

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO
LOAYZA. LIMA. 2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

STEPHANIE ROSEMARY TOLEDO ESCOBAR

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA, ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 192-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Diciembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, quien me dio la oportunidad de vivir y las fuerzas para seguir adelante y no desmayar, darme fuerza en los momentos más difíciles de mi vida y por regalarme una familia maravillosa. A mis padres quienes confiaron en mí, gracias a su cariño, esfuerzo y dedicación por su apoyo, consejos, confianza y sacrificio incondicional, me hizo una mujer con valores apoyándome, acompañándome en los momentos buenos y malos en mi vida, han sido un pilar fundamental en toda la trayectoria de mi vida personal y profesional. A mis hijos que desde el vientre me dieron fuerzas para seguir adelante y no desmayar en el camino. A todos mis familiares que de una u otra manera me apoyaron constantemente.

AGRADECIMIENTO

Nuestro eterno agradecimiento a DIOS, por colmar de bendiciones e infinita sabiduría durante todo el periodo estudiantil y a nuestros padres, hermanos y familiares por su apoyo incondicional ya que han sido el pilar fundamental para culminar nuestra profesión.

A nuestra asesora Dra. Mercedes Lulilea Ferrer Mejía, tutora del presente trabajo, quien me brindo todo su apoyo para la realización y culminación del trabajo académico.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, que nos dio la oportunidad de formarnos como profesionales especialistas, a las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, especialmente a los docentes por los conocimientos que brindaron para culminar la Segunda Especialidad.

Agradecemos a la Jefatura de Enfermería del servicio de emergencia representado por la Dra. Martina Obando por permitirme recolectar toda la información y su apoyo constante.

ÍNDICE

Índice.....	1
Introducción.....	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	5
Capítulo II. Marco teórico	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	11
2.2 Bases Teóricas.....	12
2.3 Bases Conceptuales.....	13
Capítulo III.	
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática	22
Valoración.....	27
Diagnósticos de Enfermería.....	32
Planificación.....	34
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	42
Referencia Bibliográfica.....	43
Anexos	47

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, el politraumatismo se define como: “lesión corporal a nivel orgánico, intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infringida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica”. De aquí se desprende que una persona con traumatismo severo o politraumatismo padece una lesión traumática que pone en riesgo la vida con deterioro hemodinámico, respiratorio y/o neurológico.

Si bien los signos y síntomas estarán determinados por el/los sistema/s comprometido/s y por la severidad del compromiso, un denominador común lo constituyen los derivados de la injuria directa o indirecta de la vía aérea y la ventilación.

Este proceso constituye el llamado ABCDE de la atención del trauma y permite identificar las situaciones que ponen en riesgo inmediato la vida, siguiendo la siguiente secuencia: A. Mantenimiento de la Vía Aérea permeable, con control de la columna cervical. B: Respiración y Ventilación. C: Circulación con control de hemorragias. D: Déficit neurológico. E: Exposición/control ambiental: desvestir completamente al paciente, evitando la hipotermia.

Si bien las prioridades son presentadas en forma secuencial y organizada por orden de importancia, en la práctica frecuentemente se desarrollan en forma simultánea.

los traumatismos causan más de cinco millones de muertes al año; más del 90 % se producen en países con ingresos bajos y medios, en los que no se aplica medidas de prevención; afecta generalmente a personas sanas en capacidad productiva, produciendo lesiones que ocasiona incapacidades físicas y/o mentales, temporales o permanentes que conducen a la muerte (1).

En el Perú, la carga de enfermedad de lesiones de tránsito representa entre 30 y 86 % del total de admisiones en los establecimientos de salud; se prevé que para 2025, ocuparán el tercer lugar en la lista de causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos (2).

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, de la familia o de la comunidad a problemas de salud, reales o potenciales (3).

Durante las primeras seis horas después del evento, los pacientes presentan patrón respiratorio ineficaz, ventilación espontánea perjudicada, riesgo de hemorragia y riesgo de perfusión tisular gastrointestinal ineficaz, constituyéndose en factores de riesgo de muerte (4). Sin embargo, se desconoce los factores contribuyentes a los diagnósticos de enfermería.

Método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados en paciente politraumatizado se empleado para tomar decisiones clínicos con el objetivo de mejorar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Comprende cinco fases Valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación es sistemáticamente cíclica y no lineal. Este proceso no es un método para resolución de problema, es todo un proceso de enfermería que ofrece un enfoque organizado, el papel del Enfermería es primordial e imprescindible en la atención inicial al politraumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Aumentando la calidad asistencial aumentamos el grado de éxito, disminuyendo la morbo-mortalidad de los primeros momentos y posteriores.

El presente trabajo de académico titulado “Cuidado de Enfermería en Paciente Politraumatizado”, tiene por finalidad aplicar y describir los cuidados de enfermería en los pacientes politraumatizado. Asimismo, contribuirá a identificar el riesgo que presentan el no ser atendido oportunamente, lo cual es un paso muy importante para prevenir daño irreversible en la hospitalización y tiempo prolongado, incapacidad y

también disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar así la calidad de vida de los pacientes poli traumatizado. Se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermera en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Loayza, esta área actualmente brinda atención diferenciada en emergencia (Triage, Tópico de Cirugía, Tópico de Medicina, Trauma Shock, UCE, Observación 1,2,3).

Cabe mencionar que fue ejecutado durante el segundo trimestre 2020, y fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de ser un punto de referencia para otros servicios de la institución, y reducir los índices durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El paciente politraumatizado es en pocas palabras aquel que presenta lesiones severas a consecuencia de un traumatismo que afecta a dos o más órganos. Puede deberse a causa mecánica, térmica, eléctrica, química, o de radiación en cantidad que excede el umbral de la tolerancia puede ocurrir en dos escenarios: en el medio prehospitalario, ya sea en la escena o lugar de ocurrencia, o en el sistema de atención primaria de salud en un nivel hospitalario. Asimismo cada día, más de 15 000 personas ven acortada su vida como consecuencia de unos o varios traumas. Cabe citar los actos de violencia cometidos contra otros o contra sí mismo, las colisiones en las vías de tránsito, las quemaduras, los ahogamientos, las caídas y las intoxicaciones tienen repercusiones incalculables en las familias y las comunidades afectadas, cuyas vidas se ven a menudo trastocadas radicalmente por esas tragedias. El homicidio y el suicidio ocupan el cuarto y quinto lugar, respectivamente, en ese grupo. Entre las personas de edad avanzada, las caídas son la causa más común de muerte por traumatismo. Las personas más pobres corren un mayor riesgo de sufrir traumatismos. Más del 90% de las defunciones por traumatismos se producen en los países de ingresos bajos y medios (OMS, La Organización Mundial de la Salud, 2010), (4)

En 2002, los traumatismos causados por el tránsito constituían la novena causa principal de años de vida ajustados en función de la capacidad perdida (AVAD). Representaban 38 millones de AVAD perdidos, lo que equivalía a 2,6% de la carga mundial de morbilidad. Los países de ingresos bajos y medio representaban el 91,8% de AVAD perdidos por lesiones causadas por el tránsito en todo el mundo. (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2012) (7)

