

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



CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES
ADULTOS POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA.
CAÑETE. 2015 - 2017.

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

MERY JACQUELINE SÁNCHEZ GONZALES

CALLAO, 2018
PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mery', enclosed within a circular scribble.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	4
1.2 Objetivos.....	7
1.3 Justificación	7
II MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Marco Conceptual.....	12
2.3 Definición de Términos	43
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	45
3.1 Recolección de Datos.....	45
3.2 Experiencia Profesional.....	46
3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe.....	52
IV. RESULTADOS	55
V. CONCLUSIONES	59
VI. RECOMENDACIONES.....	60
VII. REFERENCIALES.....	61
ANEXOS	66

INTRODUCCIÓN

El paciente politraumatizado. Se define como la asociación de múltiples lesiones traumáticas producidas por un mismo accidente, y que supone, aunque solo sea una de ellas, riesgo vital para el paciente. (1)

Según las OMS hay 10 millones de heridos y 300 mil muertos al año por accidentes de tráfico. La mortalidad por traumatismo es la primera causa de muerte en menores de 45 países industrializados. Afecta sobre todo agente joven previamente sana y con muchas expectativas de vidas. Entre el 12 y el 26% de estas muertes son evitables si se hacen bien las cosas. La "hora dorada", es esa hora en que todo lo que se haga en ella es de vital importancia para salvar la vida. La edad media de los exitus es de 28 años (2)

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidados de enfermería en paciente adulto politraumatizado", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con esta patología. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente las complicaciones y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

El presente informe consta de VII capítulos, en **El capítulo I:** planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la

presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV** : resultados ;
capítulo V : conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII**
Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La OMS la define como lesión Corporal a nivel orgánico, intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infringida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica. De aquí se desprende que una persona con traumatismo severo o politraumatismo padece una lesión traumática que pone en riesgo la vida con deterioro hemodinámico, respiratorio y/o neurológico. 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, el trauma es superado únicamente por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. (3)

Según las OMS hay 10 millones de heridos y 300 mil muertos al año por accidentes de tráfico. La mortalidad por traumatismo es la primera causa de muerte en menores de 45 países industrializados. Afecta sobre todo agente joven previamente sana y con muchas expectativas de vidas. Entre el 12 y el 26% de estas muertes son evitables si se hacen bien las cosas. La "hora dorada", es esa hora en que todo lo que se haga en ella es de vital importancia para salvar la vida. La edad media de los exitus es de 28 años (2)

El trabajo realizado por The Global Burden of Disease Study (GBD) 2010, auspiciado por la «World Health Organization» (WHO) la carga global de enfermedad fue de 2.490 millones (361/1.000 habitantes),

correspondiendo a los traumatismos 278,6 millones (11,2%). De ellos un 29% fueron accidentes de tráfico, 12,6% caídas y 9,16% por violencia interpersonal. El tráfico causa el 3% de los DALY globales. La violencia interpersonal es la primera causa de secuelas no fatales (discapacidades) de los supervivientes, (DALY) en América central-Caribe y en el África subsahariana. Globalmente los DALY por suicidio son la mitad que los debidos al tráfico, con una gran variabilidad entre países. Se destaca que en los hombres, los accidentes de tráfico ocupan el 4.º lugar. En cuanto a los fallecimientos, globalmente el trauma es la sexta causa de muerte y la quinta en discapacidad moderada y severa. Para ambos sexos, una de cada 10 muertes es por traumatismo. Para los menores de 35 años, es la primera causa de muerte y discapacidad (4)

Se estima que en el año 2010 ocurrieron 149 992 defunciones causadas por el tránsito en la Región de las Américas. La tasa de mortalidad promedio para la Región por traumatismos a causa del tránsito fue de 16,1 por 100 000 habitantes. En nuestro país, para el mismo periodo, la tasa de mortalidad fue de 9,9 por 100 000 habitantes. De acuerdo a los datos proporcionados por la Policía Nacional del Perú, la tendencia del número de accidentes de tránsito, se está incrementando a nivel nacional. En el año 2002 se produjeron 74 221 accidentes de tránsito en comparación con el año 2012 en el que ocurrieron 94 972 lo que representa un incremento de 27% de los accidentes en el periodo

salud del paciente politraumatizado, tomando en cuenta la eficacia y la eficiencia de cada una de las actividades según protocolos.

1.2 Objetivos

Describir la experiencia profesional en el cuidado de enfermería en paciente adulto politraumatizado, que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete 2017

1.3 Justificación

Este estudio proporcionará información relacionado a los cuidados de enfermería que se brinda a los paciente adulto politraumatizado, que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete 2017, con el propósito de contribuir a disminuir las complicaciones propias de la enfermedad. Así mismo se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos relacionados al cuidado de enfermería, utilizando la teoría de la adaptación de Calixta Roy y el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, en el Servicio de Emergencia.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que lograra precisar el proceso de los cuidados de enfermería en el paciente adulto politraumatizado, que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Rezola de Cañete 2017.

Nivel Social: A nivel social este informe beneficiará a los pacientes adulto politraumatizado, que son atendidos en el servicio de Emergencia en el Hospital Rezola, Así mismo los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor de enfermería y brindar una buena atención a estos pacientes; a fin de evitar complicaciones y facilitar una pronta recuperación.

Nivel Práctico: Permitirá aumentar la práctica y destrezas al personal de enfermería en los tres niveles de atención a nivel hospitalario, para una adecuada intervención en los mismos. A fin de cambiar actitudes, durante la toma de decisiones, al cambio, a la mejora de la práctica profesional al brindar nuestros servicios, a la eficacia, a la satisfacción del usuario interno y externo.

Nivel Económico: Los pacientes politraumatizados son un gran problema para la salud pública como para la familia por la morbi-mortalidad que suponen, por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan y por ende el aumento de estancias y costos hospitalarios.

II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

TAFUR, Karina/ TULCANAZA Darwin “Rol del Profesional de Enfermería en el Manejo Temprano de Pacientes Politraumatizados en el Servicio de Emergencias en Base a Protocolos de Atención en el Hospital San Luis de Otavalo”, Ecuador 2013.

