

**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. 2015 - 2017”**

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

**MARIANA OFELIA AGUIRRE REYNALTE**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mariana Ofelia Aguirre Reynalte', written in a cursive style.

**Callao - 2018**

**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ.                      PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES.                      SECRETARIO
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ.                      VOCAL

**ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA.**

N° de Libro: 05

N° de Acta de Sustentación: 173

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 07/03/2018

Resolución Decanato N° 628-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>02</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>04</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	04
1.2 Objetivo	06
1.3 Justificación	06
<b>II. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL</b>	<b>08</b>
2.1 Antecedentes	08
2.2 Marco conceptual o referencial o teórico	11
2.3 Definición de términos	38
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>40</b>
3.1 Recolección de datos	40
3.2 Experiencia profesional	40
3.3 Procesos realizados	47
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>51</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>55</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>56</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>58</b>

distinción de credo, raza, color, sexo, pensamiento político ni estatus social.

Cuando atendemos a un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio.

Esto es el ¿respira?, ¿tiene pulso?, collarín cervical y oxigenoterapia, o si fuese necesario reanimación Cardiopulmonar (RCP) y desfibrilación. Se realiza una valoración de las constantes vitales; frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, pulsoximetría y monitorización del individuo si es posible.

También valoraremos el color de la piel, relleno capilar, tamaño pupilar y su respuesta a la luz, así como el nivel de conciencia. (1)

El presente trabajo académico consta de siete apartados; I: planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, II: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, III: considera la presentación de la experiencia profesional, IV: resultados; V: conclusiones, VI: recomendaciones y el VII: referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la Situación Problemática**

El trauma es considerado mundialmente causa de muerte y discapacidad en las primeras cuatro décadas de vida, cada año mueren aproximadamente 5 millones de personas como consecuencia de lesiones por traumatismo un 9% de todas las causas de mortalidad. En la actualidad los traumatismos son la principal causa de muerte dentro de las primeras cuatro décadas de la vida. Como causa global de muerte en todas las edades, superado únicamente por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Directa o indirectamente los traumatismos tienen además un alto impacto financiero, por los gastos que generan en atención médica. En el Perú los accidentes de tránsito constituyen la primera causa de muerte y de discapacitados. Las lesiones causadas por el tránsito son la octava causa mundial de muerte, y la primera entre los jóvenes de 15 a 29 años. Las tendencias actuales indican que, si no se toman medidas urgentes, los accidentes de tránsito se convertirán en el 2030 en la quinta causa de muerte. Cada año se producen en todo el mundo aproximadamente 1,24 millones de muertes por accidentes de tránsito, y la situación ha cambiado poco desde 2007. Sin embargo, esta estabilización debe examinarse en el contexto de un aumento mundial del 15% en el número de vehículos registrados, lo cual indica que las intervenciones para mejorar la seguridad vial mundial han mitigado el aumento previsto del número de muertes.

Los países de ingresos medios son los que tienen mayores tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, es decir, 20,1 por 100 000, en comparación con 8,7 en los de ingresos elevados y 18,3 en los de ingresos bajos. El 80% de las muertes por accidentes de tránsito

tienen lugar en los países de ingresos medios, que representan el 72% de la población mundial pero solo tienen el 52% de los vehículos registrados en todo el mundo. Los profesionales de enfermería actualmente se están enfrentando con uno de los retos más importantes como es la atención de los pacientes politraumatizados, la importancia de la actividad del personal de enfermería quien debe estar capacitado para proporcionar cuidados eficientes de acuerdo a las necesidades identificadas en el paciente politraumatizado durante su valoración, procediendo a la instalación del tratamiento de acuerdo a la jerarquización de los problemas y las lesiones presentadas. En el departamento de Lima no es ajeno a esta problemática de salud pública, según datos estadísticos para el año 2016 las hospitalizaciones por Politraumatismo fueron 1517 casos.

En el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se observa que pacientes politraumatizados permanecen más tiempo de lo debido en el área de observación, este escenario se debe probablemente a:

- Al grado de gravedad de la lesión.
- Falta de camas.
- Falta de atención inmediata de los enfermeros de turno.
- Falta de capacitación a enfermeros en lesiones de alta complejidad.

Estas razones retardan el tratamiento de cuidados de calidad al paciente, incrementado los riesgos por complicaciones, lo que puede traer como consecuencia una recuperación tardía, complicaciones que pueden ocasionar la muerte.

En este sentido se hacen las siguientes recomendaciones: Incentivar la programación de actividades educativas, con la finalidad de actualizar al personal de enfermería sobre la valoración del

paciente politraumatizado. Incentivar al personal de enfermería a que participen de forma constante y activa en programas de instrucción continua, referido a la valoración del paciente poli traumatizado.

## **1.2 Objetivos**

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015 – 2017.

## **1.3 Justificación**

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes adultos politraumatizados hospitalizados en el servicio de Emergencia Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2016 – 2017 con el propósito de disminuir las complicaciones del paciente durante su estancia hospitalaria.

Asimismo, el presente informe se justifica:

### **Nivel Teórico:**

El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener durante la atención del paciente politraumatizado. Se brindará capacitación al personal del Servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

### **Nivel Metodológico:**

El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por

profesionales de enfermería al establecer los cuidados del politraumatizado, y realizar el manejo del ABCDE del paciente para su pronta recuperación.

**Nivel Práctico:**

A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, sobre la técnica de evaluar el ABCDE en paciente politraumatizado.

**Nivel Económico:**

Los pacientes politraumatizado son un problema para la salud pública como para la familia por la morbilidad que suponen, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan ya que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios y ocasiona en el paciente: pérdida de autonomía, independencia y autoestima.



## II. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL

### 2.1 Antecedentes

**VASQUEZ ZUÑIGA, PERCY LARRY** "Relación de la radiología convencional de cráneo en emergencias con el diagnóstico diferencial de neuropatías en consultorio externo de neurología, en pacientes politraumatizados del Hospital III – Yanahuara EsSalud, Arequipa. 2015"

La presente investigación se realizó en la ciudad de Arequipa, en el Hospital III Yanahuara durante el periodo de Enero a Junio del 2015. Participaron 329 pacientes que ingresaron al hospital por traumatismos al servicio de Emergencia. El objetivo general fue Determinar la relación de la radiología convencional de cráneo en emergencias con el diagnóstico diferencial de neuropatías en consultorio externo de neurología, en pacientes politraumatizados del Hospital III – Yanahuara ESSALUD, Arequipa. 2015. El nivel fue correlacional, retrospectivo y de diseño transversal, la técnica utilizada fue la evaluación radiológica y el instrumento fue la ficha clínico radiológica.

Las conclusiones a las que se llegó SON:

" La radiología convencional de cráneo en emergencias en pacientes politraumatizados es útil en el estudio de fracturas, pero no descarta neuropatías traumáticas. Asimismo que el diagnóstico diferencial de neuropatías en pacientes politraumatizados se realiza por medio de estudios de tomografía y de resonancia magnética indicadas en consultorio externo. Y que la radiología convencional de cráneo en emergencias no tiene relación con el diagnóstico diferencial de neuropatías en consultorio externo de neurología, en pacientes

politraumatizados del Hospital III – Yanahuara EsSalud, Arequipa.  
Quedando anulada la hipótesis de estudio”

**ZARE GAMBOA, ANDY GIANFRANCO** “Lactato Sérico Arterial Elevado Como Predictor De Mortalidad En Pacientes Politraumatizados Del Hospital Regional Docente De Trujillo 2014”

Demostrar que el lactato sérico arterial elevado es predictor de mortalidad en pacientes politraumatizados del Hospital Regional Docente de Trujillo. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes. La población de estudio estuvo constituida por 70 pacientes politraumatizados quienes se dividieron en 2 grupos: lactato sérico arterial elevado y no elevado. Resultados: La frecuencia de mortalidad fue de 25% en los pacientes con lactato elevado. La frecuencia de mortalidad fue de 3% en los pacientes con lactato no elevado. El riesgo relativo del lactato elevado en relación a mortalidad fue de 9 ( $p < 0.01$ ). El promedio de lactato arterial fue de 4.53 en los pacientes fallecidos y de 2.05 en los sobrevivientes ( $p < 0.01$ ).

