a descartar en este paso: neumotórax a tensión, neumotórax, abierto, volet costal y rotura de vía aérea. Una vez descartada la lesión, por protocolo aportaremos al paciente oxígeno a alto flujo (según necesidad) y monitorizaremos con pulsómetro.

- **CIRCULACIÓN Y CONTROL DE LA HEMORRAGIA:** El objetivo es que el paciente este recibiendo una buena perfusión sanguínea a los tejidos y evitar complicaciones asociadas a la pérdida de sanguínea. En primer lugar, comprobaremos la ausencia o no de pulso en grandes arterias, valoraremos el nivel de consciencia del paciente, controlaremos las hemorragias externas, monitorizaremos los signos vitales: pulso y tensión arterial. Valoraremos la coloración de la piel, sudoración, temperatura y llenado capilar.

Canalizaremos dos venas periféricas con catéteres cortos y grueso de calibre 14 o 16, de no ser posible se deberá colocar una vía central o intraósea, para la posible administración de fármacos y sueros. Valorar transfusión sanguínea. Tomaremos muestras de sangre para Hematocrito, Hemoglobina, pruebas cruzadas y toxicológicas. Controlaremos la hipotermia. Valoraremos la colocación de una sonda vesical.

- **ESTADO NEUROLÓGICO:** Tiene como objetivo valorar la afectación neurológica del paciente. Vigilaremos el estado de alerta, evaluaremos la respuesta a la voz, al dolor y la respuesta a estímulos, para ello utilizaremos la escala de Glasgow y la semiología pupilar (simetría, tamaño y reacción a la luz de las pupilas).
- **EXPOSICIÓN DEL PACIENTE:** El paciente debe ser desnudado por completo, si es necesario cortaremos la ropa, descubriendo zona por zona y cubriendo las áreas ya valoradas para evitar la hipotermia. Realizaremos un buen examen y una evaluación completa de los daños, siendo minuciosos y teniendo cuidado de no movilizar la columna, para ello se movilizará al paciente en bloque para valorar la parte posterior.
- **VALORACIÓN SECUNDARIA:** El examen secundario no se inicia hasta que no se haya realizado la valoración primaria y resuelto los problemas vitales (ABC). Una vez conseguido realizaremos la valoración secundaria que consiste en una exploración física segmentaria, céfalo-caudal, mediante la

vista (inspección), el oído (auscultación) y el tacto (palpación), incluyendo los signos vitales y examen neurológico. Buscando lesiones no detectadas en la valoración primaria.

Conocer su historia: Buscar y descartar lesiones específicas, obtener más información, alergias a medicamentos, medicación habitual, antecedentes médicos y quirúrgicos, eventos que precedieron al accidente, última comida realizada.

Realizar una exploración física minuciosa, valorar si existen quemaduras, preparar al paciente para exámenes complementarios, coordinar el traslado del paciente ya sea a planta, quirófano o a unidad de cuidados intensivos.

En la exploración física examinaremos: cabeza y cara, columna cervical y cuello, tórax y espalda, abdomen y pelvis, periné, recto y vagina, músculo esquelético y neurológico.

Buscaremos heridas y protrusiones, contusiones, quemaduras, signos de fractura craneal, hematomas, otorragia, lesiones oculares, zonas asimétricas, pérdida de líquidos, deformidades, signos de hemorragia interna, movilidad, color, dolor, pulsos, sensibilidad...

En la valoración secundaria también se realiza un examen neurológico básico: apertura de los párpados, respuesta motora, respuesta verbal.

Es primordial en los pacientes politraumatizados las constantes revaluaciones y siempre monitorizando: Frecuencia respiratoria, pulsioximetría, presión arterial y monitorización cardíaca.

Procederemos, una vez estabilizado el paciente, al traslado al hospital de referencia, al que previamente ya se alertó del ingreso, y en el que se contactará con el médico y enfermera responsable, a los que se les realizará la transferencia del paciente, junto con el registro meticuloso y documentado de todos los acontecimientos sucedidos y todos los datos del paciente anteriormente registrados.(17)

2.3.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

- Parálisis. Pupilas desiguales,
- Vomito forzado o repetitivo
- Alteración de los signos vitales
- Cambios profundos en la personalidad.

2.3.4 VALORACIÓN CEFALOCAUDAL

DEFINICIÓN.

