

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



**PLAN DE MEJORA DE INTERVENCIÓN DEL MANEJO DE
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE
SALUD NIVEL 1-4 SANTA ROSA**

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

AUTOR:

VÍCTOR SAÚL OBREGÓN MEDINA

Callao, 2022

PERÚ

DEDICATORIA

A mi madre que fue quien me brindó su apoyo y me alentó a seguir.

AGRADECIMIENTO

A mi amada madre, quien impulsa mis sueños y esperanzas.

A mis estimados docentes, por sus conocimientos y vocación de inculcar
sabiduría con métodos rigurosos y asertivos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 2

CAPÍTULO I. Descripción de la situación problemática 4

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 8

2.1 Antecedentes 8

2.1.1 Antecedentes Internacionales 8

2.1.2 Antecedentes Nacionales 9

2.2 Bases Teóricas 10

2.3 Bases Conceptuales 12

CAPÍTULO III 18

Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la
Situación Problemática 18

Conclusiones 29

Recomendaciones 30

Anexos 35

INTRODUCCIÓN

Se considera como definición a todo aquel paciente que presenta más de dos lesiones traumáticas muy graves, los cuales pueden provocar una falla orgánica llegando a poner en riesgo la vida humana (1).

Esto es considerado como un problema grave a nivel mundial que afecta la salud pública, siendo como grupo vulnerable aquellos que presentan edades menores a 45 años en todo el mundo. Las principales causas de muerte son aquellas que afectan el sistema nervioso y las hemorragias (2).

Tiene una tasa de mortalidad y una distribución trimodal. Son accidentales la mayoría de estas muertes, siendo las causas más frecuentes de accidentes de trabajo y tráfico. Los índices de severidad del trauma son un conjunto de escalas que evalúan cambios anatómicos y/o fisiológicos y así pueden priorizar el tratamiento de pacientes con lesiones más severas y al mismo tiempo calcular la probabilidad de supervivencia del paciente y su condición, que contribuye significativamente a la organización del tratamiento de pacientes politraumatizados (3).

El ABCDE del trauma es importante para el manejo inicial de este tipo de pacientes, basado en una evaluación eficaz de las vías respiratorias, la circulación y el estado neurológico del paciente, además de la exposición completa. Es muy importante que las lesiones potencialmente mortales puedan identificarse y tratarse de manera oportuna. (3).

En las últimas décadas se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar el pronóstico y la gravedad de estos pacientes. Gracias a la introducción de estas herramientas, fue posible estandarizar la evaluación, gestión y procesamiento de estos casos. (4).

El presente trabajo académico titulado **PLAN DE MEJORA DE INTERVENCIÓN DEL MANEJO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL ESTABLECIMIENTO**

DE SALUD NIVEL 1-4 SANTA ROSA, tiene por finalidad realizar un plan de mejora de intervención óptimo que vaya dirigido a la atención de los pacientes politraumatizados, a pesar que el Establecimiento de salud cuenta con un área de emergencia, muchos de los profesionales de enfermería, no realizan un buen manejo para este tipo de pacientes, ya que la mayoría de los profesionales carecen de especialidad en el área; asimismo, no cuentan con capacitaciones, guías o protocolos dirigidos a la atención de pacientes politraumatizados y que a su vez se unifiquen los criterios.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Se hace referencia al politraumatismo como un conjunto de múltiples lesiones derivadas de un mismo accidente, y se asume que, aunque sea una sola de ellas, supone un riesgo importante para el paciente. Es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y tiene una alta tasa de mortalidad en comparación con otras enfermedades. (5).

Los pacientes con politrauma severo serán aquellos que cumplan con las siguientes especificaciones, incluyendo tres grupos: cinemática, fisiología y anatomía. Las cinemáticas incluyen: una desplome desde más de 6 metros, una colisión a alta rapidez o la muerte de un pasajero en el vehículo; fisiológico, por ejemplo, una puntuación en la escala de Glasgow inferior a 13, una presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg o una frecuencia respiratoria superior a 30 respiraciones/min o inferior a 10 respiraciones/min; y anatomía, como heridas penetrantes en el tórax, el abdomen, el cuello o la cabeza, fracturas de dos o más huesos largos, quemaduras de más del 15 % de la superficie corporal o quemaduras causadas por inhalación o inmersión prolongada (6).

Las lesiones en las primeras cuatro décadas de la vida son la principal causa de muerte en el mundo, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera este problema como una enfermedad del milenio. La industrialización del país las líneas de comunicación, la violencia e incluso la actividad física han aumentado considerablemente la frecuencia de estos eventos. Los pacientes con múltiples lesiones o politraumatismos por encima de un cierto grado de gravedad pueden experimentar una respuesta sistémica continua que puede conducir a la disfunción o falla de órganos distantes y sistemas vitales que, aunque no estén lesionados directamente, pueden ser fatales (7).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que aproximadamente 16.000 personas en todo el mundo mueren cada día por

cualquier tipo de lesión. Representan el 12 % de la carga mundial de morbilidad y son la tercera causa principal de muerte en general y el grupo etario vulnerable con aquellas personas que oscilan con edades de 1 a 40 años. En todo el mundo, las colisiones en la vía pública dominan el orden de las lesiones. Según la Organización Mundial de la Salud, los traumatismos causados por el tránsito representan el 25% de todas las muertes. (8).

Palomino et. al en el 2021, las lesiones graves matan a unos 3,5 millones de personas y por lesión a unos 50 millones de personas en todo el mundo cada año. El impacto económico podría ser tan grande que supere el ingreso interno bruto de algunos países (alrededor de \$ 500 mil millones al año). El veinte por ciento de los heridos eran pacientes con politraumatismos severos, y una cuarta parte de ellos eran pacientes graves que tuvieron que ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Es la sexta causa principal de muerte y la quinta causa principal de discapacidad en el mundo. (9)

España en 2020, se encontró que la tasa mundial de mortalidad relacionada con lesiones es de 78 muertes por 100 000 habitantes, que van desde 107 muertes por 100 000 en la región africana hasta 63 muertes por 100 000 en Europa parece tener un mayor impacto en los jóvenes de 1 a 44 años, con una alta incidencia en la juventud, seguido de la infancia y se sitúa como la séptima causa de muerte en la tercera edad. La mortalidad en pacientes politraumatizados suele rondar el 8-16%. (10).

Alberdi en el 2017 manifiesta que, las lesiones traumáticas son las de mayor incidencia, mayor morbimortalidad y secuelas más graves y duraderas. En los Estados Unidos 1,7 millones de personas al año presentan lesiones traumáticas, de las cuales 1,4 millones pasan por salas de emergencia, 275.000 son hospitalizadas y 52.000 mueren. En Europa, la incidencia media anual es de 235/100.000 habitantes. (11).

En Cuba en el 2020, los accidentes de tránsito fueron la causa más frecuente con un 65,2%. El trauma abierto representó el 60 %, las lesiones craneales y cerebrales el 39 % y las lesiones en las extremidades el 30 %. Se utilizó ventilación mecánica en el 69% de los casos, factor de riesgo para el 30% de

neumonía asociada a ventilación mecánica. El politraumatismo es común en pacientes masculinos, principalmente causado por accidentes de tránsito en la tercera y cuarta década de la vida. Son comunes las lesiones abiertas, las lesiones en la cabeza y la necesidad de ventilación mecánica, así como la neumonía relacionada con el ventilador en pacientes que reciben asistencia respiratoria. (12).