Del mismo modo dentro de cada país, existe un marcado gradiente social de los traumatismos; es decir, las personas de origen humilde tienen mayores tasas de defunción por traumatismos y de traumatismos no mortales que las personas ricas. En un estudio realizado en Río de Janeiro, Brasil, se observó que las tasas de homicidio en las zonas más pobres eran tres veces superiores a las de las zonas más ricas. Las familias pobres tienen menos probabilidades de disponer de recursos económicos suficientes para asumir los gastos directos (por ejemplo las facturas médicas) e indirectos (como la pérdida de ingresos) (OMS L. O., 2010)(5)

Además del enorme costo emocional que entrañan para los afectados, los traumatismos y la violencia causan también cuantiosas pérdidas económicas a sus víctimas, a sus familiares y al conjunto del país. Esas pérdidas se deben al costo de los tratamientos (incluidas la rehabilitación y la investigación de los incidentes) y a la menor o nula productividad (en forma de ingresos) de las personas muertas o discapacitadas a causa de los traumatismos, así como de los familiares que deben tomarse tiempo libre para atenderles. Del mismo modo otro estudio realizado en Ghana reveló que más del 40% de las familias de las víctimas de traumatismos declararon haber sufrido una disminución de los ingresos familiares como resultado del traumatismo, y aproximadamente un 20% habían tenido que pedir dinero prestado y contraer deudas para pagar el tratamiento médico. Una cuarta parte de las familias informaron de una disminución de su consumo de alimentos a raíz del traumatismo (OMS L. O., 2010) (6)

Las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito constituyen una de las principales causa de muerte y discapacidad en el mundo lo cual ocasiona gastos importantes en la atención de las personas afectadas a lo cual debería agregársele el costo social de los lesionados por accidentes de tránsito. En el Perú aún no se ha medido el impacto de los accidentes de tránsito sobre la pérdida de días de trabajo de las personas afectadas. El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) a través del sistema de información de discapacidad, HIS-DIS, reúne información de las atenciones brindadas en su institución, información de egresos hospitalarios y de atenciones por consulta externa, con lo que elabora anualmente un documento Análisis de situación El INR en el año 2008, atendió 159 pacientes por traumatismos causados por accidentes de

tránsito, de los cuales, 56% ocasionaron daños en la médula espinal, 35% traumatismo encéfalo craneano y 2,5% amputaciones, entre otros. Un 60% de los casos presentaron deficiencias musculoesqueléticas y viscerales, seguidas de las deficiencias generalizadas, psicológicas y del lenguaje, el grupo etéreo afectado con mayor frecuencia fue el comprendido entre los 20 y 64 años (población económicamente activa). Según etiología el 41% fueron pasajeros, 35% peatones y 20% Conductores. De acuerdo al documento de Análisis de Situación del INR del 2011, se atendió en consulta externa a 286 pacientes con diagnóstico de lesión medular de etiología traumática; de los cuales, 85 tuvieron como causa a los accidentes de tránsito, representando el 18,1% del total. Asimismo, de un total de 193 amputaciones traumáticas, 87 fueron consecuencia de accidentes de tránsito (45,0% del total). Cabe mencionar que corresponde al gasto del primer esquema de Tratamiento pero que se incurre a lo largo de la vida. (Yliana & Elena, 2013)(3)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Para la investigación que presentamos hemos hecho una revisión a diferente bibliografía para constatar la importancia de diferente patología que se produce en un paciente politraumatizado.

VELEZ SOLANO C, (2016) Con la tesis “Politraumatizado y sus complicaciones en la emergencia del hospital IESS- Machala Propuesta de Aplicación de guía de manejo inicial” Ecuador tiene como Objetivo Determinar al paciente politraumatizado y sus complicaciones en emergencia del hospital del IESS- Machala La metodología es un estudio descriptivo, observacional retrospectivo tuvo como Resultados 117 pacientes ingresaron por politraumatismos y de ellos un alto porcentaje de los pacientes proceden de Machala; las edades de 1-15 y 31-45 presentaron un 77.8%, las complicaciones más frecuentes están el shock hipovolémico con un 21,3%, seguido de contaminación de heridas con un 20,5%, y 16,23% la dificultad respiratoria. El autor llegó a la siguiente Conclusión se observó la importancia del manejo de guías que permitan el actuar inmediato del ingreso del paciente al área de emergencia con su utilización correcta para solucionar las complicaciones que se presentan en los pacientes politraumatizado, además de contar con equipos e infraestructura necesaria para esta área. Por lo tanto la propuesta es la socialización de las

guías de manejo del paciente politraumatizado. El autor (VELEZ SOLANO) del hospital del IESS- Machala utiliza una guía para solucionar las complicaciones que se presentan en los pacientes politraumatizado. Nosotros Utilizamos el (PAE) para el proceso de atención de enfermería también para solucionar complicaciones. Referenciar (10)

SANTIAGO CÉSAR CORTÉS M., LORETO ACUÑA R., FERNANDO ÁLVAREZ M., NATALIA ÁLVAREZ L (2018) con el Artículo “Manejo inicial del politraumatizado Programa Medicina de Urgencia, Departamento de Medicina, Universidad de Chile.” Tiene como objetivo disminuir globalmente la mortalidad en este grupo solo corresponden a medidas preventivas En este artículo se revisan aspectos relevantes del enfrentamiento inicial del paciente politraumatizado. La mortalidad en el trauma tiene una distribución trimodal, lo cual determina 3 periodos de mortalidad: inmediata, precoz y tardía, cada una con características especiales y medidas específicas. La mortalidad inmediata define a aquellas muertes que ocurren en el momento del trauma hasta minutos posteriores. Se debe principalmente a lesiones incompatibles con la vida tales como decapitación, hemicorporectomía, aplastamiento, exanguinación, laceración de grandes vasos, desmembramiento, TEC grave, obstrucción de vía aérea, entre otros Las medidas destinadas a disminuir globalmente la mortalidad en este grupo solo corresponden a medidas preventivas, tales como, uso de cinturón de seguridad, uso de casco, *air- bags*, conducción vehicular sin condición que altere la alerta (OH, drogas, hipoglicemia por fármacos, efectos de benzodiazepinas e inductores del sueño, uso de relajantes musculares, entre otros), uso de arnés, control de armas, etc. En conclusión La aplicación rigurosa de la evaluación primaria y secundaria disminuye, por lo tanto, la probabilidad de omisión de lesiones severas el revisar organizadamente al paciente. Dañados aumentan la probabilidad de omisión de lesiones en la evaluación primaria y secundaria. La detección de lesiones debe ser precoz y la corrección debe ser inmediata. Es conveniente

considerar inicialmente el “peor diagnóstico posible” y actuar consecuentemente hasta confirmarlo o descartarlo

Las consecuencias de una evaluación exagerada serán siempre más aceptables que la omisión de una lesión. La reevaluación del paciente traumatizado es una conducta mandatorio en todo paciente severamente traumatizado o en situaciones en que exista discordancia entre el mecanismo de injuria y las lesiones observadas inicialmente. El dinamismo de las lesiones en el trauma y la alta mortalidad de causa hemorrágica o neurológica, hace necesaria la reevaluación clínica o con apoyo de ultrasonografía en busca de hemorragia y déficit neurológico con causa reversible o potencialmente tratable. (SANTIAGO CÉSAR CORTÉS M., LORETO ACUÑA R., FERNANDO ÁLVAREZ M., NATALIA ÁLVAREZ L) Hacen uso de los cinco pasos del proceso de enfermería (PAE) Valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación es sistemáticamente se puede entender que ofrece un enfoque organizado, Referenciar (9)