La valoración cefalocaudal, es la valoración clínica que se realiza a todo paciente traumatizado. Tiene un doble valor: como elemento muy útil para el diagnóstico y como criterio para el seguimiento del paciente y la orientación del tratamiento. La evaluación por imágenes y la oxigenación y perfusión del tejido encefálico contribuyen igualmente en esos mismos aspectos.(19)

La valoración cefalocaudal, también denominada valoración secundaria, se realiza luego de haber concluido con la revisión primaria, y controlados los parámetros del ABC, se efectúa un examen completo para evaluar todos los sistemas en forma ordenada en un corto periodo de tiempo. Es un examen más meticuloso y completo, cuyo objetivo es identificar las lesiones que no se determinaron en la valoración primaria y que pueden o no comprometer la vida.

Mediante la revisión secundaria se reevalúa el ABC, se completan la anamnesis, el examen físico y los estudios diagnósticos que estén indicados.

• INICIO - SE INICIA INTERROGANDO NUEVAMENTE AL PACIENTE:

Anamnesis. Si su estado lo permite, o a sus familiares o al personal que prestó la atención prehospitalaria, para conocer los eventos relacionados con el mecanismo del trauma, el estado inicial luego de ocurrido el trauma y los antecedentes personales. Se utiliza la nemotecnia AMPLIE sugerida por el Colegio Americano de Cirujanos:

A alergia a medicamentos;

M medicamentos que ha recibido y que toma en forma rutinaria;

P patológicos (enfermedades concurrentes que pueden comprometer o complicar el estado del paciente);

L libaciones y última ingesta; y

E eventos intervencionistas (operaciones anteriores al trauma, diálisis).

EXAMEN DE CABEZA A PIES:

Consiste en una valoración detallada y sistemática de todo el cuerpo, incluye auscultación, inspección, palpación y percusión.

a) CABEZA Y CUELLO:

Examinar la cabeza en busca de heridas evidentes (laceraciones, contusiones y/o fracturas), hemorragias externas, deformidades, elementos empalados o drenaje nasal o auricular. También debe explorarse la agudeza visual, el tamaño de las pupilas, hemorragias conjuntivales o en fondo de ojo, lesiones penetrantes, lentes de contacto. En el cuello, observar heridas evidentes, hemorragias externas, distensión de las venas yugulares, posición de la tráquea.

b) . TÓRAX:

Inspección de heridas que aspiran, movimientos respiratorios, hemorragia externa, enfisema subcutáneo.

c) . ABDOMEN:

signos de traumatismo evidente, hemorragia externa y objetos empalados. La rigidez, la distensión y el dolor son signos de posibles lesiones internas y de hemorragia activa.

d) . PELVIS:

signos de traumatismos óseo y de tejidos blandos, inestabilidad de la pelvis que evidencia fractura.

e) . GENITOURINARIO:

Hemorragia externa, objetos empalados, sangre en el meato uretral, hemorragia vaginal o hematoma escrotal. En todas las mujeres se debe realizar examen vaginal para descartar lesiones internas.

f) . EXTREMIDADES:

Signos de traumatismo evidentes, hemorragia externa, objetos empalados o deformidades; se determina el tiempo de llenado capilar y se determina la presencia y calidad de los pulsos, los cuales deben ser iguales en ambas extremidades.

g) . ESPALDA:

Debe girarse el paciente en bloque para evaluar la columna en busca de dolor o deformidad, los glúteos y las extremidades inferiores. Debe determinarse el tono rectal y revisar las heces en busca de sangrado interno.

8. EVALUACIÓN NEUROLÓGICA DE ACUERDO CON LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

1. Riesgo de alteración del intercambio gaseoso relacionado con obstrucción de la vía aérea baja por retención de secreciones.
2. Riesgo de infección relacionado con objetos empalados en la pared torácica, pared abdominal, extremidades.
3. Riesgo de alteración del volumen sanguíneo relacionado con hemorragia contenida en extremidades, sangrado interno abdominal o pélvico.
4. Alteración del patrón de la actividad física.(20)

IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN CEFALOCAUDAL

La valoración cefalocaudal, es importante por las siguientes razones:

- Un paciente politraumatizado puede presentar rápidos cambios en su estado, con grave compromiso vital, por lo que requiere una reevaluación constante de su estado ventilatorio, hemodinámico y neurológico.
- Permite buscar intervenciones terapéuticas necesarias y detectar lesiones que comprometen la vida y que no fueron descubiertas durante el reconocimiento primario. Requerirá entre 5 y 10 minutos.
- Una exploración sistemática y ordenada permitirá ir tratando las lesiones con compromiso vital, e ir diagnosticando o sospechando todas las posibles lesiones, estableciendo pautas terapéuticas y diagnósticas complementarias.
- Las lesiones hemorrágicas agudas torácicas, abdominales o pélvicas que comprometan la vida del paciente tienen prioridad quirúrgica absoluta, estas serán identificadas oportunamente.(19)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