Conclusiones: El lactato arterial elevado es factor predictor de mortalidad en pacientes politraumatizados. El promedio de lactato arterial fue significativamente mayor en los pacientes fallecidos respecto a los sobrevivientes. Palabras Clave: Lactato arterial, mortalidad, politraumatizados.

### **ATAUCURI LINARES, MARIANA TERESA**

“Calidad de cuidados de enfermería al paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Hospital de apoyo Puquio-Felipe Huaman Poma de Ayala 2017”

Los Traumatismos constituyen una de las primeras causas de muerte en el Perú, según el anuario Epidemiológico y Estadístico Vital del MSDS para el año 2015. Se debe proporcionar de manera oportuna y sistematizada la atención y manejo del paciente politraumatizado garantizando la estabilización de las funciones vitales delimitando las complicaciones que pongan en peligro la vida con apego a los estándares actuales a través de las intervenciones de enfermería

### **MARÍA ISABEL MUNAYCO MORENO**

“TRAUMA ABDOMINAL ABIERTO POR ARMA DE FUEGO CON LESIÓN EN INTESTINO DELGADO, AISLADA Y ASOCIADA A OTROS ÓRGANOS: LA RELACIÓN RESPECTO A LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD” Facultad de Medicina Humana; UNMS, Lima-Perú, 2015.

Se realizó un estudio de Cohorte en el cual se registraron 113 intervenciones por traumatismos abdominales causados por arma de fuego, de las cuales 62 (54.9%) tuvieron afección del Intestino delgado y 51 (45.1%) no presentaron afección de dicho órgano.

De los 62 pacientes con lesiones penetrantes en intestino delgado, 4(6.45%) duodeno, 15(24.19%) en yeyuno y 36(58.06%) íleon. Con lesiones concomitantes de más de un segmento del intestino delgado, 1(1.62%) duodeno y yeyuno, 6(9.68%) yeyuno e íleon y ninguno con afección de los 3 segmentos. Se tomó esta población como nuestro universo de estudio.

## **EDISSON ANDRÉS MOGOLLÓN GUZMÁN;**

**“TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMA ABDOMINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE TRAUMA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO - DICIEMBRE DE 2014”, Ecuador; 2016.**

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por trauma abdominal en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Se estudiaron un total de 54 pacientes que fueron intervenidos por trauma abdominal, con una edad promedio 31 +/-11 años; el 75.9% fueron menores de 36 años; trauma cerrado, 57,4%; el 87% hombres, El principal accidente de tránsito, fue la colisión, 72%. La lesión asociada más 34 importante, trauma torácico, 35,7%. El 90,7% presentó dolor abdominal. El 76,9% de FAST fueron positivos. Se realizó laparotomía, 77,8%; control de daños, 18,5%. El bazo e intestino delgado fueron los órganos más afectados. La rafia primaria registró, 88,8%; la Esplenectomía; 76,6%. Un 38,9% necesitó hemoderivados; el 25,9%, ácido Tranexámico Vásquez

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

#### **1.-Definición:**

Paciente que sufre lesiones externas e internas que involucran uno o más órganos y sistemas, causados generalmente por un mecanismo externo que pone en riesgo la vida.

## **2.-Etiología**

El trauma es la primera causa de muerte en la población joven y la tercera en la población general, siendo el politraumatizado, la primera causa por trauma, sobre todo en las primeras cuatro décadas de la vida, con un porcentaje elevado de incapacitados permanentes, con la consiguiente repercusión laboral y económica para la sociedad y para el estado.

La morbilidad está directamente ligada a la gravedad y nivel de compromiso de las lesiones iniciales del paciente politraumatizado.

Todos los pacientes traumatizados tienen potencial riesgo de vida, hasta demostración de lo contrario el politraumatizado es un paciente grave. La monitorización clínica debe ser continua ya que los hechos suceden muy rápidamente.

En cuanto a la epidemiología el trauma es la primera causa de muerte en personas entre 1 y 40 años de edad.

El 80% de los adolescentes que mueren es por trauma, un 60% de los niños que mueren es por la misma causa y se destaca el riesgo elevado en ancianos.

Datos estadísticos pertenecientes a EEUU mostraron; 150.000 muertes anuales por trauma, 70.000.000 de pacientes lesionados, 1.000.000 personas con invalidez temporal, 450.000 personas con invalidez permanente.

Del total de 150,000 muertes, 2/3 mueren se produjeron por lesiones no intencionales tales como: colisiones vehiculares, caídas, accidentes de trabajo, accidentes recreacionales y en el hogar, 1/3 causado por violencia.

El trauma causa:

- 2.6 millones de hospitalizaciones por año.
- 37 millones de visitas anuales al Servicio de Urgencias.

Se ha demostrado la influencia cada vez más creciente que tiene el alcohol, este causa:

- El 40% de las muertes en colisiones vehiculares involucran alcohol.
- El 40% de los peatones muertos habían ingerido alcohol

Se considera como los 3 factores riesgo más importante involucrado al alcohol, agravios menores y armas constituyendo así la triada de la muerte.

### **3.-Factores de riesgo**

- 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.
- Mala movilización del politraumatizado
- Factor Tiempo: debe tomarse las medidas correctivas lo más pronto posible

### **4.-Clasificación de los politraumatismos**

Se clasificarán de acuerdo a las heridas sufridas por el accidentado en tres categorías:

- **Leve:** Paciente cuyas heridas y/o lesiones no representan un riesgo importante para su salud inmediata (no existe riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria).
- **Moderado:** Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24-48 hrs. de sufrido el accidente.
- **Grave:** Paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles.

## 5.-Causas de muerte en el politraumatizado

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

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

En las lesiones del primer tipo poco se puede hacer. Son las del segundo tipo las susceptibles de tratamiento, por lo que se beneficiaran de una asistencia sanitaria inmediata.

Así se habla de la **hora dorada**, para que ésta alcance su máxima eficacia y el mínimo de mortalidad han de cumplirse tres condiciones:

- Inicio del tratamiento de forma inmediata.
- Reducción al máximo del tiempo de transporte desde el lugar del traumatismo hasta un centro adecuado.
- Transporte en un medio adecuado y con personal calificado y competente. (5)

**PROTOCOLO DE ATENCION AL PACIENTE  
POLITRAUMATIZADO  
VALORACION PRIMARIA**

**A.-MANEJO DE LA VÍA AEREA**

La permeabilidad y estabilidad de la vía aérea es el primer punto a valorar. En un individuo inconsciente hay que comprobar su vía aérea, en el sujeto que tiene disminuido su nivel de conciencia puede ocurrirle la caída de la lengua hacia atrás y / o una bronco aspiración. La cabeza y el cuello no deben ser extendidos en un politraumatizado; la utilización de la tracción del mentón con control cervical, es la maniobra de elección para la apertura de la vía aérea. Si la vía aérea no fuese permeable se deben extraer los objetos que la obstruyan o en su defecto valorar la punción cricotiroidea. Valorar también la intubación oro traqueal si fuese necesario, y la cánula de Guedell.

**B.-VENTILACION**

Para evaluar la ventilación se debe exponer completamente el tórax; inspeccionar la simetría de la caja torácica, la amplitud de movimientos de ambos hemitórax, buscar heridas y distensión de las venas del cuello; palpar el tórax para identificar fracturas, dolor, o enfisema subcutáneo, y el cuello para establecer la posición de la traquea; percudir para evaluar la matidez o hiperresonancia del tórax; auscultar la calidad y simetría de los ruidos respiratorios.

En esta fase el esfuerzo del médico debe dirigirse a excluir el diagnóstico de tres lesiones que ponen en riesgo la vida del paciente traumatizado:

- 1 Neumotórax a tensión.
- 2 Neumotórax abierto.
- 3 Tórax inestable con contusión pulmonar.



### **Manejo de la ventilación**

Se debe verificar la permeabilidad de la vía aérea y continuar el suministro de oxígeno.

Si existe neumotórax a tensión, debe tratarse de inmediato mediante la colocación de una aguja en el tercer espacio intercostal sobre la línea medio clavicular y a continuación colocar un tubo de tórax en el quinto espacio intercostal con línea axilar media.