MARTÍNEZ SEGURA E, (2016) con la tesis “Atención de Enfermería al paciente politraumatizado y perfil profesional en Emergencias Extra hospitalarias Facultad de Enfermería España” Objetivos: Conocer la actuación y el perfil de los profesionales de Enfermería ante el paciente politraumatizado en las Emergencias Extrahospitalarias. Metodología: Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Cinahl, Cuiden, Google académico, Scielo, Elsevier y revistas como la revista médica electrónica, revista Emergency Medicine Journal y la Revista Emergencias. La búsqueda se encuentra orientada en dos temas, uno de ellos la atención de Enfermería al paciente politraumatizado y otro el perfil de los profesionales de Enfermería en el equipo de Emergencias Extrahospitalarias. De los resultados obtenidos en la búsqueda de artículos sobre la atención de Enfermería al paciente politraumatizado fueron obtenidos 507 artículos, de los cuales se revisaron 43 y para el estudio

fueron escogidos 12. Conclusiones: Los componentes del perfil de los profesionales de Enfermería son: capacidad de trabajo, trabajo en equipo, liderazgo, humanización, relaciones interpersonales, toma de decisiones, orientación, pro actividad, la experiencia, el razonamiento clínico y afrontamiento al estrés. Respecto a las fases de actuación, encontramos que los métodos más adecuados de triaje son el SHORT y el START y que el algoritmo de actuación utilizado para el abordaje del paciente politraumatizado es el ABCDE. Finalmente, como método más efectivo de transferencia de información entre profesionales encontramos el método SBAR.(MARTÍNEZ SEGURA E) El autor trabaja dos variables en búsqueda bibliográfica Encontramos que los métodos más adecuados de triaje son el SHORT y el START y SBAR. Que también es una manera rápida de hacer evolución dentro del proceso de enfermería (PAE) que implica Valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación Referenciar(8)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

SÁNCHEZ MALDONADO J, (2019) en la revista “Intervenciones del profesional de enfermería frente a un paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima” La presente investigación tiene como objetivo identificar las intervenciones del profesional de enfermería frente a un paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima. Se sigue la siguiente metodología: enfoque cuantitativo, básica, de diseño no experimental de corte transversal, descriptivo. La muestra estará constituida por toda la población que son 30 profesionales de enfermería, siendo este un muestreo censal; para la recolección de datos se utilizará como técnica la observación y como instrumento el “ABCDE”. Para fines de la investigación, se toma el mismo instrumento sin hacer modificación alguna, para lo cual se realiza la validaciones y fue realizado por juicio de expertos, quienes conformaron 5 jueces expertos en el área, para esto se

aplicó la fórmula de V de Aiken, 0,80; por su parte, para la determinar la confiabilidad, se realizó mediante el estadístico KR20, obteniendo como resultado de 0,92. Para presentar los resultados, se realizará en base al objetivo general y los objetivos específicos, para esto se utilizarán tablas de frecuencia y medidas de tendencia central.

El autor (SÁNCHEZ MALDONADO j) Identificar las intervenciones del profesional de enfermería frente a un paciente politraumatizado y utilizó como instrumento el “ABCDE”. Que también es uno de los pasos de enfermería para la evaluación del paciente politraumatizado método que hacemos referencia en el proceso de enfermería (3)

ÁVILA MELGAREJO D, (2016) en su artículo señala que el “Cuidado de enfermería en Pacientes Politraumatizado” el autor resalta el plan de cuidados debe hacerse un análisis profundo de la situación, incorporando nuevos datos, para determinar si se ha logrado las metas propuestas; no debemos olvidar la reacción del paciente, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado. Esta fase puede dar lugar a nuevas necesidades o a la eliminación de otras anteriores, lo que nos obliga al anunciamento de nuevos objetivos, diagnósticos y cuidados. En la Enfermería de Emergencias Pre hospitalario este proceso cíclico y continuo de retroalimentación debe ser constante. Las características de los pacientes politraumatizado. Nos obligan a la realización, evaluación y modificaciones constantes de cuidados derivados del proceso de atención de enfermería. Resultando todo ello un proceso dinámico cuyo objetivo final siempre es el bienestar y la salud del paciente

El autor (ÁVILA MELGAREJO) También resalta el proceso de enfermería y la evolución constante del paciente, los cuidados deben hacerse un análisis profundo todo el tiempo que permanezca hospitalizado debemos evaluar la situación, incorporando nuevos datos, para determinar si hemos logrado llegar a los objetivos planteados. (1)

2.2 Base Teórica

2.2.1 Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El objetivo fundamental de este modelo es ayudar a recuperar la salud al enfermo, o si no es capaz de aliviar el dolor, ayudar a morir con tranquilidad. La persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial.

El rol del profesional de enfermería está orientado a suplir la autonomía en el paciente, así como ayudarlo a morir dignamente. Según la visión de Virginia Henderson las siete primeras necesidades están enfocadas en lo fisiológico, el paciente Politraumatizado puede presentar complicaciones tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno, donde la rápida asistencia de enfermería debe ser cualificado por sus conocimientos científico-técnico, habilidades y destrezas para proporcionar los cuidados integrales, cumpliendo funciones independientes, dependientes e interdependientes que logren satisfacer necesidades que se encuentren alteradas en este tipo de pacientes.(5,6)

2.3 Base Conceptual

2.3.1 POLITRAUMATIZADO.

A. DEFINICION.

Es toda persona que presenta dos o más heridas traumáticas, graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan una repercusión respiratoria o circulatoria que suponen riesgo vital para el paciente, requieren una valoración y tratamiento inmediato, estableciendo una serie de prioridades terapéuticas.

B. CAUSAS

Las causas más frecuentes de politraumatizados que acuden a esta casa de salud son:

- Accidentes de tránsito
- Accidentes laborales
- Accidentes domésticos

C. SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Los signos y síntomas más frecuentes a nivel del sistema respiratorio, cardiovascular y nervioso central en politraumatizados son:

- **Lesiones del sistema respiratorio**
Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.
Hemotorax a tensión.
Fractura múltiple de costilla.
Contusión pulmonar.
- **Lesiones del sistema Cardio – vascular**
Hipovolemia por hemorragia interna o externa
Shock hipovolémico, neurogenico, etc
Hemorragia masiva por ruptura de la aorta o de grandes vasos
- **Lesiones del sistema nervioso central**
Contusión cerebral grave
Hemorragia cerebral masiva (7)

D. Clasificación del traumatismo

- **Leve:** heridas y/o lesiones no representan un riesgo importante para su salud inmediata

- **Moderado:** lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24 – 48 horas de haber sufrido el accidente.
- **Grave:** lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles (8)

El tipo de trauma en función de la gravedad se distribuye en tres tiempos o picos, denominado distribución tri modal de la muerte por accidentes: (9, 10,11)

- Inmediato: etapa en la que fallecen el 50% de los pacientes como resultado de lesiones severas y de baja respuesta al procedimiento de rescate.
- Precoz: de los pacientes que sobreviven, el 30% sucumben minutos u horas después del evento como resultado de:

 L **Traumatismo encéfalo craneano:** constituye una de las principales causas de mortalidad e incapacidad permanente, presentando mayor incidencia en individuos de sexo masculino. Aparecen lesiones primarias como fracturas, contusiones, laceraciones y lesión axonal difusa. La actuación inmediata evitará el avance a hematomas y hemorragias intracraneales, edema, lesiones isquémicas e infecciosas, correspondientes a las complicaciones secundarias, que son evitables y tratables de forma precoz. Mientras que las terciario implican alteraciones metabólicas y muerte celular.

