

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS  
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO MÉDICO NAVAL –  
CALLAO, 2022**

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

**JHONATHAN RICARDO PALMA DIESTRA**

**Callao - 2022**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ SECRETARIA
- DRA. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU VOCAL

**ASESORA:** DRA. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 079-2022

**Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 18 de mayo del 2022**

**Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS**, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **DEDICATORIA**

Dedico y agradezco a mi familia por el apoyo recibido durante el transcurso de mi carrera profesional, en especial a mi esposa por apoyarme y orientarme para cumplir mis objetivos trazados

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por permitirme tener y disfrutar de mi familia; a mi familia, por apoyarme en cada decisión y proyecto trazado, y a la vida, por demostrarme lo hermosa y justa que es vivir.

A mis amados padres, por haberme formado bajo reglas, pero también libertades que podía hacer como persona, gracias a ello, soy hoy en día un hombre íntegro que ha cumplido sus anhelos.

A mis estimados docentes, en especial a mi asesora, Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía, tutora del presente trabajo, quien brindo todo su conocimiento técnico y científico para la realización y culminación del trabajo académico.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por haberme formado como un profesional especialista; a la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Escuela Profesional de Enfermería, a la plana docente, y a todas las personas que fueron partícipe de este proceso permitiendo culminar la Segunda Especialidad.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>5</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>8</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
2.1. <i>Antecedentes del estudio.....</i>	8
2.1.1. Antecedentes Internacionales .....	8
2.2. <i>Antecedentes Nacionales .....</i>	11
2.3. <i>Bases Teóricas .....</i>	14
2.3.1. Teoría Florence Nightingale .....	14
2.3.2. Teoría de Virginia Henderson .....	15
2.3.3. Teoría de Wanda de Aguiar Horta.....	15
2.4. <i>Bases Conceptuales .....</i>	16
2.4.1. Paciente Politraumatizados .....	16
2.4.2. Politraumatismos.....	17
2.4.3. Epidemiología .....	18
2.4.4. Causas de muerte en el politraumatizado .....	18
2.4.5. Tipos de Politraumatismos .....	19
a) Traumatismo craneo encefálico .....	19
b) Traumatismo en la columna vertebral .....	19
c) Traumatismo en el tórax.....	20
d) Traumatismo en el abdomen.....	20
e) Traumatismo en las extremidades.....	20
2.4.6. Cuidados de Enfermería en Pacientes Politraumatizados.....	20
2.4.6.1. Reconocimiento Primario: .....	21
2.4.6.2. Reconocimiento Secundario.....	23
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>25</b>
<b>3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA PLAN DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>25</b>

3.1.1. Valoración .....	25
3.1.2. Motivo de Consulta: .....	25
3.1.3. Enfermedad Actual:.....	25
3.1.4. Examen Físico: .....	26
3.1.5. Exámenes Auxiliares:.....	28
3.1.6. Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases.....	30
DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.....	30
3.1.7. Esquema de Valoración .....	35
3.2. <i>Diagnóstico de enfermería</i> .....	36
3.2.1. Lista de Hallazgos Significativos: .....	36
3.2.2. Diagnóstico de Enfermería según dato Significativo: .....	36
3.2.3. Esquema de Diagnostico de Enfermería .....	37
3.3. <i>Planificación</i> .....	38
3.3.1. Esquema de Planificación .....	38
3.4. <i>Ejecución y evaluación</i> .....	44
3.4.1. Registro de Enfermería, SOAPIE: .....	44
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>5. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>49</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>57</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico para optar la segunda especialidad da a conocer el rol del profesional de la salud, en los cuidados en pacientes politraumatizados que concurren al servicio de emergencia del Centro de Médico Naval 2022, tiene como objetivo dar a conocer los cuidados iniciales del enfermero en pacientes politraumatizados.

Los principales motivos que llevaron a su desarrollo fueron la falta de capacitación en la atención especializada y el desconocimiento de los procedimientos de atención en pacientes politraumatizados.

La importancia del trabajo académico en mención permitirá que los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval, cuenten con los instrumentos necesarios para poder actuar de manera rápida en la atención de calidad humanizada del paciente politraumatizado, realizando una valoración inicial especializada y completa que prevenga la mortalidad, y sobre todo las secuelas muchas veces permanentes con alto costo.

El desarrollo del presente trabajo se llevó a cabo en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval, ubicado avenida Venezuela s/n, distrito de Bellavista, Provincia Constitucional del Callao, que cuenta con una población de 87,471. El centro de Médico Naval es de nivel III-1, donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad. Asimismo, el grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en este nivel, plantea la atención con una oferta de gran tamaño y de baja complejidad, además se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema.

El enfermero de emergencia del Centro Médico Naval, es un profesional de salud que cumple labor asistencial con funciones, como evaluar la condición del paciente, teniendo la responsabilidad de una buena valoración en la atención del paciente



politraumatizado, conjuntamente con un equipo multidisciplinario. Para ello es necesario contar con personal capacitado y calificado en este tipo de pacientes.

Finalmente, el presente estudio titulado “Cuidados de Enfermería en Pacientes Politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval 2022”, se encuentra dividido en tres capítulos:

Capítulo I: Se describe la situación problemática, motivo por el cual se resuelve estudiar y plantear el problema.

Capítulo II: Se detallan los antecedentes internacionales y nacionales, el cual permitirá incluir estudios significativos y relevantes que analicen el problema.

Capítulo III: Se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería, con la finalidad de mantener estable al paciente, evitando complicaciones, y disminuyendo la morbimortalidad.

Finalmente, el presente trabajo académico permite el fortalecimiento del conocimiento del enfermero en la atención de Pacientes Politraumatizados, para que, de esta manera, contribuya en la mejora de la atención y del desempeño del mismo, considerando el buen trato humanizado y oportuno como la mejora a la atención de la calidad brindada.

## CAPÍTULO I

### DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El trauma es quizás la enfermedad más difícil de cuantificar debido a la gran variabilidad de asociaciones de lesiones graves que comprometen la vida o causan incapacidad permanente (1).

El paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida (2). Este tipo de pacientes han sufrido una alta transferencia de energía que implica lesiones en órganos vitales, induciendo alteración hemodinámica y riesgo vital (3).

El tipo de lesiones y su gravedad determinarán el tipo y la urgencia de la intervención de manera que, en ocasiones, el retraso de horas e incluso minutos pueden ser críticos en el resultado. Son por ello necesarios conocimientos, experiencia, valor, decisión, habilidad y destrezas, así como gran rapidez de reflejos y maniobras a veces angustiosamente rápidas (4).

La atención primordial de un paciente Politraumatizado está orientada en función a las tipologías de las lesiones sufridas; por lo que, el manejo del paciente debe consistir de una revisión primaria rápida, de una reanimación y restauración de sus signos vitales, así como una revisión secundaria detallada y completa, para llegar finalmente al inicio del tratamiento (5)

El tratamiento del politraumatismo requiere muchas veces de la aplicación de conductas terapéuticas novedosas adecuadas a la situación del paciente y sustentadas en claros conceptos fisiopatológicos, la mayor parte de las muertes se produce en las primeras horas del politraumatismo, requiriendo asistencia urgente y se hace evidente el papel del Enfermero que es primordial en la atención inicial integral, donde el inicio del manejo debe ser precoz y oportuno

umentando la calidad asistencial y por lo tanto el grado de éxito al disminuir la morbimortalidad en los primeros momentos (6).

A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los politraumatismos son producto de accidentes automovilísticos o caídas, está ocupando el tercer lugar como causa de muerte, desplazando a otras patologías infectocontagiosas, esto lo está convirtiendo en una pandemia mundial, asimismo, en la actualidad la principal causa de mortalidad por politraumatismos por tránsito se da por las demoras para detectar la necesidad de ofrecer asistencia y para su prestación a las víctimas de una colisión de tránsito aumentan la gravedad de las lesiones. La atención a estos traumatismos puede tener plazos críticos: unos pocos minutos de demora pueden bastar para pasar de la vida a la muerte (7).

Por otro lado, a nivel de América Latinoamérica, la seguridad vial es un problema importante y se requieren acciones sustanciales para reducir el número de víctimas por siniestros viales; sin embargo, en el Estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad se señala que los traumatismos en accidentes de tránsito son la principal causa de muerte entre personas de 15 a 49 años de edad en Argentina, Costa Rica, Ecuador, y Paraguay, asimismo, son la segunda causa de fallecimiento de personas en ese rango etario en Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay, y tercera causa para este grupo en Cuba (8).

A nivel nacional, según las estadísticas del MINSA, el principal diagnóstico causado por accidentes de tránsito llegan a representar en los centros de salud aproximadamente el 54.14 % de la atención por traumatismos múltiples. Así la tendencia de los registros de lesionados por accidentes de tránsito para el año 2022, pasarán a ocupar los primeros lugares en la lista de atenciones (9).

Además, a nivel local, la problemática existente en el servicio de emergencia del Hospital Naval, es la falta de recursos humanos especializados (médicos,

enfermeros, y técnicos), debido al no contar con el suficiente Presupuesto Institucional para la contratación del personal de salud en emergencias y desastres. De la misma forma, otro problema encontrado, es la falta de capacitaciones sobre la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia (NT N° 042-MINSA/DGSP-V.01) y temas relacionados en los cuidados de enfermería en paciente Politraumatizados, ya que, según los reportes del MINSA, en la primera hora del evento existe una alta tasa de mortandad. Es por ello, que el profesional de salud debe de estar preparado para cualquier evento sucedido, buscando la continua acción de capacitación y la actualización en el manejo de la atención básica y avanzada del paciente politraumatizado. Por lo antes mencionado, durante los últimos 6 meses, se atendieron alrededor de 76 pacientes politraumatizados, siendo el de mayor incidencia los casos de traumatismo encéfalo craneano, la cual implicaría una mayor demanda en la contratación y capacitación del personal de salud, teniendo en cuenta que una buena atención inicial podría traer menores consecuencias, y menor tiempo de estadía hospitalaria, mismo que beneficiaría en los gastos del paciente.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**RAMOS R, PÉREZ Y., & ARIAS A. (CUBA 2021)**, realizaron una investigación sobre Atención de enfermería al paciente politraumatizado durante el traslado por el sistema integrado de urgencia médicas, cuyo objetivo fue describir el comportamiento de la atención de enfermería al paciente politraumatizado que se traslada a través del Sistema Integrado de Urgencia Médica en Holguín entre enero a diciembre de 2020, concluyendo que prevalecieron los pacientes adultos jóvenes del sexo masculino, y que el mayor número de víctimas recibió atención en los primeros minutos de haber ocurrido el suceso. Asimismo, las principales causas fueron los accidentes de tránsito, seguidos de las caídas de altura y la zona anatómica más afectada fue el cráneo y tórax con lesiones combinadas, ocasionando daños temporales y permanentes como órbitas, invalidez, tratamientos prolongados y de alto costo, acarreando perjuicio socioeconómico para el paciente y sus familiares, la atención en enfermería se considera piedra angular de la supervivencia en casos de pacientes Politraumatizados (10).