Basándose en este problema se realiza la presente investigación para conocer cuál es el rol del profesional de Enfermería en la atención que se brinda en el servicio de emergencia del Hospital San Luis de Otavalo. La recolección de datos fue realizada mediante la aplicación de encuestas a 53 usuarios tomadas como muestra y al profesional de enfermería que labora en dicha casa de salud en el Servicio de Emergencia. Las encuestas revelaron que, los conocimientos y los cuidados que brinda el profesional de enfermería al momento de atender a un paciente politraumatizado, no son con sustento de algún instrumento de apoyo que le ayude a brindar una mejor atención. Después de la obtención de estos resultados se realiza la elaboración e implementación de una “Guía de protocolos de atención en el manejo temprano de pacientes poli-traumatizados” dirigido a profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia, la cual será utilizada como instrumento de apoyo y de

consulta diaria para la atención. Con la utilización de la guía de protocolos se espera ayudar a disminuir las posibles complicaciones y prevenir con una intervención oportuna los riesgos que se presentan por un mal manejo en la atención de dichos pacientes (3)

ALBERDI, F / GARCÍA, I / ATUTXA L, / ZABARTE, M. “Epidemiología del trauma grave”. España 2014. Con el objetivo de determinar la situación epidemiológica del trauma grave, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, cuyos resultados fueron: el trauma grave es la sexta causa de muerte y la quinta de discapacidad en el mundo. En los menores de 35 años es la primera causa de muerte y discapacidad. Los accidentes de tráfico son los principales responsables en los países de ingresos medios-bajos, que son los más poblados. Los pacientes mayores de 65 años son una cohorte creciente. Para niveles lesionales similares tienen el doble de mortalidad que los jóvenes, debido a su elevada comorbilidad y los tratamientos asociados. No existen globalmente definiciones estandarizadas para documentar, informar y comparar datos en los traumatizados graves. Los más utilizados son el Abbreviated Injury Scale (AIS), el Injury Severity Score (ISS) y el Trauma and Injury Severity score (TRISS). Las herramientas para la evaluación de la discapacidad postraumática deben mejorarse. Los estudios epidemiológicos son fundamentales para evaluar el impacto en la

salud pública, mejorar las estrategias preventivas y evaluar las terapéuticas (4)

HERMENEJILDO SOTOMAYOR, Brithzie/ YAGUAL RODRIGUEZ, Gladys Ana. **“Atención de Enfermería en Paciente Politraumatizado en el Área de Emergencia del Hospital Liborio Panchana Sotomayor”**. Ecuador 2013. Con el objetivo de analizar la atención de enfermería en pacientes poli traumatizados en el área de emergencia del Hospital “Liborio Panchana Sotomayor”, es descriptivo de tipo cuantitativo transversal, Donde la muestra son los pacientes que ingresan al área de emergencia y las enfermeras que laboran en el área respectiva. Las técnicas utilizadas son las de observación con su respectiva guía sobre el paciente politraumatizado, y las encuestas mediante un cuestionario de preguntas sobre Manejo del paciente politraumatizado. Concluyendo que el 60 % de las enfermeras del área de emergencia conocen sobre el proceso de atención de enfermería pero no lo ejecutan. Las actividades que realizan son de forma mecánica y rutinaria, el 60 % de las enfermeras manifiesta que no tienen estandarizado protocolos de enfermería, motivo por el cual no proporcionan una atención oportuna eficaz y eficiente. Razón por lo cual se plantea implementar el protocolo de atención de enfermería en politraumatizados que contribuirá a mejorar la calidad de atención de enfermería. (7)

TORRENTE MELCHOR, Beatriz. “Atención de enfermería y manejo prehospitalario en personas adultas politraumatizadas” España 2013. El propósito de este trabajo es revisar el protocolo de actuación en la asistencia inicial del paciente politraumatizado y abordar el tema en cuanto a la actuación de enfermería. La metodología es la revisión sistemática. Se encontró que para ello es necesario un equipo multidisciplinario con un protocolo estructurado y organizado ya que los primeros 30 minutos del suceso son fundamentales para la toma de decisiones. (8)

2.2 Marco Conceptual

2.1.1 Politraumatismo

a) Definición

La OMS la define como la lesión corporal a nivel orgánico intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infringida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica. (9)

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

En la literatura se recogen varios conceptos sobre esta entidad. Lesión se define como daño o perjuicio físico del organismo, causado por un intercambio en general agudo de energía mecánica, química, térmica o de otro tipo que supere la tolerancia de nuestro cuerpo.

El Diccionario Médico define el trauma como lesión de los tejidos por agentes mecánicos, generalmente externos. (3)

Paciente con trauma severo: prioridad I:

- Víctima de accidente de tránsito.
- Quemadura 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 vertebro medular.
- Evisceración.
- Amputación con sangrado no controlado.
- Traumatismo encéfalo craneano. (10)

b) 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.(10)

c) Etiología o causalidad

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. (10)

d) Clasificación de politraumatismos

Politraumatismo Leve.- paciente cuyas heridas y/o lesiones no presentan un riesgo importante para su salud inmediata (no existe riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria).

Politraumatismo Moderado.- paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24-48 horas de haber sufrido el accidente.

Politraumatismo Grave.- paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente (con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles).(3)

e) Periodos o tiempos en los politraumatismos

Se distinguen los siguientes tiempos:

- Tiempo inicial: entre el accidente y la llegada del equipo de rescate.
- Tiempo de rescate: entre el accidente y la llegada al hospital del paciente.
- Tiempo de intubación: entre accidente e intubación.
- Tiempo de resucitación: entre la llegada al hospital y el primer tratamiento quirúrgico o ingreso en UCI.
- Tiempo quirúrgico: duración de la 1ª cirugía. (11)

f) Fisiopatología

La fisiopatología del politraumatizado se basa en el desarrollo de una respuesta inflamatoria sistémica en forma de SIRS, que puede ser excesiva, y su equilibrio con una respuesta antiinflamatoria que se activa paralelamente para paliar esa respuesta inflamatoria. (12)

El traumatismo supone el "primer golpe" para el organismo, el cual produce una lesión tisular inicial inespecífica que produce daño endotelial (con adherencia de leucocitos polimorfonucleares a los vasos sanguíneos, liberación de radicales libres y proteasas, aumento de la permeabilidad vascular y edema intersticial) activación el complemento y de la cascada de coagulación, liberación de DNA, RNA, células y sus fragmentos; y diferentes

moléculas que forman en conjunto lo que se llama el “molde molecular de peligro” (DAMP, danger associated molecular pattern).

Se liberan interleuquinas proinflamatorias (IL 1,6, 10 y 18...) como respuesta del sistema inmunológico frente al daño tisular, que junto con los mediadores y muerte celular (DAMP, apoptosis, citoquinas, necrosis) producidos directamente del daño tisular, dan lugar a una disfunción de la mayoría de órganos y sistemas (pulmón, SNC, musculo-esquelético, homeostasis...), formando en su conjunto el Síndrome de Respuesta Sistémica Inflamatoria (SIRS), que se evidencia clínicamente como hipoxia, stress, hipotensión, Insuficiencia Renal, propensión a la infección, y que puede evolucionar, si no se corrige correctamente, hacia un Fallo Multiorgánico, de elevada mortalidad. (11)

De entre las interleuquinas proinflamatorias, la IL-6 es la más específica para los politraumatizados y permanece elevada durante más de 5 días. La acción de la IL-6 es fundamentalmente activar a los leucocitos. El TNF (otro mediador inflamatorio) aumenta la permeabilidad capilar y favorece la migración tisular de neutrófilos. Paralelamente, se activan y secretan las citoquinas antiinflamatorias como la IL-1Ra, IL4, IL 10, IL 11 y 13. Cuando la secreción de las IL proinflamatorias excede a las antiinflamatorias, aparece el cuadro de SIRS. Mientras que si predominan las antiinflamatorias sobre las proinflamatorias aparece un cuadro

inmunosupresor que favorece el desarrollo de infección y sepsis. Cuando están equilibradas ambos tipos de IL, ni se producirá un SIRS ni un cuadro inmunosupresor. Se distinguen 4 tipos de SIRS dependiendo de la intensidad:

a.- No hay.

b.- Leve, al cabo de unos días se recupera.

c.- Masivo, el cuadro es precoz y lleva con frecuencia a la muerte.

d.- El cuadro inicial es moderado pero se agrava con el paso de los días y un segundo insulto lo agrava mucho más.