En América Latina Alrededor del 60% de los pacientes politraumatizados se centran en los hechos posteriores al accidente de tráfico y la tasa de mortalidad es elevada. El evento ha pasado del noveno al tercer o cuarto lugar durante la última década y se ha convertido en una epidemia mundial. Ecuador tiene 15 accidentes por cada 1.000 vehículos, más que México, igual a Colombia y menos que Chile y Perú (13).

A nivel nacional, en el Hospital de Emergencias del Casimiro Ulloa, registra 105,000 atención cada año, de los cuales el 18 % corresponde al accidente, el trabajo, la familia y/o el producto agresivo. Según las estadísticas, el 34 % de los casos en áreas de emergencia corresponden a lesiones intracraneales, el 18 % de varias lesiones de la superficie, 6.6 % de lesión en la cabeza, 6 % de vibración cerebral y trauma restante cerrado en el abdomen y la marca ósea (14).

En el servicio de emergencia del Establecimiento de Salud nivel 1-4 Santa Rosa, durante el año 2021 se atendió a más de 4000 pacientes por emergencia con distintas patologías, de los cuales el 12% fueron a pacientes politraumatizados por factores causales tales como; accidentes de tránsito, doméstico, agresiones por terceros, caídas e intentos de suicidio. El área de emergencia esta específicamente preparada para brindar atención de primer nivel, con dispositivos biomédicos básicos, donde se mantiene temporalmente controlado al paciente que requiere de emergencia para luego ser referido a una entidad de mayor complejidad y nivel. Asimismo, el profesional de enfermería carece de habilidad y destreza ya que no cuentan con la especialidad del área, protocolos y/o guías diseñados que les permita brindar un adecuado manejo en relación a este tipo de pacientes. Ante tal situación, se

pretende realizar un plan de mejora de intervención óptimo que vaya dirigido al manejo de los pacientes politraumatizados.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Ulises A. (2020), realizó un estudio con el objetivo de crear una caracterización clínica de los pacientes politraumatizados que se atienden en el servicio de emergencia de cirugía del Hospital Mario Catarino Rivas en el año 2017. El método utilizado es un estudio descriptivo de la observación horizontal y retrospectiva. Resultados: La edad media fue de 33 años. El 79% de los hospitalizados son hombres y el 21% son mujeres. El viernes y el domingo fueron los días de mayor afluencia de politraumatizados, con un 23,9% y un 21,5%, respectivamente. De 6:00 a 12:00 de la mañana la afluencia de pacientes es mayor, representando el 45%. El diagnóstico principal fue fracturas de huesos largos en 47%, seguido de traumatismo craneoencefálico en 45%, lesiones torácicas y abdominales en 17% cada una. La estancia media hospitalaria fue de $16,3 \pm 11$ días. Esto se hace como una conclusión; Al comprender los mecanismos primarios de lesión en los pacientes politraumatizados atendidos, se pueden tomar medidas para mejorar la atención de los pacientes politraumatizados al equipar las instalaciones y el personal de atención médica. (15).

Rodríguez M. et. al (2018) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el cumplimiento de los cuidados de enfermería al paciente politraumatizado. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo longitudinal. Servicios de emergencia y quirúrgicos en el Hospital Regional de Bata. Población: 37 enfermeras, muestra 20. Se utilizaron guías observacionales. Resultados: 95% de los enfermeros prepararon los servicios para realizar las acciones pertinentes, 90% realizaron medidas de protección, 100% realizaron evaluación inicial; el 85% colocó correctamente a los pacientes. El 90% realizó aspiración endoluminal. El 95% colocó sondas nasogástricas y vesicales. El 90% realizó cuidados locales de heridas. El 80% mantuvo la higiene del paciente.

El 95% proporcionó educación sanitaria a pacientes y familiares. Conclusiones: El manejo de los pacientes politraumatizados en urgencias y cirugía fue en general adecuado. Los recursos básicos para la educación en el servicio y el cuidado son inestables (16).

Huanca A: (2018) realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores que influyen en la calidad de atención en pacientes poli traumatizados del servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente. El carácter del estudio es descriptivo y prospectivo, con un enfoque cuantitativo, transversal y una muestra de 30 licenciados en enfermería. Se utilizó un cuestionario estructurado. De acuerdo con los resultados, el 43% tenía de seis a diez años de experiencia, el 23% no tenía estudios de posgrado y el 60% tenía no tomó sus cursos PHTLS o ITLS. Los factores cognitivos son evaluados regularmente por el 57%. Los factores laborales que más influyeron en la calidad de la atención fueron el ausentismo personal con un 83 % (siempre) y el número excesivo de pacientes con un 57 % (siempre). Otro factor es la limitada disponibilidad de recursos físicos, El 57% dice que siempre tarda mucho en llegar. Cuando se trata de usar protocolos, el 63% cree que puede apegarse a los procedimientos y el 50% dice que no tiene un protocolo de atención. Como se concluyó que tanto los factores cognitivos como los ocupacionales influyen en la calidad de la atención, se recomendó diseñar cursos y talleres para actualizar los conocimientos del personal de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado (17).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Valverde M. (2019) realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y actitud acerca del manejo inicial del paciente politraumatizado en internos de Medicina de los tres hospitales de la ciudad de Cusco, 2019. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Las variables se analizaron en función de la frecuencia para determinar las relaciones entre las variables del estudio. Al evaluar el conocimiento, lograron su puntaje bajo de 16%, un puntaje promedio de 80% y un puntaje alto de 4%. En cuanto a la actitud, el 26% fueron inadecuado y

el 74% de los participantes lograron una actitud adecuada. El 81,5% (n=53, p=0,000) con un nivel de conocimiento moderado tuvo una actitud adecuada y el 18,5% restante (n=12, p=0,000) tuvo una actitud inadecuada. Los niveles insuficientes de conocimientos y actitudes como atención primaria a los pacientes con politraumatismos deben ser 100% tanto en compatibilidad como en actitudes. (18).

Castillo J. (2019), realizó un estudio con el objetivo general determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras (os) sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y su relación con los cuidados de enfermería en el servicio de Emergencia de Clínica Limatambo. Este estudio fue descriptivo, transversal y correlativo. El método de recolección de datos consistió en una encuesta y guía de observación dirigida a cada enfermero. La muestra estuvo conformada por sus 17 enfermeras que laboran en el servicio de urgencias de la citada clínica. Uno de los resultados más importantes es un alto nivel de conocimiento del personal de enfermería en la atención primaria al politraumatizado en un 88,24 % y buena atención de enfermería en un 94%. También se concluyó que el nivel de conocimiento de la enfermera sobre el cuidado inicial del paciente politraumatizado se asoció con la enfermería en su nivel de significancia del 5%. por el estadístico t de Student (coeficiente de Spearman). (19).