I. VALORACION

1.1 DATOS DE FILIACION:

1. Nombre: N.N
2. Etapa de vida :Adulto
3. Edad: 37 Años
4. Lugar de Nacimiento: Talavera - Andahuaylas
5. Domicilio: Talavera
6. Estado Civil: Conviviente
7. Religión: Católico
8. Grado de Instrucción: Superior
9. Ocupación: PNP
10. N° de Hijos: 3 hijos
11. Fecha de ingreso 13/07/21
12. Hora de ingreso: 10:30 am

1.2 FUNCIONES BIOLÓGICAS

- Apetito: NPO
- Sed: Nada
- Deposiciones: No
- Orina: Con globo vesical
- Sudor: Diaforético
- Sueño: Presente

1.3 HABITOS NOCIVOS

- Alcohol: “familiar niega al interrogatorio durante el ingreso”.
- Té- Café: Si
- Tabaco: Niega
- Cocina con Leña: Niega

1.4 ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS

- Nacido de parto ; Eutócico Domiciliaria
- Desarrollo psicomotriz: Adecuado
- Inmunizaciones: Completos

PERSONALES PATOLÓGICOS

- Enfermedades congénitas: Niega
- Enfermedades anteriores: Niega
- Hospitalizaciones previas: Niega
- Intervenciones quirúrgicas: No
- Transfusiones sanguíneas: No
- Alergia a medicamentos: No
- Traumatismo: Niega
- Conductas de riesgo: Niega

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: vivo
- Madre: vivo
- Hermanos:04 Aparentemente sanos

1.5 CONDICION SOCIOECONOMICA

- Número de personas en casa: 05
- Número de habitaciones: 04
- Tipo de vivienda: Material noble

- Servicios básicos: completos

1.6 ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS:

- Viaja a zonas endémicas: Niega
- Contacto con tosedores crónicos: Niega
- Crianza de animales: Perro, Cuy

MOTIVO DE INGRESO:

Paciente adulta mayor de sexo masculino, ingresa por emergencia al servicio de Shook trauma con presencia de heridas múltiples en los miembros superiores y inferiores acompañado por su familiar y serenazgo con presencia de náuseas y vómitos, paciente en mal estado general ,de Glasgow entre 8 a 10 puntos, piel pálida, paciente no responde al interrogatorio.

Diagnóstico médico:

- Shock hipovolémico
- Anemia severo

Indicación Médica: Fecha 13/07/21 Ingreso del paciente

- OXIGENO TERAPIA 8LT
- NPO
- Cl de Na 9%x 1000cc pasar 2000cc chorro luego 50 gotas por minuto
- Haemacell pasar 300 a chorro luego pasar en una hora
- Omeprazol 80 mg EV stat luego 40mg EV c/ 12 horas
- Ceftriaxona 2g EV c/ 24 horas
- Acido Tranexámico 1gr EV c/12 horas
- Transfusión de paquetes globulares previo grupo y factor
- Monitorización contantes
- S/S Hg,G,U,Cr. Sedimento urinario, Grupo Sanguíneo
- Aga electrolitos
- Colocar sonda foley

- Colocar sonda nasogástrica
- Interconsulta al servicio UCI

A.- DATOS OBJETIVOS:

OBSERVACION - FISICA:

Funciones Vitales: Al momento de Ingreso 10:30am

- P/A: 89/67mmhg
- FC: 65X Minuto
- FR:18X Minuto
- Temperatura:36.6 °C
- SPO2: 80%

EXAMEN FISICO

GENERAL: Paciente responde no verbalmente, en mal estado general

PIEL: Piel pálida elástica turgente en regular estado de higiene

- a) CABEZA: Con presencia sangrado y herida cortante
- b) CABELLOS: Normales para su edad, de buena implantación, color negro
- c) OJOS: Simétricos foto reactivas, pupilas isocóricas, con movimientos conservados.
- d) OIDO: Simétricos de buena implantación
- e) NARIZ: Normorrinorea, tabique nasal integro, en fosas nasales se observa Sonda Nasogástrica, cánula bina sal.
- f) BOCA: Mucosas orales hidratadas, dentaduras completas
- g) CUELLO: Cilíndrico móvil, sin adenopatías
- h) TORAX : Simétricos MV audibles en ACP amplexación conservada
- i) CARDIOVASCULAR: Rítmico , no soplo
- j) MAMAS: adecuadas para su sexo
- k) ABDOMEN: Auscultación RHA, palpación blando depresible, no doloroso a la palpación.