Un neumotórax abierto debe convertirse en neumotórax cerrado cubriendo el defecto con un apósito que se fija con esparadrapo en tres lados, dejando uno libre; luego se coloca un tubo de tórax en el sitio señalado.

### **C.-CIRCULACIÓN Y CONTROL DE LA HEMORRAGÍA**

La evaluación del estado circulatorio del paciente traumatizado se basa en cuatro elementos sencillos:

- 1 Estado de conciencia:** a medida que disminuye el volumen circulante, la perfusión cerebral se compromete y el estado de conciencia se altera. Un estado de agitación psicomotora en un paciente traumatizado debe considerarse como indicador de hipoxia cerebral y no atribuirlo a tóxicos.
- 2 Color de la piel:** después del trauma, una piel rosada, especialmente en la cara y las extremidades, prácticamente excluye hipovolemia crítica. En contraste, una piel pálida, fría, sudorosa y de color cenizo es signo inequívoco de hipovolemia severa.
- 3 Examen de las venas del cuello:** la ingurgitación de las venas del cuello sugiere que el colapso circulatorio se debe a

taponamiento cardíaco o a neumotórax a tensión; por el contrario, unas venas vacías indican hipovolemia.

- 4 Pulsos:** se deben palpar los pulsos centrales (femorales y carotídeos) y establecer su amplitud, ritmo y frecuencia. Unos pulsos amplios, regulares y de frecuencia normal indican volemia normal. Por el contrario la disminución de la amplitud y el aumento de la frecuencia son signos de hipovolemia.

El manejo del compromiso circulatorio del paciente traumatizado tiene dos componentes esenciales:

**Restitución de la volemia:** se deben canalizar al menos dos venas periféricas con catéteres plásticos cortos y de grueso calibre (No. 14 ó 16 fr.). Se prefieren en general las venas de los miembros superiores, evitando canalizar las venas que crucen los sitios lesionados.

En caso de tener dificultades para canalizar una vena por punción percutánea, se debe recurrir a la disección de las venas de los miembros superiores o de la safena en la región premaleolar o inguinal. La safena debe evitarse en pacientes con traumatismo abdominal penetrante en quienes pueda suponerse lesión de la vena cava inferior. El cateterismo de las venas centrales, subclavias o yugulares internas, debe evitarse en el paciente con trauma por el riesgo de agravar las lesiones existentes con las complicaciones propias de este procedimiento.

Una vez canalizadas las venas, se toman muestras para hemoclasificación y pruebas cruzadas, estudios de laboratorio clínico y toxicológico y prueba de embarazo en las mujeres en edad fértil.

Inicialmente se infunden 2 litros de solución electrolítica balanceada (Lactato de Ringer o Solución Salina Normal) y se observa la respuesta clínica: mejoría del estado de conciencia, disminución de la frecuencia y mayor amplitud del pulso, mejoría de la coloración de la piel y del gasto urinario. Si la respuesta es favorable se puede disminuir la infusión de líquidos; si es transitoria o no existe, debe continuarse la administración de líquidos.

Al tiempo con la restitución de la volemia es necesario identificar la fuente de hemorragia para proceder a controlarla.

**Control de la hemorragia:** las pérdidas sanguíneas en un paciente traumatizado pueden tener solamente uno de los siguientes cinco orígenes:

- Hemorragia externa.
- Tórax.
- Abdomen.
- Pelvis.
- Fracturas de huesos largos.

El control de la hemorragia externa debe hacerse por presión directa con la mano; el uso de torniquetes causa isquemia y lesiona los tejidos; el empleo a ciegas de pinzas hemostáticas usualmente es infructuoso, toma tiempo y puede agravar el daño existente en las estructuras neurovasculares. El manejo de la hemorragia intratorácica e intraabdominal requiere cirugía inmediata.

La hemorragia pélvica se puede auto controlar dentro de los tejidos blandos y musculares de la pelvis. Sin embargo, las decisiones pueden ser complejas y requerir manejo multidisciplinario, en el cual deben participar el cirujano general para excluir la hemorragia abdominal, el ortopedista para practicar la fijación externa y el radiólogo para la práctica de embolización angiografía selectiva.

Durante el manejo circulatorio deben insertarse sondas vesical y gástrica:

**Sonda vesical:** la colocación de sonda vesical tiene como objetivo principal facilitar la medición de la diuresis, que es el mejor parámetro indicador de la volemia.

En los hombres con trauma cerrado no debe colocarse sonda uretral mientras no se haya inspeccionado el meato urinario en búsqueda de sangre, examinado el periné para determinar la presencia de equimosis y practicado tacto rectal para evaluar la ubicación normal de la próstata.

La presencia de cualquier hallazgo anormal durante esta evaluación contraindica la colocación de sonda uretral.

**Sonda gástrica:** la sonda nasogástrica se coloca para disminuir la distensión del estómago y el riesgo de bronco aspiración. La presencia de equimosis periorbitaria debe alertar sobre la existencia de fractura de la lámina cribosa y contraindica el paso de la sonda por la nariz pues hay riesgo de introducirla en la cavidad craneana. En esta situación el paso deberá hacerse por al boca.

#### **D.-EVALUACION NEUROLOGICA**

La Revisión Primaria termina con una rápida evaluación neurológica, cuyo objetivo es establecer el estado de conciencia, el tamaño y la reacción de las pupilas. Debe comprobarse si el paciente está alerta, si hay respuesta a estímulos verbales o solamente a estímulos dolorosos o si está inconsciente. La calificación en la Escala de Coma de Glasgow se lleva a cabo durante la evaluación secundaria.

La alteración de la conciencia puede ser debida a hipoxia cerebral o ser consecuencia de traumatismo craneoencefálico. Por esta razón, ante un paciente con cambios de conciencia deben reevaluarse

frecuentemente el estado de la vía aérea, la ventilación y el compromiso hemodinámico. Para hacer diagnóstico de alteración de la conciencia secundaria a intoxicación, siempre deben excluirse primero las causas más frecuentes: hipoxia cerebral y trauma craneoencefálico.

El examen de las pupilas se limita durante la revisión primaria a evaluar su tamaño, simetría y la respuesta a la luz. Toda asimetría en el diámetro pupilar mayor de 1mm se considera anormal.

### **E.-EXPOSICIÓN DEL PACIENTE**

El paciente debe desvestirse completamente, cortando la ropa en caso necesario para facilitar su evaluación completa. Una vez desnudo debe cubrirse con mantas secas y tibias para prevenir la hipotermia. Lo ideal, y tal vez la mejor medida en la prevención de la hipotermia, es la administración de las soluciones electrolíticas tibias (39°C). Para ello puede utilizarse un horno microondas que permita calentar los líquidos hasta alcanzar esta temperatura.

La sangre y sus derivados no se deben de calentar por este sistema.

### **EVALUACION SECUNDARIA**

La valoración secundaria consiste en un análisis pormenorizado de posibles lesiones desde la cabeza a los pies, mediante la vista, el oído y el tacto. El examen secundario no se inicia hasta que no se halla realizado la valoración inicial y resuelto los problemas vitales.

En esta fase es donde colocaremos las sondas naso gástrica y vesical, si sospechamos posible lesión de la lámina cribiforme la sonda naso gástrica la colocaremos por la cavidad bucal.

### **A.- Anamnesis**

Durante la evaluación secundaria, todos los aspectos relacionados con los mecanismos del trauma, la escena del accidente, el estado

inicial, la evolución y los antecedentes se averiguan interrogando al paciente, a sus familiares o al personal que prestó la atención prehospitalaria.

En el registro de los antecedentes deben incluirse las alergias, el empleo de medicamentos, las enfermedades sufridas con anterioridad al trauma, la hora de la última comida y la ingestión de alcohol o el consumo de otras sustancias psicoactivas

## **B. Examen físico:**

### **Cabeza y cara**

Inspeccionar la cabeza buscando lesiones externas.

Palpación del cráneo en busca de fracturas.

Signos de fractura de la base de cráneo:

Otorragia y Hematoma peri orbitario (o en anteojos) Hematoma mastoideo

Traumatismo facial: si no compromete la vía aérea, deberá tratarse cuando el paciente esté estable.

Retirar el casco entre dos personas.

### **Cuello**

Su exploración es primordial en traumatismos por encima de la clavícula.