Ovalle R. (2020), realizó un estudio con el objetivo de describir las intervenciones de enfermería en el paciente Politraumatizado en el Servicio de Emergencia Hospital de Huanta Ayacucho. Metodología observacional descriptiva - diseño no experimental, transversal. población: 21 enfermeras. Como resultado, la mala ventilación/oxigenación se calificó como 100 % y la ventilación/oxigenación adecuada como 0 %. 100% identificó control circulatorio y hemorrágico inadecuado, 100% evaluó estado neurológico inadecuado, realizó exposición inadecuada y/o controles ambientales, y realizó una intervención inadecuada. (20).

2.2. Bases Teóricas

A. Teoría de Patricia Benner adquisición de la experticia

La filosofía de principiante a experto de Benner representa la progresión lineal del conocimiento y la experiencia que lleva a la adquisición de habilidades, y la aplicación de este concepto a los estudiantes conduce a mejores decisiones de atención al paciente. Según Benner, la experiencia prospera cuando el reconocimiento de patrones y la memoria se integran con procesos racionales y analíticos. Esta experiencia no depende de la cantidad de tiempo que una persona realiza una actividad, sino de una serie de situaciones del mundo real que brindan herramientas y transforman el comportamiento. Desde observadores imparciales hasta participantes comprometidos, desarrolle herramientas que guíen a los estudiantes a asumir responsabilidades individuales y tomar responsabilidad de su propio aprendizaje, estrategias para garantizar que los egresados cumplan con competencias específicas. Benner identifica sus cinco fases que permiten a los estudiantes de enfermería adquirir conocimientos, juicio clínico y habilidades hasta llegar a la intuición profesional, y a medida que avanzan en la emergencia sean capaces de responder. Por lo anterior, se insta a las instituciones educativas a organizar los cursos de acuerdo al nivel de habilidades y conocimientos requeridos ya reconocer los contratiempos que experimentan los estudiantes al enfrentarse a nuevas situaciones (21).

B. Marilyn Anne Ray: Teoría de la atención Burocrática

Define el cuidado como un proceso relacional intercultural complejo basado en un contexto ético y espiritual. La compasión es la relación entre la misericordia y la acción correcta, el amor como sufrimiento y la compasión en la necesidad, y la justicia o rectitud en el hacer. La enfermería ocurre en todas las culturas. y la sociedad, incluyendo la cultura individual, la cultura organizacional del hospital, la cultura social y la cultura global. (22).

En relación con los factores legales relacionados con la importancia del cuidado, estos incluyen deberes, reglas y principios que rigen el comportamiento, como políticas y procedimientos, consentimiento informado, derechos a la privacidad, aspectos de mala conducta y responsabilidad, derechos del cliente, su familia. y profesionales, así como la medicina de defensa y la práctica de enfermería. Por otro lado, los factores tecnológicos incluyen recursos no humanos, como el uso de dispositivos para mantener el bienestar fisiológico del paciente, pruebas diagnósticas, medicamentos y los conocimientos y habilidades necesarios para utilizar estos recursos (22).

En cuanto a los factores legales relevantes para el significado del cuidado, incluyen responsabilidades, reglas y principios que rigen la conducta tales como políticas y procedimientos, consentimiento informado, privacidad, aspectos de abuso y rendición de cuentas, derechos y profesionales de los clientes y sus familias, y defensa. medicina y práctica de enfermería. Por otro lado, los factores técnicos incluyen recursos no humanos como el uso de equipos para mantener la salud física del paciente, pruebas de diagnóstico, medicamentos y los conocimientos y habilidades necesarios para utilizar estos recursos. (22).

2.3. Base conceptual

2.3.1. POLITRAUMATISMO

El politraumatismo se refiere a múltiples lesiones en múltiples partes del cuerpo. Los pacientes politraumatizados se definen como individuos que han sufrido dos o más lesiones periféricas o viscerales graves que provocan reacciones respiratorias o circulatorias y ponen en peligro la vida (23).

Un paciente politraumatizado es una persona que ha sufrido lesiones por traumatismo en dos o más órganos o al menos ha sufrido lesiones que

amenazan su salud y vida. Las lesiones múltiples son la principal causa de muerte (24).

La mortalidad en el paciente politraumatizado tiene una distribución trimodal: inmediata, precoz y diferida.

- Inmediata: ocurre instantáneamente o a los pocos minutos, y es debida a lesiones incompatibles con la vida, tales como lesiones encefálicas severas, del tronco cerebral, medular alta, lesión cardíaca o desgarro de grandes vasos.
- Precoz: ocurre en las primeras 4 horas tras el ingreso, y se debe fundamentalmente a dos causas: TCE severo y shock hemorrágico.
- Diferida (o tardías): ocurre en días o semanas tras el ingreso, debidas principalmente como consecuencia de lesión cerebral, fallo multiorgánico y SIRS (24).

A. TIPOS DE POLITRAUMATISMO

Según el grado de gravedad, el politraumatismo se clasifica en: - Leve: un paciente cuyas lesiones son solo superficiales, como hematomas sin heridas ni fracturas; politraumatismo que no pone en peligro la vida. – Ligera: El paciente lesionado desarrolla una discapacidad menor y un politraumatismo, que debe ser tratado en un plazo de 24 a 48 horas. – Severa: El paciente tiene alteraciones hemodinámicas, aumento o disminución de la frecuencia respiratoria (taquipnea o bradipnea), pérdida del conocimiento, dos o más fracturas (huesos largos) o lesión penetrante en la cabeza, el cuello o el tórax. deben ser tratados inmediatamente (25).

B. FISIOPATOLOGÍA

Se apoya en el progreso de una respuesta inflamatoria sistémica en forma de SIRS, que puede ser abundante, y al mismo tiempo se activa un equilibrio con una respuesta antiinflamatoria para reducir esta respuesta inflamatoria.

El trauma es el "primer impacto" al cuerpo, causando un daño tisular inespecífico inicial, que resulta en daño endotelial (los leucocitos polimorfonucleares se adhieren a los vasos sanguíneos, liberan radicales libres y proteasas, aumentan la permeabilidad vascular y el edema), activación de las cascadas del complemento y de la coagulación, liberación de ADN, ARN, células y sus fragmentos y diversas moléculas que en conjunto forman los denominados "patrones moleculares asociados al peligro" (DAMP). Las interleucinas proinflamatorias (IL 1, 6, 10 y 18...) se liberan como respuesta del sistema inmunitario al daño tisular y se asocian a mediadores directos del daño tisular y la muerte celular (DAMP, apoptosis, citoquinas, necrosis) en conjunto, causando la mayoría de los órganos y disfunciones de los sistemas (pulmones, sistema nervioso central, sistema musculoesquelético, homeostasis), causando el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica general (SIRS), que se manifiesta clínicamente como hipoxia, estrés, hipotensión, insuficiencia renal, susceptibilidad a infecciones. adecuadamente corregido, puede desarrollarse una falla multiorgánica con alta mortalidad.

Entre las interleucinas proinflamatorias, la IL-6 es la más específica en pacientes politraumatizados y aumenta durante más de 5 días. La acción de la IL-6 se basa en la activación de los leucocitos. El TNF, otro mediador inflamatorio, eleva la permeabilidad capilar y origina la migración tisular de neutrófilos. Al mismo tiempo, se activan y secretan citocinas antiinflamatorias como IL-1Ra, IL4, IL 10, IL 11 y 13. (26).