 L **Traumatismo torácico:** constituye causa importante de morbilidad y mortalidad, siendo responsable directo del 20-25% de las defunciones antes de la llegada a un centro sanitario o en los minutos siguientes a la lesión y son debidos a la disrupción de grandes vasos, corazón o árbol traqueo bronquial. Se clasifica en abiertos o cerrados según el mecanismo de originan.

 L **Traumatismo abdominal:** se produce en la pared o en el contenido visceral e implica riesgo vital por dos circunstancias: hemorragia por lesión de órganos sólidos o vasos sanguíneos y peritonitis por perforación de vísceras huecas.

La mortalidad global oscila entre el 5- 15% y alcanza al 50% cuando se comprometen los grandes vasos. Se divide en dos tipos:

- a) Cerrado o no penetrante y el agente caudal suele ser de superficie roma o plana.
- b) Abierto en el que se evidencia solución de continuidad en la pared abdominal, debido a objetos cortantes, arma blanca o de fuego.

↳ **Traumatismo cervical y de columna:** induce a la mortalidad en un 30% antes de la hospitalización y del 10% en el primer año, ascendiendo hasta el 40% en tetraplejías. Las zonas afectadas con mayor frecuencia son la región cervical baja C5-C7, seguida de dorsal D10 y lumbar L2.

- Tardío: el 20 % de los sobrevivientes llegan al deceso, después de presentar infecciones severas, choque séptico y disfunción multiorgánicas.

Triage del politraumatizado: Debe realizarse a todo tipo de paciente cuyo objetivo es conocer la gravedad del paciente politraumatizado y priorizar la atención medica del mismo.

Valoración del paciente politraumatizado

El Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos ha desarrollado guías en las que se recomienda una valoración sistemática del paciente, primaria y secundaria. También incluye la realización de pruebas diagnósticas y tratamiento definitivo, con el objetivo de asistir en el menor tiempo posible las lesiones que ponen en riesgo la vida del enfermo. (12)

Clasificación de las escalas de valoración a pacientes politraumatizado

Tienen como objetivo medir las lesiones orgánicas y/o cambios funcionales, determinando así el pronóstico de vida o supervivencia postrauma. (13, 14)

El estado neurológico se valora mediante la escala de coma de Glasgow el cual evalúa el estado de conciencia tomando en cuenta tres criterios de observación

clínica: respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala.

Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala, esta escala se realizara en caso de traumatismo craneoencefálico (TCE), el cual nos acerca a índices de gravedad y severidad de TCE, estableciendo de esta manera las actividades para el manejo clínico inicial. Una calificación de 13 o superior, refiere una lesión cerebral leve, de 9-12 denota una lesión moderada e inferior a 8 indica una lesión grave. (anexo 4)

Para la evaluación de los parámetros fisiológicos de deberá tener en cuenta las siguientes escalas:

Score de trauma (TS): La TS valora 5 características: Escala de Coma de Glasgow (GCS siglas en inglés), frecuencia respiratoria (FR), expansión respiratoria, presión arterial sistólica (PAS) y llenado capilar. En el TSR (RTS), la mejor respuesta es cuando llega a alcanzar 16 puntos y la peor de 1. A menor puntuación peor pronóstico.

En el TS a cada indicador se da como puntuación un número alto para los parámetros normales y bajo para las disfunciones. La severidad de la agresión es estimada por la suma de los números. La puntuación más baja es de 1 y la más alta de 16. Un TS de 13 o menor equivale al 10 % o más de riesgo de muerte. (anexo 5)

APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation): Introducido por Knaus, permite cuantificar la gravedad de la enfermedad en función de la probabilidad de morir.

Los enfermos se clasifican mediante el registro de una serie de 12 parámetros fisiológicos obtenido evaluando los peores valores registrados del enfermo durante las primeras 24 horas tras su ingreso en una Unidad de Medicina

Intensiva. Por definición, no se recalcula durante la estancia. Solamente si el enfermo es dado de alta y reingresa, se volverá a recalcular. No obstante, algunos investigadores lo han utilizado en una forma secuencial en los cuales añaden parámetros de la salud previa del paciente, y datos demográficos, como la edad. Con todo ello, y dependiendo de la desviación de cada uno de los datos respecto de la normalidad se analizan mediante una ecuación logística, que permite evaluar siempre desde el punto de vista estadístico, la probabilidad de muerte del enfermo en el episodio actual. (Anexo 6)

No obstante, se puede realizar una valoración la cual combiné distintos factores que influyen en el pronóstico como son la escala de CRAMS y la escala Prehospital Index.

En la escala de CRAMS se valora la circulación; es decir, el llenado capilar, respiración, abdomen y tórax enfocándose en el dolor, movimientos y sonidos o lenguaje con una puntuación total de 10. Una puntuación menor de 9 en la escala CRAMS, confiere carácter de traumatismo grave, indicando su inmediata transferencia hacia salas o unidades de graves.(anexo 7)

La valoración mediante la escala Prehospital Index valora la tensión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, respiración, nivel de conciencia, y presencia de traumatismo 6 toracoabdominal, si su resultado es de 0-3 se trata de un trauma leve, pero si es de superior a 4 da como resultado un trauma grave Según Espinosa, los escenarios donde se brinda atención inicial al individuo con trauma múltiple se encuentran definidos y diferenciados(14):

▮ Escenario extra-hospitalario: lugar donde se produce el traumatismo, las condiciones y particularidades del mismo son relativamente aleatorias. La atención de salud en este escenario requiere recursos específicos. El equipo de asistencia es fundamental, conformado por los paramédico, personal del cuerpo de bomberos y policía nacional.

El equipo de atención pre hospitalaria deberá proporcionar información verbal y escrita acerca de las circunstancias del accidente, el mecanismo de lesión, las

constantes vitales y filiación del usuario, soporte administrado, comportamiento hemodinámico e incidencias durante el traslado y tiempo en que transcurrió el mismo.

▮ Escenario hospitalario: espacio para la atención inmediata, que permite ejecutar acciones de soporte vital, desarrollando una atención sistematizada mediante la valoración primaria, posterior reconocimiento secundario, planificación de un tratamiento y cuidados definitivos. Para el diagnóstico del paciente con enfermedad traumática, es pertinente la realización del triage al momento del ingreso del servicio de emergencia de la casa de salud; con el propósito de identificar lesiones y/o causas que puedan conducir la muerte de una manera precoz.