Inspección del cuello y posición de la tráquea; si estuviera desviada, en un paciente con traumatismo torácico, sospechar neumotórax a tensión.

Si vemos las venas del cuello distendidas, pensaremos en:

Neumotórax a tensión ó Taponamiento cardíaco Presencia de laceraciones y/o hematomas.

Palpación del pulso carotídeo; supone una PA. Sistólica > 60 mm Hg. Existencia de enfisema subcutáneo cervical; pensaremos en:

Neumotórax

Rotura traqueal

Explorar la nuca para ver: Si hay crepitación y/o dolor

Palpar apófisis espinosas de las vértebras.

Solicitar RX lateral cervical que incluya las siete primeras vértebras, para lo cual traccionaremos de los brazos del paciente.

### Tórax

Inspección y palpación de clavículas y costillas para valorar:

Deformidades o heridas

Movimientos torácicos

Presencia de enfisema subcutáneo

Auscultación de ambos hemitórax y corazón para valorar:

- 1.- **Hemoneumotórax** : Requiere drenaje urgente
- 2.- **Inestabilidad torácica:** Ventilación mecánica y quirúrgica urgente
- 3.- **Contusión pulmonar:** Asegurar una PO<sub>2</sub> >80 mm Hg.
- 4.- **Contusión cardíaca:** Controlar aparición de extrasistolia ventricular y/o taquiarritmias
- 5.- **Taponamiento cardíaco:** Drenar de urgencia sólo si existe compromiso hemodinámico

Solicitar RX de tórax y hacer ECG.

Si existe duda diagnóstica, pedir TAC torácico. Si hay ensanchamiento mediastínico (>8 cm.) en la RX de tórax, obligará a descartar rotura aórtica, por lo que solicitaremos, arteriografía de grandes vasos

## **Abdomen**

Inspección para ver si hay distensión, erosiones, hematomas, heridas en "banda" (cinturón)

Palpar el abdomen para ver si hay: dolor o defensa muscular percutir por si hubiera timpanismo (aire) o matidez (líquido) Auscultar para objetivar presencia de ruidos o silencio

RX abdomen: ¡DESCARTADA!

Enfermos con inestabilidad hemodinámica: **PLP** (punción lavado peritoneal). También se realizará cuando tengamos sospecha de:

-Presencia de hemo peritoneo traumático

-Hipovolemia no filiada

-Interferencia del nivel de conciencia por:

TCE

Alcohol

Drogas

## **Pelvis**

*Esta fractura* (incluso como lesión única) *puede causar shock muy severo* y de difícil control si el Traumatólogo no coloca un fijador externo de manera urgente.

La compresión lateral del cinturón pelviano será dolorosa si hay fractura.

Suele producir hematoma perineal y genital pasadas 24- 48 horas.

Imprescindible RX simple de pelvis.

Examen perineal y tacto rectal para valorar la presencia de: Sangre

Desgarros

Hematomas

Integridad de la pared de recto.



Ante fractura de pelvis y enfermo inestable, y tras descartar lesión intraabdominal por PLP, se recomienda solicitar:

## ARTERIOGRAFÍA

### **Extremidades y espalda**

Inspección, buscando: Heridas, deformidades anatómicas, fracturas  
Palpación, para identificar: Zonas dolorosas, crepitación, pulsos periféricos  
Proceder a: Curar heridas, Inmovilizar fracturas, Inmunización antitetánica

Realizar las proyecciones radiológicas necesarias para confirmar/descartar fracturas óseas.

## **EQUIPO DE REANIMACIÓN DE ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Debe estar formado por un grupo de médicos y personal de enfermería con conocimientos comunes y específicos para diagnosticar y tratar a este tipo de pacientes.

### **Composición:**

Director/coordinador, encargado de dirigir, coordinar y planificar las necesidades prioritarias de actuación y tratamiento para cada enfermo  
Dos enfermeras, Médico de apoyo

### **Funciones del director de equipo**

Realizará una valoración rápida para ver y actuar si: La vía aérea está permeable

- Ventila adecuadamente
- Recibe oxigenación
- Existen signos de shock o sangrado externo

- Hay deterioro del nivel de conciencia o focalidad neurológica (escala de coma de Glasgow)
- Precisa la actuación y colaboración de especialistas

### **Funciones de enfermería**

<b>Enfermera A</b>	<b>Enfermera B</b>
<p>Colocará una vía periférica (1) de grueso calibre y realizará extracción de muestras para determinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo y pruebas cruzadas</li> <li><input type="checkbox"/> Hemograma completo</li> <li><input type="checkbox"/> Coagulación</li> <li><input type="checkbox"/> Bioquímica</li> <li><input type="checkbox"/> Niveles de tóxicos</li> </ul> <p>Colocará electrodos para monitorización de ECG.</p>	<p>Colocará vía periférica (2)</p> <p>Controlará constantes vitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> T. A.</li> <li><input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca</li> <li><input type="checkbox"/> Frecuencia respiratoria</li> <li><input type="checkbox"/> Temperatura</li> </ul> <p>Colocará sondas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Naso gástrica</li> <li><input type="checkbox"/> Vesical</li> </ul>

### **Funciones médico de apoyo**

Recogerá información sobre:

- 1.-Causas del accidente y circunstancias en que se ha producido
- 2.-Transporte realizado e incidencias durante el mismo
3. Tratamiento realizado y maniobras
- 4.- Antecedentes del paciente y anamnesis detallada (si hay familiares próximos) sobre posibles Alergias, toma de Medicación

Tóxicos, Lesiones previas, última comida y sucesos previos al accidente. (8)

## **COMPLICACIONES**

Tales como shock, falla respiratoria y muerte.

### **Choque circulatorio**

El **choque** es una seria condición médica en que la perfusión del tejido fino es insuficiente para cubrir la demanda de oxígeno y nutrientes. Éste estado de hipo perfusión es una emergencia médica peligrosa para la vida y una de las principales causas que conducen a la muerte de la gente en estado crítico.

Choque – definiciones:

1. Síndrome clínico producto de la insuficiencia del sistema cardiovascular para mantener la Homeostasis Metabólica Tisular, trayendo como consecuencia el balance negativo de oxígeno y nutrientes, que lleva a una disminución del Consumo de Oxígeno Celular y por ende a la disfunción y fallo orgánico.
2. Fallo del sistema circulatorio para mantener una perfusión y función adecuada de los tejidos.
3. Estado de disfunción circulatoria que resulta en el fallo de provisión de oxígeno y nutrientes de manera suficiente a los tejidos, causando des balance en el equilibrio metabólico de estos, resultando la deficiencia aguda de oxígeno celular.
4. El choque es un síndrome clínico de carácter crítico y complejo originado por múltiples causas, dado en el seno de una enfermedad grave, donde éste es producido por una reducción del aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos, lo que determina lesión celular, inicialmente reversible. Si se prolonga el estado de choque generalmente el daño celular es irreversible

El factor común en la mayoría de las definiciones del choque es la insuficiencia del sistema circulatorio para mantener la perfusión y la función celular.

**Características:**

La Disminución del consumo de oxígeno en la célula es la marca característica y básica del choque. La disfunción inicial y fallo celular posterior es condicionado por la incapacidad de la célula para poder mantener sus funciones adecuadamente (esto debido a la falta de oxígeno y nutrientes y la incapacidad concomitante para movilizar desechos metabólicos). La célula entra en una situación grave en lo que respecta a la producción de energía.

El déficit se hace crítico y esta comienza a tener problemas para mantener su funcionamiento e integridad. De aquí que si las condiciones que ocasionan el choque no son revertidas la célula simplemente muere.