C. ETIOLOGÍA

- Caídas
- Accidentes deportivos
- Accidentes de tránsito
- Quemaduras
- Agresiones
- Accidentes laborales o del hogar

D. ABORDAJE INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EMERGENCIA

MANEJO INICIAL:

La evaluación inicial del paciente con lesiones múltiples implica una evaluación y/o investigación rápida, lo que significa comprender e implementar enfoques de evaluación y tratamiento de los sistemas de urgencias que no deberían demorar más de uno o dos minutos en completarse. Debe identificarse la situación de riesgo vital del paciente.

Se debe evitar cualquier omisión de daño en el desarrollo de esta evaluación. El patrón de actuación se modifica únicamente cuando el paciente traumatizado se encuentra en peligro inminente de muerte, está presenciando un paro cardiopulmonar o no puede ayudar en el lugar del lesionado.

En tales casos, la víctima se mueve de inmediato, tratando de mantener el cuello quieto, controlando el área del cuello y la cabeza. Una vez que tengamos acceso a la víctima, realizaremos una evaluación inicial siguiendo los pasos ABCDE descritos por primera vez en el manual ATLS del American College of Surgeons. Nos abstendremos de desvestir al paciente si se detectan cambios significativos en las funciones vitales y pueden retrasarse debido a las condiciones climáticas o las condiciones del asfalto en el lugar del accidente. (27).

El manejo se lleva a cabo mediante las siglas ABCDE, propuesta por el manual ATLS.

A. Permeabilidad de las vías respiratorias y protección de la columna cervical: Establezca la permeabilidad de las vías respiratorias y mantenga abiertas las vías respiratorias (usando un tubo de Guedel y una máscara o bolsa de respiración o intubación orotraqueal) mientras protege la columna cervical. Debe suponerse que todos los pacientes con politraumatismo tienen una lesión de la columna cervical.

- B. Ventilación y respiración: Proporcione oxígeno de alto flujo para una ventilación adecuada. Las lesiones que alteran drásticamente el intercambio de gases a nivel alvéolo-capilar incluyen neumotórax a tensión, hemotórax masivo, neumotórax abierto y latigazo cervical con contusión pulmonar y deben drenarse o tratarse adecuadamente.

- C. Circulación y control de hemorragias: Es importante reconocer y tratar el shock en estos pacientes. La causa más frecuente de shock en politraumatizados es la hipovolemia secundaria a hemorragia, aunque también puede ser neurogénica o cardiogénica. Si observamos sangrado externo, tendremos que intentar detenerlo o hacer un torniquete. Se debe considerar una posible hemorragia interna. Normalmente, el líquido (cristaloide) se reemplaza con cada unidad de sangre perdida.

- D. Estado neurológico: evaluación neurológica mediante la escala de Glasgow.

- E. Exposición y control ambiental: se debe retirar la ropa para llevar a cabo una evaluación completa evitando la hipotermia

AL INGRESO EN EL HOSPITAL MANEJO AVANZADO

Cuando ingresa el paciente en el hospital, hay que hacer una valoración clínica, de laboratorio e imagen para llegar a discernir si el paciente es subsidiario de cirugía definitiva o sólo de cirugía de control de daños.

- A. Valoración clínica: se utilizan diferentes escalas:
 - Tabla de cantidad de ISS (impurezas): se basa en la suma de tres de los sistemas más lesionados en todos los indicadores: superficies corporales, cabeza y cara, cuello, pecho, estómago, contenido pélvico, columnas, y extremidades.

Están entrenados de 1 a 6, uno de los cuales es liviano y 6 es incompatible con la supervivencia. Clásicamente se considera daño severo si el valor ISS es > 16 y la mortalidad es del 10%.

Escala RTS (Revised Trauma Score): Evalúa la frecuencia respiratoria, la PA y la Escala de Glasgow.

- B. Estudio de laboratorio: Las investigaciones analíticas incluyen parámetros sistémicos, glucosa en sangre, estudios de coagulación, acidosis (deficiencia de bases) y, si es posible, citocinas y complemento.
- C. Imagen: Las clásicas radiografías de algunas zonas anatómicas están siendo sustituidas por eco-FAST (ultrasonido de evaluación focalizado en trauma) y TC multicorte de cuerpo entero, que ahorran tiempo y aumentan la certeza diagnóstica, especialmente en el caso de lesiones cerebrales, torácicas y pélvicas. Una vez que las medidas de resucitación sean efectivas y los signos vitales del paciente se normalicen, realizará una evaluación secundaria que incluye una revisión completa de todas las áreas anatómicas del paciente. (28).

2.3.2. CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

La calidad de la intervención se refiere a la aplicación de conocimientos y disciplinas relacionadas con la atención adecuada del paciente a la dimensión interpersonal, que es la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios cuando brindan atención. La calidad de la atención brindada por los paramédicos se evidencia en los resultados para pacientes politraumatizados, donde el enfermero cumple el rol de enfermero, desarrolla sistemáticamente el conocimiento científico y atiende las necesidades de los usuarios que se desarrollan a lo largo del proceso de evaluación. Para excluir posibles complicaciones futuras del paciente (29).

CAPÍTULO III

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

3.1. Plan de Intervención

Justificación

El propósito de este trabajo es implementar un plan de mejora de la intervención óptima por parte de los profesionales de enfermería para la atención de los pacientes politraumatizados en el Establecimiento de Salud Nivel 1-4 Santa Rosa, ya que se enfrenta a la necesidad de atención de los pacientes politraumatizados sin una guía clínica ni un protocolo nacional establecido. que les permite enfrentar diversas situaciones y responder a cada evento en el que participan; implementar procedimientos que se ajustan al consenso general, observándose con frecuencia diferencias en la atención a las tareas del día a día. Tiene relevancia social porque las tareas de enfermería son determinadas por la población atendida, en la cual identificarán un equipo dedicado a la atención de calidad. También dará la oportunidad de ampliar el campo de trabajo de las enfermeras especializadas, ya que, con su conocimiento y experiencia en acción, podrán participar en diversos escenarios de la atención hospitalaria, no solo para intervenir en el abordaje inicial de los pacientes sino también prevenir posibles complicaciones de eventos adversos, reducir el tiempo de recuperación y mejorar tras la fase de rehabilitación. La implementación de protocolos de atención al paciente politraumatizado y guías clínicas en el servicio de emergencia del establecimiento de salud de nivel 1-4 de Santa Rosa, permitirá que el personal de enfermería reciba los mismos estándares de calidad, así como retroalimentación sobre los eventos que puedan ocurrir durante cada participación y analizar los indicadores de calidad.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. Objetivo general

Implementar un plan de mejora de intervención del manejo de los pacientes politraumatizados que acuden al servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud nivel 1-4 Santa Rosa.

3.2.2. Objetivo específico

- Capacitar de forma continua a los profesionales de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado optimizando su sobrevivencia y la prevención de secuelas.
- Implementar guías y/o protocolos estandarizados para el manejo de pacientes politraumatizados en el primer nivel con las etapas del ABCDE.
- Identificar la secuencia correcta de prioridades en atención de pacientes politraumatizados con las etapas del ABCDE

3.3. METAS

Mejorar la supervivencia de este tipo de pacientes manteniendo un enfoque multidisciplinario basado en un excelente trabajo en equipo que ayuden a disminuir complicaciones, incapacidades y secuelas invalidantes mediante la aplicación del plan para una rápida valoración inicial aplicada por el profesional de Enfermería de forma sistemática y secuencial.

4. PROGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>Capacitar de forma continua a los profesionales de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado optimizando su sobrevida y la prevención de secuelas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bioseguridad ➤ Taller de manejo inicial de paciente politraumatizado con el ABCD 	<p>Profesionales de enfermería que integran el equipo</p>	<p>Evaluación de manejo inicial de paciente politraumatizado</p>	<p>100% maneja a paciente politraumatizado</p>	<p>Agosto a diciembre del 2022</p>	<p>Jefatura y Licenciadas(os) en enfermería del Servicio de emergencia del establecimiento de salud nivel 1-4 Santa Rosa</p>
<p>Implementar guías y/o protocolos estandarizados para el manejo de pacientes politraumatizados en el primer nivel con las etapas del ABCDE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formación de grupo de trabajo. ➤ Apoyo bibliográfico ➤ Revisores 	<p>Protocolo y/o guía para Emergencia y Desastres del Centro de Salud.</p>	<p>Accesibilidad, Seguridad</p> <p>Efectividad, Eficiencia</p> <p>Eficacia, Satisfacción, Calidad de vida</p>	<p>Normalizar la práctica en la atención de pacientes politraumatizados.</p> <p>Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados de este tipo de pacientes.</p>	<p>Agosto a diciembre del 2022</p>	<p>Jefatura y Licenciadas(os) en enfermería del Servicio de emergencia del establecimiento de salud nivel 1-4 Santa Rosa</p>

			<p>Mejorar la calidad de los servicios prestados.</p> <p>Constituir una poderosa fuente de información.</p> <p>Facilitar la atención a personal de nueva incorporación</p>		
<p>Identificar la secuencia correcta de prioridades en atención de pacientes politraumatizados con las etapas del ABCDE</p> <p>A). Manejo de la vía aérea.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inspección de la vía oral. ➤ Apertura de la vía aérea usando técnica adecuada. - Colocación de collarín según técnicas adecuadas. ➤ Limpieza o aspiración de secreciones. ➤ Colocación de sonda oro gástrica o nasogástrica. 	<p>Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: A</p>	<p>Evaluación de las intervenciones realizadas.</p> <p>Vías aéreas permeables según técnicas adecuadas</p>	<p>Permeabilidad y estabilidad de la vía aérea al 100 % de pacientes.</p>	<p>Agosto a diciembre del 2022</p>	<p>Jefatura y Licenciadas(os) en enfermería del Servicio de emergencia del establecimiento de salud nivel 1-4 Santa Rosa</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apertura de la vía aérea usando técnica adecuada. - Colocación de collarín según técnicas adecuadas. ➤ Limpieza o aspiración de secreciones. ➤ Colocación de sonda oro gástrica o nasogástrica. ➤ Colocar cánula orofaríngea. 		según técnicas adecuadas			
<p>B.) Manejo de la ventilación y oxigenación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exponer el pecho del paciente. ➤ Palpar el tórax para descartar fracturas ➤ Verificar la permeabilidad de la vía aérea. ➤ Colocar y valorar el Pulsioxímetro. ➤ Administrar oxígeno ➤ Valorar y monitorizar frecuencia respiratoria. 	Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: B	Evaluación de las intervenciones realizadas Respiración espontanea Ventilación asistida no invasiva Ventilación adecuada mayor a 95%	Evitar una hipoxia con una ventilación y respiración adecuada al paciente en un 95%		

<p>C.) Manejo de la circulación y control de hemorragias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Control de la frecuencia cardiaca. ➤ Control de la presión arterial. ➤ Control de la hemorragia aplicando presión directa en la zona sangrante. ➤ Valorar coloración de la piel. ➤ Control de temperatura ➤ Canalización de dos vías periféricas ➤ Valorar relleno capilar y perfusión tisular. 	<p>Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: C</p>	<p>Evaluación de las intervenciones realizadas.</p> <p>Frecuencia cardiaca > 60 y < a 100 por minuto</p> <p>Precian arterial > 65 y < a 110 mmhg.</p> <p>Control total de las hemorragias.</p>	<p>Control hemodinámico y evitar situaciones de Shock conservando el flujo sanguíneo cerebral al 90%</p>		
<p>D.) Manejo del estado neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorar según escala de coma de Glasgow. ➤ Observar apertura ocular ➤ Estimar respuesta verbal ➤ Estimular respuesta motora ➤ Usar linterna para evaluación ocular. 	<p>Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: D</p>	<p>Evaluación de las intervenciones realizadas. Nivel de conciencia con según escala de Glasgow</p>	<p>Valorar y descartar traumatismo encefalocraneano. (TEC) al 100% de pacientes.</p>		

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar el estado de alerta. 					
<p>E.) Manejo de la exposición del paciente.</p>					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desvestir al paciente completamente con sumo cuidado cuidando su integridad y pudor del paciente. ➤ Indagar fracturas expuestas, laceraciones, hematomas. ➤ Examinar fracturas de tórax, miembros inferiores y superiores ➤ Abrigar al paciente con cobertores calientes para evitar la hipotermia 	<p>Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: E</p>	<p>Evaluación de las intervenciones realizadas. Inspección completa del paciente. Temperatura > a 36.5°c a 37 °c</p>	<p>localización y extensión de las lesiones y evitar la hipotermia al 100%de los pacientes politraumatizados</p>		

5. RECURSOS

5.1. INSTRUMENTO DE ELABORACIÓN

Para la realización del plan de intervención se utilizarán como instrumentos: la observación, la entrevista y la búsqueda bibliográfica y/o documentada, aplicando el uso de guías de intervención y procedimientos de enfermería, Manual de Organización y Funciones (MOF). Reglamento de Organización y Funciones (ROF), Guías de Procedimientos, Indicadores de calidad, número de atenciones, número de atendidos, inventario de equipos y materiales: guías de plan de atención, reglamento de organización de funciones, manual de organización de funciones.

5.2. RECURSOS HUMANOS

Jefe de servicio de enfermería

Jefe del servicio de emergencia

Enfermeros (a) asistenciales del servicio de enfermería

Técnico de enfermería

6. EJECUCIÓN

La ejecución del presente plan de intervención se empezó a elaborar a partir del mes de agosto del presente año, en coordinación con la jefatura del Establecimiento de Salud nivel 1-4 Santa Rosa y la jefa del servicio de emergencia. El taller de manejo inicial de paciente politraumatizado con el ABCDE, se iniciará 1 vez al mes, así mismo, se elabora un guía de atención de pacientes politraumatizados con el objetivo de unificar y estandarizar los criterios de atención.

Todas las actividades planteadas en el trabajo tienen como finalidad que el profesional de enfermería actúe de forma oportuna sistemática y secuencial según las etapas del ABCDE en pacientes politraumatizados según sea la demanda, demostrando así su capacidad de repuesta frente a una emergencia

por traumatismos. De igual manera, se hace necesario continuar con la formación integral de los profesionales, para acudir de la mejor manera a la emergencia salvaguardando en primera medida su propia integridad y luego la de los sujetos de cuidado. El trabajo en equipo y el fortalecimiento de las relaciones laborales en pro de asumir la emergencia del paciente politraumatizado como un equipo con diferentes funciones, pero con un mismo fin.