E. Complicaciones

Las principales complicaciones que se pueden presentar en el paciente politraumatizado son los siguientes:

- Respiratorias:
 - . Atelectasia
 - . Neumonía
 - . Empiema
 - . Absceso
 - . Embolismo grasoso
 - . Tromboembolismo pulmonar
 - . Síndrome de distres respiratorio del adulto
- Cardiovascular
 - . Trombopenia por consumo
 - . Coagulación intravascular diseminada
- Gastrointestinales
 - . Hemorragia digestiva
 - . Ictericia

- Infecciosas:
 - . Sepsis
 - . Infección de Heridas
 - . Peritonitis
- Metabólicas :
 - . Desnutrición
 - . Hiperglicemias
- Fallo Multiorganico
 - . Fallo de 3 o más sistemas
 - . Respiratorio: hipoxemia
 - . Renal: insuficiencia renal aguda
 - . Hepático: insuficiencia renal hepática
 - . Vascular (microcirculación): secuestro de líquidos
 - . Gastrointestinal: hemorragia o íleo parálisis (9)

2.3.2 Cuidados de Enfermería en politraumatismo

Este nos permite brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

ETAPA DE VALORACIÓN.

Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes, una valoración ordenada permitirá actuar rápidamente con el paciente Politraumatizado. Según el enfoque de Virginia Henderson las siete primeras necesidades están enfocadas en lo fisiológico, presentando el paciente politraumatizado alteraciones principalmente en la Necesidad de respirar, Necesidad de circulación, Necesidad de mantenimiento del estado de alerta (conciencia), Necesidad de mantenimiento de la integridad física. Otras Necesidades:

Eliminación (defecación, diuresis, sudor). Dormir y descansar, Necesidad de actuar según sus valores y creencias (fe, religión, etc).

La valoración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que debe recogerse y la forma de organizarlos, clasificarlos y determinar cuáles son relevantes de un problema propio o posible existencia de un problema que debe ser tratado por otro profesional.

El profesional de enfermería que brinda atención especializada en los servicios de emergencia emprenderá la fase de valoración de manera rápida y oportuna en dos niveles: primaria y secundaria para no alterar aún más las necesidades vitales comprometidas en el paciente Politraumatizado.

- **VALORACIÓN PRIMARIA.**

Es la valoración inicial que se le realiza a la persona para tratar los problemas que son vitales. En ella se identifica las situaciones que supongan una amenaza inmediata para la vida del paciente. Debe consistir en un rápido reconocimiento de las constantes vitales, así como la restauración de las funciones vitales en caso necesario.

- **VALORACIÓN SECUNDARIA.**

La revisión secundaria no debe iniciarse hasta que la revisión primaria haya finalizado, se haya iniciado la resucitación y el ABC ha sido reevaluado. Consiste en una anamnesis o evaluación completa, exploración sistemática y detenida en forma céfalo caudal, buscando signos y lesiones concretas.

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

PLAN DE CUIDADOS: PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Con el uso del Proceso de Atención de Enfermería podemos reconocer que el seguimiento fue útil para estructurar el pensamiento crítico enfermero, así como los aspectos físico, biológico, psicológico, emocional y espiritual del paciente. Durante el seguimiento del caso clínico, el paciente se fue mantuvo estable y se evitó diversas complicaciones; se brindó la opción de enseñarle a los familiares los cuidados que deberían tener cuando se diera de alta.

De tal forma, se puede determinar que el plan de cuidados fue benéfico en ciertos momentos de la evolución del paciente, mejorando el estado de salud-enfermedad; en otras ocasiones había retroceso; sin embargo, las complicaciones fueron mejorando en el estado de salud y así mismo el avance del tratamiento tanto médico como enfermero.

I. VALORACIÓN

1.-1 DATOS DE FILIACIÓN:

Paciente: PSMA

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Edad: 24 años

Fecha de ingreso: 18/09/2020

Fecha de valoración 20/09/2020

Historia clínica: 3029848

1.-2 MOTIVO DE CONSULTA: Paciente adulto que ingresa al hospital por accidente de tránsito.

1.3 ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente ingresa al servicio de emergencia, tópico de cirugía el día 18 de setiembre del 2020, traído por personal bombero refiere que fue embestido por un vehículo mientras el manejaba motocicleta lineal, sufriendo múltiples contusiones, en rostro con lesión en zona fronto temporal derecha, y otra contusión con aumento de volumen y deformidad, con intenso dolor en pierna derecha, refiere que cayo y no recuerda como llego al hospital.

Personal policial refiere que paciente se encuentra en calidad de detenido por denuncia de robo a terceros, y en el proceso de fuga que se da el accidente.

1.-4 ANTECEDENTES:

1.-4 1 ANTECEDENTES PERINATALES:

No refiere

1.-4 2 ANTECEDENTES FAMILIARES:

De sus padres no refiere.

1.-4 3 ANTECEDENTES PERSONALES:

No refiere

Niega alergias

1.-4 4 ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES:

Paciente de religión católica y labora como ambulante.

1-5 EXAMEN FÍSICO:

1-5.1 Control de signos vitales, Presión arterial: 110/70 mmhg , Frecuencia cardiaca: 84 por minuto, Frecuencia respiratoria: 20 por minuto, Temperatura: 37.4 °C, Sat. O₂ 97%

1-5.2 Exploración céfalo caudal:

- Cabeza: Normo cefálico, lesión en zona fronto parietal derecha cubierta con apósito de gasa y vendaje con secreción sanguinolenta, no se evidencia sangrado activo (no se palpa ganglios ni masas)
- Ojos: simétricos, pupilas isocoras, foto reactivas
- Orejas : Simétricas y con buena audición
- Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.
- Boca: Grande sin lesiones. Mucosa hidratada.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico, móvil con presencia de collarín cervical. Refiere dolor al movimiento.
- Tórax: Simétrico, pulmones ventilan bien sin ruidos alterados; pulso cardiaco presenta taquicardia, no soplos.
- Mamas: Simétricas sin lesiones ni secuelas.
- Abdomen: blando depresible, dolor a la palpación
- Genito urinario: presencia de catéter urinario, con orina colúrica
- Columna vertebral: Normal, "refiere dolor por estar en esta cama y al movimiento".
- Extremidades: Superiores e inferiores simétricas con aumento de volumen y deformidad en miembro inferior derecho, con intenso dolor

al movimiento, se evidencia discontinuidad en piel con lesiones, con escoriaciones por fricción, no edemas piel oscura y seca.

- Fuerza muscular: Disminuida, no deambula.

1.6 EXÁMENES AUXILIARES:

Hematológicos

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Leucocitos	8.590 cel/ μ L
Hemoglobina	13.10 g/dL
Hematocrito	38.20 %
Plaquetas	21800 mm ³
Tiempo de protrombina	1.2 seg
INR	0.95
Bilirrubinas fraccionadas TOTAL	0.62 mg/dl
Bilirrubinas DIRECTA	0.18 mg/dl
Bilirrubinas INDIRECTA	0.44 mn/dl
Prueba Rapida COVID	No reactivo
VDRL	No reactivo
VIH1-VHI2	No reactivo
Ag hbs Australiano	Negativo

INR: Índice Internacional Normalizado.