Los criterios diagnósticos del SIRS son: - Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$. - Fr cardíaca > 90 latidos/min. - Taquipnea $>20/\text{min}$ o Hiperventilación: $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg. - Leucocitos $> 12000\text{cél}/\text{mm}^3$ o $< 4000\text{cél}/\text{mm}^3$ o Desviación izq. $> 10\%$. (11)

g) Tipos

Traumatismo craneoencefálico

Se define como traumatismo craneoencefálico toda herida o lesión producida por agentes mecánicos externos en la cabeza, con o sin pérdida de conocimiento del paciente.

Muchos autores distinguen entre traumatismo craneal y traumatismo craneoencefálico, caracterizándose el segundo por la

Traumatismo torácico

Se podría definir el traumatismo torácico como la lesión de estructuras torácicas externas o internas producidas por un agente externo. Usualmente se clasifican en traumatismos penetrantes y traumatismos no penetrantes.

Los traumatismos no penetrantes son aquellos en los que no hay comunicación de la cavidad pleural o mediastínica con el exterior y abarcan desde contusiones simples de partes blandas hasta el aplastamiento torácico.

Sus causas más frecuentes son los accidentes de tráfico y las precipitaciones.

Los traumatismos torácicos penetrantes son aquellos en los que el agente causal produce una comunicación del espacio pleural o mediastínico con el exterior. Son causas frecuentes las heridas por arma blanca o arma de fuego. En este tipo de traumatismos, con frecuencia la dirección y fuerza del agente causal nos pueden orientar sobre los posibles órganos lesionados. Un subtipo que distinguen algunos autores dentro del traumatismo torácico penetrante es el perforante, en el que hay un orificio de entrada y otro de salida en el tórax, y suele ser producido por arma de fuego u otros proyectiles. (3)

Traumatismo abdominal

Es toda lesión fortuita de la que resulta una lesión abdominal.

Clasificación

Existen dos tipos de traumatismos abdominales: No penetrante y penetrante

A) No penetrante o cerrado: No hay solución de continuidad en la pared abdominal. Son debidos a mecanismos como:

- Fenómenos de aplastamiento o de compresión por choque directo que afecta más a órganos macizos como hígado, riñón, etc.
- Fenómenos de arrancamiento, bien por choque directo o por desaceleración brusca, afectando a las partes fijas del órgano que quedan inmóviles con respecto al resto, siendo típicas las lesiones de los hilios, así como del duodeno, recto-sigma y aorta abdominal.
- Fenómenos de estallamiento, a nivel de órganos huecos (estómago, intestino, etc.).
- En el agua y en el aire se provocan lesiones importantes de los órganos huecos con contenido gaseoso.
- Yatrogenia, fundamentalmente secundario a maniobras de RCP (compresión, intubación esofágica) o maniobra de Heimlich.

B) Penetrante: Cuando hay solución de continuidad en la pared del peritoneo. Son causados por:

- Arma de fuego: no tienen un recorrido delimitado y pueden afectar a múltiples órganos en la trayectoria del proyectil.

- Arma blanca: afectan en general a las estructuras adyacentes y suelen tener un recorrido claro. Las heridas del tórax bajo por arma blanca se pueden acompañar de lesiones de estructuras abdominales.

- Asta de toro: en los que es previsible la existencia de varios trayectos de diversa profundidad con desgarró de tejidos adyacentes. (12)

Traumatismo de extremidades

Las fracturas de miembros son muy frecuentes y variadas, aunque no suelen comportar un riesgo vital primario salvo que exista una afectación vascular importante.

El análisis concreto de las extremidades se aborda en la valoración secundaria y únicamente si existe asociada una lesión vascular con sangrado abundante, ésta será atendida con compresión manual (sin análisis de la herida) durante la valoración inicial. (9)

Clasificación según la gravedad de las lesiones

Lesiones que amenazan la vida: En relación con pérdidas hemáticas graves que pueden llevar a un shock hipovolémico o riesgo de desarrollo de shock séptico. Se tendrá en cuenta:

- En las fracturas cerradas la hemorragia puede quedar oculta en la extremidad o en el espacio retroperitoneal en las fracturas de sacro y pelvis, por lo que debe valorarse siempre dicha pérdida.
- Las fracturas de codo o rodilla por la proximidad de troncos vasculares importantes.
- Las fracturas bilaterales de fémur suponen una gran pérdida hemática (un fémur puede sangrar hasta 2 litros).
- Grandes fracturas abiertas, ya que suponen un riesgo para el desarrollo de shock séptico.
- Amputaciones de miembros: al reponer la volemia se puede perder el taponamiento vascular fisiológico.

Lesiones que amenazan al miembro: fracturas funcionales.

No representan un peligro para la vida, pero pueden significar la pérdida funcional total o parcial del miembro fracturado. En las lesiones de las extremidades, la función prevalece sobre la anatomía y se debe intentar salvaguardarla. Éstas corresponden:

- Luxaciones.
- Fracturas a nivel articular.
- Lesiones por aplastamiento
- Fracturas abiertas de pequeña intensidad.

alterar de forma aguda el intercambio gaseoso a nivel alveolo-capilar son el neumotórax a tensión, hemotórax masivo, neumotórax abierto y el tórax inestable con contusión pulmonar; que habrá que drenarlos o tratarlos adecuadamente.

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

– Estado neurológico: evaluación neurológica mediante la escala de Glasgow

– Exposición y control ambiental: se debe retirar la ropa para llevar a cabo una evaluación completa evitando la hipotermia. (13)

B) Al ingreso en el hospital

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 por el contrario, de cirugía de control de daños.

- Valoración clínica: se utilizan diferentes escalas:

- Escala ISS (injury severity score): se basa en la suma de los cuadrados de los 3 sistemas más lesionados entre todos los que se puntúan: superficie corporal, cabeza y cara, cuello, tórax, abdomen y contenido pélvico, columna, extremidades y pelvis. Están graduadas de 1 a 6 donde 1 es leve y 6 es incompatible con supervivencia. Se considera clásicamente un traumatismo grave cuando los valores del ISS son > 16 y tienen una mortalidad del 10%.

- Escala RTS (revised trauma score): se puntúa la frecuencia respiratoria, la TA y la escala de Glasgow. (11)

- Estudio de laboratorio: el estudio analítico incluye los parámetros sistemáticos, la glucemia, el estudio de la coagulación, la determinación de la acidosis (déficit de bases) y cuando es posible las citoquinas y el complemento.