7. EVALUACIÓN

Con el plan de intervención para fortalecer la valoración inicial de los pacientes politraumatizados, se espera que el 100% de los pacientes que acudan al servicio de Emergencia del Establecimiento de Salud nivel 1-4 Santa Rosa con este diagnóstico. En el mes de diciembre, al finalizar el año, se realizará un conteo del registro del total de pacientes atendidos por trauma, recogiendo los datos: total atendido, sano, enviado a otras instituciones y fallecido. Para obtener datos que nos muestren si este plan de respuesta está funcionando, para así poder implementarlo en el plan de operaciones de emergencia cada año.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La formación integral de los profesionales permite acudir de la mejor manera a la emergencia de pacientes politraumatizados en primera medida su propia integridad y luego la de los sujetos de cuidado.

SEGUNDA: El manejo de un guía y/o protocolo es confiable para el manejo de pacientes politraumatizados en el primer nivel con las etapas del ABCDE.

TERCERA: Es importante que el profesional de enfermería identifique la secuencia correcta de prioridades en atención de pacientes politraumatizados con las etapas del ABCDE

RECOMENDACIONES

Sugerir a la jefatura y al equipo de enfermería del servicio de emergencia coordinar e implementar de manera sistemática programas de actualización mediante capacitaciones y simulacros de intervención al paciente politraumatizado.

Recomendar actualizaciones en el manejo de pacientes politraumatizados

Programar y realizar reuniones mensuales para intercambiar experiencias y analizar nuestras falencias con el objetivo de seguir mejorando nuestros servicios aplicando el plan de intervención.

Sugerir que la atención de los pacientes politraumatizados requiere de una atención multidisciplinaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballesteros Díez Y. Manejo del paciente politraumatizado. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020;1:247-262. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_paciente_politraumatizado.pdf
2. Solano Guillén, M. J., Villalobos Zúñiga, G., & Víquez Barrantes, L. . (2022). Revisión de escalas de severidad en paciente politraumatizado. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 6(2), Pág. 63–70. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.411>
3. Solano Guillén, M. J., Villalobos Zúñiga, G., & del manejo del paciente politraumatizado. Víquez Barrantes, L. . *Revisión de escalas Y Salud*, 6(2), Pág. 63-70. <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/411/528>
4. Ulises Alas . Politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía general de un hospital de tercer nivel de Honduras: Caracterización clínico-epidemiológica. Vol. 25 Núm. 2 (2020). Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/1343>
5. Escalona Cartaya JA, Castillo Payamps RA, Pérez Acosta JR, Rodríguez Fernández Z. Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. *Rev Cub Med Mil.* Abr-Jun 2017;46(2):177-189.
6. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
7. Haddon Jr W. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively. *American Journal of Public Health*, 2011, 58:1431–1438. Disponible en: https://www3.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=490:marco-conceptual&Itemid=380

8. Palomino de la Cruz JE. Cuidado de enfermería en traumatismo encéfalo craneano. Paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos [Tesis para obtener el título de segunda especialidad]. Arequipa – Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2018 [citado 24/04/2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6781>
9. García Pereira S. Manejo enfermero del paciente politraumatizado adulto en las Unidades de Cuidados Intensivos [Tesis de fin de grado de enfermería]. Madrid – España: Universidad Autónoma de Madrid; 2020 [citado 25/04/2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/691491>
10. F. Alberdi. García, L. Atutxa, M. Zabarte. Epidemiología de trauma grave. Rev. Medicina intensiva. Vol. 38. Núm. 9. páginas 580-588 (Diciembre 2014). Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-epidemiologia-del-trauma-grave-articulo-S0210569114001806>
11. Palomino-Cabrera A, Cruz-González M, Potete-Morejón R, Soto-Bello Y, Moreira-Díaz L. Caracterización clínico – epidemiológica de pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital General “Comandante Pinares”. Universidad Médica Pinareña [revista en Internet]. 2021 [citado 29 Ago 2022]; 17 (3) Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/782>
12. Satan N. Cuidados de enfermería en pacientes con politraumatismo. Ecuador [Tesis en Internet] 2021 [citado 29 Ago 2022]; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5680/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2019-0024.pdf>
13. Ministerio de Salud. Hospital de emergencias. Guía clínica de paciente politraumatizado. https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DEL_PACIENTE_POLITRAUMATIZADO.pdf
14. Rivero Morey RJ, Rivero Morey J, Acevedo Cardoso JL, Castro López E, Bordón González LM. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes

- ingresados por traumatismo raquímedular. Rev 16 de Abril [Internet]. 2019 [citado 25/04/2021]; 58 (274): 105-112. Disponible en: https://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/826/pdf_226
15. Ulises Alas . Politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía general de un hospital de tercer nivel de Honduras: Caracterización clínico-epidemiológica. Vol. 25 Núm. 2 (2020). Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/1343>
 16. Huanca a. factores que influyen en la calidad de atención a pacientes politraumatizados, en sala de emergencia, hospital Bajío, octubre a diciembre 2018 [tesis en línea]. 2018 [citado 25/08/2022] Universidad autónoma. Disponible en: <https://repo.uajms.edu.bo/index.php/tesisdegrado/article/view/121>
 17. Valverde M. Nivel de conocimiento y actitud acerca del manejo inicial del paciente politraumatizado en internos de medicina de los hospitales de la ciudad del Cusco, 2019 [tesis en línea]. 2019 [citado 25/08/2022] Universidad Nacional San Antoni Abad del Cusco. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5415>
 18. Carranza P. Nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y su relación con los cuidados de enfermería en el servicio de emergencia de clínica Limatambo Cajamarca, 2018 [tesis en línea]. 2019 [citado 25/08/2022] Universidad Nacional de Cajamarca. Disponible en <http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4024/Judith%20Castillo.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
 19. Ovalle R. Intervención de enfermería en pacientes politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Huanta Ayacucho, Perú - 2020 [tesis en línea]. 2020 [citado 25/08/2022] Universidad Nacional del Callao. Disponible en Intervención de enfermería en pacientes politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Huanta Ayacucho, Perú – 2020. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5465>

20. Carrillo-Algarra A. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2018 [citado 23 Sep 2022]; 34 (2) Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522>
21. Granda Breijo A, Breijo Puentes A. Caracterización clínica epidemiológica del politraumatizado en la Unidad de Cuidados Intensivos. *UnivMéd Pinareña* [Internet]. 2014 [citado 4/09/2022]; 10(1): 64-76. Disponible en: <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/171>
22. Guevara Rubio N, Olivarec Bonilla M, Ortega Sánchez R: Perfil epidemiológico del paciente con trauma de tórax en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital General José G Parres, periodo enero a diciembre de 2009. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*[Internet]. 2012[citado 13/09/2022]; 4(3): 105-111.Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38327>
23. Jiménez Vizúete JM, Pérez Valdivieso JM, Navarro Suay R, Gómez Garrido M, Monsalve Naharro JA, Peyró García R. Reanimación de control de daños en el paciente adulto con trauma grave. *RevEspañolaAnestesiolReanim.*2012; 59(1):31-42.
24. Martínez-Rondanelli A, Uribe JP, Escobar SS, Heano J, Ríos JA, Martínez-Cano JP. Control de daño y estabilización temprana definitiva en el tratamiento del paciente politraumatizado. *RevColombOrtopTraumatol* [Internet]. 2018 [citado 13/09/2022]; 32(3):152-160. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rccot.2017.11.009>
25. Hernández Estrada ER, Cuéllar De León AE. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con trauma de tórax [Tesis para optar por el título de cirujano general]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2018[citado 13/09/2022]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2018/052.pdf>