Según el presente artículo, se determina y prioriza una intervención adecuada, rápida e integral en la atención del paciente politraumatizado, siendo las principales causas los accidentes de tránsito, generando afecciones en las zonas de cráneo y tórax, esto concuerda con el trabajo

**PALOMINO A., CRUZ M., POTETE R., SOTO Y., & MOREIRA L. (CUBA 2021)** realizaron su artículo sobre Caracterización clínico – epidemiológica de pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital General “Comandante Pinares”, cuyo objetivo fue caracterizar clínica y epidemiológicamente a pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de emergencias del Hospital General

“Comandante Pinares” durante el 2019, concluyendo que los politraumas fueron comunes en pacientes masculinos, así como durante tercera y cuarta década de vida siendo provocados en su mayoría por accidentes de tránsito. Los traumas abiertos, traumas craneoencefálicos y la necesidad de ventilación mecánica fueron comunes, así como el desarrollo de la neumonía asociada a la ventilación mecánica en pacientes con soporte ventilatorio (11).

La similitud entre el artículo y el trabajo académico radica que los casos con mayor prevalencia son causados por accidentes de tránsito y la población con mayor incidencia son del sexo masculino.

**BUSTILLO C. ALAS C., UMAÑA E., JAAR J., SAYBE A., HERNANDEZ A., MONTES S. & MEJÍA-B. (HONDURAS 2020)** realizaron su artículo sobre “Politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía general de un Hospital de segundo nivel de Honduras: Caracterización clínico-epidemiológica”, cuyo objetivo fue crear una caracterización clínica y epidemiológica, concluyendo que al el tener conocimiento de los principales mecanismos de lesión del paciente politraumatizado del servicio de emergencia de cirugía da la oportunidad de tomar medidas oportunas para capacitar al personal de salud y mejorar la atención del paciente politraumatizado (12).

La relevancia del presente artículo, es la caracterización clínica y epidemiológica del ser humano para proporcionar respuestas inmediatas en la evaluación del paciente Politraumatizados, es por ello, que el profesional de la salud tiene la necesidad de capacitarse constantemente para desarrollar habilidades y destrezas en la atención oportuna del paciente.

**VILLANUEVA E., SILVA K., MONTEZA N., CARMEN N., CARDENAS C., & LEITÓN E. (COLOMBIA 2019)** realizaron su artículo sobre Diagnósticos de enfermería en pacientes con politraumatismo: variables asociadas, cuyo objetivo fue determinar las variables asociadas a los diagnósticos de enfermería en pacientes con politraumatismo atendidos en emergencia, concluyendo que las prioridades para la valoración del paciente politraumatizado, incorpora indicadores

de enfermería para mejorar la perfusión tisular y cuidado humano, especialmente en parámetros de monitoreo hemodinámico como la frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, nivel de conciencia. Asimismo, la certeza que el paciente Politraumatizados que presenta disminución del gasto cardiaco, presentará mayor número de diagnósticos de enfermería que atender (13).

El artículo destaca el fortalecimiento de la comunicación asertiva en la atención del cuidado de los factores de riesgo de diagnósticos de enfermería en las relaciones interpersonales enfermero-paciente, aliviando así mucho más que solo las dolencias físicas.

**LABRADA A., RODRÍGUEZ D., & MARTÍNEZ L. (CUBA 2018)**, realizaron una investigación sobre “Factores de riesgo de mortalidad en pacientes politraumatizados”, cuyo objetivo fue identificar factores de riesgo y causas de mortalidad en pacientes politraumatizados, utilizando como método un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes politraumatizados mayores de 18 años intervenidos quirúrgicamente. Se describieron variables sociodemográficas, se estimaron los tiempos de atención médica inicial y se describió la condición clínica del paciente al llegar al quirófano. Igualmente se relacionó la aparición de muerte con el trauma predominante y otros factores perioperatorios. Se utilizaron procedimientos estadísticos univariados para factores de riesgo y análisis multivariado para predecir factores pronósticos de mortalidad, concluyendo que hubo una asociación significativa entre mortalidad y presencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial como enfermedades asociadas; entre el trauma múltiple con trauma craneoencefálico, la presencia de shock hipovolémico, uso de aminas y Glasgow por debajo de ocho al llegar al quirófano, así como la respuesta inflamatoria sistémica, hipertensión endocraneal e insuficiencia respiratoria aguda como complicaciones perioperatorias. Como factores pronósticos de muerte se identificaron el shock hipovolémico, la respuesta inflamatoria sistémica y el menor Glasgow (14).

La relevancia de la investigación radica en que existe factores (tiempo de atención médica inicial, presencia de shock, hipotermia, nivel de conciencia, trauma predominante, necesidad de hemoterapia, ventilación mecánica prolongada, balance hídrico positivo y complicaciones intraoperatorias) que aumentan la incidencia de complicaciones con una elevada mortalidad en pacientes con trauma múltiple.

**SAAVEDRA MÁ., SANTACRUZ E., RUEDA K., PATERNINA MF., & MENDOZA J. (COLOMBIA 2020)**, realizaron una investigación sobre “Factores que impactan en la mortalidad de los pacientes con trauma que ingresan al servicio de urgencias” , determinando que 462 pacientes con diagnóstico de trauma con una mediana de edad de 33 (RIQ 25-50), mayor proporción del sexo masculino 70.78% (n= 327), se observó la asociación de mortalidad con las variables: edad OR 1.035 (IC 95% 1.002- 10.70), tensión arterial sistólica OR 0.96 (IC 95% 0.94-0.99) y Glasgow OR 0.55 (IC 95% 0.45-0.67). El trauma craneoencefálico (74.47%) y el accidente de tránsito (44.68%) fueron los prevalentes, concluyendo que existe asociación entre la edad, escala de Glasgow, tensión arterial sistólica y el desenlace de mortalidad en pacientes traumatizados (15).

El artículo destaca que la escala de Glasgow se relaciona con el riesgo de mortalidad secundario a trauma, asimismo, gran parte de los pacientes evaluados en el servicio de emergencia son por accidentes de tránsito, en su mayoría varones, que ya sea por imprudencia o exceso de confianza sufren lesiones que les puede costar hasta la vida.

## **2.2. Antecedentes Nacionales**

**VÁSQUEZ E. & DURAND L. (CALLAO 2019)**, realizaron su investigación sobre “Conocimiento del profesional de enfermería en el manejo del paciente adulto politraumatizado en el servicio de emergencia de la Clínica Internacional. Lima. 2019”, tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en el manejo del paciente adulto politraumatizado en el servicio de



emergencia de la Clínica Internacional. Lima 2019, concluyendo que en cuanto a la valoración primaria se encontró que de todos los profesionales encuestados que respondieron las 19 preguntas de 24 según el instrumento, el cual se obtuvo un nivel alto de conocimiento, aunque todavía se evidenció deficiencias en algunos procesos que un profesional de área crítica ya no debe tener y esto se ve reflejado en la identificación del estado circulatorio, el reconocimiento de hemorragias en las técnicas de cateterismos, etc (16).

El nivel de conocimiento que posea el personal de salud es de suma importancia, permitiendo valorar con rapidez y atender con destreza al paciente politraumatizado.

**PAUCAR J. (TRUJILLO 2019)**, realizaron su investigación sobre “Conocimiento y Prácticas de la Enfermera en el Manejo del Paciente Politraumatizado Hospital de Apoyo Chepen, estudio de tipo descriptivo correlacional cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de la enfermera en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia con una población de 22 enfermeras cumpliendo ciertos criterios de inclusión, aplicando un cuestionario y una lista de cotejo. Obteniendo que el 46% de enfermeras tiene un deficiente nivel de conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Chepen, el 36% regular y solo el 18 % bueno. También concluyendo que el 64% del personal muestra prácticas inadecuadas y el 33% buenas prácticas en el manejo del paciente Politraumatizados (17).

La relevancia de la investigación radica en la correlación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de las enfermeras en el manejo del paciente Politraumatizados, es así que, a pesar de contar con muchos años de experiencia, el personal necesita capacitación constante para mantenerse actualizado y realizar un correcto abordaje en la atención del paciente.

**POLLOQUERI S. (PUNO 2019)**, realizó su investigación sobre el “Nivel de conocimiento sobre manejo del paciente politraumatizado en estudiantes del vii y viii ciclo de enfermería Universidad Nacional del Altiplano, Puno – 2018”, con objetivo de conocer el nivel de conocimientos de 1406 estudiantes en el manejo de pacientes politraumatizados, mediante un estudio descriptivo y transversal. Resultados: Más de la mitad (55.7%) de los participantes tienen conocimientos deficientes sobre manejo de pacientes politraumatizados, y solo un 3.8% conoce bien los pasos de la atención. Respecto a la vía aérea y protección de la columna cervical el 59.4 % tiene conocimientos deficientes; obteniendo conocimiento regular en: respiración y ventilación (67.9%), circulación y control de hemorragia (65.1%), evaluación neurológica (45.3%), y exposición al medio ambiente y prevención de la hipotermia el conocimiento (46.2%). Se concluye que el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre manejo de pacientes Politraumatizados es entre deficiente y regular (18).

Actualmente el servicio de emergencia cuenta con estudiantes de medicina y enfermería, que realizan internado, residentado y segunda especialidad, algunos de ellos están orientados hacia la parte de emergencia, es por ello que es de suma importancia que ellos se capaciten constantemente y se actualicen en la atención de asistencia eficaz y oportuna al paciente Politraumatizados.

**CHUMPITAZ D. (CALLAO 2018)**, realizó su investigación sobre "Intervención del profesional de enfermería en el manejo inicial en paciente politraumatizado que ingresa a servicio de emergencia del centro de salud de Quilmana Cañete 2015-2017", tiene como objetivo describir la intervención del profesional de Enfermería en el Manejo inicial del paciente politraumatizado, que ingresan en el servicio de Emergencias del centro de salud de Quilmaná, concluyendo que los componentes esenciales del perfil profesional de enfermería son: el liderazgo, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, razonamiento clínico, la experiencia profesional, el afrontamiento al estrés, la formación, y la preparación adecuada permiten que el

Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuna y segura al paciente (19) .