Si consideramos que un órgano está formado por células y que diferentes órganos forman un sistema, podemos extrapolar y pensar en la evolución de los daños desde la célula hasta la disfunción y fallo orgánico. Del Fallo Orgánico se comienza a considerar el Fallo de los Sistemas. Ante una situación crítica como la que representa el choque, la mortalidad se va a estar relacionando con:

1. La causa del choque.
2. La duración del estado nosológico que ocasiona el choque.
3. Grado de disfunción orgánica (mayor gravedad y mayor mortalidad en relación a número de órganos en disfunción)
4. Número de órganos en fallo (mayor mortalidad en relación a mayor número de órganos en fallo)

5. **Hipoxia:** es una condición patológica de la célula en la cual los requerimientos de energía son mayores que la producción de energía aeróbica. La célula no es capaz de producir la energía necesaria debido a un escaso consumo de oxígeno (ya sea por falta disponibilidad o incapacidad para utilizarlo).
1. **Anoxia:** es una condición patológica en la que no hay disponibilidad de oxígeno para la célula (situación vista en casos de paro circulatorio).
2. **Isquemia:** es una condición patológica en que se produce la disminución de oxígeno y nutrientes a los tejidos (y por ende a la célula), condicionada por la disminución del flujo sanguíneo.
3. **Disfunción Celular Hipoxica:** es el conjunto de trastornos celulares ocasionados por la incapacidad de los mecanismos anaerobios para mantener los requerimientos energéticos que garanticen el funcionamiento adecuado de los diferentes procesos metabólicos en la célula.
4. **Daño Celular Irreversible:** Se define como el conjunto de trastornos que son capaces de ocasionar una lesión irreparable debido a que los mecanismos anaerobios de producción de energía son incapaces de suplir las necesidades energéticas necesarias para los mantener diferentes procesos metabólicos responsables de la integridad celular.
5. **Síndrome de Disfunción Multiorgánica:** Presencia de función orgánica alterada en pacientes agudamente enfermos, de tal forma que la homeostasis no puede ser mantenida sin la intervención terapéutica.
6. **Síndrome de Fallo Multiorgánico:** Definido por la incapacidad del órgano u órganos para mantener la homeostasis siendo necesario el mantenimiento continuo de medidas de soporte de vida.

Esta falla orgánica puede ser:

1. Primaria: por el daño directo del órgano.
2. Secundaria: por causa de la patología de base.

La respuesta a la Hipoxia depende de la actividad y los requerimientos energéticos de cada célula. La tolerancia a la hipoxia es variable según los diferentes tipos.

Por ejemplo:

La Célula Muscular Esquelética recobra su función normal a los 30 minutos después de isquemia, el Hepatocito presenta daño irreversible a las 2,5 horas después de haber sido sometido a isquemia, la Neurona presenta daño irreversible a partir de los 4 – 6 minutos de haberse iniciado la isquemia

### **Tipos de Choques:**

#### **Clasificación Etiológica**

1. **Hipovolémico Absoluto.** Éste es el más común tipo de choque y es causado por la disminución del volumen sanguíneo. La Causa principal de esta disminución es la pérdida de sangre por causas internas (como las hemorragias) o externas (como las pérdidas a través de fístulas o quemaduras graves).

**1.- Hipovolémico Relativo.** (o choque distributivo). Ocurre debido a alteraciones de la relación contenedor/contenido.

Se subdivide en:

**Séptico.** Es causado por una fuerte infección que conduce la vaso dilatación, por ejemplo debido a bacterias Gram. Negativas.

Es tratada por medio de la administración de antibióticos, vasoconstrictores y el reemplazo de fluidos.

-

**Anafiláctico.** Es causado por una reacción anafiláctica severa a un alérgeno, a un antígeno, a una droga o a una proteína externa, causando la liberación de la histamina; ésta última causa vaso dilatación extensa. Conduce a la hipotensión y el aumento de la permeabilidad capilar.

**Neurogénico.** Es la forma más rara de choque. Es causada por un trauma en la médula espinal, lo que resulta en la pérdida repentina de reflejos autónomos y motores debajo del punto de lesión (esto es, en cualquier punto desde la lesión hacia la o las extremidades más cercanas). Sin el estímulo del sistema nervioso simpático las paredes del recipiente se relajan de forma incontrolada, dando por resultado una disminución repentina de la resistencia vascular periférica, conduciendo a la vaso dilatación y a la hipotensión

**Cardiogénico.** Es causado por la falla o ineficacia del corazón al bombear sangre, causado por daños en los músculos cardíacos debido al infarto del miocardio. Otras causas del choque Cardiogénico incluyen arritmias, la cardiomiopatía, el paro cardíaco congestivo (CHF), "contusio cordis" o problemas de la válvula cardíaca.

**Obstruccionivo.** En éste el flujo de sangre se obstruye impidiendo e incluso deteniendo por completo la circulación. Varias condiciones dan lugar a esta forma de choque.

1. **Taponamiento Cardíaco.** En el cual la sangre en el pericardio evita la afluencia de la sangre al corazón (retorno venoso).
2. **Pericarditis Constrictiva.** En el cual el pericardio se contrae y endurece, es similar al Taponamiento Cardíaco.
3. **Tensión Neumotóraxica.** Con la presión intratorácica elevada, el flujo de sangre al corazón se detiene (retorno venoso).**Embolia Pulmonar Masiva.** Es el resultado de un incidente trombo embólico

en los vasos sanguíneos pulmonares y obstaculiza la vuelta de la sangre al corazón.

4. **Estenosis Aórtica.** En que se obstaculiza la circulación al obstruirse el flujo de salida de la sangre a través del tracto ventricular.

**2. Choque Endocrino.** Se debe a alteraciones endocrinas, y su inclusión como un tipo de choque es reciente. Se distinguen tres causas básicas.

1. **El Hipotiroidismo.** En pacientes críticamente enfermos, reduce volumen cardiaco y puede conducir a la hipotensión y a la insuficiencia respiratoria.

2. **Tirotoxicosis.** Puede inducir una cardiomiopatía reversible; es causado por un exceso en la circulación de tiroxina (T4) libre o de triyodotironina (T3) libre.

3. **Escasez Suprarrenal Aguda.** Es frecuentemente el resultado de continuar el tratamiento del Corticosteroides sin disminuir gradualmente la dosificación. Sin embargo esta condición también puede darse a lugar debido a la cirugía y la enfermedad ínter corriente en pacientes en terapia de corticoesteroides, si no se realiza un ajuste de la dosificación para ajustarse a los requisitos crecientes de la misma.

4. **Escasez Suprarrenal Relativa.** Ocurre en pacientes críticamente enfermos cuando los niveles hormonales actuales son insuficientes para cubrir la mayor demanda.

**Primeros auxilios:**

Los primeros auxilios para el tratamiento del choque incluyen:

Confortar inmediatamente al paciente si está consciente.

Si se está solo con el paciente se debe ir por ayuda; en caso contrario se debe enviar a alguien por ayuda mientras otra persona se queda con el paciente.



Asegurar la apertura de la vía respiratoria y determinar si hay respiración.

Colocar al paciente en posición de recuperación si es capaz:

- Aplicar presión directa a cualquier sangramiento obvio.
- Cubrir al paciente con una manta o chaqueta no muy gruesa.
- No ofrecer bebidas, si el paciente las pide solo humedecer los labios.
- Prepárese para realizar reanimación cardiopulmonar.

Una vez que usted haya atendido las necesidades inmediatas del paciente enfóquese en recolectar información: ¿Qué ocurrió? ¿Tiene problemas médicos? ¿Toma algún medicamento? ¿Es alérgico a algún medicamento? Escriba ésta información si es posible, el paciente puede perder la consciencia, perdiéndose ésta invaluable información.

Provea la información obtenida al personal de la ambulancia cuando llegue.

El manejo del estado de choque requiere intervención inmediata, incluso antes de hacer un diagnóstico. La meta fundamental en caso de choque es reestablecer la perfusión a los órganos por medio de la restauración y mantenimiento de la circulación sanguínea, asegurándose de que la oxigenación y presión de la sangre son adecuadas para evitar complicaciones. Los pacientes atendidos con síntomas de choque, sin importar el tipo, deben tener su vía respiratoria libre y terapia de oxígeno iniciada.

En caso de insuficiencia respiratoria puede ser necesaria la intubación y ventilación mecánica. Un paramédico puede intubar a un paciente fuera del hospital en caso de emergencia; mientras que un paciente con insuficiencia respiratoria sería intubado por un médico si se encontrase en un hospital.

La razón de estas actividades es asegurar la supervivencia del paciente durante su transporte al hospital; éstas no curan la causa del choque.

Se debe establecer un compromiso entre:

Aumentar la presión sanguínea para permitir el transporte "seguro" (cuando la presión sanguínea baja, cualquier movimiento puede bajar la perfusión del corazón y del cerebro, y en consecuencia causar la muerte).