- Imagen: radiografías por regiones anatómicas, ecografía y TAC

Cuando las medidas de reanimación hayan sido efectivas y el paciente muestre la normalización de sus funciones vitales, se pasará a la evaluación secundaria, que consiste en la revisión completa de todas las regiones anatómicas del paciente. En lo que se refiere a las lesiones músculo-esqueléticas, son objetivos de tratamiento:

- Fracturas de pelvis con inestabilidad hemodinámica (incluido este tratamiento dentro de las maniobras de resucitación).
- Estabilización de las fracturas de huesos largos.
- Reducción de las luxaciones articulares mayores.
- Desbridamiento de las fracturas abiertas y amputaciones traumáticas.
- Tratamiento del síndrome compartimental.
- Tratamiento de las extremidades con compromiso neurovascular.

(11)

El tipo y gravedad de daño producido a consecuencia del traumatismo inicial (primer impacto), será el que determine qué pacientes pueden ser susceptibles de deteriorarse si se realiza un tratamiento completo inicial de las fracturas (segundo impacto). Por tanto, la gravedad de las lesiones y la condición clínica del paciente son los factores determinantes del tratamiento adecuado en cada caso. En función de determinados parámetros fisiológicos podemos clasificar los pacientes politraumatizados en cuatro grupos y dependiendo del grupo en el que se encuadre el enfermo se realizará un tratamiento completo de las lesiones esqueléticas o una cirugía de control de daños. (14)

El objetivo de la cirugía de control de daños es minimizar el impacto fisiológico asociado a las intervenciones quirúrgicas. Se trata de estabilizar las fracturas de una manera rápida y poco agresiva, para no aumentar la respuesta inflamatoria y retrasar el tratamiento definitivo de éstas, esperando que mejoren las condiciones generales del paciente con múltiple trauma.

Cuando ocurre un politraumatismo se genera una respuesta inflamatoria exagerada mediada por citoquinas proinflamatorias. El trauma quirúrgico puede aumentar esta respuesta, actuando como un potenciador del trauma inicial, agravando la situación general del enfermo. La prevención de esta respuesta fatal es la indicación del control de daños. (11)

C) Tratamiento tardíos

Se realiza una vez el paciente esté fuera de peligro por el SIRS, es decir, cuando vuelve a su situación fisiológica. En este periodo, se realizan las cirugías de reconstrucción secundarias, las cuales suelen realizarse a partir del día 21 post-accidente. Pueden ser cambio de fijadores externos a osteosíntesis, reconstrucciones completas de partes de huesos anteriormente no realizadas

Es importante saber que durante los días 2-3 y 12-21 no se aconseja llevar a cabo ningún tipo de cirugía, ya que el paciente se encuentra en situación de SIRS e inmunosupresión

respectivamente, y una agresión como el acto quirúrgico puede suponer el empeoramiento de la evolución del politraumatizado.

(11)

i) Complicaciones

No trabajar sobre injurias periféricas mientras los sistemas cardiopulmonar y neurológico no están estabilizados. (10)

2.1.2 Cuidados de Enfermería en el paciente poli traumatizado

La atención de enfermería en el servicio de emergencias está orientada al cuidado rápido y apropiado durante la reanimación inicial y la estabilización del paciente poli traumatizado.

Los cuidados del paciente poli traumatizado comienzan con la evaluación primaria que incluye la vía aérea, con las precauciones debidas en cuanto a la columna cervical, la respiración, la circulación y un breve examen neurológico.

Una vez completada la valoración primaria, se desnuda el paciente, se le cubre para mantener la temperatura corporal y se realiza una determinación detallada de los signos vitales. Por último, se lleva a cabo una evaluación secundaria más detallada, de la cabeza a los pies, para identificar posibles lesiones; estas evaluaciones se deben realizar en forma simultánea. (3)

Revisión primaria

El objetivo de la valoración primaria es la identificación de lesiones que amenazan la vida del paciente e iniciar el manejo de acuerdo con el ABCDE del trauma.

A: Vía aérea con protección de la columna cervical.

B: Ventilación y respiración

C: Circulación y control de hemorragias.

D: Déficit neurológico.

E: Exposición.

Revisión secundaria

Una vez realizada la revisión primaria, y controlados los parámetros del ABC, se efectúa un examen completo para evaluar todos los sistemas en forma ordenada en un corto periodo de tiempo.

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

2. Anamnesis: se debe interrogar al paciente nuevamente, si su estado lo permite, o a sus familiares o al personal que prestó la atención prehospitalaria, para conocer los eventos relacionados con el mecanismo del trauma, el estado inicial luego de ocurrido el trauma y los antecedentes personales; se utiliza la nemotecnia

AMPLIE

A alergia a medicamentos;

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

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

Li libaciones y última ingesta; y

E eventos intervencionistas (operaciones anteriores al trauma, diálisis). (15)

Examen de cabeza a pies:

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

1. Cabeza y cuello: examinar la cabeza en busca de heridas evidentes, hemorragias externas, deformidades, elementos empalados o drenaje nasal o auricular. En el cuello, observar heridas evidentes, hemorragias externas, distensión de las venas yugulares, posición de la tráquea.

2. Tórax: inspección de heridas que aspiran, movimientos respiratorios, hemorragia externa, enfisema subcutáneo.

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

4. Pelvis: signos de traumatismos óseo y de tejidos blandos, inestabilidad de la pelvis que evidencia fractura.
5. Genitourinario: hemorragia externa, objetos empalados, sangre en el meato uretral, hemorragia vaginal o hematoma escrotal. En toda mujer se debe realizar examen vaginal para descartar lesiones internas.
6. Extremidades: signos de traumatismo evidentes, hemorragia externa, objetos empalados o deformidades; se determina el tiempo de llenado capilar y se determina la presencia y calidad de los pulsos, los cuales deben ser iguales en ambas extremidades.
7. Espalda: debe girarse el paciente en bloque para evaluar la columna en busca de dolor o deformidad, los glúteos y las extremidades inferiores. Debe determinarse el tono rectal y revisar las heces en busca de sangrado interno.
8. Evaluación neurológica de acuerdo con la escala de coma de Glasgow. (3)

Diagnósticos de enfermería:

- Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico
- Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con alteración ventilación perfusión.

vía orogástrica. También se contraindica en presencia de traumatismo craneal o facial (lesión maxilofacial o fractura de la fosa anterior del cráneo) por el riesgo de penetración inadvertida al encéfalo a través de la placa cribiforme o del hueso etmoides; en estos pacientes se recomienda la vía orogástrica.

4. Control de la volemia mediante la administración de líquidos endovenosos y monitoria horaria de la eliminación urinaria.

5. Succión de secreciones de acuerdo con las necesidades del paciente.

6. Administración de analgésicos para manejo del dolor y evaluación de la efectividad del mismo.

7. Administración de antibióticos según la indicación médica, para disminuir el riesgo de infección.

8. Administración de toxoide antitetánico.

9. Valoración constante de la integridad de la piel y cambios de posición.

10. Curación de heridas; mantenerlas secas y determinar constantemente el sangrado.

11. Reposo y soporte de articulaciones con lesiones agudas.

12. Instrucción al paciente sobre el manejo y cuidado de inmovilizaciones.

13. Ayuda al paciente durante la movilización.

14. Traslado del paciente, después de su estabilización y con monitoreo permanente, para estudios diagnósticos, a salas de cirugía o a la unidad de cuidado intensivo.