La importancia del estudio radica en que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, que brinden un cuidado de calidad de manera eficiente, oportuna y segura al paciente, causando el menor trauma posible.

**SUAREZ A. (CHICLAYO 2018)**, realizo su investigación sobre “Revisión crítica: prácticas seguras para el traslado del paciente politraumatizado del área de emergencia”, tienen como objetivo determinar el impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos o incidentes durante el traslado intrahospitalario de pacientes, concluyendo que al trasladar a un paciente politraumatizado, se debe reconocer todos los riesgos , y se debe tener el uso eficiente de los recursos, para obtener mínimos riesgos para el paciente, sin secuelas para su traslado (20).

La presente investigación valida la aplicación de los programas de gestión de riesgo, beneficiando la calidad y seguridad de la atención, puesto que de esa manera se podría tener un mejor criterio para manejo del paciente, ya sea en la movilización, traslado y tratamiento hacia un centro de mayor complejidad.

## **2.3. Bases Teóricas**

### **2.3.1. Teoría Florence Nightingale**

En el siglo XIX, los países europeos siempre se mantenían en constante guerra, es aquí donde se origina el acto de cuidar a una persona lesionada, posteriormente a mediados del siglo XIX, Florence Nightingale establece el inicio de la enfermería, en el cual correlaciona la enfermería con su entorno, asimismo, aborda con gran interés la observación como elemento principal el cuidado de Enfermería (21); en este marco, definió la función propia y distintiva de la enfermera (colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él) y defendió la idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas y su entorno

(base de partida diferente a la tradicionalmente utilizada por los médicos para su ejercicio profesional (22).

### **2.3.2. Teoría de Virginia Henderson**

En 1966, Virginia Henderson señala que la enfermería tiene la principal función de ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Asimismo, señalo que el ser humano tiene 14 necesidades fundamentales ( respirar, comer y beber, eliminar por todas las vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, escoger la ropa adecuada, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, comunicarse con las demás, expresando emociones, temores y opiniones, vivir de acuerdo con los propios valores y creencias, ocuparse en algo participar en actividades creativas, y aprender , descubrir o satisfacer la curiosidades) y el rol de Enfermería consiste (23):

- Ayudar a recuperar la autonomía lo más pronto posible.
- Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o reestablecer la salud.
- Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
- Brindar cuidados de salud de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
- Seguir buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad

### **2.3.3. Teoría de Wanda de Aguiar Horta**

En 1979, Wanda de Aguiar Horta señala que el Proceso de Enfermería es el conjunto de las acciones que se realizan de acuerdo con las necesidades del ser humano, en un momento determinado de la salud y proceso de enfermedad que

permita identificar y resolver el problema de atención a través de un enfoque o método científico que permite analizar la viabilidad del proceso de enfermería en el cuidado asistencial (24).

Análogamente a los modelos, la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermera, se denomina Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.), este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. A su vez, se encuentra compuesto de cinco pasos sucesivos que se correlacionan entre sí; sin embargo, cada uno de ellos tiene un carácter metodológico, ya que puesta en práctica estas se superponen (25):

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

## **2.4. Bases Conceptuales**

### **2.4.1. Paciente Politraumatizados**

La OMS la define como lesión Corporal a nivel orgánico, intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infligida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica. De ello, el paciente politraumatizado es aquel que presenta una lesión traumática, con la afectación de varios órganos, o más de un sistema que puede ocasionar un potencial de riesgo vital.

El paciente politraumatizado se caracteriza por presentar una evolución dinámica, por ello, durante todo el proceso de atención al paciente, se debe estar muy pendiente de su evolución, prestando atención a las constantes vitales y reevaluando periódicamente la vía aérea y función respiratoria, el estado circulatorio y la evolución neurológica. Una vez que el paciente está estabilizado y fuera de riesgo vital inminente, se realizan los estudios diagnósticos (radiografías, ecografías, tomografías, analíticas, entre otro) para evaluar los daños de los traumatismos (26).

#### **2.4.2. Politraumatismos**

Los tipos de politraumatismos, se determinan principalmente de qué tipo de politrauma se trata en función de la gravedad, es decir realizar el triaje (27):

- i. **Politraumatismo leve:** Paciente cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas.
- ii. **Politraumatismo moderado:** Con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.
- iii. **Politraumatismo severo o grave:** Pacientes con alguna de las siguientes condiciones:
  - Muerte de cualquier ocupante del vehículo
  - Eyección de paciente de vehículo cerrado
  - Caída mayor a dos veces la altura del paciente
  - Impacto a gran velocidad > 50 Km./h
  - Compromiso hemodinámico: presión sistólica < 90 mmHg
  - Bradipnea frecuencia respiratoria < 10 o taquipnea > 30
  - Trastorno de conciencia, Glasgow < 13
  - Fracturas de dos o más huesos largos
  - Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle
  - Si la extracción desde el vehículo dura más de 20 min. o ha sido dificultosa.

### 2.4.3. Epidemiología

Constituye la primera causa de muerte en menores de 45 años. En relación con la mortalidad del politraumatizado la podemos sintetizar en (28):

- **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 24horas. 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.

### 2.4.4. Causas de muerte en el politraumatizado

La mortalidad debida a un politraumatismo tiene una distribución modal en tres picos (29):

- **Primer pico:**  
La muerte sobreviene de forma inmediata o en los minutos siguientes al accidente por rotura de grandes vasos, lesiones de órganos vitales, obstrucción de la vía aérea, trauma torácico grave, etc.
- **Segundo pico:**  
Pasados los minutos iniciales hasta las 3-4 horas después del incidente. Las muertes son debidas a hematomas o hemorragias cerebrales, hemoneumotórax, rotura de vísceras (bazo, hígado.) y lesiones o fracturas asociadas a grandes hemorragias.

- **Tercer pico:**

Muerte tardía, días o semanas después del politraumatismo. Debida a sepsis o fallo multiorgánico. En las lesiones del primer tipo poco se puede hacer. Son las del segundo tipo las susceptibles de tratamiento, por lo que se beneficiaran de una asistencia sanitaria inmediata. Así se habla de la hora dorada, para que ésta alcance su máxima eficacia y el mínimo de mortalidad han de cumplirse tres condiciones: Inicio del tratamiento de forma inmediata. Reducción al máximo del tiempo de transporte desde el lugar del traumatismo hasta un centro adecuado.

#### **2.4.5. Tipos de Politraumatismos**

##### **a) Traumatismo craneo encefálico**

Los traumatismos de cráneo o craneoencefálicos son las lesiones físicas producidas sobre el tejido cerebral que alteran de forma temporal o permanente la función cerebral. El diagnóstico se sospecha por la clínica y se confirma con estudios radiológicos (sobre todo, TC). El tratamiento inicial consiste en el apoyo respiratorio, la oxigenación y el control de la presión arterial. A veces, suele ser necesaria la cirugía en pacientes con lesiones más graves para colocar monitores de seguimiento y tratar la elevación de la presión intracraneana, descomprimir el cerebro si la presión intracraneana aumenta o eliminar hematomas intracraneanos. En los primeros días después de la lesión, el mantenimiento de la perfusión cerebral y la oxigenación adecuada y la prevención de las complicaciones del sensorio son importantes. Luego, muchos pacientes requieren rehabilitación (30).

##### **b) Traumatismo en la columna vertebral**

Las lesiones de la columna vertebral y la médula espinal (SCI, spinal cord injuries) pueden ser eventos devastadores, modificadores de la vida, que incluyen lesiones de los huesos (fracturas vertebrales), los elementos neurales (lesión de la médula espinal y la raíz nerviosa) o ambos (31).



### **c) Traumatismo en el tórax**

Los traumatismos torácicos contusos, dependiendo de su severidad, pueden producir fracturas de los distintos elementos de la parrilla costal como son las costillas, esternón y vertebras. Las lesiones vertebrales no serán abordadas en esta revisión (32).

### **d) Traumatismo en el abdomen**

Se denomina trauma abdominal (TA), cuando éste compartimento orgánico sufre la acción violenta de agentes que producen lesiones de diferente magnitud y gravedad, en los elementos que constituyen la cavidad abdominal, sean éstos de pared (continente) o de contenido (vísceras) o de ambos a la vez (33).

### **e) Traumatismo en las extremidades**

Unos traumatismos en las extremidades son pocas veces ponen en peligro la vida, pero pueden provocar invalidez permanente si no se tratan en forma correcta; el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del paciente con trauma de las extremidades reducen de manera significativa los riesgos de muerte e invalidez. Es común que la lesión en la extremidad no se presente aislada y que otros órganos y regiones anatómicas también muestren signos del trauma; por lo tanto, puede considerarse que la gravedad del paciente y el pronóstico están directamente relacionados con la extensión del daño (34).

### **2.4.6. Cuidados de Enfermería en Pacientes Politraumatizados**

El papel de la enfermería en el cuidado del paciente Politraumatizado se remite a preparar todo el material necesario para que el proceso dinámico de atención sea lo más rápida posible, evitando inconvenientes en la atención. Es por ello, que, ante una situación de urgencia, los pasos para seguir son los siguientes:

### 2.4.6.1. Reconocimiento Primario:

La valoración inicial implica una rápida valoración del estado fisiológico del paciente, que se realiza en una secuencia conocida como el ABC de la reanimación. Consiste en un reconocimiento primario, que es una secuencia ordenada que exige el cumplimiento riguroso de cada paso sin acceder al siguiente sin haber resuelto el anterior. Se basa en la regla nemotécnica del abecedario de la A a la E (35) (36):

- **A (Airway: vía aérea):**

Control de la vía aérea con estricto control cervical. determinar si la vía aérea es permeable y asegurar una vía aérea definitiva (con tubo de Guedel y ventimask o ambú, o intubación orotraqueal) protegiendo la columna cervical. Se debe suponer una lesión en la columna cervical en todo paciente politraumatizado.

**Tabla 1**

Secuencia rápida de intubación

Administración de medicamentos
1. Administración de opioide ( morfina 0,1 mg/Kg) (10 minutos).
2. Administración de sedante (propofol 2 mg/Kg) (a continuación).
3. Administración a relajante muscular (rocuronio 0,25 mg/kg) (1 minuto).
4. Intubación endotraqueal.

Fuente: Contreras,Somoza, Mourente, & Caamaño, 2011

- **B (Breathing: respiración):**

Se administra oxígeno a alto flujo para una correcta ventilación-oxigenación. Las lesiones que pueden alterar de forma aguda el intercambio gaseoso a nivel alveolo-capilar son el neumotórax a tensión, hemotórax masivo, neumotórax abierto y el tórax inestable con contusión pulmonar, que habrá que drenarlos o tratarlos adecuadamente.