26. Escalona Cartaya Justo Alberto, Castillo Payamps Rosa Anyeli, Pérez Acosta Jorge Rafael, Rodríguez Fernández Zenén. Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2017 Jun [citado 2022 Sep 23] ; 46(2): 177-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572017000200008&lng=es.
27. Larrea Fabra, Martha Esther, La ética médica en el paciente politraumatizado. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2008;7(3): Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180418872018>
28. Escalona CJA, Castillo PRA, Pérez AJR, et al. Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. Rev Cub Med Mil . 2017;46(2):177-189.
29. Toruño Sandoval A. Trauma score - injury severity score (TRISS) para valorar supervivencia en el paciente traumatizado. Managua, Universidad Nacional Autónoma; 2010 [citado 15 set 2022]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=pt&nextAction=lnk&exprSearch=426027&indexSearch=ID>

ANEXOS

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

ATENCIÓN EN EMERGENCIA DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

SERVICIO DE EMERGENCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL 1-4 SANTA ROSA

Elaborado por:

LIC. ENF. VÍCTOR SAÚL OBREGÓN MEDINA

2022

INDICE

FINALIDAD	3
OBEJTIVO	3
DEFINICIÓN	4
ETIOLOGÍA	4
PERIODOS DE MORTALIDAD TRAUMÁTICA	4
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	5
CUADRO CLÍNICO	5
DIAGNÓSTICO	5
EXÁMENES AUXILIARES	6
MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	6
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	9

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
ATENCIÓN EN EMERGENCIA DE PACIENTES POLITRAUMATIZADO
SERVICIO DE EMERGENCIA

1. FINALIDAD

La finalidad fundamental de esta guía para pacientes politraumatizados es mejorar la salud y su calidad de vida.

2. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en los pacientes politraumatizados a fin de estandarizar los cuidados de Enfermería brindados a través de una herramienta protocolizada.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Unificar los criterios para el cuidado de enfermería en el paciente politraumatizado a través de esta guía

Disponer de una herramienta que permita la continuidad asistencial del paciente politraumatizado empleando el lenguaje propio de la profesión de enfermería.

Facilitar la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente.

Favorecer el control de aquellos factores de riesgo que comprometan la adecuada evolución y seguridad del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias.

3. DEFINICIÓN:

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

- ✓ Paciente con trauma severo, prioridad I.
- ✓ Víctima de accidentes de tránsito
- ✓ Quemaduras con extensión mayor de 20%
- ✓ Precipitación
- ✓ Dos o más fracturas de huesos largos proximales
- ✓ Injuria en extremidades con compromiso vascular
- ✓ Herida de bala o arma blanca
- ✓ Sospecha de traumatismo vertebral medular
- ✓ Evisceración
- ✓ Amputación con sangrado no controlado
- ✓ Traumatismo encéfalo craneano

3.1. ETIOLOGÍA

El trauma es la primera causa de muerte en la población joven y la tercera en la población general, siendo el politraumatismo, la primera causa de muerte, sobre todo en las primeras décadas de la vida, con un porcentaje elevado de incapacitados permanentes, con la consiguiente repercusión laboral y económica para la sociedad y el estado. La morbilidad está directamente ligada a la gravedad y nivel de compromiso de las lesiones iniciales del paciente politraumatizado.

3.2. PERIODOS DE MORTALIDAD TRAUMÁTICA.

Periodo I

Son los primeros minutos después del trauma, que el sujeto fallece instantáneamente o pocos minutos después del impacto, por lesiones letales de órganos o estructuras vitales, rotura de grandes vasos, rotura cardíaca, lesión cerebral irreversible.

Periodo II

Primeras horas después del accidente, que la muerte se produce por causas potencialmente evitables, denominadas mortalidad precoz, evitable mediante adecuada y oportuna atención por personal especializado.

Periodo III

Abarca semanas siguientes del trauma, donde la mortalidad se da por la falla multiorgánica, complicaciones post operatorias, sepsis, etc.

4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Coexistencia de trauma cráneo encefálico y lesiones viscerales y/o periféricas

Coexistencia de lesiones viscerales y lesiones periféricas

Coexistencia de dos o más lesiones periféricas graves.

5. CUADRO CLÍNICO

Conocer y considerar las circunstancias en que se ha producido el accidente, el trauma ocasionado al órgano o sistema y asumir la gravedad de la misma, permite orientar los hallazgos clínicos a encontrar.

Los síntomas y signos más frecuentes están relacionados al órgano lesionado y a la gravedad del daño ocasionado en el mismo.

Los traumatismos moderados a severas implican que el tratamiento debe comenzar antes de que se le establezca un diagnóstico definitivo.

Se debe evaluar clínicamente al paciente de forma integral; la inspección debe ser prolija y revisar la continuidad de la piel y faneras. Evaluar los órganos vitales y el adecuado funcionamiento de los mismos, orientar la evaluación clínica a las zonas corporales del impacto del trauma.

6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se define por la coexistencia de lesiones traumáticas diversas ocasionadas por un mismo accidente.

La tarea diagnóstica del clínico consiste en identificar el sistema orgánico al borde de la insuficiencia. El diagnóstico clínico se realiza de acuerdo a las prioridades.

- ✓ Vía aérea permeable y estabilización de la columna cervical
- ✓ Valoración cardiorrespiratoria

- ✓ Valoración global de los signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura corporal, nivel de conciencia, respuesta a la luz y movimientos oculares.
- ✓ Valoración de las lesiones torácicas.
- ✓ Valoración de las lesiones abdominales
- ✓ Valoración del cerebro y repercusión neurológica
- ✓ Valoración del estado locomotor
- ✓ Valoración de las lesiones maxilofaciales
- ✓ Valoración de las lesiones oftalmológicas u otorrinolaringológicas.

7. EXÁMENES AUXILIARES

Pruebas diagnósticas de sangre: hemograma, hematocrito, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, gasometría arterial, perfil de coagulación, grupo sanguíneo y factor Rh, electrocardiograma, examen completo de orina.

Radiográficas básicas: cráneo, columna cervical, tórax y pelvis.

Estudio diagnóstico de abdomen: Ecografía abdominal,

8. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.1. LA VALORACIÓN INICIAL.