15. Informar los cambios al médico tratante.

16. Disminuir la ansiedad del paciente con expresiones de apoyo, amabilidad e información sobre su estado actual y los procedimientos que se han de realizar.

17. Información a la familia sobre la situación del paciente (actividad conjunta entre médico y enfermera) y permitir el acompañamiento del paciente cuando sea pertinente. La presencia de los padres en el paciente pediátrico es esencial para ayudar al niño a afrontar el estrés de la lesión traumática. (17, 3)

En la evaluación secundaria existen otros aspectos que se deben analizar, los cuales pueden incidir en el tratamiento y posterior manejo del paciente con trauma múltiple:

Edad: el traumatismo es la principal causa de muerte durante las primeras cuatro décadas de la vida.

Los mecanismos de trauma difieren entre los grupos de edad: los pacientes más jóvenes a menudo se ven envueltos en accidentes de tránsito o en acciones violentas, mientras la causa principal de lesiones en los ancianos son las caídas y en los niños los

traumatismos cerrados constituyen cerca de 80% de los casos de trauma.

Enfermedades preexistentes: ciertas enfermedades pueden predisponer a lesiones o aumentar y agravar las complicaciones del trauma. Son de especial consideración los pacientes con diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular periférica. (3)

2.1.3 Teoría de la Adaptación: Callista Roy

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pacientes en la que quedó impresionada por la capacidad de adaptación de las personas. (18)

a) Metaparadigmas

Conceptos de salud, cuidado, persona y entorno

· **Salud:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida. (20)

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

· **Cuidado de enfermería:** Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.

- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.

- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.

- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

1. Valorar la conducta del enfermo/usuario.
2. Valorar los factores influyentes.
3. Identificar los problemas.
4. Fijar los objetivos.

5. Seleccionar las intervenciones.

6. Evaluar los resultados. (21)

· **Persona:** Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

· **Entorno:** Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para

formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. (19)

b) Postulados

Modelo de adaptación

Filosofía: La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.

· **Teoría:** Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.

· **Meta teoría:** Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada *teoría de las teorías*. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una meta teoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una meta teoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías. (20)

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A.Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación. (19)

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los

mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- **Focales:** son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

- **Residuales:** factores del entorno, corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados. (21)

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

2.3 Definición de Términos

- a) Politraumatizado: Son aquellos sujetos en los cuales el accidente traumático provoca simultáneamente la aparición de varias lesiones de igual o distinta naturaleza en diversas estructuras y/o sistemas orgánicos, cuya coexistencia agrava extraordinariamente riesgo vital del paciente.
- b) Escala de coma de Glasgow: Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida. Utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos.
- c) 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 (anemia, choque hipovolémico, etc.).

- d) Hipovolemia: es una disminución del volumen circulante de sangre u otros líquidos dentro del Sistema Cardiovascular, debido a múltiples factores como hemorragia, deshidratación, quemaduras, entre otros. Se caracteriza porque el paciente se encuentra pálido debido a la vaso-constricción compensadora, con taquicardia debido a la liberación de catecolaminas, con pulso débil y rápido.
- e) Fractura: Una fractura es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso. El término es extensivo para todo tipo de roturas de los huesos, desde aquellas en que el hueso se destruye amplia y evidentemente, hasta aquellas lesiones muy pequeñas e incluso microscópicas.

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 a las respectivas Jefaturas; Servicio de Emergencia y el Departamento de enfermería, oficina de estadística a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- **Recolección de Datos:** Libro de registro, Historia clínica, registros de enfermería
- **Procesamiento de Datos:** Se realizó a través del programa informático Excel, que facilitó el trabajo a través de las hojas de cálculo.
- **Resultados:** Los resultados se presentan a través de gráficos.
- **Análisis e interpretación de resultados:**

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Mi desempeño laboral se inicia con el SERUMS el cual realice en C. S Imperial bajo la modalidad de equivalente en el año Lugar, Distrito Imperial Provincia Cañete Región Lima.

A partir de 01 de junio del 2013 al 31 de mayo 2014, luego inicie mi labor en el Hospital Rezola Cañete dese el 01 de julio del 2014 a la actualidad. Laboro en el servicio de Emergencia, rotando por todas las áreas del servicio como, shock trauma, sala de observaciones, y diversos tópicos, realizando labores asistenciales.

- Descripción del Área Laboral

Es la unidad orgánica encargada de realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterada; durante las 24 horas del día. Depende de la Dirección Ejecutiva.