**Tabla 2**

Tratamiento de la vía aérea basado en la frecuencia ventilatoria espontánea

<b>Frecuencia Ventilatoria (resp/min)</b>	<b>Tratamiento</b>
<b>Lenta(&lt;12)</b>	Ventilación asistida o total O <sub>2</sub> ≥85% (F <sub>i</sub> O <sub>2</sub> ≥0,85)
<b>Normal (12-20)</b>	Considerar oxígeno suplementario
<b>Demasiado rápida (20-30)</b>	Administración de oxígeno (F <sub>i</sub> O <sub>2</sub> ≥0,85)
<b>Anormalmente rápida (&gt;30)</b>	Ventilación asistida (F <sub>i</sub> O <sub>2</sub> ≥0,85)

Fuente: Contreras, Somoza, Mourente, &amp; Caamaño, 2011

- **C (Circulation: circulación):**

El control de la hemorragia y evaluación del estado circulatorio, en estos pacientes es importante la identificación del shock y su tratamiento precoz. La causa más frecuente del shock en el paciente politraumatizado es de origen hipovolémico, secundario a hemorragia, aunque también puede ser neurogénico o cardiogénico. Si observamos una hemorragia externa, habrá que intentar taponarla o hacer un torniquete. Hay que sospechar posibles hemorragias internas. Generalmente, por cada unidad de sangre perdida se repone 3 de líquido (cristaloides): normal del 3:1

**Tabla 3**

Control de Hemorragias

<b>Pasos para el control de la hemorragia</b>	
<b>Presión directa</b>	Aplicación de presión en la zona del sangrado con una compresa o apósito sobre plano duro, aplicando un plastrón de gasas, vendas o compresas
<b>Elevación</b>	La sangre tardará más tiempo en “escalar” a la extremidad por el efecto de la gravedad
<b>Puntos de presión</b>	Aplicar presión profunda en un punto de la arteria proximal de la herida.
<b>Torniquetes</b>	Solo debe ser utilizado en caso de no disponer de otra alternativa de detener la hemorragia

Fuente: Contreras, Somoza, Mourente, &amp; Caamaño, 2011

- **D (Disability: incapacidad):** La evaluación neurológica mediante la escala de Glasgow

**Tabla 4**

Escala de coma de Glasgow

Fuente: Contreras, Somoza, Mourente, & Caamaño, 2011

<b>Apertura de los ojos</b>	<b>Puntos</b>
Espontánea	4
A la orden	3
Ante un estímulo doloroso	2
Sin apertura	1
<b>Mejor respuesta verbal</b>	
Respuesta adecuada (orientado)	5
Respuestas confusas	4
Respuesta inadecuada	3
Fluidos ininteligibles	2
Ausencia de respuesta verbal	1
<b>Mejor respuesta motora</b>	
Obedece la orden	6
Localiza el estímulo doloroso	5
Retirada al dolor	4
Responde con flexión anormal al estímulo doloroso (decorticación)	3
Responde con extensión anormal al dolor (descerebración)	2
Ausencia de respuesta motora	1

- **E (Exposure: exposición):** exposición corporal y protección térmica frente al medio ambiente.

#### **2.4.6.2. Reconocimiento Secundario**

La valoración secundaria del paciente identifica posibles lesiones con riesgo para una extremidad, así como otros problemas menos relevantes. Tras la colocación en un lugar seguro, debe hacerse la valoración secundaria, siempre que sea posible y no retrase el traslado.

- Se debe comenzar con una valoración exhaustiva por aparatos de la cabeza a los pies (si hay tiempo y recordando que es más propia del medio hospitalario). La valoración secundaria usa un método de “observar, escuchar, sentir” para evaluar la piel y todo lo que rodea.
- Se identifica el resto de las lesiones existentes y evaluación continuada de la respuesta al tratamiento iniciado:
  - i. Se inicia durante el traslado y se complementa en el hospital.
  - ii. Nueva valoración neurológica según la escala de Glasgow.
  - iii. Se inmovilizarán las fracturas y se protegerán las heridas.
  - iv. Colocación de sondas nasogástricas y vesical si se estima necesario, valorando el tiempo de traslado. En general, se colocarán en el medio hospitalario.

## CAPITULO III

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

#### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO TORÁCICO

##### 3.1.1. Valoración

###### Datos de filiación:

<b>Paciente:</b>	R.P.J.
<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Estado civil:</b>	casado
<b>Religión:</b>	Católica
<b>Edad:</b>	34 años
<b>Fecha de nacimiento:</b>	22/02/1987
<b>Fecha de ingreso al servicio:</b>	20/01/2022
<b>Fecha de valoración:</b>	21/01/2022
<b>Grado de instrucción:</b>	Técnico superior
<b>Historia clínica:</b>	1013645

##### 3.1.2. Motivo de Consulta:

Paciente adulto que ingresa al hospital por accidente de tránsito

##### 3.1.3. Enfermedad Actual:

Paciente varón de 34 años de edad ingresa al servicio de emergencia el día 20 de enero del 2022, es traído por el personal de bomberos trasladado en camilla quienes refieren, que fue embestido por un vehículo mientras transitaba por la vía pública, sufriendo múltiples contusiones en tórax y abrasiones en miembros

superiores e inferiores del lado derecho, refiere dolor intenso y disnea, portador de collarín cervical, EVA 3/10

**Signos y síntomas principales:** Dolor intercostal, palidez y frialdad distal.

**Radiografía:** Fracturas costales derecho (de 4ª a 6ª). Se coloca drenaje pleural derecho.

**Antecedentes:**

- **Antecedentes Perinatales:** No refiere
- **Antecedentes Familiares:** De sus padres no refiere.
- **Antecedentes Personales:** No refiere. Niega: Alergias y hábitos tóxicos
- **Antecedentes Socio Económicos y Culturales:** Paciente de religión católica.

**3.1.4. Examen Físico:**

**Control de signos vitales**

<b>Presión arterial:</b>	100/60 mm Hg
<b>Frecuencia cardiaca:</b>	110 por minuto
<b>Frecuencia respiratoria:</b>	30 por minuto
<b>Temperatura:</b>	36.3 °C
<b>Sat. O2</b>	0.87
<b>Llenado capilar:</b>	≥ 2 seg

**Exploración céfalo caudal:**

- **Cabeza:** Normocéfalo, simétrico, con movimientos activos no se evidencia adenopatías ni tumoraciones. Cabello liso, de color negro opaco, en regular estado de higiene. SNC: LOTEP, Glasgow 15
- **Oreja:** Pabellón auricular integro, simétrico, canal auditivo sin lesiones presencia de secreciones (cerumen)
- **Nariz:** Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.
- **Boca:** Presenta edema, mucosas orales deshidratadas.

- **Piel:** Pálida, fría y diaforética, abrasiones en miembros superiores e inferiores del lado derecho.
- **Cuello:** Simétrico con presencia de pliegues
- **Tórax:** MV pasa en ACP, Disminuido en HTD, Cilíndrico regular y asimétrico, con múltiples contusiones y abrasiones, se coloca drenaje torácico, respiración con soporte oxigenatorio con mascara con reservorio a 15 lpm.
- **Mamas:** normales.
- **Abdomen:** A la palpación abdominal blando depresible sin edema con ruidos hidroaereos disminuidos.
- **Genito urinario:** Normal con presencia de catéter urinario.
- **Columna vertebral:** Aparentemente normal, refiere dolor durante el traslado, quejumbroso.
- **Sistema esquelético:** Anormal con presencia de fractura en parrilla costal derecha (de 4ª a 6ª)
- **Fuerza muscular:** Disminuida

### Indicaciones Médicas

### Tratamiento Farmacológico:

Medicamento	Dosis	Vía	Intervalo
Cloruro de sodio 0.9%	2500cc, 30gts x min	EV*	c/24hrs
Omeprazol 40 mg	80 mg	EV	c/12hrs
Ceftriazona 1 gr	1 gr	EV	c/8hrs
Tramal 100 mg	100 mg	EV	c/8hrs
B.H.**			c/24hrs

\*EV: Endovenoso

\*\*BH: Balance Hídrico



### 3.1.5. Exámenes Auxiliares:

#### Hematológicos

Examen	Valor Encontrado	Valor Normal
Hemoglobina	12	13 – 16g/dl
Hematocrito	36	35 – 45%
Tiempo de coagulación	6'00"	5 – 9min
Tiempo de protombina	11	11 – 14seg
TPT (Tiempo parcial de tromboplastina)	25	25 – 35seg
Linfocitos	10	11 – 23%
Leucocitos	8560	4500 – 10000/ml
Grupo sanguíneo	O	O-A-AB-B
Factor RH	+	(+) - (-)

#### Gases arteriales (muestra arterial)

Examen	Valor Encontrado	Valor Normal
FIO <sub>2</sub>	100%	21 – 100%
PH	7.38	7.35 – 7.45 mmol/L
PCO <sub>2</sub>	46	35 – 45 mm Hg
PO <sub>2</sub>	80	83 – 105 mm Hg
HCO <sub>3</sub>	26	24 – 26 mmol/L

Examen	Valor Encontrado	Valor Normal
Glucosa	105	70 - 100 mg/dl
Urea	19.5	7 – 20mg/dl
Creatinina	1.3	0.5 – 1.3 mg/dl
Ácido Úrico	2.2	2.0 – 7.0 mg/dl

## Bioquímica

### Electrolitos séricos

Examen	Valor encontrado	Valor normal
Cloro	105	98 – 107 mmol/L
Potasio	3.80	3.50 – 5.30 mmol/L
Sodio	140	135 – 148 mmol/L

### Radiografía de columna cervical

Incidencia frontal y lateral muestra: aspecto radiológico conservado de cuerpos vertebrales y espacios intervertebrales.

### Radiografía De Tórax

Contusión pulmonar moderada, algunas fracturas costales (de 4<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>), neumotórax derecho, identificación de la línea de la pleura visceral.