Respetar el valioso tiempo. Si es necesaria una cirugía, ésta debería ser llevada a cabo durante la primera hora para maximizar la oportunidad de sobrevivir del paciente.

### **UNIDAD DE SHOCK TRAUMA**

Es el área de la emergencia destinada al manejo urgente de los pacientes críticamente enfermos con el propósito de restablecer su estabilidad hemodinámica.

### **CARACTERISTICAS DE LA UNIDAD DE SHOCK-TRAUMA**

Debe permitir atender al paciente en forma privada. El diseño debe responder a la eficiencia.

Tamaño suficiente que permita realizar diversos procedimientos de urgencia

Ubicación en área de fácil acceso y cerca de la entrada de ambulancias.

- Puertas amplias y buena iluminación.
- Alarma y extintor de incendios.
- Conexiones eléctricas operativas y suficientes.
- Sistema adecuado de intercomunicaciones.
- Aspiración y oxígeno centralizado.
- Lavamanos.

## **EQUIPAMIENTO**

- Camillas (02) móviles, multiposiciones y Coche de paro
- Monitor cardiaco con desfibrilador Oxímetro de pulso
- Bombas de infusión
- Ventilador mecánico
- Aspirador de secreciones

## **EQUIPO DE TRAUMA**

Debe contar con un líder y estar compuesto como mínimo por:  
Medico emergenciólogo o intensivista

- Médico cirujano general
- Enfermera
- Auxiliar

### **2.2.3.- CUIDADO INTEGRAL. -**

El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de Enfermería. En tal sentido Leininger (1984) refiere que "El Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería." De manera que para la Enfermera el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente. Collière (1987) refiere que cuidar "es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, de manera temporal o definitiva. De manera que el cuidar es ante todo un acto de vida, ya que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que esta se continúe y se reproduzca, de ahí, que la Enfermera, realiza una serie de acciones por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a satisfacer sus necesidades mediante: las Acciones de Cuidado y las Acciones Administrativas.

Nosotros, quienes ejercemos la enfermería, continuamente reflexionamos y quizá redefinimos cuál es el quehacer de nuestra profesión tratando de dirigir nuestra actuación a ejercer, gestionar, investigar o enseñar el cuidado de enfermería, sin embargo, pocas veces disertamos si la verdadera esencia de enfermería se encuentra presente en cada una de nuestras actividades.

Esta premisa nos brinda la oportunidad de visualizar al cuidado como algo más que atender las necesidades de los pacientes o comunidades. De las definiciones antes presentadas podemos decir que la esencia de la enfermería es la calidad del cuidado y que este debe caracterizarse por su calidad, la cual implica no solo buena competencia técnica, sino también una buena relación interpersonal enfermera- paciente procurando entablar desde el primer momento de la interacción una comunicación que nos permite identificar necesidades primordiales de salud en el paciente.

#### **2.2.4. TEORIAS DE ENFERMERÍA**

Las teorías de enfermería son el fundamento científico del actuar diario de la enfermera y constituyen representaciones de la realidad de la práctica de enfermería, representan los factores implicados y la relación que estos guardan entre sí, varían en su aplicación de acuerdo a la situación de salud-enfermedad del usuario; por otra parte, se convierten en un instrumento que nos recuerda los aspectos del cuidado que se podrían olvidar o ignorar y la relación entre los factores físicos y psicológicos, teniendo en cuenta esta interacción a la hora de brindar los cuidados de enfermería.

Siendo el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el servicio que brinda atención a pacientes con diversos problemas como: traumas, accidentes automovilísticos, accidentes laborales y domésticos, heridos por armas blancas o de fuego, por intento de suicidio, intoxicados, personas con quemaduras, etc; y

estos de necesidad emergente de recibir atención; la enfermera/o es quien casi siempre recibe a los pacientes y es ella o él quien realiza la primera valoración de su estado y es en este momento cuando se pone a prueba todos sus conocimientos, aptitudes y habilidades, para garantizar la calidad del cuidado de enfermería que contribuye a la recuperación del paciente.

En este contexto entonces se debe resaltar que para el desarrollo de actividades laborales específicas del profesional de enfermería en este servicio se toma en cuenta el fundamento científico de:

**Virginia Henderson**, Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando de cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana.

Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

**Necesidades básicas**

1. Respiración y circulación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.

5. Sueño y descanso.
6. Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Creencias y valores personales.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.....
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

**Definición de la función de enfermería:** "Asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible".

**Relación con el paciente en el proceso de cuidar:**

1. **Nivel sustitución:** El enfermero sustituye totalmente al paciente.
2. **Nivel de ayuda:** El enfermero lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. **Nivel de acompañamiento:** El enfermero permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

**Relación del enfermero con el equipo de salud:**

Será una relación de respeto y nunca de subordinación, puede ocurrir la solapación de las funciones de todos ellos.

### **Equipo de atención incluye al paciente y su familia:**

Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se tratará de que ambos alcancen el máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

- a) Enfermera:** Es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica para dar cuidado y ayuda al individuo familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística ética y de responsabilidad legal adecuados conocimientos en el área profesional, biológica, psicosocial y humanística y entrenado en las técnicas específicas y en el curso del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias del país.
- b) Politraumatizado:** Paciente que sufre lesiones externas e internas que involucran uno o más órganos y sistemas, causados generalmente por un mecanismo externo que pone en riesgo la vida.
- c) Shock Traumático:** Es una de las complicaciones más graves de un traumatismo es el shock (choque). Es un estado de depresión o colapso del sistema vascular periférico, y una insuficiencia circulatoria de los vasos sanguíneos del cuerpo, donde interviene principalmente los capilares.
- d) Hemorragia:** es la salida de sangre desde el aparato circulatorio, provocada por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias o capilares. Es una lesión que desencadena una pérdida de sangre, de carácter interno o externo, y dependiendo de su volumen puede originar diversas complicaciones.

- e) **Paciente:** Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud. En la medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar.
- f) **Lesión:** En clínica, una lesión es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones.
- g) **Medicamento:** es uno o más fármacos integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en personas o en animales, dotado de propiedades que permiten el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar el estado de salud de las personas enfermas, o para modificar estados fisiológicos.
- h) **Morbilidad:** es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.



### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

**Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.

**Recolección de Datos:** Se obtuvo los datos estadísticos del cuaderno de registros de ingresos y egresos de pacientes del servicio de emergencia. Datos del MOF, plan operativo del año 2017,

**Procesamiento de Datos:** Se realizaron 3 cuadros estadísticos, distribución según edad y sexo, distribución según tipo de seguro y grupo de edad, comportamiento según estancia hospitalaria y grupo de edad. Resultados: Se obtuvieron los resultados en datos porcentuales.

#### 3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

El 01 de noviembre del 2010 inicié mi servicio en el puesto de salud mazo y culmine el 31 de octubre del 2011, desempeñándome en Control de Niño Sano, realizaba captaciones de sintomático respiratorio y otras funciones de Enfermería.

En abril del 2012 trabajé en el hospital san juan bautista de Huaral como tercero en el área de emergencia, realizando todo tipo de

labores en el tóxico con todo tipo de pacientes en las áreas de pediatría, ginecología, traumashock, me mantuve en dicho hospital hasta julio del 2012.

Mi siguiente experiencia laboral es en El Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el cual forma parte integrante de la Red Hospitalaria del Ministerio de Salud; acreditado como categoría III – 1 nivel de Complejidad, siendo además de Referencia Nacional, brinda prestaciones de salud ambulatoria, quirúrgica y de hospitalización altamente especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de los estados de salud que aquejan a la población. Mi desarrollo como profesional de Enfermería en este hospital Nacional fue desde Agosto del 2012 como enfermera asistencial en Emergencia; manteniéndome ahí hasta la actualidad, rotando por sus diferentes sub-áreas: tóxico de medicina, tóxico de cirugía, observación de cirugía, observación de medicina, triaje, UCE (unidad de cuidados de emergencia), TARE (tóxico de atención rápida) y shock trauma.

En la actualidad el ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA viene funcionando en el pabellón 9 y pabellón 4 de dicha institución por motivos de reconstrucción de su área original.