- l) MIEMBRO SUPERIOR: Simétricos íntegros y a nivel de ambos dedos de las manos sin cianosis
- m) RIÑONES: Conservadas.
- n) AREA PERINEAL:
- o) GENITALES: Masculino adecuados para su edad se observa sonda Foley con bolsa colectora con presencia hematuria en la orina.
- p) MIEMBROS INFERIORES: Simétricos con presencia fractura expuesta del humero izquierdo.
- q) NEUROLOGICO: paciente en estado de consciencia en mal estado general.

EXÁMENES DE LABORATORIO:

Bioquímica y electrolitos:

- **Examen completo de Orina:** 2000mil por campo
- **Glucosa:** 119 mg/dl (74-104)
- **Creatinina:** 0.81 mg/dl (0.50-1)
- **Urea:** 58 mg/dl (10-50)

Hemograma Completo:

- WBC: $9.64 \times 10^3 / uL$:4-10(# de Glóbulos Blancos)
- RBC: $4.12 \times 10^6 / uL$: 4-5(# de golbulos rojos)
- HGB: 10.5 g/dL 12.6-16.1 g/dL :
- HCT: 37.7% 38.3-47.7%
- Plaquetas: $407 \times 10^3 / uL$ 100-300
- Grupo y Factor: O+

B) DATOS SUBJETIVOS:

- Paciente en mal estado general no responde a la comunicación.

RECOLECCION DE DATOS ORDENADOS POR PRIORIDAD DE DOMINIO

Dominio 2 Nutrición

Clase 1

Etiqueta: 00027 Déficit de volumen de líquidos

Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida de activa de electrolitos E/V hemorragia.

Dominio 11 seguridad y protección

Clase1

Etiqueta 00004 Riesgo de infección

Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (transfusión sanguínea)

Dominio 11 seguridad y protección

Clase 2

Etiqueta 00047 lesión física

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Lista de problemas:

- ✓ Hemorragia digestiva
- ✓ Riesgo de infección
- ✓ Postración prolongada

DIAGNOSTICO / FACTOR RELACIONADO / EVIDENCIA

00027 déficit de volumen de líquidos r/c pérdida de activa de electrolitos E/V hemorragia.

00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (transfusión sanguínea)

00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c vómitos

III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACION	GRADO DE DEPENDEN CIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Alteración de la perfusión tisular cerebral, cardio pulmonar, gastro intestinal y periférico. R/C Hipovolemia, interrupción del flujo arterial y/o venoso, deterioro del transporte de oxígeno, desequilibrio ventilatorio y perfusión.	Paciente mantendrá una adecuada perfusión tisular, cerebral, cardio pulmonar, gastro intestinal y periférico.	<ul style="list-style-type: none"> • Valore el estado de conciencia del paciente Controle en forma estricta las funciones vitales, priorizando frecuencia cardíaca y presión. • Administrar oxígeno según prescripción. Canalice vía periférico con catéter intravenoso N° 16, 18. • Realice control seriado de Glicemia. • Monitorice función cardíaca • Tome muestra y valore resultados de gases arteriales • Realice control estricto de balance hídrico. • Coloque sonda foley, según • Mantenga al paciente en control de diuresis horaria. • Administre soluciones por vía endovenosa según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • isquemia cerebral. • hipertensión endocraneana. • hipoxia 	Grado III	<ul style="list-style-type: none"> • Pcte evidencia: Glasgow de 12-14 ptos. • Presión arterial media (PAM): 70mmhg. • -Sat O2 > 95%. • - FC: 80 – 100 x min. • -AGA dentro de valores normales. • Diuresis >=30ccxH.

		<ul style="list-style-type: none"> • Mantenga preparado el coche de PARO y equipo para intubación. • Realice coordinaciones para la tomografía, ecografía y rayos X • Mida presión intracraneal cada media Hora. • Realice movimientos en bloque • Coloque sonda foley para valorar diuresis (GPD1). • - Realice medición y monitoreo de presión venosa central (PVC). (GP B3). • Tome muestra de sangre para control seriado hematocrito, hemoglobina y grupo. • Administre transfusiones sanguíneas o hemoderivados según prescripción médica. • Tome muestra de sangre y valore resultados de electrolitos. 			
Disminución del gasto cardíaco, R/C disminución pre carga,	Paciente mantendrá un adecuado o gasto cardíaco	<ul style="list-style-type: none"> -Valore el estado de conciencia. - Evalúe presencia de cianosis (piel). FC: 60-80 x ' 	-Shock hipo volémico -Arritmias cardíacas.	-grado III	- Se evidencia : PA: >=90/60 mmHg 60-80xm