### Ecografía abdominal

**Hígado:** Tamaño y ecogenicidad conservada, contornos lisos. No dilatación de vías biliares, no lesiones focales. LHD:139 mm

**Colédoco:** 3 mm Vena porta: 8.6 mm

**Vesícula biliar:** De 56x14 mm, pared delgada de 2.2 mm, contenido oncogénico, no se evidencia litiasis,

**Páncreas:** Cabeza y cuerpo de tamaño y morfología conservada

**Bazo:** Tamaño y ecogenicidad conservada. Mide 74x32 mm.

**Riñones:** De tamaño y ecogenicidad conservado, con adecuada diferenciación cortico renal, no imágenes quísticas ni litiasis

**RD:** 96x39 mm, parénquima 13.1 mm

**RI:** 93x40 mm, parénquima 17.4 mm

**Impresión diagnóstica:** ecografía de abdomen dentro de los límites normales.

### **3.1.6. Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases**

#### **DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.**

**Clase 1.** Toma de conciencia de la salud: por desconocimiento del diagnóstico que tiene.

**Clase 2.** Gestión de salud.

#### **DOMINIO II. Nutrición**

**Clase 1.** Ingestión: NPO.

**Clase 2.** Digestión: No hay presencia de residuos gástricos.

**Clase 3.** Absorción: Parcial se evidencia eliminación.

**Clase 4.** Metabolismo: Hemoglucotest = 105 mg/dL

**Clase 5.** Hidratación: Actualmente indicaron NPO, con vía periférica perfundiendo CLNA 9% 2500 cc más agregados a 30 gotas por minuto, tratamiento endovenoso. Peso :72 kg. Talla: 1.65cm.

#### **DOMINIO III. Eliminación**

**Clase 1.** Función urinaria: Presencia de catéter urinario  
Balance hídrico = -200 cc

**Clase 2.** Función gastrointestinal: normal

**Clase 3.** Función tegumentaria: Presencia de lesiones por venopunción en miembros superiores, abrasiones en miembros superiores e inferiores del lado derecho del cuerpo.

**Clase 4.** Función respiratoria: Saturación de Oxígeno 87%, soporte oxigenatorio con mascara con reservorio a 15 litros x', mejorando la saturación.

#### **DOMINIO IV. Actividad y reposo**

**Clase 1.** Reposo/sueño: Reposo forzado, sueño disminuido.

**Clase 2.** Actividad/ejercicio: Reposo forzado por fractura, presencia de catéteres, hematomas y abrasiones en miembros superiores e inferiores del lado derecho, dependiente.

**Clase 3.** Equilibrio/energía: necesita apoyo para movilizarse, con dolor moderado.

**Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: Se encuentra en reposo en regular estado general, con dificultad para respirar, sueño disminuido, oxigenoterapia mascarilla con reservorio a 15 lpm.

Temperatura: 36.3°C

Frecuencia cardiaca: 110x'

Presión arterial: 100/60 mm Hg.

Frecuencia respiratoria: 30x'

Llenado capilar: ≥2 segundos.

**Clase 5.** Autocuidado: Asistido por el personal profesional y técnico.

#### **DOMINIO V: Percepción – Cognición**

**Clase 1.** Atención: Responde a las preguntas.

**Clase 2.** Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona.

**Clase 3.** Sensación-percepción: limitación al movimiento, portador collarín cervical.

**Clase 4.** Cognición: Alterado, control emocional inestable.

**Clase 5.** Comunicación: Por momentos se muestra irritable.

#### **DOMINIO VI. Auto percepción**

**Clase 1.** Autoconcepción: Disposición para mejorar el autoconcepto.

**Clase 2.** Autoestima: Riesgo de baja autoestima por la situación actual y post alta.

#### **DOMINIO VII. Rol/Relaciones**

**Clase 1.** Rol de cuidador: Riesgo de cansancio de la esposa quien la visita siempre.

**Clase 2.** Relaciones familiares: Esposa refiere estar cansada, que está al cuidado de su menor hijo, pero continuara visitándolo.

**Clase 3.** Desempeño del rol: No aparentan conflictos familiares.

#### **DOMINIO VIII. Sexualidad**

**Clase 1.** Identidad sexual: No refiere.

**Clase 2.** Función sexual: No refiere.

**Clase 3.** Reproducción: Tiene dos hijos.

**DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés**

**Clase 1.** Respuesta post traumática: Refiere que nunca pensó pasar por todos estos eventos (dolor, baño, limpieza), temor. Riesgo de síndrome post traumática.

**Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: Siente ansiedad por salir del hospital, miedo por permanecer internado, estrés con sobrecarga. Deterioro de la regulación del estado de ánimo.

**DOMINIO X. Principios vitales**

**Clase 1.** Valores: Agradecido con personal de salud por la atención, aunque por momentos los trata mal.

**Clase 2.** Creencia: Refiere tener religión católica.

**Clase 3.** Congruencia entre valores/creencias/acciones: sufrimiento espiritual y moral. Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente.

**DOMINIO XI. Seguridad y protección**

**Clase 1.** Infección: Procedimientos invasivos: Sonda vesical, catéter venoso periférico. Abrasiones en miembro superior e inferior de lado derecho del cuerpo.

**Clase 2.** Lesión física: Heridas por venopunción, abrasiones en miembros superiores e inferiores del lado derecho del cuerpo.

**Clase 3.** Violencia: Riesgo de agresión al personal que lo asiste, cuando no acepta un procedimiento.

**Clase 4.** Peligros del entorno: Riesgo de contaminación del catéter venoso periférico y/o catéter urinario, debido a la práctica inadecuada de higiene.

**Clase 5.** Procesos defensivos: se observa agitación y dolor al movimiento en zona afectada.

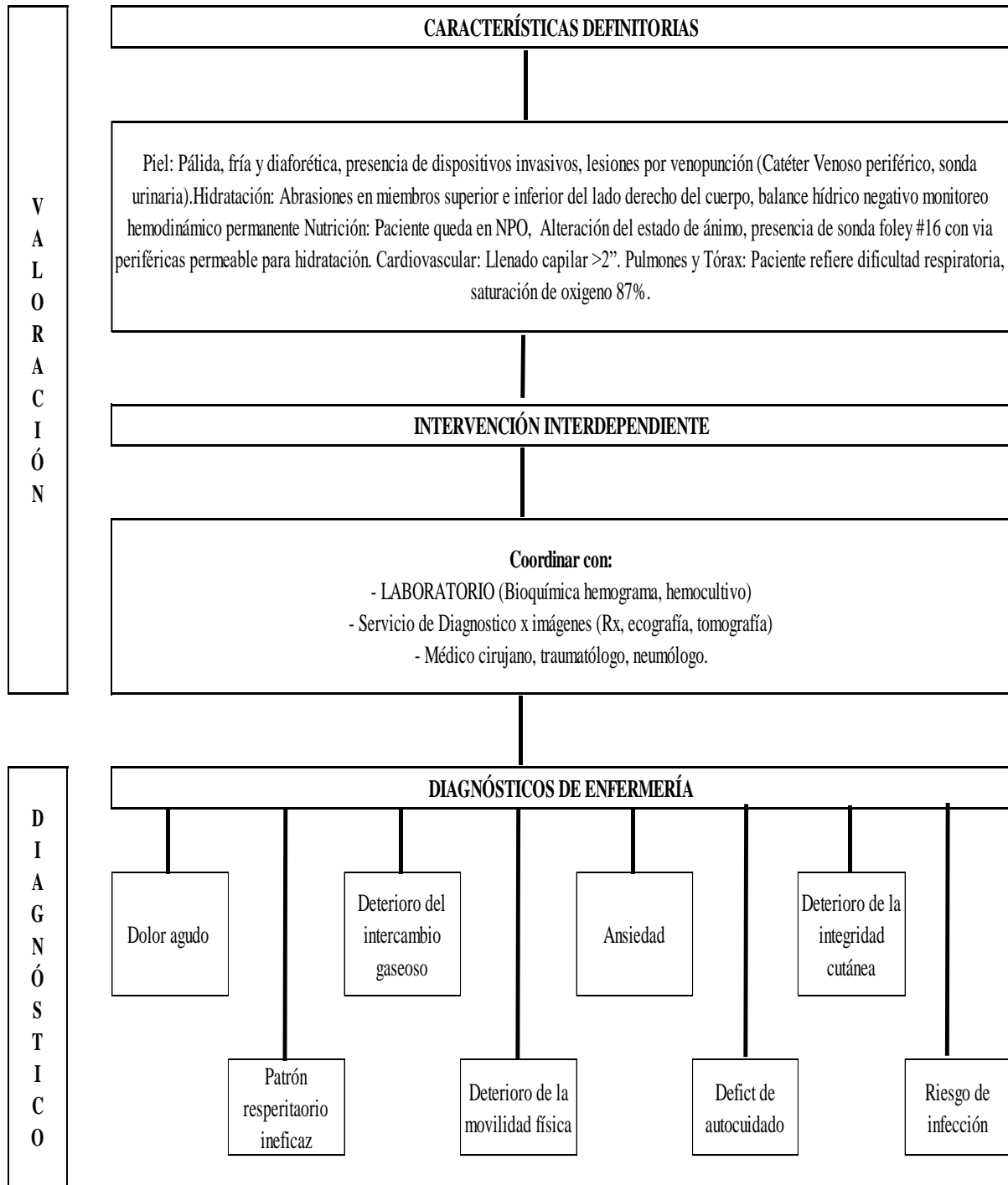
**Clase 6.** Termorregulación: Afebril 36.3 °C.

**DOMINIO XII. Confort**

**Clase 1.** Confort Físico: Con facies de malestar por dolor intercostal.

**Clase 2.** Confort del entorno: Sensación de disconfort

### 3.1.7. Esquema de Valoración





## **3.2. Diagnóstico de enfermería**

### **3.2.1. Lista de Hallazgos Significativos:**

- Dolor intenso 3/10
- Patrón ventilatorio alterado: fr 30 x min, asimetría torácica
- Deterioro del intercambio gaseoso spo2 87%, cianosis
- Ansiedad
- Movimientos limitados
- Presencia de dispositivos invasivos
- Lesión por venopunción
- Abrasiones en miembro superior e inferior derecho
- Balance hídrico negativo

### **3.2.2. Diagnóstico de Enfermería según dato Significativo:**

- Dolor agudo
- Patrón respiratorio ineficaz
- Deterioro del intercambio gaseoso
- Deterioro de ña movilidad física
- Ansiedad
- Déficit de autocuidado
- Deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de infección