#### **- Descripción del Área Laboral**

**SERVICIO DE EMERGENCIA:** Es una especialidad de área crítica que está encargado de brindar cuidados especializados y oportunos de enfermería a los adultos y adolescentes que estén en riesgo su salud y su vida manejando prioridades, su diagnóstico y tratamiento integral, oportuno y permanente en el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de su salud.

**Organización:**

El servicio de emergencia, la jefatura de enfermería y el personal de enfermería jerárquicamente depende del departamento de enfermería de la institución que cuenta con los siguientes órganos.

- Jefatura de departamento.
- Supervisión.
- Jefatura de Servicio.

El servicio emergencia pertenece al área de unidad crítica organizado según MOF del departamento de enfermería, supervisora de área, enfermera jefa, enfermeras asistenciales y técnicos de enfermería. El órgano de control está a cargo de la supervisora la Lic. Ana Valdivieso y como Jefa de servicio Mg. Martina Obando Zegarra.

**Recursos humanos:**

Dotado por enfermeras asistenciales (30) y técnicos de enfermería (26) quienes se encargan básicamente del cuidado de enfermería a los adultos desde los 15 años hasta los adultos mayores.

<b>PERSONAL</b>	<b>NUMERO</b>
MEDICO JEFE	1
MEDICOS ASISTENCIALES	16
ENFERMERA JEFA	1
ENFERMERAS ASISTENCIALES	30
TECNICOS DE ENFERMERIA	26
ASISTENTA SOCIAL	1
NUTRICIONISTAS	1

SUB JEFE DE ENFERMERIA	1
MEDICINA FISICA	1
COORDINADOR DE ENFERMERIA	1
LIMPIEZA	1

### **INFRAESTRUCTURA:**

Está ubicado en Av. Alfonso Ugarte puerta de emergencia, cuenta con 8 ambientes distribuidos de la siguiente manera:

8 áreas de emergencia la cuales son, el área de medicina de cirugía dependerá de la cantidad de la demanda de pacientes, de observación medicina con 10 camas para los pacientes y observación cirugía 7 camas, inyectables, triaje, trauma shock con 3 camas y UCE con 6 camas hospitalarias.

Oficina de jefatura medica

Estar de enfermería

Repostería

Estación de enfermería

Oficina de jefatura de enfermería

Ambiente de ropa sucia

Ambiente de material limpio

Almacén de material

Sala de reunión de médicos

Servicios higiénicos para pacientes

Servicios higiénicos personal de salud

Prestaciones

El servicio emergencia del hospital arzobispo Loayza, tiene la característica de prestar servicios las 24 horas durante los 365 días del año, integra las acciones del equipo de salud en el cuidado del adulto y adulto mayor en la

especialidad con afecciones que estén en riesgo la salud y vida del paciente en el área de emergencia.

El servicio es un centro de referencias a nivel Nacional con personal altamente calificado especializado y capacitado.

Los pacientes reciben cuidados de alta complejidad como los pacientes de diagnósticos de mayor prioridad.

#### - Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Por tal motivo nos hemos tenido que adaptar al sus diferentes sub áreas a estos pabellones que como tal no están acondicionados para las actividades que constantemente se realiza; mucha de ellas se divide con biombos para generar divisorias y limitaciones entre área y área:

### **A) ASISTENCIAL**

- ✓ Realizar la entrega de turno a la enfermera entrante con su respectiva entrega de cargo.
- ✓ Disponer las medidas necesarias para el buen cuidado de los pacientes en el servicio de Emergencia.
- ✓ Mantener y supervisar los tópicos listos con materiales necesarios para la actuación de enfermería ante una emergencia.
- ✓ Apoyar en la referencia y contrarreferencia de pacientes cuando el caso lo requiera.
- ✓ Ejecutar las actividades de salud en Emergencia y realizar seguimiento de casos en riesgo.
- ✓ Controlar, registrar y analizar los controles vitales de todos los pacientes atendidos.
- ✓ Brindar atención integral, directa, continua, oportuna, segura y libre de riesgo a la persona usuaria en coordinación con el equipo multidisciplinario.

- ✓ Brindar y asistir cuidados de enfermería a pacientes críticos a través de monitoreo continuo invasivo y no invasivo, registrando y ejecutando los cambios de los parámetros hemodinámicas indicados y procedimientos que requiera el usuario.
- ✓ Identificar y prever posibles riesgos, daños y complicaciones mediante acciones por la integridad y seguridad del paciente asignado.
- ✓ Coordinar en el transporte interno o externo a medios de diagnóstico y/o transferencia en coordinación con el médico responsable, garantizando la continuidad terapéutica, integridad física y biológica del paciente.
- ✓ Brindar atención de enfermería en situaciones de emergencia y desastres colectivos y/o masivos.
- ✓ Cumplir con las guardias hospitalarias.

## **B) DOCENCIA**

- ✓ Brindar educación sanitaria al usuario, la familia y la comunidad de acuerdo a las necesidades identificadas.
- ✓ Participar en los programas de formación y capacitación programados por la Unidad de Docencia e Investigación.
- ✓ Mantener un nivel óptimo de conocimientos de Enfermería, acorde con los avances científicos y tecnológicos en la salud.
- ✓ Participar en actividades de docencia de pregrado, correctamente uniformada según acuerdo institucional.
- ✓ Capacitar a la familia y la comunidad para la respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

### **C) ADMINISTRATIVO**

- ✓ Realizar el registro diario de las actividades de enfermería y realizar las anotaciones de enfermería de cada paciente.
- ✓ Aplicar las Guías de Procedimientos y Guías de Atención de Enfermería establecidas, aplicando el proceso de Atención de Enfermería, buscando el bienestar físico – social y mental.
- ✓ Realizar la actualización de Guías de Atención y Procedimientos de Enfermería, según la morbilidad del último año.
- ✓ Supervisar las medidas necesarias para el buen cuidado de los pacientes en el servicio de Emergencia.
- ✓ Velar por el mantenimiento y la conservación de los equipos y mobiliario del servicio.
- ✓ Supervisar las actividades del personal técnico de enfermería.
- ✓ Cumplir con las Normas de Precaución Estándar (bioseguridad).
- ✓ Participar en la vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria.

### **D) INVESTIGACIÓN**

- ✓ Participar de las actividades de investigación científica en el campo de la Enfermería.
- ✓ Realizar proyectos de mejora continua de la calidad en beneficio del desarrollo del servicio.

### **E) PROYECCIÓN SOCIAL**

- ✓ Organizar a la familia y la comunidad para la respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

### **3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME**

#### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

El presente caso se refiere a un paciente masculino de 59 años de edad, estado civil casado, nacido el 20 de mayo de 1955 en Carabayllo, instrucción primaria, ocupación agricultor, raza: mestiza, religión: católico, lateralidad diestra, grupo sanguíneo ORh positivo. Referencia: Juliana Ortega Toapanta (esposa).

Paciente sufre accidente de tránsito tipo atropellamiento, en aparente estado etílico el 23 de diciembre del 2017, a horas 7.30pm.

Desconociéndose la cinemática del accidente, donde es encontrado por el Serenazgo de la zona con disminución del nivel de conciencia, se realiza inmovilización y es trasladado al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

En el momento de su llegada se encuentra consciente y refiere dolor abdominal a nivel de hipogastrio de gran intensidad que se irradia a región genital y a miembros inferiores, de tipo punzante que no mejora en ninguna posición, el cuadro se acompaña de disuria, uretrorragia, paciente politraumatizado se realiza serie de trauma más TAC de cráneo y TAC toracoabdominal donde se descarta trauma toracoabdominal y trauma craneoencefálico evidenciándose fractura de pelvis de rama isqueopúbica bilateral, , además se presume por cuadro clínico trauma uretral, por lo que se maneja mediante hidratación, inmovilización, analgesia y se le coloca sonda vesical.



### **3.1.1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

Sin patología aparente:

Hábitos:

- Alimentación: 3 veces al día.
- Micción: antes del accidente 3 veces al día.
- Defecación: 2 veces al día.
- Tabaco: No refiere. 5
- Alcohol: una vez a la semana desde los 16 años.