post carga y contractibilidad		<ul style="list-style-type: none"> - Valore presencia de pulsos periféricos. - Tome y valore EKG - Valore presión arterial y presión venosa central (P.A. y PVC) - - Shock hipovolémico - Arritmias cardíacas. - Paro cardíaco. Realice monitorización cardíaca. - Monitoree presión arterial. - Valore el llenado capilar 	- Paro cardíaco		<ul style="list-style-type: none"> - Estado de conciencia alerta. - Color de piel ausencia de pulso. - PAM 80mmhg - PVC 6-8cmH2O Capilar en 2"
----------------------------------	--	---	-----------------	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACION	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio ventilación perfusión, cambios en la membrana alveolocapilar,	Paciente mantendrá un adecuado intercambio gaseoso	<ul style="list-style-type: none"> - Permeabilice vía aérea - aspire secreciones con sistema de circuito cerrado y según técnica. - Coloque tubo orofaríngeo. - Mantenga al paciente en posición semifowler y/o lateralizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcalosis - Acidosis. - Hipoxemia. - Insuficiencia respiratoria aguda 	Grado III	<ul style="list-style-type: none"> - Se evidencia: - Acidosis. FR: 16-18 x' - PH: 7.4 +- 4 Sat O2 > 95% PaO2: 90-95 mmHg - PCO2: 35-40 - HCO3: 22 a 26 mEq/LT

<p>oclusión de la vía aérea y presencia de cuerpo extraño o caída de la lengua.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Administre oxígeno según prescripción mmHg . -Tome muestra de sangre para gasometría y valore resultados. -Mantenga equipo preparado para intubación. - Prepare al paciente para tomar Rayos de tórax. - Monitorice al paciente por Oximetría de pulso. 			<ul style="list-style-type: none"> -Sat O2 > 95% -PaO2: 9095 mmHg -PCO2: 3540 mmHg -HCO3: 22 a 26 mEq/L
<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones presencia de vía aérea artificial(TET, tubo de mayo) y presencia de cuerpos extraños en vía aérea.</p>	<p>Paciente mantendrá vías aéreas permeables</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aspire secreciones con sistema de circuito cerrado. -Realice monitorización de Oximetría de pulso -Valore presencia de reflejo tusígeno ruidos adventicios. /o nauseoso -Anote características de las secreciones. -Mantenga una adecuada hidratación del paciente evitando excesos. - Mantenga al paciente en posición semifowler. -Mantenga preparado el equipo para realizar posible intubación. -Valore lesiones y fracturas músculo 	<p>Neumonía aspirativa. -Paro respiratorio. -Insuficiencia respiratoria aguda</p>	<p>GRADO II</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Pcte evidenciará: FR: 16-18 x " -Ausencia de ruidos adventicios. -SatO2, 95mmHg

		-Tome muestra de sangre para valoración de gasometría			
--	--	---	--	--	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLICACION	GRADO DE DEPENDENCIA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Patrón respiratorio ineficaz R/C ansiedad, deterioro del estado de conciencia, deformidad de pared torácica (costillas fracturadas).	Paciente mantendrá un adecuado patrón respiratorio.	<ul style="list-style-type: none"> - Valore patrón respiratorio. -Mantenga vía aérea permeable -Tome muestra de sangre para AGA, Hto. Hb. -Valore resultados de laboratorio. - Mantenga al paciente en posición semi fowler -Aspire secreciones a demanda - Efectivice la toma de Rayos X de Tórax. -Monitorice pulsometría 	<ul style="list-style-type: none"> -Insuficiencia respiratoria aguda. -Alcalosis. -Acidosis Hipoxemia. Hidroneumotórax 	GRADO III	<ul style="list-style-type: none"> Se evidencia - Sat O2: 90-95% -PO2: 80100mmHg. -HCO3: 2226mEq/LT -PCO2 3545mmHg - Ausencia de ruidos adventicios - Ausencia de cianosis. -Llenado capilar menor de 2".