La valoración inicial de paciente politraumatizado consiste en realizar una rápida evaluación y/o exploración que implica el conocimiento y puesta en práctica de una metodología sistemática de valoración y tratamiento en el servicio de urgencias, cuya exploración no debe oscilar entre uno y dos minutos con la que deberemos identificar las situaciones de amenaza vital del paciente. En estos casos se procederá a la movilización inmediata de la víctima, procurando mantener la inmovilización cervical controlando cérvico-cefálico. Una vez accedamos al accidentado, realizaremos la valoración inicial siguiendo las etapas del ABCDE descritas por primera vez en el Manual ATLS del American College of Surgeons. Evitaremos desnudar al paciente si se encuentra alteraciones evidentes de las funciones vitales también tener en

cuenta condiciones climatológicas o estado del asfalto de lugar del accidente el cual se puede posponer.

6.2. ABCDE DEL TRAUMA:

El tiempo es esencial y primordial para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones que peligran la vida del paciente cuando acude al servicio de urgencias. Es necesario seguir un esquema ordenado, sencillo, rápido, fácil de recordar y de aplicar. Este esquema ha sido publicado por el Colegio Americano de Cirujanos a través del Curso Advanced Trauma Life Support (ATLS), se conoce como Evaluación Inicial y comprende tres fases: I. Revisión Primaria II. Resucitación III. Revisión Secundaria 21 Estas tres fases solo se separan con fines didácticos, en la práctica estos procesos se realizan en forma simultánea y se repiten clínicamente, la evaluación primaria debe reiterarse con frecuencia durante el proceso de atención, con el fin de encontrar cualquier condición de desperfecto del paciente y establecer su tratamiento inmediato.

A. PERMEABILIDAD DE LA VIA AEREA CON PROTECCIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL.

Permeabilización de la vía aérea mediante elevación del mentón por tracción de la mandíbula, sin hiperextensión, hiperflexionar ni rotar el cuello; quitar cuerpos extraños y aspirar secreciones, vómito y sangre.

Inmovilización del cuello con un collar cervical rígido.

Administrar oxígeno a concentraciones altas mediante un dispositivo de bolsa y válvula (100 %) o con máscara de Venturi (50%).

Valoración y monitorización de la función respiratoria por medio de la saturación percutánea asegurando la Fio2 prescindible para mantener la saturación a más del 90%.

Valoración constante de la respiración en niños pequeños (se utiliza la sonda endotraqueal sin manguito en ellos) por el riesgo de desplazamiento o desalojo.

B. VENTILACION Y OXIGENACION

Exponer del tórax del paciente e inspeccionar los movimientos respiratorios; evaluar la frecuencia respiratoria.

Constatar la permeabilidad de la vía aérea.

Realizar la reanimación básica y avanzada si no hay respiración espontánea. Apoyar al médico en la intubación endotraqueal.

Palpar y Observar en la búsqueda de signos de neumotórax a tensión, tórax inestable, neumotórax abierto. - asistir al médico en la colocación de un tubo de tórax. - Controlar continuamente del patrón respiratorio.

C. CIRCULACIÓN Y CONTROL DE LA HEMORRAGIA

Valoración y evaluación: estado de conciencia, coloración de la piel, llenado capilar y la temperatura corporal.

Canalización de dos venas de calibre grueso.

Mantenimiento de la temperatura del cuerpo y prevenir la hipotermia por exhibición prolongada.

Administración de soluciones cristaloides, como lactato de ringer. La dosis inicial es de 2.000 ml en bolo en un adulto.

Recolección de muestras de sangre para hemoclasificación y reserva, hemoglobina y hematocrito. Es aconsejable que las muestras sean tomadas después de iniciar la reposición de líquidos endovenosos.

En caso de hemorragia externa, aplicar presión directa sobre el sitio sangrante con una compresa estéril o un vendaje compresivo.

Inserción de sonda vesical N° 16 o 18 para controlar el estado de la volemia, sin antes de realizar la evaluación de contraindicaciones del procedimiento, tales como, trauma pélvico o sangrado genital.

D. EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

La primera evaluación neurológica facilita establecer la seriedad de la lesión por medio de la escala de coma de Glasgow en adultos, y de la escala de coma de Glasgow modificada en la población pediátrica.

Mantenimiento lineal de la médula espinal por medio de la tabla para inmovilización espinal.

Se proporciona oxigenación a concentraciones altas con un dispositivo de bolsa y válvula (100%) o con máscara de Venturi (50%).

Administración de analgésicos según indicación médica.

E. EXPONER LAS LESIONES

Desvestir toda la ropa del paciente con sumo cuidado cuidando su integridad y pudor del paciente.

Indagar fracturas expuestas, laceraciones, hematomas.

Examinar fracturas de tórax, miembros inferiores y superiores.

Abrigar al paciente con cobertores calientes para evitar la hipotermia.

9. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Los Diagnósticos NANDA más frecuentes identificados en el proceso de cuidados del drenaje ventricular incluyen:

- ✓ Patrón respiratorio ineficaz (00032) r/c fatiga de músculos accesorios secundaria a quemadura e/p taquipnea, disnea, alteración en la respiración profunda

- ✓ Deterioro del intercambio de gases (00030) r/c Desequilibrio ventilación perfusión, Edema en orofaringe e/p Gasometría arterial anormal (hipercapnia, hipoxia, hipoxemia), disnea, cambios en la frecuencia respiratoria, polipnea, estridor, sibilancias, tiraje intercostal, uso de músculos accesorios, ensanchamiento de narinas respiración simetría en elevación y caída de caja torácica, disnea,

- ✓ Disminución del gasto cardiaco (00029) r/c Alteraciones de la función cardiaca M/P modificaciones en la frecuencia y ritmo cardiacos: Arritmias, bradicardia, taquicardia, cambios electrocardiográficos

- ✓ Deterioro de la integridad cutánea (00047) r/c factores mecánicos y químicos e/p destrucción de las capas de la piel.

- ✓ Dolor agudo (00132). r/c activación de mecanismo mediadores de la inflamación secundario destrucción de la piel por quemadura

- ✓ Hipotermia r/c Evaporación de la piel, exposición a un entorno frío, traumatismo M/P Temperatura corporal por debajo del rango normal, piel fría, Piloerección, escalofríos, enlentecimiento del llenado capilar.

- ✓ Riesgo de infección (00004) r/c Ruptura de primeras barreras de defensa secundario a destrucción de la piel por agente mecánicos y químicos.

- ✓ Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025) r/c Compromiso de los mecanismos reguladores

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1) Arroyo Fernández de Aguilar J, Romero Marroquín ML, Cardoso MJ, et al. Sistema de Emergencias Sanitarias de Extremadura. Protocolo de actuación extrahospitalaria en el paciente politraumatizado. Disponible en:<http://web.jet.es/daminma/POLITRAUMA.pdf>.
- 2) Barrios de Miranda Z, González de Álvarez L, Herrera Lian A, Jiménez de Tache MT. Atención de la persona politraumatizada en su etapa inicial. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas. 2013;1. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0024.php>
- 3) Carrasco Jiménez MS, Prados Pariente MC. El manejo prehospitalario del paciente politraumatizado. Emergencias y Catástrofes. 2008;1:29-37.
- 4) Comité de trauma del American College of Surgeons. Manual del curso ATLS, Advanced Trauma Life Support Program for Doctors. 7th ed.
- 5) López Espadas F. Manual de asistencia al paciente politraumatizado. Madrid: Arán; 2016.
- 6) Ministerio de Salud. Guía practica de paciente politraumatizado.2015. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DEL_PACIENTE_POLITRAUMATIZADO.pdf