### **Antecedentes socioeconómicos**

Paciente vive en casa propia, con su esposa, cuenta con todos los servicios básicos, y su vivienda se encuentra a aproximadamente 2 kilómetros del centro de Salud más cercano, tiene 6 hijos 4 hombres y 2 mujeres todos casados, refiere una buena relación familiar, no posee animales intradomiciliarios. Sus ingresos económicos eran de 1000 soles al mes, después del accidente y quedar relativamente incapacitado para la deambulacion normal no puede trabajar, por lo que el sustento del hogar es su esposa con aproximadamente 500 soles al mes.

Signos vitales en emergencia:

Al ingreso presenta

- Tensión arterial de 110/60 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 86 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Temperatura axilar: 36.2 grados centígrados.
- Peso: 55 kilogramos
- Talla: 158 cm
- Índice de masa corporal de 22 Kg/m<sup>2</sup>(normal)
- Saturación de oxígeno: 92%.

### **3.1.2. EXAMEN FÍSICO AL INGRESO**

Paciente consciente, orientado, hidratado, afebril, hemodinámicamente estable, con aliento etílico.

- Cabeza: No presenta estigmas de trauma.
- Ojos: pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación.
- Cuello: Inmovilizado por presencia de collar cervical.
- Tórax: doloroso a la palpación superficial en tórax anterior Pulmones: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Corazón; Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Tenso, doloroso a la palpación de forma difusa. Ruidos hidroaéreos presentes.
- Región inguinogenital: presencia de sangrado uretral en poca cantidad de color rojo rutilante, edema escrotal.
- Tacto rectal: No se le realiza.
- Extremidades: Simétricas, con presencia de excoriaciones a nivel maléolo externo de tobillo de miembro inferior derecho. Edema de ambos miembros ++/ +++
- Valoración neurológica: En aparente estado etílico, orientado en tiempo y espacio y persona. Funciones mentales superiores conservadas. No se observan signos meníngeos. Pares craneales normales. Glasgow 15/15  
Respuesta ocular: 4 Respuesta verbal: 5 Respuesta motora: 6

### **3.1.3. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

**3.1.3.1. EXÁMENES RADIOLÓGICOS:** En el servicio de emergencia se solicita la realización de la serie de trauma:

- TAC toracoabdominal: No se evidencia lesión abdominal aparente.
- Radiografía de pelvis: Evidencia de fractura de rama isquiopúbica (según reporta el servicio de emergencia).
- El resto de los exámenes de imagen fueron aparentemente normales.

### 3.1.3.2. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

Biometría hemática el 25 de diciembre:

- Recuento de glóbulos blancos  $6.60 \cdot 10^3$  / $\mu$ L.
- Neutrófilos 78.5%.
- Hemoglobina 7.3 g/dl
- Hematocrito 21.5.5%
- Plaquetas  $110 \cdot 10^3$  / $\mu$ L.
- Tiempo parcial de tromboplastina 41 segundos, tiempo de protrombina 9

segundos Química sanguínea:

- Glucosa 128 mg/dl
- Urea: 48.4 mg/dl. 7
- Creatinina : 0.90 mg/dl
- Calcio : 8.0 mg/dl Electrolitos:
- Sodio: 141 mmol/L
- Potasio: 4.8 mmol/L
- Cloro: 106 mmol/L

#### IV. RESULTADOS

##### PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LOAYZA 2015 - 2017

SERVICIO: Emergencia (Tópico: Traumatología)

PERIODO: Consolidado 2015 - 2017

##### CUADRO 4.1

##### NUMERO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO ADULTO POR AÑO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA 2015 - 2017

AÑO	N° CASOS	%
2014	882	38%
2015	615	27%
2016	809	35%
TOTAL	2306	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

**CUADRO 4.2**  
**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS ADULTO**  
**DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO**  
**LOAYZA 2015 - 2017**

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-34	231	28%	395	27%	626	27%
35-44	191	23%	350	24%	541	23%
45-54	174	21%	296	20%	470	20%
55-64	118	14%	247	17%	365	16%
Mayor 65	116	14%	188	12%	304	14%
<b>TOTAL</b>	<b>830</b>	<b>100%</b>	<b>1476</b>	<b>100%</b>	<b>2306</b>	<b>100%</b>

**CUADRO 4.3**  
**NUMERO DE PACIENTE ADULTO FALLECIDO POR**  
**POLITRAUMATISMO POR AÑO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**  
**DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA 2015 – 2017**

AÑO	N° FALLECIDOS				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
2014	12	33%	10	77%	22	45%
2015	13	34%	00	0%	13	27%
2016	11	33%	03	23%	14	28%
<b>TOTAL</b>	36	100%	13	100%	49	100%

**Fuente: Oficina de Estadística (2017)**

**CUADRO 4.4**  
**NUMERO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO ADULTO POR AÑO**  
**EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ARZOBISPO**  
**LOAYZA REFERIDOS A HOSPITALES DE MAYOR COMPLEJIDAD**  
**2015 - 2017**

AÑO	N° PACIENTE REFERIDO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
2014	63	28%	35	27%	98	28%
2015	78	35%	43	33%	121	34%
2016	84	37%	51	40%	135	38%
TOTAL	225	100%	129	100%	354	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

## V. CONCLUSIONES

1. La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente politraumatizado adulto.
2. Se evidencia que la adecuada intervención del profesional de enfermería desde el triaje hasta el alta, referencia, transferencia, es fundamental para la atención del paciente politraumatizado para controlar y o prevenir complicaciones.
3. A pesar de los esfuerzos, aún hay mucho trabajo por realizar, las continuas rotaciones de personal, los accidentes de tránsito, el insuficiente presupuesto, hace que el personal de enfermería del servicio de emergencia plantee estrategias dirigidas a mejorar la atención y el cuidado de enfermería del usuario que acude al servicio. Tal es así que el número de casos ha variado: 882 casos (2014), 615 casos (2015), 809 casos (2016), siendo el grupo de 18 a 34 el que aportó 27% del total, donde el sexo masculino tuvo una mayor representación, con un 64%. La mayor mortalidad se presentó en el año 2015 con el 45%, además vemos que se caracterizó en el sexo masculino con el 73% y en el sexo femenino con el 27% respectivamente.



## VI. RECOMENDACIONES

- 1. A los profesionales:** Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado del paciente politraumatizado adulto, que permita un desempeño profesional eficiente; que cubra las más altas expectativas de los usuarios que en ellos confían, a fin de brindar un cuidado con excelencia y calidad.
- 2. A la institución:** Brindar las facilidades para la realización de las actividades académicas científicas que compete al servicio de emergencia, mejorando así la calidad de la atención y el cuidado de enfermería al paciente politraumatizado, previniendo y/ controlando las complicaciones que aumentan los costes hospitalarios y costes sociales.
- 3. Al servicio:** Continuar con el gran trabajo, que no se pierdan las ganas de innovar y mejorar cada día, a pesar de las limitaciones existentes; cumpliendo con el compromiso de mejorar la salud de las personas sobre todo a los pacientes politraumatizados.

## VII. REFERENCIALES

1. Villalibre Calderón C. Concepto de Urgencia, Emergencia, Catástrofe y Desastre: Revisión Histórica y Bibliográfica. Trabajo Fin de Máster en Análisis y Gestión de Emergencia y Desastre. Oviedo; 2013.
2. Wikimedia.Inc F. Wikimedia. [Online].; 2015 [cited 2015 Julio 10. Available from: <http://es.wikipedia.org>.
3. El Ilmo.Torres Amat F. La Sagrada Biblia. Quinta rimpresión ed. Colonia Granada: Verbo Divino; 2004.
4. Ernesto Díaz R. ewoh en español. [Online]. [cited 2015 Julio 10. Available from: <http://www.ewohenespañol.com>.
5. Ruben Cubelli G. Servicios de Emergencia: La Importancia de un Diseño Estructural. Descriptivo. Lanús: Hospital Interzonal General de Agudos, EVITA, Buenos Aires; 2008.
6. Cisneros G. F. introducción a los Métodos y Teorías de Enfermería. Informe de Estudios. Popayan: Universidad del Cauca, Programa de Enfermería; 2002.
7. Prado Naranjo , Peralta Rivadeneira G, Regalado Vázquez dR. MODELOS, TEORÍA Y PRÁCTICA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA". CUENCA 2011.
8. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Análisis Situacional de Salud. 2017.

# ANEXOS