BIOQUÍMICA DE LA SANGRE	RESULTADOS
Glucosa	105 mg/dl
Urea	18 mg/dl

Creatinina	0.89 mg/dl
Sodio	139 mEq/l
Potasio	3.8 mEq/l
Cloro	103 mEq/l

ORINA	RESULTADOS
Color	Amarillo
Aspecto	Oscuro
Densidad	1.05
pH	7.00

1.7 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

DROGA	DOSIS	VÍA
CLNA9%	30 gotas x minuto	EV
Ketoprofeno	100mg c/8 h	EV
Omeprazol	40 mg c/24 h	EV
Oxacilina	1g c/6h	EV
Enoxoparina	60 mg c/24h	SC
Tramadol	50 mg PRN	SC
Metamizol	1g PRN T ≥ 38.3 C	EV
	TRATAMIENTO	
BHE	c/6h	-----
Hemoglucotex	c/8h	-----
CFV	c/6h	-----
DIETA:	NPO	-----

INDICACION MÉDICA

EV: Endovenoso

SF: sonda foley

CFV: Control de funciones vitales

PRN: Condicional

VO: Vía oral

BHE: Balance Hídrico Estricto

1.8 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 insuficiente conocimiento del diagnóstico que tenía.

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: Hemoglucotex = 96 mg/dL

Clase 5. Hidratación: Piel seca poco turgente miembros superiores e inferiores

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: Presencia de catéter urinario (orina colúrica).
Balance hídrico = - 850 cc

Clase 2. Función gastrointestinal: normal

Clase 3. Función tegumentaria: Presencia de lesiones por venopunción en miembros superiores, lesiones por fricción, aumento de volumen con deformidad en miembro inferior derecho, no tiene úlceras por presión.

Clase 4. Función respiratoria: ventilando espontáneamente con Sat O₂ 97%

DOMINIO IV. Actividad y reposo

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

Clase 2. Actividad/ejercicio: Reposo forzado por fractura, presencia de catéteres, lesión en miembro inferior derecho, parcialmente dependiente.

Clase 3. Equilibrio/energía: Se moviliza y cambia de postura solo con intenso dolor.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Tensión arterial dentro de los valores normales 110/70 mm Hg; frecuencia cardiaca dentro de los valores normales = 84 x min por tener la temperatura = 37.4°C, frecuencia respiratoria = 20 x min, saturación = 97% con oxígeno ambiental.

Clase 5. Autocuidado: Asistido por el personal técnico, para el baño. Si se lava las manos y los dientes con ayuda.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Responde al interrogatorio.

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

Clase 3. Sensación-percepción: Por tener férula de yeso e inmovilidad y collarín cervical, dolor al movimiento.

Clase 4. Cognición: No alterado conocimiento deficiente y control emocional inestable.

Clase 5. Comunicación: Por momentos deterioro de la comunicación se muestra irritable, quejumbroso, ansioso.

DOMINIO VI. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepción: Desesperanza.

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

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Riesgo de cansancio de familiares que lo visitan siempre.

Clase 2. Relaciones familiares: Hermana refiere que ya está cansada, preocupada por estado de salud y posterior al alta, pero continuara visitándolo. Trae pañales y compra medicamentos que no le da el SOAT

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: No tiene hijos.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

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

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

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: Riesgo de disreflexia autónoma.

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: Por momentos reacción a la atención y trata mal al personal de salud.

Clase 2. Creencia: Refiere tener religión católica.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: Se aprecia riesgo de deterioro de la religiosidad, hay sufrimiento espiritual y moral. Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente.

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: lesión en cabeza, procedimientos invasivos : catéter venoso periférico, catéter urinario.

Clase 2. Lesión física: Heridas en cabeza y por venopunción, lesión traumática por contusión en miembro inferior derecho.

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, ya que el paciente manipula drenajes con las manos y se agarra el cuello.

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

Clase 6. Termorregulación: A febril 37.4 °C.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Con facies de malestar por dolor al movimiento.

Clase 2. Confort del entorno: Cubierto con sabana y bata hospitalaria.

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: Riesgo de retraso en el crecimiento desproporcional.

Clase 2. Desarrollo: Incremento del desarrollo para su edad (aparenta más edad).

VALORACION:

- CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Paciente politraumatizado que sufre accidente de tránsito hace dos días y es derivado a emergencia presenta, piel seca poco turgente lesión en fronto temporal derecha, con apósitos de gasa sanguinolentos, temperatura de 37.4°C con presencia de moretones y aumento de volumen sin discontinuidad de la piel en miembro inferior derecho. En el dorsode mano izquierda presencia de catéter venoso periférico, se encuentra en NPO, monitoreo neurológico estricto, presencia de sonda Foley de n#16 de dos vías Hidratación:, balance hídrico negativo, dolor agudo, ansiedad, quejumbroso.

- INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

Coordinar con:

- Laboratorio (Bioquímica hemograma, hemocultivo)
- Imágenes (Rx, tem cerebral)
- Médico cirujano, infectología., neurocirugía, traumatología

II. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Dolor Agudo
- Deterioro de la integridad cutánea
- Inmovilización
- Riesgo de infección
- Ansiedad
- Presencia de procedimientos invasivos
- Aumento de volumen y deformidad en miembro inferior derecho
- Balance hídrico negativo
- Lesión en zona fronto temporal derecha y por fricción y venopunción
- Ansiedad
- Interrupción de los procesos familiares

2-2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO

- Dolor agudo
- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la movilidad Física
- Riesgo de infección
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Ansiedad
- Interrupción de los procesos familiares

ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Perdida de continuidad de la piel	Procedimientos invasivos Lesiones posttraumatismo	Heridas en zona fronto temporal, y por procedimiento invasivos, drenajes	Riesgo de deterioro de la Integridad cutánea R/C procedimientos invasivos, lesiones y drenajes
Infección	Deterioro de la integridad tisular	Dehiscencia, lesiones en piel, catéter venoso periférico, presencia de sonda Foley.	Riesgo de infección r/c con procedimientos invasivos (CVP, SF, lesión en piel)
Dolor Agudo	Fractura, lesión por traumatismo (fractura diafisaria de fémur)	Aumento del volumen de miembro inferior derecho, facies de dolor, conducta expresiva al dolor	Dolor Agudo r/c agente físico lesivo evidenciado por férula de yeso por fractura en miembro inferior derecho
Deterioro de la movilidad física	Factores físicos (fractura diafisaria de fémur)	Limitación al movimiento, postración forzada por traumatismo	Deterioro de la movilidad física relacionado con discomfort e inestabilidad postural post trauma
Ansiedad	Cambios en el estado de salud	La expresión de su preocupación, voz temblosa y por momentos grita	Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud, estancia hospitalaria

III PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACION
<p>Código: 00132 Dolor agudo relacionado a agente físico lesivo E/P expresión fácil y comunicativa de dolor</p>	<p>Dolor Referido (210201) Duración de los episodios de dolor (210204) Expresiones de facies de dolor (210206)</p>	<p>Monitorización Respiratoria (3350) Oxigenoterapia (3320)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicamentos inmediatos. • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Controlar signos vitales antes y después de la administración de medicamentos. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada. 	<p>Evaluar la eficacia de las medidas pasadas del control del dolor que se hayan utilizado. Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de desarrollo que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACION
<p>Código: 00046 Deterioro de la integridad cutáneaR/C impacto traumático M/P heridas inciso- contusas y traumatismo de miembro.</p>	<p>Código: 1101</p> <ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular: piel y membranas mucosas <p>Código: 110113Piel intacta</p> <p>Código: 0407 Perfusión tisular periférica:</p> <p>Medida en la que la sangre fluye a través de los pequeños vasos de las extremidades y mantiene la función tisular.</p>	<p>Código: 3590</p> <p>Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidados de los sitios de incisión Curación de heridas (catéter venoso periférico). Evaluar signos de infección <p>Instaurar medidas para evitar el deterioro si es posible</p> <p>Administrar medicamentos antibióticos</p> <p>Código 3584.</p> <p>Cuidados de la piel: tratamiento tópico. Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.</p> <p>Código 2316. Administración de la medicación: tópica. Preparación y aplicación de medicamentos en la piel.</p> <p>Código 4220.</p> <p>Cuidados del catéter central insertado periféricamente.</p> <p>Inserción y</p> <ul style="list-style-type: none"> mantenimiento de un catéter central insertado periféricamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular: piel y membranas mucosas <p>Piel intacta</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACION
<p>Código: 00085</p> <p>Déficit de autocuidados:</p> <p>Baño/higiene R/C deterioro de la movilidad</p>	<p>Código: 0305. Cuidados personales: higiene</p> <p>Capacidad para mantener la higiene personal.</p> <p>Código: 0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria.</p> <p>Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal.</p> <p>Código: 0301. Cuidados personales: baño</p> <p>Capacidad para limpiar su propio cuerpo.</p>	<p>Código 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.</p> <p>Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.</p> <p>Código 1610</p> <p>Baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación.</p> <p>Código 7040</p> <p>Apoyo al cuidador principal.</p> <p>Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.</p>	

<p align="center">DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA</p>	<p align="center">OBJETIVO NOC</p>	<p align="center">INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA NIC</p>
<p>Código: 00146 Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P expresión de su preocupación, voz temblorosa, a veces grita Porque le molesta tener que pedir que le limpien las heces del estoma</p>	<p>Código: 1211</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de ansiedad, escala de grave a ninguna (1- 5) • Indicadores ataque de pánico • Aumento de la frecuencia respiratoria 	<p>Código: 5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los niveles de ansiedad en el paciente • Escuche las expresiones de sentimientos y creencias • Apoye el uso de mecanismos de defensa adecuados • Ayude al paciente a realizar una descripción realista de sucesos que se avecinan • Administre medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritas Educar sobre el manejo de las bolsas de colostomía Código: 5270 apoyo emocional • Comente la experiencia emocional con el paciente • Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los medios • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir a la respuesta emocional • Permanecer más tiempo con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo • Instruya al paciente el uso de técnicas de relajación

VI EJECUCION Y EVALUACION

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA, SOAPIE:

S Paciente adulto refiere “ me duele mucho, siento que se partió la pierna, no me puedo mover porque me duele mucho, tengo sed, no puedo comer bien, mis brazos y piernas están hinchados”.

O Paciente adulto politraumatizado por accidente de tránsito, ventilando espontáneamente, despierto, orientado en tiempo, espacio y persona; escala de Glasgow AO:4, RV:5, RM:6 15/15 puntos, AREG, AREH, AREH, a febril, piel y mucosas semihidratadas, con huellas de lesión en zona fronto temporal derecho con apósito de gasas y vendajes, con secreción sanguinolenta, sin evidencia de sangrado activo, con collarín cervical, lesión por caída en diferentes zonas del cuerpo, con vía periférica en miembro superior izquierdo con infusión de cloruro de sodio al 9% a goteo continuo, y para tratamiento; MV: pasa bien en ACP, CV: rítmico, 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; miembro inferior derecho con aumento de volumen con férula para inmovilizar dolor al movimiento, EVA:8/10, tonicidad muscular disminuida no deambula. Con esposa para sujeción a camilla acompañado de custodia policial.

A Dolor agudo relacionada con agente físico lesivo evidenciado por férula de yeso en miembro inferior derecho, conducta expresiva y facies al dolor.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con lesión en zona fronto temporal derecha, procedimientos invasivos y drenajes evidenciado por huellas y cicatrices de inserciones.

Riesgo de infección relacionado con efectos colaterales en procedimientos invasivos, y la exposición de los brotes de la enfermedad (catéter venoso periférico, y catéter urinario).

Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud evidenciado por expresión

de preocupación, con voz temblorosa y a veces gritando cuando le molesta un procedimiento.

P Paciente disminuirá la hipertermia progresivamente.

Paciente disminuirá el riesgo del deterioro de la integridad cutánea.

Paciente disminuirá el riesgo de infección controlando progresivamente.

Paciente superara la ansiedad paulatinamente durante su hospitalización.

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.
- Curación de catéter venoso periférico tomando en cuenta los protocolos para este acto. Se brinda comodidad y confort.
- Monitoreo neurológico y hemodinámico Control de glucosa capilar
- Valoración del dolor según EVA
- Se administra analgésico ketoprofeno 100 mg ev haciendo uso del catéter venosoperifericio con una adecuada y aséptica manipulación.
- Se adminsitra omeprazol 40 mg ev
- Se brinda apoyo y orientación en las horas de alimentación. Se brinda educación sanitaria sobre autocuidado.

E Paciente hemodinámicamente estable temperatura= 36.8 °C, mejora el deterioro de la integridad cutánea, en buen estado de higiene, incrementa el volumen de sus alimentos, evaluación del dolor eva 3/10, disminuye el riesgo de infecciones agregadas y queda en observación continua.