IV. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

SOAPIE

TURNO DIA 13/07/21	NOTAS DE ENFERMERIA
	Persona adulto mayor de sexo masculino de 37 años de edad, se encuentra en el servicio de Emergencia y la unidad de shock trauma con diagnostico politraumatismo .
S	Paciente no responde a interrogatorio con movimientos de cabeza
O	Paciente se encuentra en NPO en posición semi fowler, en mal estado general, al examen físico se observa palidez facial, orofaringe no congestiva, mucosa oral, ligeramente secas, cabeza con presencia de múltiples de heridas, cabellos bien implantadas, ojos simétricos foto reactivas a la luz, pabellón auricular implantada, nariz en orificio nasal se observa sonda nasogástrica y cánula binasal, cuello cilíndrico móvil, tórax simétrico murmullo vesicular pasan bien por ambos campos pulmonares, abdomen a la palpación blando depresible no doloroso, genitales acorde a la edad, miembro inferiores simétricos sin presencia de edemas, en miembro superior derecho con infusión por vía periférica permeable Dextrosa 5% 1000cc CNa 20% 2 ampollas y Clk 20% 1 ampolla 45 gotas por minuto con signos vitales T° 36.2°C, FC = 79 X' FR= 19X' PA= 112/69 mmHg SPO2 = 94% con O2

A	<p>00027 déficit de volumen de líquidos r/c perdida de activa de electrolitos E/V hemorragia.</p> <p>00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y vía periférica</p> <p>00195 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física</p>
P	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente lograra recuperar el volumen de líquidos. ✓ Paciente lograra disminuir el riesgo de infección ✓ Mantener la integridad de la piel
I	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se brinda cuidados de Enfermería ✓ se valora constantes los funciones vitales vitales. ✓ Administrar antibióticos, y antiulcerosos, transfusión sanguínea según prescripción médica. ✓ se brinda comodidad y confort ✓ se asiste en sus necesidades ✓ No se observa signos de alarma.
E	<p>Paciente durante el turno en mal estado general queda en su unidad en reposo.</p> <p>DIURESIS: 2000cc</p> <p>DEPOSICION: 390cc melena vomitos:100cc</p>

CONCLUSIONES

1. La atención primaria del paciente politraumatizado sigue siendo un desafío para los profesionales de la salud que ejercen funciones en las salas de emergencias. La necesidad de realizar múltiples revisiones simultáneas en un contexto donde el tiempo exhorta a actuar con rapidez y eficiencia, suma a esta vertiente de la emergentología una dificultad mayor en la tarea de salvar una vida.
2. En el cuidado de pacientes politraumatizados, el tiempo de actuación es fundamental en el resultado terapéutico, asimismo, es esencial una adecuada valoración primaria para posibilitar el diagnóstico y manejo adecuado a fin de minimizar complicaciones.
3. En el manejo de un paciente politraumatizado tener en cuenta, la sospecha de un trauma cervical y entre otros órganos en el momento de movilización de sí mismo , para evitar mayores complicaciones.
4. Durante el cuidado de un paciente politraumatizado siempre se debe considerar como objetivo primario a valorar el estado general del paciente durante su permanencia, así mismo cuidando su privacidad e intimidad.
5. En el tiempo de permanencia del cuidado de un paciente politraumatizado se debe tener en cuenta el ingreso y egreso de solución salina, del mismo modo las funciones biológicas del paciente.
6. El trabajo en equipo da buenos resultados de manera coordinado en un tiempo adecuado.

RECOMENDACIONES

1. Realizar capacitaciones y entrenamiento permanente sobre la valoración inicial de pacientes politraumatizados dirigido al Recurso humano del equipo que trabaja en el servicio con la finalidad de afianzar sus competencias cognitivas, prácticas y actitudinales en el área de emergencias.
2. Realizar capacitación sobre el manejo y uso de los biomédicos, para garantizar la calidad de atención hacia nuestro usuario.
3. Coordinar con el jefe del servicio del Departamento de emergencia, como también con la Dirección y la oficina de calidad para la ampliación del servicio de Shock trauma ya que el servicio es muy reducido no adecuado para la atención de calidad de nuestro usuario.
4. Todo el equipo de trabajadores del servicio de shock trauma deben estar con un objetivo de lograr la recuperación el bienestar del paciente sobre su estado general en un tiempo mínimo .
5. El trabajo debe ser coordinado con el equipo del servicio según el protocolo de atención del Ministerio Salud.
6. El equipo de recurso humano del servicio con su actuación rápida de recuperar o estabilizar su estado general deberá tomar acciones a pasar a otro servicio o hacer una referencia de mayor capacidad resolutive.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Antonio Díaz M, Ponce L, Basilio A, Felipe O, Vega C, Carlos J, et al. Trauma UN PROBLEMA DE SALUD EN MÉXICO.
2. Morales de la Cerda Rodrigo LMF. Capítulo 24: Epidemiología del trauma en México | Cirugía bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma, 5e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical.
3. Alberdi F, García I, Atutxa L, Zabarte M. Epidemiología del trauma grave. Med Intensiva. 2014 Dec;38(9):580–8.
4. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. Politraumatismo por accidente deportivo. Caso clínico - Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 2021.
5. Diagnósticos de enfermería en pacientes con politraumatismo: variables asociadas.
6. Miguel J. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Vol. 28, Acta Médica Peruana. 1972. p. 105–11.
7. QUISPE CABRERA MM. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - LIMA 2020. J Chem Inf Model [Internet]. 2020;43(1):7728. Available from: https://online210.psych.wisc.edu/wp-content/uploads/PSY-210_Unit_Materials/PSY-210_Unit01_Materials/Frost_Blog_2020.pdf<https://www.economist.com/special-report/2020/02/06/china-is-making-substantial-investment-in-ports-and-pipelines-worldwide>
8. Rojas Medina Y, Arias Coronel ME, Perú M de S, Dirección General de

- Epidemiología (Perú). Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú, 2013 [Internet]. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. 2013. 104 p. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2930.pdf>
9. Valdés MA, Valdés MVA, Pérez AD. Factor tiempo en la atención inicial del paciente politraumatizado. *Rev Médica Electrónica*. 2020 Mar;42(3).
 10. González-Robledo J, Martín-González F, Moreno-García M, Sánchez-Barba M, Sánchez-Hernández F. Factores pronósticos relacionados con la mortalidad del paciente con trauma grave: Desde la atención prehospitalaria hasta la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2015;39(7):412–21.
 11. Serracant Barrera A, Montmany Vioque S, Llaquet Bayo H, Rebas Cladera P, Campos Serra A, Navarro Soto S. Registro prospectivo en politraumatismos graves. Análisis de 1.200 pacientes. *Cirugía Española*. 2016 Jan;94(1):16–21.
 12. Armas Herrera VP, Pardave Meneses BR. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2018.
 13. Bravo Peña M. Modelo interrelacionar tax nnn según esquema PAE Peru - CICAT-SALUD [Internet]. [cited 2021 Jul 25]. Available from: <https://es.slideshare.net/cicatsalud/modelo-interrelacionar-tax-xxx-segn-esquema-pae-peru-cicatsalud>
 14. Virginia Avenel Henderson Lic Margarita Delgado Rubio de, Carlota Hernández Rosales LM, Rosa Ma Ostiguín Meléndez M. Práctica profesional Fundamentos Filosóficos de la propuesta. *ENEO Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM*. 2007;4(1).
 15. Aisa IR. Cadena asistencial ante un paciente politraumatizado. Objetivos de la actuación.
 16. Carceller MG, López EM, Fisioterapia, Mar Sancho García, Ana Carmen Valer Pelarda ÁV. Procedimiento para inmovilización de paciente

politraumatizado.

17. Estrella Alba García Gavilán, Ángela Gavilán López MÁGL. Atención enfermera en el paciente politraumatizado - Revista Electrónica de Portales Medicos.com.
18. Ministerio de salud Chile. Guía clínica politraumatizado. Ser Guías clínicas Minsal N° 59 [Internet]. 2007;1-68. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9f84b7e04001011f0141a4.pdf>
19. Rodríguez -Vegas, Javier F. VALORACION DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.
20. Atención de Emergencias Desastres G. Ministerio de la Protección Social Urgencias 3 a Edición TOMO I. 2009;

ANEXOS

Hospital sub regional de Andahuaylas



Es el servicio de departamento de emergencia del Hospital Sub regional de Anadahuaylas.





EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC

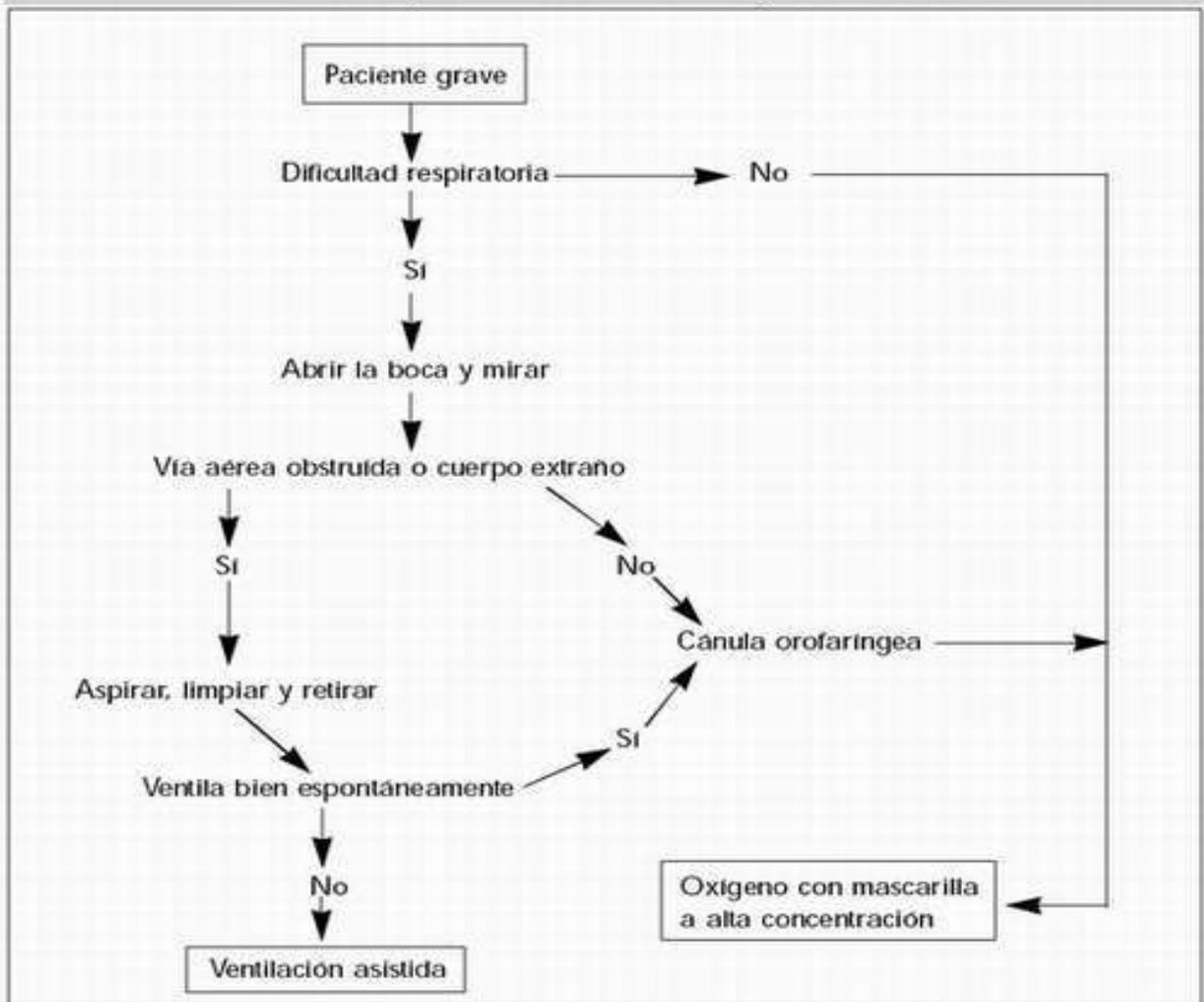
REACTIVO FISIOLOGICO
MUNICIPIO REGIONAL DE APURIMAC
GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC

Es el servicio de unidad ad SHOOK TRAUMA



FLUXOGRAMA DE ATENCION DE EMERGENCIA EN UN PACIENTE GRAVE

Cuadro 5.1: Aproximación inicial. Manejo de la vía aérea





Es la llegada de la emergencia al servicio de emergencia



ES EL FLUXOGRAMA DE ATENCION DE LA UNIDAD SHOOK TRAUMA



Es el servicio de la unidad de shock trauma del Hospital Sub regional de Andahuaylas donde debe haber los equipos biomédicos básicos para prestar atención necesaria al accidentado.



Es donde el personal realiza su cuidado de enfermería , realizando un procedimiento de aspiración de secreciones para permeabilizar las vías aéreas.



Donde el paciente se encuentra en su unidad y esta propenso de aspirarse por lo cual se evitara realizando este procedimiento.



Empezando para realizar su terapia en bomba de infusión



PROGRAMANDO SU MEDICACIÓN EN BOMBA DE INFUSIÓN PARA SU TRATAMIENTO SEGÚN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA.



MANEJO DEL VENTILADOR MECÁNICO EN UN PACIENTE INCONSCIENTE



PACIENTE YA SE ENCUENTRA EN OTRA UNIDAD SEGÚN EL PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA SU RESPECTIVO RECUPERACIÓN



PACIENTE YA ESTABILIZADO EN SU UNIDAD PARA SU CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE UCI.