- Organización

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA - HOSPITAL REZOLA CAÑETE

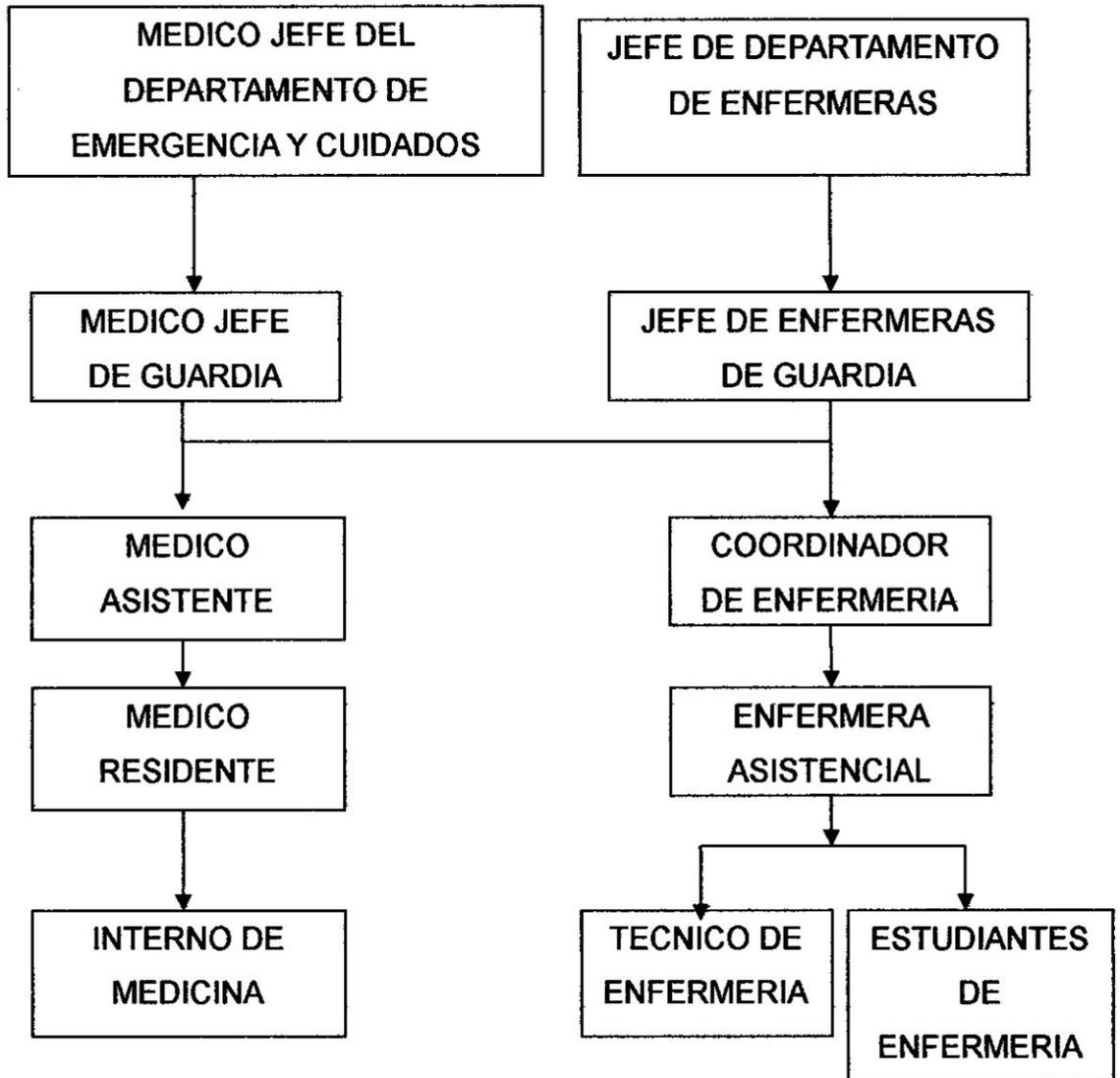


Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HRC

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

HOSPITAL REZOLA CAÑETE

GRAFICA N°02



Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HRC

- Recursos Humanos

10 médicos, 13 enfermeros y 10 técnicos de enfermería.

- Infraestructura

Se encuentra ubicado en el primer piso con puerta a la Calle y cuenta con las siguientes áreas:

- Área administrativa

- Sala de Espera
- Star de Enfermería
- Estacionamiento de ambulancias

- Área Asistencial

- Atención al paciente

- Triage
- Unidad de Reanimación o Shock Trauma
- Consultorio diferenciado por especialidades (Medicina, Cirugía y Pediatría.)

- Área de Inyectable y nebulizaciones
- Sala de Observación diferenciado por grupo etáreo
- Sala de rehidratación oral.

- Otras Áreas

- Área para stock de materiales e insumos
- Deposito de ropa limpia
- Depósito de ropa sucia

Cuarto de limpieza

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Hacer un listado de las funciones realizadas actualmente, en relación al tema de su informe

a) Área Asistencial

Disponer las medidas necesarias para el buen cuidado de los pacientes en el servicio de Emergencia y supervisar su ejecución.

Brindar atención integral de enfermería y realizar la referencia y contrarreferencia cuando el caso lo requiera.

Ejecutar las actividades de salud en Emergencia y realizar seguimiento de casos en riesgo.

Controlar y registrar los controles vitales cuando ahí se requieren de acuerdo a estado del paciente.

Brindar educación sanitaria al usuario, la familia y la comunidad de acuerdo a las necesidades identificadas.

Brindar atención de enfermería en situaciones de emergencia y desastres.

Cumplir con las guardias hospitalarias y realizar la atención domiciliaria según el usuario y la comunidad.

Realizar el registro diario de las actividades de enfermería y realizar las anotaciones de enfermería de cada paciente.

Cumplir con las medidas de bioseguridad.

Participa en la vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria.

Velar por el mantenimiento y la conservación del buen estado de los equipos y mobiliario del servicio y responder ante cualquier circunstancia de sustracción o pérdida de cualquier material u equipo.

Realizar la entrega de turno a la enfermera entrante con su respectiva entrega de cargo.

Realizar el traslado del paciente a hospitalización o sala de operaciones.

Colaborar con la conservación del buen estado de los equipos y enseres del servicio.

b) Área Administrativa

Supervisar las actividades del personal técnico de enfermería.

Participar en la elaboración de los documentos de gestión del servicio de Emergencia, como guías de procedimientos, guías de atención de enfermería.

Participar en las reuniones programadas por el Departamento de Enfermería.

c) Área Docencia

Participar en los programas de formación y capacitación programados por la Unidad de Docencia e Investigación.

Capacitación en servicio al personal técnico de enfermería a mi cargo.

a) Área Investigación

Mantener un nivel óptimo de conocimientos de Enfermería, acorde con los avances científicos y tecnológicos en la salud.

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

El presente informe profesional se realizó en el servicio de emergencia recabando datos de los diferentes registros que contamos en el servicio y casos clínicos.

3.3.1. Presentación de Caso

Ingresa Paciente adulto joven, varón de 28 años, pálido, piel fría, con Escala de coma de Glasgow 6-7 (M4 V1-2 O1) No fétor etílico; con mal patrón respiratorio. AC normal AP hipoventilación hemitorax izquierdo; Scalp frontoparietal dcho, cortes y laceraciones en cara,

dudosa otorragia dcha. Fx abierta de radio/cúbito dchos, contusiones y erosiones en ambas EEII con deformidad de muslo izq. Abdomen blando; Pelvis parece estable; Muslo izq aumentado de perímetro. Al control de signos vitales:

PA 80/45mmhg FC 140 x min SO2 85% FR 37 x min

Paciente politraumatizado producto de choque lateral sin cinturón de seguridad en el asiento del copiloto.

3.3.2. ¿Que se hizo?

- Se instala en la unidad de Shock Trauma, con monitoreo cardiorrespiratorio, neurológico y hemodinamia.
- Se canaliza vía periférica para reposición de volumen a volumen.
- Se realiza permeabilización de vía aérea, mas oxigenoterapia.
- Se inmoviliza fractura.
- Se prepara y se asiste vía aérea artificial.
- Se efectiviza exámenes de laboratorio, radiografías, tomografía.
- Se prepara paciente para referencia a hospital de mayor complejidad.
- EL paciente es referido en ambulancia a hospital de mayor complejidad, con ECG 8/15 puntos, vía aérea artificial TOT N° 8.5 mm fijado en 22 cm con FIO2 50% con sistema Venturi, con doble vía periférica, pasando transfusión de sangre (paquete globular) y CLururo de Na 9%o 150 cc/h, con férula de yeso en miembro

superior derecho más vendaje, con catéter urinario permeable en oliguria.

3.3.3. ¿Qué se aprendió?

A partir del caso se aprendió a priorizar la atención al paciente siguiendo la secuencia CAB (C=Circulación, A= Vía aérea, B= Respiración) de la reanimación cardiopulmonar RCP, además el manejo de paciente politraumatizado crítico.

3.3.4. Innovaciones – Aportes

- Guía de atención de enfermería paciente politraumatizado.
- Guía de procedimientos de enfermería en emergencia.
- Capacitación en servicio al personal de enfermería.

3.3.5- Limitaciones para el Desempeño Profesional

- Una de las principales limitaciones es el recurso humano, ya que no tenemos personal de enfermería de reten o para las referencias de pacientes a un hospital de mayor complejidad.
- En cuanto a la infraestructura, el espacio es pequeño, el hospital está declarado en emergencia.
- El equipamiento e insumos es insuficiente para el área de Shock trauma, solo contamos con un monitor cardiaco.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

**NUMERO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO ADULTO POR AÑO EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE
2014 - 2016**

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

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.1 vemos que según la Oficina de Estadística del hospital Rezola de Cañete, el número de casos de pacientes politraumatizados que son atendidos en el servicio de emergencia va en aumento: 882 casos (2014), 615 casos (2015), 809 casos (2016).