CONCLUSIONES

1. Las funciones que deberíamos realizar con autonomía nosotras como profesionales de enfermería del servicio de Emergencia son funciones independientes, las cuales ya se encuentra establecidas pero no lo ejercen en la asistencia al paciente Politraumatizado.
2. Si hacemos un uso adecuado del Proceso de Atención de Enfermería en la asistencia a pacientes Politraumatizados evidenciaremos que manejaremos de manera óptima y oportuna a estos pacientes, priorizando sus atenciones adecuadamente realizaremos las intervenciones de enfermería.
3. Debemos conocer y hacer uso de nuestras guías para la asistencia de enfermería en pacientes Politraumatizados basado en el proceso de atención de enfermería (PAE) y plan de cuidados con las taxonomías NANDA, NIC-NOC para brindar cuidados inmediatos, específicos y con autonomía.
4. Este estudio puedo determinar prioridades para la valoración del paciente politraumatizado, incorporando 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. Así mismo, la certeza que el paciente politraumatizado que presenta *disminución del gasto cardiaco*, presentará mayor número de diagnósticos de enfermería que atender.
5. En futuros estudios se sugiero poder estudiar y evaluar el valor predictivo de las características definitorias y los factores de riesgo de diagnósticos de enfermería; evaluar el registro de la evolución de los diagnósticos identificados.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al personal profesional de enfermería crear estrategias que fortalezcan su desempeño profesional (autoeducación, revisión de manuales guías o protocolos, adiestramiento en el manejo de equipos de apoyo y tecnología de punta de forma constante y activa), relacionado a la Asistencia del paciente Politraumatizado en esta área de salud tan importante.
2. Se sugiere que la Coordinadora de Enfermería solicite a las autoridades superiores de la institución, realizar capacitaciones anuales en la Asistencia de enfermería a pacientes Politraumatizados, el profesional que se integra al servicio de Emergencia debe tener una especialidad acorde al servicio, estar previamente entrenado y rotar de áreas críticas de menor a mayor complejidad, con el objetivo que realicen sus funciones independientes con autonomía.
3. Se recomienda desarrollar al Talento Humano en el Proceso de Atención de Enfermería para mejorar la calidad de atención al paciente Politraumatizado.
4. Incentivar al personal a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en pacientes Politraumatizados y plan de cuidados con las taxonomías NANDA-NIC-NOC para brindar cuidados inmediatos específicos y con autonomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gosselin R, Spiegel D, Coughlin R, Zirkle L. Los traumatismos: el problema sanitario desatendido en los países en desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2009; 87:246-246. doi: 10.2471/BLT.08.052290.
2. Rojas Y, Arias M. Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú 2013. Ministerio de salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Sinco Editores Sac.p. 19.
3. Goyatá T, Rossi L, Dalri MC. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos quemados no período próximo à alta hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem . 2006; 14(1): 102-109. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100014&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100014>.
4. Sallum AMC, Santos JLF, Lima FD. Diagnósticos de enfermería en víctimas fatales provenientes de trauma en el escenario de la atención de emergencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(1). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
5. Papel autónomo de la enfermería- problemática actual de los modelos de enfermería. <http://www.enferurg.com/articulos/autonomoenfermeria.htm>
6. Diego Melgarejo Ávila, Cuidados de Enfermería en el Paciente Politraumatizado 061 Castilla La Mancha. <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/politraum.htm>
7. MSP, Perú 2011, Guías de proceso de atención de enfermería aplicando NANDA-NIC-NOC en paciente Politraumatizado. <http://www.hejosecasimiroulloa.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/12102011172555.pdf>.
8. Domínguez, J.V. García Castrillo Riesgo. F. del Busto de Prado. ARTICULO CIENTIFICO- Modelo de Atención Integral a las Urgencias. Emergencias Vol. 13, nº 3 Junio 2009: 153-154. <http://www.enfervalencia.org/ei/72/articulos-cientificos/04.POLITRAUMATIZADO.pdf>

9. Cabrera E. Ética del modelo de Dorotea Orem, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H) Facultad de Ciencias Médicas. En línea en: http://Victor/subir/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm13307.htm (1 of 11)10/07/2007 10:59:13 , consultado el día 15 de noviembre del 2010.
10. Espinoza J. Atención básica y avanzada del politraumatizado. [Online].; 2011 [cited 2018. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n2/a07v28n2.pdf>.
11. Ricarte, M. Fisiopatología del traumatismo craneoencefálico. Clasificación de las lesiones cerebrales traumáticas: lesiones primarias y secundarias; concepto deherniación cerebral. [Online].; 2012 [cited 2019 Febrero]
12. Rapsang AG, Shyam DC. Compendio de las escalas de evaluación en traumatología. Elsevier. 2015 abril; 93.
13. Espinosa MS. Manejo inicial de enfermería del paciente politraumatizado que acuden al hospital de zaruma. Año 2012 – 2013 y propuesta de programa educativo. [Online].; 2014 [cited 2018. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9558/1/MANEJO%20INICIAL%20DE%20ENFERMERÍA%20DEL%20PACIENTE%20POLITRAUMATIZADO.pdf>.

ANEXO Nº 1

ESQUEMA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS.

<p>ENFERMERA I: VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN (A. B.); BREVE VALORACIÓN NEUROLÓGICA (D.).</p> <p>I. Comprobar la existencia de cuerpos extraños: aspirar secreciones y colocar cánula orofaríngea.</p> <p>II. Estabilizar el cuello: colocación de collarín cervical.</p> <p>III. Asegurar ventilación correcta: ventilar con mascarilla, bolsa y O₂. Colaborar en intubación endotraqueal y ventilación mecánica si procede.</p> <p>IV. Control de la oxigenación: colocar pulsioxímetro y mascarilla a alto flujo.</p> <p>V. Realizar breve valoración neurológica: nivel de conciencia, tamaño y reacción pupilar.</p>	<p>ENFERMERA II: CONTROL CIRCULATORIO Y DE LA HEMORRAGIA (C.); COLOCACIÓN DE SONDAS (E.).</p> <p>I. Canalización de dos vías venosas periféricas.</p> <p>II. Extracción de muestras de sangre para analítica.</p> <p>III. Administración de fluidos y medicación prescrita.</p> <p>IV. Monitorización: ECG, frecuencia cardíaca y tensión arterial.</p> <p>V. Si existe hemorragia externa: compresión manual directa.</p> <p>VI. Control de pulsos periféricos.</p> <p>VII. Desvestir completamente al paciente.</p> <p>VIII. Inserción de sondas nasogástrica y vesical.</p> <p>Administración de profilaxis antitetánica.</p>
---	---

ANEXO N° 2

AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Espontanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

ANEXO 3

Scores de Gravedad en Urgencias y Emergencias

Trauma S Revised

Revised Trauma Score (RTS)		
Variable	Valor	Puntos
Frecuencia Respiratoria	10-29	4
	> 29	3
	6-9	2
	1-5	1
	0	0
Tensión Arterial Sistólica	≥ 89 mmHg	4
	76-89	3
	50-75	2
	1-49	1
	0	0
Escala del Coma De Glasgow	13-15	4
	9-12	3
	6-8	2
	4-5	1
	3	0

ANEXO 4

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Tª rectal (°C)	> 40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9		30-31,9	< 30
Pres. arterial media	> 159	130-159	110-129		70-109		50-69		< 50
Frec. cardíaca	> 179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	< 40
Frec. respiratoria	> 49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 6
Oxigenación: Si FIO2 ≥ 0,5 (AaDO2) Si FIO2 ≤ 0,5 (paO2)	> 499	350-499	200-349		< 200				
pH arterial	> 7,69	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Na plasmático (mmol/l)	> 179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 111
K plasmático (mmol/l)	> 6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina * (mg/dl)	> 3,4	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematocrito (%)	> 59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Leucocitos (x 1000)	> 39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Suma de puntos APS									
Total APS									
15 - GCS									
EDAD	Puntuación	ENFERMEDAD CRÓNICA		Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos Edad (C)	Puntos enfermedad previa (D)		
≤ 44	0	Postoperatorio programado	2						
45 - 54	2	Postoperatorio urgente o Médico	5						
55 - 64	3								
65 - 74	5								
≥ 75	6								
				Total Puntos APACHE II (A+B+C+D)					
				Enfermedad crónica: Hepática: cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático Cardiovascular: Disnea o angina de reposo (clase IV de la NYHA) Respiratoria: EPDC grave, con hipercalemia, policitemia o hipertensión pulmonar Renal: diálisis crónica Inmunocomprometido: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicas					

ANEXO 5

Escala CRAMS		
Parámetro	Condición	Puntuación
Circulación	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0
Respiración	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0
Abdomen	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0
Motricidad	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0
Lenguaje	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0

Autor: Gormican