### 3.2.3. Esquema de Diagnostico de Enfermería

Problema	Factor Relacionado	Evidencia	Diagnostico
<b>Dolor agudo</b>	Agentes lesivos físicos	Fracturas, Expresión facial de dolor, postura de evitación del dolor, EVA 3/10, frecuencia cardiaca 110	Dolor agudo relacionada con agentes lesivos físicos
<b>Patrón respiratorio ineficaz</b>	Hiperventilación	Taquipnea (30 ventilaciones x'), disminución del MV, hiperresonancia.	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación, fatiga de los músculos respiratorios, deformidad ósea
<b>Deterioro del intercambio gaseoso</b>	Desequilibrio en la ventilación - perfusión	Saturación de 87%, taquipnea (30 resp. x'), llenado capilar $\geq 2''$ , piel pálida, diaforético, disnea	Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión
<b>Deterioro de la movilidad física</b>	Factores físicos (fractura costal)	Limitación del movimiento, postura de evitación del dolor, postración forzada,	Deterioro de la movilidad física relacionado con factores físicos (lesión musculo esquelético post trauma)
<b>Ansiedad</b>	Cambios en el estado de salud	Facies de preocupación, voz temblorosa, quejumbroso, intranquilo	Ansiedad relacionada con Cambios en el estado de salud
<b>Déficit de autocuidado</b>	Disconfort, dolor, ansiedad, fatiga	Limitación del movimiento, apoyo del personal técnico	Riesgo de déficit del autocuidado relacionado con disconfort, dolor, ansiedad y fatiga
<b>Deterioro de la integridad cutánea</b>	Alteración de la superficie de la piel, invasión de las estructuras corporales	Abrasiones miembro superior e inferior del cuerpo, lesiones por punciones venosas	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteraciones de la superficie de la piel. invasión de las estructuras corporales
<b>Riesgo de infección</b>	Alteración de la integridad de la piel, procedimiento invasivo	Lesiones por fricción, catéter venoso periférico, uso de sonda urinaria	Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos

### 3.3. Planificación

#### 3.3.1. Esquema de Planificación

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención De Enfermería NIC	Evaluación
<p><b>Código: 00132</b> Dolor agudo relacionada con agentes lesivos físicos</p>	<p><b>Código: 2102</b> <b>Nivel del dolor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor referido</li> <li>• Expresiones faciales de dolor</li> <li>• Agitación</li> <li>• Diaforesis</li> <li>• Ritmo</li> </ul> <p><b>Código: 3016</b> <b>satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• acciones tomadas para aliviar el dolor</li> <li>• información sobre restricciones a la actividad</li> <li>• proporcionar información sobre el uso de la medicación</li> </ul>	<p><b>Código: 1410 Manejo del dolor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar valoración exhaustiva del dolor</li> <li>• Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación</li> <li>• Monitorizar el dolor (utilizar herramienta de medición)</li> <li>• Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad.</li> <li>• Administrar analgésicos según prescripción médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente no refiere dolor</li> <li>• No se evidencia expresiones faciales de dolor, agitación y diaforesis.</li> </ul>

<p><b>Código: 00032</b></p> <p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación, deformidad ósea</p>	<p><b>Código: 0403</b></p> <p><b>Estado respiratorio: ventilación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruidos respiratorios patológicos</li> <li>• Disnea al reposo y esfuerzo</li> <li>• Expansión torácica asimétrica</li> </ul>	<p><b>Código: 3390 Ayuda a la ventilación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener al paciente de forma que alivie la disnea (ventilación/perfusión)</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario de ser necesario</li> <li>• Ayudar con el espirómetro de incentivo</li> </ul> <p><b>Código: 1872 Cuidados del drenaje torácico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener higiene adecuada de las manos antes, durante y después de la inserción y manipulación del tubo de tórax.</li> <li>• Asegurar la familiaridad con el dispositivo de válvula torácica</li> <li>• Respetar el nivel de sello de agua</li> <li>• Observar signos de infección</li> </ul> <p><b>Código: 3230 Fisioterapia torácica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al paciente la finalidad y los procedimientos usados</li> <li>• Monitorizar el estado respiratorio y cardíaco</li> <li>• Instruir al paciente para que expectore secreciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente no presenta ruidos respiratorios patológicos</li> <li>• Paciente no tiene dificultad para respirar en reposo y al esfuerzo</li> <li>• Expansión torácica simétrica al ventilar</li> </ul>
---	--	--	---

		<b>Código: 3320 Oxigenoterapia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar oxígeno suplementario según prescripción</li> <li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia</li> <li>• Comprobar la tolerancia del paciente para la suspensión de oxígeno.</li> </ul>	
<b>Código: 00030</b> <b>Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión</b>	<b>Código: 0402</b> <b>Estado respiratorio: intercambio gaseoso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hallazgo en la radiografía de tórax</li> <li>• Disnea en reposo y esfuerzo</li> </ul>	<b>Código: 3140 Manejo de la vía aérea</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación</li> <li>• Auscultar sonidos respiratorios</li> </ul> <b>Código: 3320 Oxigenoterapia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la permeabilidad de la vía aérea</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario</li> <li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoximetría, AGA)</li> <li>• Cambiar el soporte de oxígeno de máscara a cánula según tolerancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente no presenta hallazgo alguno en radiografía de tórax</li> <li>• Paciente no presenta dificultad para ventilar</li> </ul>
<b>Código: 00085</b> <b>Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, disconfort e inestabilidad postural post</b>	<b>Código: 0211</b> <b>Función esquelética</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridad ósea</li> <li>• Alineación esquelética</li> </ul>	<b>Código: 0221 Terapia de ejercicios: ambulación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a sentarse en la cama o silla, según tolerancia.</li> <li>• Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente se encuentra estable en su unidad</li> <li>• Paciente muestra mayor tranquilidad con el uso del cabestrillo</li> <li>• Paciente se muestra</li> </ul>

<p><b>trauma, lesión musculo esquelético post trauma.</b></p>	<p><b>Código: 0208</b></p> <p><b>Movilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimiento articular</li> <li>• Realización de traslado</li> <li>• Ambulación</li> </ul> <p><b>Código: 1926</b></p> <p><b>Deambulación segura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parece agitado</li> <li>• Dice que quiere irse a casa</li> </ul>	<p>deambulación, si es preciso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.</li> <li>• Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.</li> <li>• Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.</li> <li>• Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.</li> </ul>	<p>colaborador y comunicativo</p>
<p><b>Código: 00146</b></p> <p><b>Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud E/P facies de preocupación.</b></p>	<p><b>Código: 1211</b></p> <p><b>Nivel de ansiedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impaciencia</li> <li>• Inquietud</li> <li>• Dolor</li> <li>• Preocupación</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Trastorno del sueño</li> </ul>	<p><b>Código: 5820 Disminución de la ansiedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar los niveles de ansiedad del paciente</li> <li>• Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad</li> <li>• Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos</li> <li>• Apoye el uso de mecanismos de defensa adecuados</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</li> <li>• Administre medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritas</li> <li>• Permanecer con el paciente para promover la seguridad y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente disminuye la duración de la ansiedad</li> <li>• Utiliza estrategias para superar situaciones estresantes</li> <li>• Ausencia de las manifestaciones de conducta impaciente, inquieto, preocupado e irritable.</li> <li>• Paciente refiere dormir sin problemas y se siente descansado al amanecer</li> </ul>

		<p>reducir el miedo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruya al paciente el uso de técnicas de relajación</li> </ul>	
<p><b>Código: 00108</b>  <b>Déficit del autocuidado relacionado con</b>  <b>disconfort, dolor, ansiedad y fatiga</b></p>	<p><b>Código: 2002</b>  <b>Bienestar personal</b></p> <p><b>Código: 1402</b>  <b>Autocontrol de ansiedad</b></p>	<p><b>Código:1800 Ayuda con el autocuidado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para ejercer el autocuidado</li> <li>• Animar a realizar las actividades normales de la vida diaria</li> <li>• Proporcionar objetos personales deseados (ropa, útiles de aseo)</li> <li>• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz</li> </ul> <p><b>Código: 5270 Apoyo emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza</li> <li>• Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad</li> <li>• Proporcionar ayuda en la toma de decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente realiza actividades de la vida diarias, relaciones sociales y tiene capacidad de afrontamiento.</li> <li>• Paciente no muestra signos de ansiedad</li> </ul>

<p><b>Código: 00046</b>  <b>Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteraciones de la superficie de la piel, invasión de las estructuras corporales</b></p>	<p><b>Código: 1101</b>  <b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones cutáneas</li> <li>• Lesiones de la mucosa</li> </ul></p>	<p><b>Código: 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar restos de esparadrapo</li> <li>• Realizar aseo con jabón antibacteriano</li> <li>• Utilizar humectante de piel</li> </ul> <p><b>Código: 3660 Cuidado de las heridas</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar características de la herida (drenaje, venopuncion)</li> <li>• Limpiar con solución salina</li> <li>• Aplicar crema adecuada en la piel</li> <li>• Cambiar el apósito según la cantidad de exudado</li> </ul></p> </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente no presenta lesiones cutáneas</li> <li>• Paciente presenta integridad de la piel</li> </ul>
<p><b>Código: 00004</b>  <b>Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel</b></p>	<p><b>Código: 1902</b>  <b>Control del riesgo.</b>  <b>Código: 1102</b>  <b>Curación de la herida: primera intención</b></p>	<p><b>Código: 6540 Control de infecciones</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitar el número de visitas</li> <li>• Enseñar al personal de cuidados, el lavado de manos apropiados</li> <li>• Garantizar la manipulación aséptica de todas las vías I.V</li> </ul> <p><b>Código: 1876 Cuidados del catéter urinario</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la permeabilidad y ver características de la orina</li> <li>• Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario</li> <li>• Retirar el catéter lo antes posible en cuanto este indicado por el estado del paciente</li> </ul></p> </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de infección en el catéter venoso periférico</li> <li>• Paciente libre de infecciones agregadas</li> </ul>



### **3.4. Ejecución y evaluación**

#### **3.4.1. Registro de Enfermería, SOAPIE:**

- S** Paciente adulto refiere " me duele mucho el pecho, siento que no puedo respirar, no me puedo mover porque me duele mucho, me molesta el collarín"
- O** Paciente adulto politraumatizado por accidente de tránsito, con soporte oxigenatorio mascara con reservorio 15 lpm, despierto, orientado en tiempo, espacio y persona; escala de Glasgow AO:4, RV:5, RM:6 15/15 puntos, AREG, AREH, afebril, piel y mucosas semihidratadas, con lesión parrilla costal y abrasiones en miembros superior e inferior del lado derecho, dolor al movimiento, EVA:3/10, con secreción sanguinolenta, sin evidencia de sangrado activo, con vía periférica en miembro superior izquierdo con infusión de cloruro de sodio al 9% a goteo continuo, y para tratamiento; MV: disminuido en HTD, CV: rítmico, taquicárdico, de tonicidad conservada no soplos, abdomen b/d ligeramente distendido por acumulo de gases; eliminación vesical a través de catéter urinario en circuito cerrado permeable; tonicidad muscular disminuida, no deambula. Queda en su unidad acompañado de su esposa.
- A** Dolor agudo relacionada con agentes lesivos físicos evidenciado por expresión facial del dolor, postura de evitación del dolor  
Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación, deformidad ósea evidenciado por asimetría en la expansión torácica  
Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud evidenciado por irritabilidad, inquietud, nerviosismo y preocupación  
Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, discomfort e inestabilidad postural post trauma, lesión musculo esquelético post trauma

evidenciado por edema de miembro inferior, alteración de la integridad de la estructura ósea, postura de evitación del dolor

Riesgo de infección relacionado con alteración de la integridad de la piel evidenciado por procedimientos invasivos (catéter I.V., SF)

Riesgo de déficit del autocuidado relacionado con discomfort, dolor, ansiedad y fatiga evidenciado por deterioro de la habilidad de valerse por si mismo, necesita apoyo del personal técnico.

Riesgo de termorregulación ineficaz relacionado con Inactividad, deshidratación, alteración en la tasa metabólica evidenciado por sentir escalofríos, voz temblorosa.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con procedimientos invasivos evidenciado por puntos de inserción (enrojecimiento de la piel, piel caliente, alza térmica)

**P** Paciente no referirá dolor

Paciente no presenta dificultad para ventilar (simetría en expansión torácica)

Paciente superara la ansiedad paulatinamente durante su hospitalización.

Paciente se desplazará con apoyo de forma segura

Paciente se mostrará con mayor disposición hacia el cuidado personal

Paciente se mantendrá acorde a la temperatura ambiental

Paciente disminuirá el riesgo de infección controlando progresivamente.

Paciente disminuirá el riesgo del deterioro de la integridad cutánea.

**I** Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos.

Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.

Baño de esponja con asistencia.

Valoración céfalo caudal en busca de signo de flogosis o presencia de infección en puntos o procedimientos invasivos.

Verificar permeabilidad de catéter venoso periférico tomando en cuenta los protocolos para este acto tomando en cuenta los protocolos para este acto.

Curación de tubo de drenaje torácico

Valoración del dolor según EVA

Se brinda comodidad y confort.

Se administra medicación prescrita (EV) con una adecuada y aséptica manipulación.

Se brinda apoyo y orientación en las horas de alimentación.

Se brinda educación sanitaria sobre autocuidados.

- E** Paciente hemodinámicamente estable, disminuye el dolor, temperatura= 36.6°C, mejora el deterioro de la integridad cutánea, en buen estado de higiene, pasa de NPO a tolerar la fórmula enteral por vía oral, disminuye el riesgo de infecciones agregadas y queda en observación continua.

## CONCLUSIONES

1. La atención Pre hospitalaria es un proceso dinámico cíclico y perenne que necesita una constante retroalimentación en temas de la realización, evaluación y modificaciones constantes de cuidados derivados del proceso de atención del paciente Politraumatizado.
2. El triaje estructurado es una herramienta fundamental para el servicio de emergencias, ya que, optimiza los recursos humanos, mejora el resultado de atención, disminuye el tiempo de espera y mejora la calidad de la atención sanitaria.
3. Los pacientes Politraumatizados deben tener una valoración integral oportuna, que proporcionen un manejo adecuado a nivel biológico, psicológico, sociocultural y espiritual que asistan a mantener el estado de salud, o conseguir una muerte sosegada.
4. En el manejo del paciente politraumatizado la prioridad consiste en aplicar el ABCD y, en seguir de manera secuencial y adecuada la valoración de la gravedad de las lesiones que ponen potencialmente en peligro la vida.
5. La importancia de tomar acciones al evaluar de forma eficiente y rápida frente a los problemas de salud que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad en el menor tiempo posible que favorezcan el abordaje inicial de una atención de calidad y segura para el paciente Politraumatizado, puesto primordial para la disminución de secuelas del mismo.

6. Evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad
7. Los pacientes Politraumatizados deben tener una valoración integral oportuna, que proporcionen un manejo adecuado a nivel biológico, psicológico, sociocultural y espiritual que asistan a mantener el estado de salud, o conseguir una muerte sosegada.
8. La importancia de tomar acciones al evaluar de forma eficiente y rápida frente a los problemas de salud que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad en el menor tiempo posible que favorezcan el abordaje inicial de una atención de calidad y segura para el paciente Politraumatizado, puesto primordial para la disminución de secuelas del mismo.
9. Evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad

## RECOMENDACIONES

1. Promover programas de educación continua asistencial en el servicio de emergencia del Centro Médico Naval, así como intercambio de casos en el manejo de pacientes politraumatizados con otras Instituciones Públicas y Privadas, con la finalidad de crear estrategias para disminuir las complicaciones y secuelas frente a estos casos.
2. Motivar al personal de enfermería (licenciados y técnicos) a actualizarse constantemente en conocimientos y destrezas en el cuidado del paciente politraumatizado, con la finalidad de optimizar su desempeño profesional de manera eficaz y eficiente.
3. Concientizar al personal de enfermería dando conocer sobre la importancia del PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support), con la finalidad de brindar fundamentos teóricos, que permitirán una valoración inmediata, en el manejo y traslado de pacientes politraumatizado críticos en el menor tiempo posible.
4. El servicio de emergencia del Centro Médico Naval requiere capacitar a los profesionales de enfermería de manera permanente en la actualización de las capacidades procedimentales y actitudinales sobre la valoración del paciente politraumatizado, con la finalidad de brindar una atención de calidad de manera eficiente, oportuno y segura.
5. Efectuar auditorías sanitarias perennes en pacientes con politraumatismo atendidos en el servicio de emergencias, para que sirva de retroalimentación en la calidad de atención.

6. Formar habilidades orientadas a la mejora de la atención integral y al cuidado de calidad del usuario que concurre al Centro Médico Naval, en relación al tiempo de espera, personal calificado, atención oportuna adecuada, y a la dotación de insumos.
7. Realizar las gestiones necesarias para implementar actualizaciones periódicas en el protocolo de atención del manejo del paciente politraumatizado.
8. Motivar al personal de enfermería (licenciados y técnicos) a actualizarse constantemente en conocimientos y destrezas en el cuidado del paciente politraumatizado, con la finalidad de optimizar su desempeño profesional de manera eficaz y eficiente.
9. Concientizar al personal de enfermería dando conocer sobre la importancia del PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support), con la finalidad de brindar fundamentos teóricos, que permitirán una valoración inmediata, en el manejo y traslado de pacientes politraumatizado críticos en el menor tiempo posible.
10. El servicio de emergencia del Centro Médico Naval requiere capacitar a los profesionales de enfermería de manera permanente en la actualización de las capacidades procedimentales y actitudinales sobre la valoración del paciente politraumatizado, con la finalidad de brindar una atención de calidad de manera eficiente, oportuno y segura.
11. Realizar las gestiones necesarias para implementar actualizaciones periódicas en el protocolo de atención del manejo del paciente politraumatizado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Española de Cirujanos. Cirugía del paciente politraumatizado. Segunda ed. Ceballos Esparragón J, Pérez Díaz D, editors. España: Arán Ediciones; 2017.
2. Ballesteros Díez Y. Manejo del paciente politraumatizado. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2020; 1(247-262).
3. Juncal Ferreiro M. Plan de cuidados a un paciente politraumatizado. a propósito de un caso. Trabajo de grado. Universidade da Coruña, España; 2020.
4. Martos Martínez JM. Manual de algoritmos para el manejo del paciente politraumatizado. Primera ed. Durán Muñoz-Cruzado VM, Pareja Ciuró F, Peñuela Arredondo JD, editors. Sevilla: Publicitat Estratègica; 2018.
5. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. CECSATI. [Online].; 2018 [cited 2022 Febrero 04. Available from: <https://www.sati.org.ar/images/guias/GuiasCapituloEnfermeriaTrauma/CECSATI-Atencioninicialdeltrauma.pdf>.
6. Quispe Churapa M, Vilca Coila ZJ. Conocimientos del manejo inicial del paciente politraumatizado y Engagement, enfermeras servicio de emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017. Tesis de grado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa; 2018.
7. Organización Mundial de la Salud. WHO Website. [Online].; 2021 [cited 2022 Febrero 07. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.



8. El Foro Internacional de Transporte. OECD website. [Online].; 2017 [cited 2022 Febrero 04. Available from: [https://www.itf-oecd.org/sites/default/files/docs/benchmarking-seguridad-vial-america-latina\\_0.pdf](https://www.itf-oecd.org/sites/default/files/docs/benchmarking-seguridad-vial-america-latina_0.pdf).
9. Ministerio de Salud. DGE Website. [Online].; 2021 [cited 2022 Febrero 03. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2021/SE33/transito.pdf>.
10. Ramos Leyva R, Pérez Rodríguez Y, Arias Campaña A. Atención de enfermería al paciente politraumatizado durante el traslado por el sistema integrado de urgencias médicas. REEA. 2021 Agosto; 3(324-349).
11. Palomino-Cabrera A CGMPMRSBYMDL. Caracterización clínico – epidemiológica de pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital General “Comandante Pinares”. Universidad médica Pinareña. 2021 Setiembre-Diciembre; 3(782).
12. Bustillo C, Alas Pineda C, Umaña E, Jaar J, Saybe A, Hernandez A, et al. Politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía general de un hospital de segundo nivel de Honduras: Caracterización clínico-epidemiológica. CIMEL. 2020 Octubre; 27(24-29): p. 26-28.
13. Villanueva Benites E, Silva Ramos K, Monteza Rojas NJ, Carmen Álvarez NC, Cardena Siri CE, Leitón Espinoza E. Diagnósticos de enfermería en pacientes. SaludUninorte. 2019 Setiembre; 35(1).

14. Labrada Despaigne A, Lisabet Rodríguez D, Martínez Clavel LL. Factores de riesgo de mortalidad en pacientes politraumatizados. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2018 Abril; 17(2-10).
15. Saavedra MÁ, Santacruz Castillo E, Rueda K, Paternina MF, Mendoza Alvaran J. Factores que impactan en la mortalidad de los pacientes con mortalidad de los pacientes con trauma que ingresan al servicio trauma que ingresan al servicio de urgencias de urgencias. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2020 Febrero; 29(180-182).
16. Vasquez Cerna EN, Durand Huacho LM. Conocimiento del profesional de enfermería en el manejo del paciente adulto politraumatizado en el servicio de emergencia de la Clínica Internacional.Lima.2019. Tesis de segunda especialidad profesional. Callao: Universidad Nacional del Callao, Departamento de Ciencias de la Salud; 2019.
17. Paucar González JM. Conocimiento y prácticas de la enfermera (o) en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén. Tesis de segunda especialidad profesional. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Departamento de Enfermería; 2019.
18. Polloqueri Chambi S. Nivel de conocimiento sobre manejo del paciente politraumatizado en estudiantes del VII y VIII ciclo de enfermería Universidad Nacional del Altiplano, Puno-2018. Tesis de segunda especialidad profesional. Puno: Universidad Nacional del Antiplano, Departamento de Enfermería; 2019.
19. Chumpitaz Barrios D. Intervención del profesional de enfermería en el manejo inicial en paciente politraumatizado que ingresa al servicio de emergencia del Centro de Salud de Quilmana Cañete 2015-2017. Trabajo Académico para segunda especialidad profesional. Callao:

Universidad Nacional del Callao, Departamento de Ciencias de la Salud; 2018.

20. Suarez Chavarry A. Revisión crítica: Prácticas seguras para el traslado del paciente politraumatizado del área de emergencia. Trabajo académico de segunda especialidad profesional. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Departamento de medicina; 2018.
21. Reina G. NC. El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Umbral Científico. 2010 Diciembre; 17(18-23).
22. Amaro Cano MdC. Florencia Nigthingale, la primera gran teórica de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2004 Diciembre; 20(1-6).
23. Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera ed. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF, editors. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
24. Leite Funchal Camacho AC, Lopes Joaquim F. Processo de enfermagem de Wanda Horta: Retrato da obra e reflexões. J Nurs UFPE. 2017 Diciembre; 12(5432-5438).
25. Iztacala. Hospital Neuquen Web site. [Online].; 2010 [cited 2022 Febrero 10]. Available from: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>.
26. Pérez Romero C. Cuidados de enfermería al paciente adulto politraumatizado. Caso clínico. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 2020 Abril; 7(261).

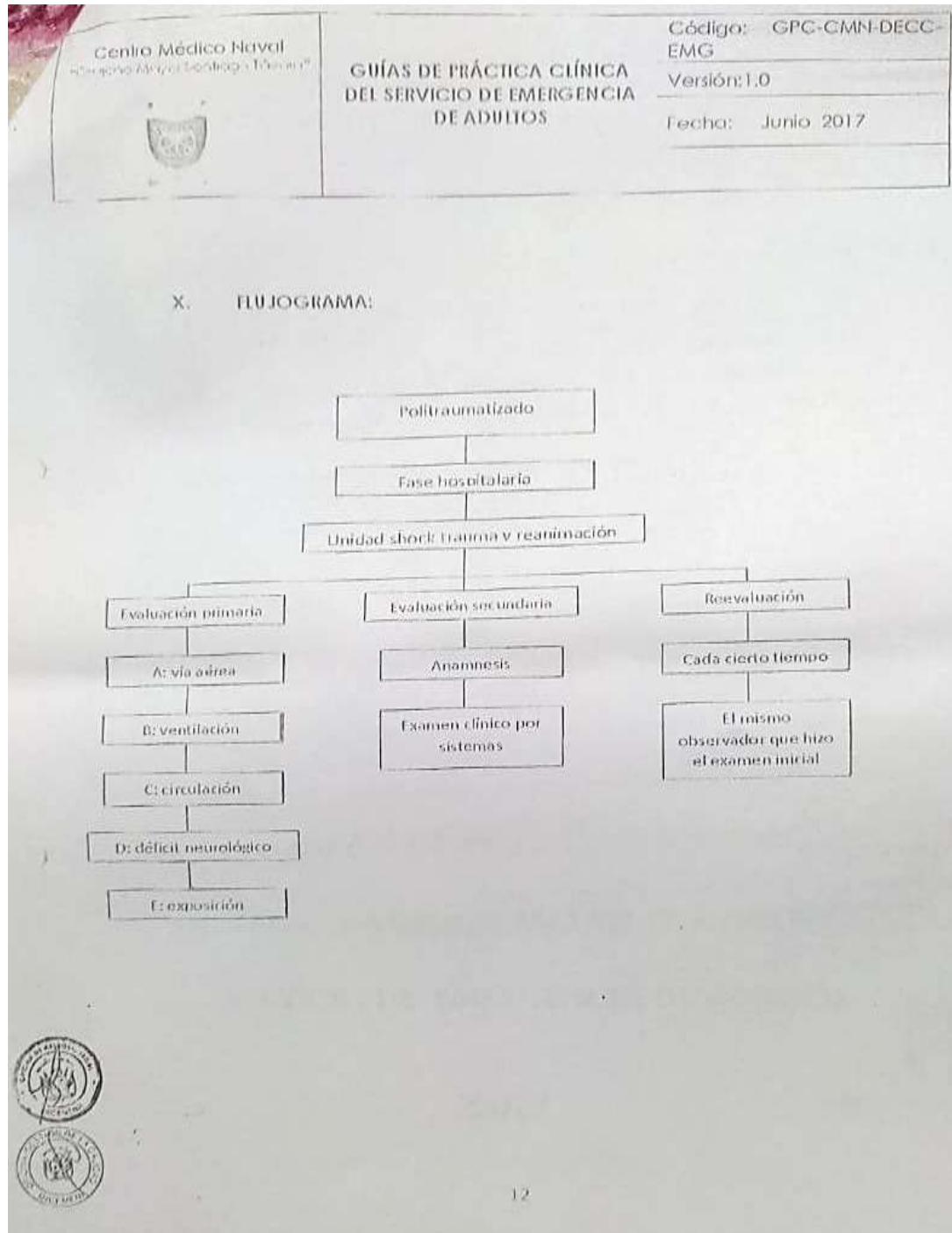
27. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. ScieloPerú. 2011 Jun; 28.
28. Fernández Ayuso D, Molano Alvarez E, Duque Duque F, Pérez Olmo JL. Cuidado integral del paciente crítico de la extrahospitalaria a la UCI. Primera ed. Elsevier , editor. España: REBIUN; 2010.
29. Cubelli G. R. Servicios de Emergencia: La Importancia de un Diseño Estructural. Descriptivo. Lanús: Hospital Interzonal General de Agudos. EVITA. 2008 Abril; 1.
30. Wilberger JE, Mao G. Msd. [Online].; 2019 [cited 2022 Febrero 20. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-tc/traumatismo-encefalocraneano-tec>.
31. Rita K. Cydulka MTFSAJVJWDMCOJM. Manual de Urgencias Médicas de Tintinalli. Octava ed. México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2018.
32. Undurraga M. F, Rodríguez D. P, Lazo P. D. Trauma de Toráx. REV. MED. CLIN. CONDE. 2011 Marzo; 22(617-622).
33. Ruiz Cisneros H, Huayhualla Sauñe C. Sisbib. [Online].; 2020 [cited 2022 Febrero 15. Available from: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/cap\\_09\\_trauma%20abdominal.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_09_trauma%20abdominal.htm).
34. Martínez Dubois S. Cirugía bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma. Quinta ed. Salas Castillo E, Guerrero Aguilar HF, editors. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A.; 2013.

35. Pandia Humpire DM. Cuidado de enfermería aplicado al paciente politraumatizado atendido en el servicio de emergencia del hospital regional “Manuel Núñez Butrón” Nivel II – 2 Puno – 2019. Trabajo Académico de Segunda Especialidad. Puno: Universidad Nacional del Antiplano, Departamento de enfermería; 2020.
36. Contreras Martinón F, Somoza Digón J, Mourente Díaz S, Caamaño Arcos M. Cad Aten Primaria. 2011 Enero; 18(24-29).

# ANEXOS

Figura 1

Flujograma de la Guía Práctica Clínica del Servicio de Emergencias de Adultos



Fuente: Centro Médico Naval, 2022

**Figura 2**

Frontis de la Entrada de Emergencia Adulto



Fuente: Elaboración propia, 2022

**Figura 3**

Ambulancias de atención de Emergencia del Centro Médico Naval



Fuente: Elaboración propia, 2022



**Figura 4**

Ambulancia equipada para traslado de pacientes



Fuente: Elaboración propia, 2022

**Figura 5**

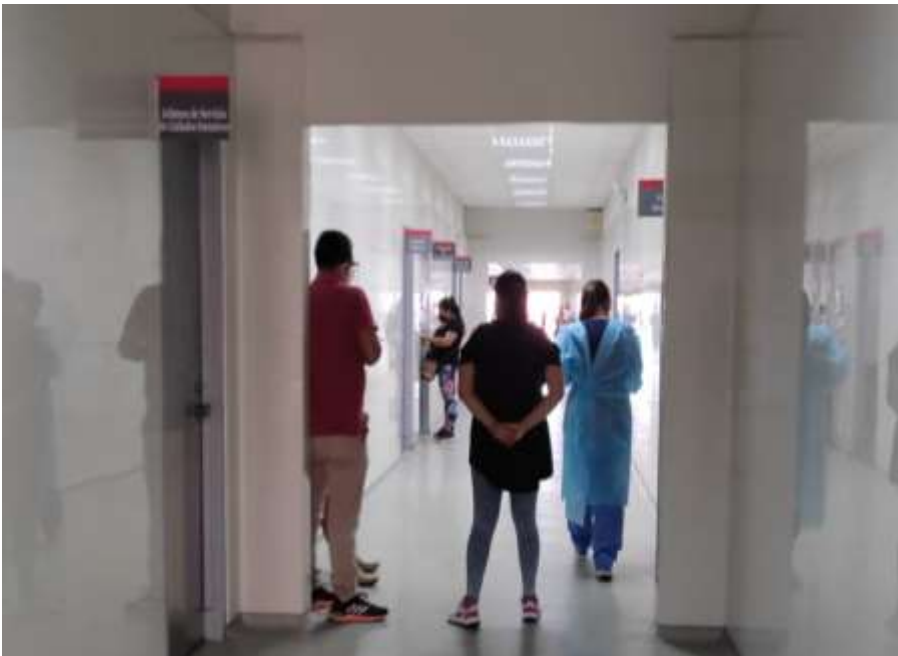
Parte Interna del Servicio de Emergencia Adulto (Ingreso)



Fuente: Elaboración propia, 2022

**Figura 6**

Parte Interna del Servicio de Emergencia Adulto (Salida)



Fuente: Elaboración propia, 2022

**Figura 7**

Sala de observación del servicio de emergencia



Fuente: Elaboración propia, 2022

**Figura 8**

*Capacitación práctica de PHTLS*



Fuente: Elaboración propia, 2019

**Figura 9**

Culminación de la Formación Práctica de PHTLS



Fuente: Elaboración propia, 2019

**Figura 10**

Colocación de vía periférica permeable



Fuente: Elaboración propia, 2022

**Figura 11**

Biopsia Pleural y Colocación de Drenaje Torácico



Fuente: Elaboración propia, 2022

**Figura 12**

Monitorización del paciente durante la colocación de drenaje torácico



Fuente: Elaboración propia, 2022