CUADRO 4.2

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS ADULTO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE 2014 - 2016

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
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%
TOTAL	830	100%	1476	100%	2306	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.2 vemos que a menor edad aumenta la frecuencia de los casos , siendo el grupo de 18 a 34 el que apporto 27% del total vemos una incidencia marcada en el sexo masculino, con un 64% , donde el sexo masculino tuvo una mayor representación.

CUADRO 4.3

NUMERO DE PACIENTE ADULTO FALLECIDO POR POLITRAUMATIZMO POR AÑO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE 2014 – 2016

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%
TOTAL	36	100%	13	100%	49	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.3 podemos apreciar que mayor mortalidad se presentó en el año 2014 con el 45%, además vemos que se caracterizó en el sexo masculino con el 73% y en el sexo femenino con el 27% respectivamente.

CUADRO 4.4

NUMERO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO ADULTO POR AÑO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA CAÑETE REFERIDOS A HOSPITALES DE MAYOR COMPLEJIDAD 2014 – 2016

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)

En el cuadro 4.4 vemos que en el año 2014 se realizaron menos referencias así mismo observamos que en el cuadro 4.3 el mismo año tuvo mayor mortalidad. Nuevamente el sexo masculino alcanza mayor porcentaje con 64 %.

V. CONCLUSIONES

- a) 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.

- b) 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.

- c) 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 plante estrategias dirigidas a mejorar la atención y el cuidado de enfermería del usuario que acude al servicio.

VI. RECOMENDACIONES

- a) 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.

- b) 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.

- c) 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.- Calzado Muñoz, Junior. Frometa Rodríguez, Enerolisa Labor de Enfermería con Pacientes Politraumatizados. Unidad De Cuidados Intensivos Emergentes. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/037_-_labor_de_enfermer%CDa_con_pacientes_politraumatizados._unidad_de_cuidados_intensivos_emergentes.pdf. Consultada el 21 de diciembre 2017

- 2.- Dr. Juan C. Montejo González. Politraumatizado. Etiología. Parada Cardiorrespiratoria. Shock. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-03-20-08%20Politraumatizado%20I.pdf>. Consultada el 01 de enero 2018

- 3.- Tafur Karina, Tulcanaza Darwin "Rol del Profesional de Enfermería en el Manejo Temprano de Pacientes Politraumatizados en el Servicio de Emergencias en Base a Protocolos de Atención en el Hospital San Luis de Otavalo", Ecuador 2013. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2824/1/06%20ENF%20595%20TESIS.pdf>. Consultada el 21 de diciembre 2017

4.- F. Alberdi *, I. García, L. Atutxa, M. Zabarte .Epidemiología del trauma grave. España 2014 Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/epidemiologia-del-trauma-grave/articulo/S0210569114001806/>. Consultada el 31 de diciembre 2017

5.- MINSA. Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú, 2013.Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/salud_vial/matcom/analisis_epidemiologico.pdf. Consultada el 23 de diciembre 2017

6.- Oficina estadística del Hospital Rezola

7.- Hermenejildo Sotomayor Brithzie, Yagual Rodriguez Gladys Ana. Atención de Enfermería en Paciente Politraumatizado en el Área de Emergencia del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Ecuador 2013. Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1004/1/TESIS.pdf>. Consultada el 31 de diciembre 2017

8.- Torrente Melchor, Beatriz. Atención de enfermería y manejo prehospitalario en personas adultas politraumatizadas España 2013 Disponible en: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1312/1/TFG_TorrenteMelchor%2C

Beatriz.pdf. Consultada el 31 de diciembre 2017

9 García, Rodrigo Cátedra de Cirugía I — UHC N °4 — Hospital San Roque Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba

10.- Minsa. Guía del Politraumatizado Adulto. Disponible en:

www.minsa.gob.pe/.../GUIA%20DEL%20POLITRAUMATIZADO%20ADULTO.doc. Consultada el 31 de diciembre 2017

11.- Peces García, Enrique. Disponible en:

<https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-Trauma-Politraumatizado.pdf>. Consultada el 23 de diciembre 2017

12 Martínez Oviedo, Antonio. Borrueal Aguilar, José. Atención Al Paciente Politraumatizado. Hospital Obispo Polanco Teruel. Disponible en: <https://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosariopr1/fichas/pdf/20.ATENCIONALPOLITRAUMATIZADO.pdf>. Consultada el 23 de diciembre 2017

13.- Colón, Lissandra. Manejo del Paciente Politraumatizado, Medicina de Emergencia with Christopher La Riche Ponce School of Medicine-MS III. Disponible en: <http://www.reeme.arizona.edu>. Consultada el 31 de diciembre 2017

14 Morales Wong, Mario Miguel. Gómez Hernández, Mario Michel. González Ortega, José María. López Cuevas, Zoraida Caridad Triada mortal en pacientes politraumatizados. Rev Cubana Cir [Internet]. 2006; 45(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000100009&lng=es. Consultada el 30 de diciembre 2017

15.- Melgarejo Ávila, Diego. Cuidados de Enfermería en el paciente politraumatizado. Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2015. Disponible en: <https://previa.uclm.es>. Consultada el 01 de enero 2018

16.- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros definición y Clasificación 2015-2017 (Versión en español de la obra original en Inglés) Elsevier, 2015 España.

17. - Bulechek GM, Bucher HK, Dochterman JM, Wagner CM. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)" Sexta edición. Elsevier. 2014 España.

18.- Brunner y Suderath. Enfermería Médico quirúrgica. 12 ° ed. España: Ed. Lippincott Williams y Wilkins. 2013.

19. - Alligond MR, Tomey AM. Modelos y teorías em Enfermería. Séptima Edic. Editorial Elsevier. España 2011.

20. - Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de La Sabana. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>.

Consultada el 01 de enero 2018

21.- Grajales Meza, Estefania. Modelos Enfermeros. <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.pe/>. Consultada el 01 de enero 2018

ANEXO 01
Guía de buenas prácticas clínicas

iaBPG

INSTITUTO
VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS
INVESTIGACIÓN EN
CIENCIAS BIOMÉDICAS
INVESTIGACIÓN EN
CIENCIAS BIOMÉDICAS
INVESTIGACIÓN EN
CIENCIAS BIOMÉDICAS

Valoración y manejo del dolor

Tercera Edición



RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



isciii

Resumen de recomendaciones

Esta guía es una nueva edición, y sustituye a Valoración y manejo del dolor. (RNAO, 2007) Se han utilizado estos símbolos para las recomendaciones:

- ✓ La recomendación no ha cambiado como resultado de la revisión sistemática de evidencia.
- ✚ La recomendación y la evidencia que la avala se ha actualizado como resultado de la evidencia de la revisión sistemática

NUEVO Se ha desarrollado una nueva recomendación basada en la evidencia procedente de la revisión sistemática

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ⁶		NIVEL DE EVIDENCIA
1.0 Valoración	<p>Recomendación 1.1</p> <p>Detectar la presencia, o riesgo, de cualquier tipo de dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Al ingreso o en la consulta de un profesional sanitario; ■ Después de un cambio en la situación clínica; y ■ Antes, durante y después de un procedimiento . 	I b
	<p>Recomendación 1.2</p> <p>Realizar una valoración integral del dolor en las personas a las que se les haya detectado la presencia de dolor, o el riesgo de cualquier tipo de dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas.</p>	I b
	<p>Recomendación 1.3</p> <p>Realizar una valoración integral del dolor en personas incapaces de expresar su propio dolor, utilizando una herramienta validada.</p>	I I I
	<p>Recomendación 1.4</p> <p>Explorar las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión sobre el dolor y el manejo del dolor de la persona.</p>	I I I
	<p>Recomendación 1.5</p>	I

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ^G		NIVEL DE EVIDENCIA	
2.0 Planificación	<p>Recomendación 2.1</p> <p>Colaborar con la persona a identificar sus metas para el manejo del dolor y las estrategias adecuadas para garantizar un enfoque integral para el plan de cuidados.</p>	1b	NUEVO
	<p>Recomendación 2.2</p> <p>Establecer un plan integral de cuidados que incorpore los objetivos de la persona y del equipo interprofesional y que contemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación de los resultados; ■ Las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión de la persona; y ■ Las características personales^G y las características del dolor. 	III	+
3.0 Implantación	<p>Recomendación 3.1</p> <p>Implantar el plan de manejo del dolor utilizando principios que maximicen la eficacia y minimicen los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Un enfoque de analgesia multimodal; ■ Un cambio de opioides (dosis o vías de administración) cuando sea necesario; ■ La prevención, la valoración y el manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides, y ■ Prevención, evaluación y manejo de los riesgos de los opioides. 	1b	+
	<p>Recomendación 3.2</p> <p>Evaluar las intervenciones no farmacológicas (físicas y psicológicas) para la eficacia de las intervenciones farmacológicas.</p>	1b	+
	<p>Recomendación 3.3</p> <p>Formar a la persona, su familia y los cuidadores sobre las estrategias de manejo del dolor en su plan de cuidados y abordar las preocupaciones y creencias erróneas^G.</p>	1b	+

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ⁶		NIVEL DE EVIDENCIA	
4.0 Valoración	<p>Recomendación 4 .1</p> <p>Volver a valorar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo de dolor constantemente utilizando la misma herramienta de valoración. La frecuencia de las valoraciones vendrá determinada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La presencia de dolor; ■ La intensidad del dolor; ■ La estabilidad de la situación clínica del paciente; ■ El tipo de dolor p. ej. Agudo versus persistente; y ■ La institución de salud. 	IIb	+
	<p>Recomendación 4 .2</p> <p>Comunicar y registrar las respuestas de la persona al plan del manejo del dolor.</p>	IIb	+

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN ⁶		NIVEL DE EVIDENCIA	
5.0 Educación	<p>Recomendación 5 .1</p> <p>Las instituciones educativas deben incorporar esta guía, <i>Valoración y manejo del dolor (3ª ed)</i>, en los programas curriculares interprofesionales y de enfermería para los programas de enfermería, formación profesional y medicina para promover la práctica basada en la evidencia.</p>	IIb	+
	<p>Recomendación 5 .2</p> <p>Incorporar los contenidos sobre las estrategias de transferencia del conocimiento en los programas de formación para los profesionales de la salud para trasladar a la práctica la evidencia relacionada con el manejo del dolor.</p>	IIb	+
	<p>Recomendación 5 .3</p> <p>Promover la formación y la colaboración interprofesional en relación con la valoración y manejo del dolor en las instituciones académicas.</p>	Ib	NUEVO

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN ⁶ ...CONTINUACIÓN		NIVEL DE EVIDENCIA	
	<p>Recomendación 5 .4</p> <p>Los profesionales de la salud deben participar en la formación continua para mejorar los conocimientos específicos y las habilidades relacionadas con la valoración y manejo del dolor de forma efectiva basándose en la guía <i>Valoración y manejo del dolor (3ª ed)</i> .</p>	IV	+

RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN Y DIRECTRICES ⁶		NIVEL DE EVIDENCIA	
6.0 Organización y directrices	<p>Recomendación 6 .1:</p> <p>Establecer la valoración y manejo del dolor como una prioridad estratégica en salud.</p>	IV	+
	<p>Recomendación 6 .2:</p> <p>Establecer un modelo de cuidados para apoyar la colaboración interprofesional para la valoración y manejo del dolor eficaz.</p>	IIb	+
	<p>Recomendación 6 .3:</p> <p>Utilizar el proceso de transferencia del conocimiento y las estrategias multimodales en las instituciones para ayudar a los profesionales de la salud a utilizar en la práctica la mejor evidencia en la valoración y manejo del dolor.</p>	III	+
	<p>Recomendación 6 .4:</p> <p>Utilizar un enfoque sistemático para toda la institución para implantar la guía de buenas prácticas <i>Valoración y manejo del dolor (3ª ed)</i> y proporcionar los recursos y los apoyos administrativos e institucionales para facilitar su adopción.</p>	IV	+

ANEXO 02



ANEXO 03

SERVICIO DE EMERGENCIA



ANEXO 05

PARTE DE EMERGENCIA
 Asignado: 016
 CODIGO ORGANIZACIONAL: ...

Alcaldía: CAMBO NABARRO AGUSTINA
 Hora de llegada: ...

Funciones: ...

Examen físico: PA: 140/80 FR: 20 Pulso: 7:37 - FC: 80 SPO2: 88%

Al Ex: Glapow 14/15, Pupila (D) - 3.5x4.5 mm, No reacciona a la luz
 - Ojo (D): TV, Ventosidad y lagrimeo - No reacciona a la luz
 - Ojo (I): 3.5x4.5 mm, No reacciona a la luz
 - Abuso: Menstruación frontal de 4 días de duración, No dolor, sin supuras, sin fiebre
 a palpación - Abuso: Menstruación frontal de 4 días de duración, No dolor, sin supuras, sin fiebre

Diagnósticos:

Nº	Descripción	INGRESO			EGRESO		
		Tipo Dx	CIE 10		Tipo Dx	CIE 10	
1	Poliartritis de Causa	P	D	R	D	R	
2	T.E.C.	P	D	R	D	R	
3	D. Transitorio abdominal	P	D	R	D	R	
4		P	D	R	D	R	
5		P	D	R	D	R	

Tratamiento: 1- NPO
 2- TV en Hosp Pol Juan →

Plan de Trabajo: 1) Neurología - G-U-C - Ex de Orine
 Corp y fca, Re don, Re eras
 Re PELW + Expt Abdominal

Evolución:

Diagnóstico de Alta:

Referencia y/o Interconsulta:

Medico Tratante: ...

Fec./Hra. Alta: ...

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE LIMA
 DR. CARLOS ...

Sello y Firma: