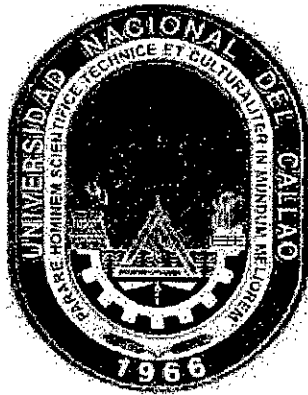


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**“INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA EN EL MANEJO INICIAL EN
PACIENTE POLITRAUMATIZADO QUE INGRESA AL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE
SALUD DE QUILMANA CAÑETE 2015-2017”**

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

DORIS CHUMPITAZ BARRIOS

**Callao, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Doris Chumpitaz Barrios', is written over a large, stylized oval shape.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 049

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°437-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. DORIS CHUMPITAZ BARRIOS

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
1.2 OBJETIVO.....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 ANTECEDENTES.....	11
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	17
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	44
CAPÍTULO III: EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	46
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	47
3.3 PROCESOS REALIZADOS:.....	53
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	55
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	58
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	59
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	63

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico sobre la “INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL MANEJO INICIAL EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO QUE INGRESA AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE QUILMANA CAÑETE 2015-2017”, tiene como objetivo describir la intervención del profesional de Enfermería en el Manejo inicial del paciente poli traumatizado.

El politraumatismo son lesiones externas e internas que involucran uno o más órganos y sistemas, causados generalmente por un mecanismo externo que pone en riesgo la vida. Y es la primera causa de mortalidad en menores de 45 años y la tercera después de esta edad, dejando tras de sí un gran número de discapacitados y suponiendo el 2% del PIB (Producto Interior Bruto) en costes asistenciales en los países desarrollados y es la cuarta causa de mortalidad que más rápida mente se ha incrementado en los países desarrollados y ocasiona más daños de vida perdidos que otras patologías. Una actuación rápida con una valoración completa y protocolizada disminuirá la mortalidad en estos pacientes. Para ello es necesario contar con un equipo multidisciplinar que esté bien formado en este tipo de pacientes y los medios adecuados de transporte y traslado, así como hospitales especializados en ello.

Un politraumatismo es una situación con daño físico al cuerpo. En medicina, sin embargo, se identificó por lo general como paciente

traumático alguien que ha sufrido heridas serias que puso en riesgo su vida y que se transformó en complicaciones secundarias tales como shock, falla respiratoria y muerte.

Las enfermeras se involucraron activamente en la fase de planeación y el desarrollo del programa de cuidado al paciente politraumatizado.

Aproximadamente, un tercio de los pacientes precisa asistencia en unidades de críticos, con una estancia media de cinco días. La principal causa de muerte y lesiones traumáticas es el accidente de tráfico, siendo la lesión medular y el traumatismo craneoencefálico los principales motivos de discapacidad en la población joven

El manejo inicial del paciente traumatizado presenta peculiaridades que exigen el diseño de planes de actuación específicos. La piedra angular del tratamiento inicial del traumatizado la constituyen la identificación precoz del paciente grave, su tratamiento pre hospitalario correcto y el transporte rápido al hospital adecuadamente dotado por sus particulares demandas asistenciales.

Este enfoque no puede llevarse a la práctica sin el establecimiento de sistemas asistenciales y protocolos de actuación que faciliten la concertación de los elementos que integran el esquema multidisciplinario dentro de un sistema asistencial del que participan usuarios, personal sanitario, fuerzas de seguridad, personal de apoyo, unidades de transporte y una malla de transmisiones.

Aunque la experiencia personal es un factor importante, las actuaciones sanitarias deben obedecer a protocolos estrictos y la asistencia debe estar sistematizada para lograr la mayor eficacia posible.

En diversos estudios se recogen conclusiones muy positivas de la eficacia de los sistemas de emergencia pre hospitalaria en la atención in situ y en la atención inicial, sobre la reducción de la mortalidad por un trauma grave. Como consecuencia de la asistencia de los pacientes con trauma grave, llegan a emergencia al centro de salud de Quilmaná pacientes que pueden morir en la escena del accidente o durante el traslado.

Teniendo en cuenta la mortalidad que se produce en las dos primeras horas pos traumatismo y por todo lo expuesto, es necesario confeccionar un plan protocolizado de asistencia inicial al politraumatizado, para evitar errores o pérdidas de tiempo innecesarias, que se pagan con agravamiento del cuadro o con secuelas invalidantes y permanente y facilitar el acceso a un sistema de emergencia lo más adaptado a nuestro medio.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Poli traumatizados 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 (1).

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, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias. Directa o indirectamente los traumatismos tienen además alto impacto financiero, por los gastos que generan en atención médica y en días de trabajo lesiones perdidos. La muerte en los pacientes poli traumatizados puede darse en los primeros segundos o minutos del accidente, generalmente por difícilmente tratables (muy pocos de estos pacientes pueden ser salvados), como laceraciones cerebrales, de médula espinal alta o tronco cerebral, lesiones cardíacas, ruptura de aorta y de grandes vasos, hemorragias masivas (2).

Muchas muertes y traumatismos por accidentes de tráfico, en especial los provocados por personas que conducen bajo los efectos del alcohol o de drogas, son absolutamente prevenibles. La OMS ha realizado una labor importante al concentrar su atención en la violencia vial y considerar que se trata de un problema mundial de salud pública cada vez más grave (3).

Según la Organización Mundial de la Salud cada año mueren más de 1,3 millones de personas como consecuencia de accidentes en las vías de tránsito y alrededor de 50 millones sufren traumatismos, afectando a todos los grupos de edad, con mayor impacto en la población joven (3). 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 (4).

En el Perú, cada año, las lesiones causadas por accidentes de tránsito son causa de un alto número de fallecimientos y de atenciones en los servicios de emergencia hospitalarios. La carga que representan al Sistema Nacional de Salud es muy alta, lo cual implica el uso de recursos humanos, financieros e infraestructura que podrían ser dirigidos a otras prioridades en salud. El punto de partida para el estudio de la situación de las lesiones causadas por

accidentes de tránsito es el conocimiento de la magnitud y tendencia del problema, de esta manera es posible conocer la carga y la respuesta de nuestro país frente a las lesiones ocasionadas por estos. Contando con información confiable y oportuna es posible desarrollar intervenciones orientadas a los factores de riesgo causantes de los accidentes de tránsito. Siendo importante romper el paradigma de que son producto del azar, la casualidad, las coincidencias, el destino o el designio, para entonces, actuar en consecuencia (3).

El distrito de Quilmaná cuenta con una población de 18,767 contando con 15 anexos de los cuales el 70% de los pobladores usan movilidad para transportarse a sus trabajos ya sea moto, bicicleta, moto taxis ya que Quilmaná es una zona agrícola y cuentan con muchos fundos.

Durante nuestra jornada laboral en el centro de salud de Quilmaná he observado la alta incidencia de casos de accidente de tránsito trayendo como consecuencia paciente poli traumatizado donde se le brinda la primera atención rápida eficaz y oportuna y siendo transferido al hospital de referencia dependiendo de la gravedad del caso.

El profesional de enfermería quien debe tomar decisiones con pensamiento crítico que permitan dar atención oportuna al paciente

asegurando su estabilización mediata evitando acciones que puedan producir complicaciones que le causen discapacidades permanentes e incluso la muerte.

Es primordial e imprescindible en la atención inicial al Paciente Poli traumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser eficaz. Aumentando la calidad asistencial aumentamos el grado de éxito, disminuyendo la morbi-mortalidad de los primeros y posteriores momentos. Ante esta situación, los profesionales de Enfermería deben estar capacitados no solo para solucionar problemas de salud, sino para detectarlos y prevenirlos, ello implica no solo igualar las estrategias de enseñanza, sino introducir en ellas una mirada común que permita diversificar y flexibilizar las metodologías que estimulen al desarrollo de herramientas que los lleven a “aprender de sus propios pacientes”.

1.2 OBJETIVO

Describir la intervención del profesional de Enfermería en el Manejo inicial del paciente poli traumatizado, que ingresan en el servicio de Emergencias del centro de salud de Quilmaná.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Realizo este trabajo porque no existen muchos trabajos sobre de las incidencias de accidentes de tránsito en nuestra provincia cañete dejando así pacientes poli traumatizado, muchos de los cuales,

provocando el fallecimiento del individuo o la invalidez total, es por eso ha provocado ser objeto de investigación.

En la actualidad la magnitud del problema "trauma" adquiere particular interés en la medida en que se convierte en una verdadera pandemia que supera las enfermedades más terribles, si tenemos en cuenta que provoca más muertes y secuelas que la mayoría de ellas, con el agravante de que afecta generalmente a personas sanas, en plena capacidad productiva, sin distinguir edad, sexo, ni oficio y sin selección de lugar, ni momento. Esta problemática constituye a nivel mundial, entre la tercera y cuarta causa de muerte para todas las edades, pero es la primera por debajo de los 45 años de edad. La pérdida de la vida y las incapacidades transitorias o permanentes crean un costo económico incalculable, y el impacto familiar y social produce dramáticas consecuencias en los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo. En cuanto a los profesionales de enfermería, esta investigación es significativa ya que le permite conocer las acciones que se debes seguir en el manejo de los pacientes politraumatizado, tomando en cuenta su condición y las necesidades del paciente como el área de ingreso inicial del mismo, donde se estabiliza al paciente y se refiere al servicio de su competencia. La enfermera del servicio de urgencias o emergencias debe asumir un papel líder en la atención del paciente

con trauma múltiple y trabajar en coordinación con el equipo de salud presente.

El distrito de Quilmaná es un valle eminentemente agrícola y avícolas donde encontramos empresas dedicadas a la exportación de productos como arándano, tomate, melón, sandía, esparrago, etc. Y a las crianzas de pollos en la cual la mayoría de los pobladores de dicho distrito se dedican a trabajar en estas empresas utilizando como medio de transportes motos, mototaxis, autos, minivan ya que estas empresas se encuentran en sus anexos del distrito de Quilmaná.

El distrito cuenta con un solo establecimiento de salud en el que presenta casos de accidentes siendo unas desventajas para la atención oportuna el tiempo que transcurre desde el accidente y su demora al llegar al centro de salud. Pues la accesibilidad es precisamente, un factor en contra en la atención inmediata ya que los anexos se encuentran alejados del centro de salud de Quilmaná. Por tanto, el profesional de enfermería como parte del equipo de salud debe estar preparado y actualizado continuamente acorde a los avances científicos y tecnológicos en el manejo inicial del paciente poli traumatizado, ya que según las estadísticas en la primera hora de sucedido el evento existe una alta mortalidad

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Se realizó una búsqueda exhaustiva de investigaciones similares al propuesto nacional e internacional y se ha visto pertinente señalar los siguientes antecedentes:

2.1.1 A nivel Internacional

- CARBALLO S, L, ESPINOZA R Y MERCAO J, realizaron una investigación titulada "Conocimientos y Prácticas del personal de Enfermería en los cuidados brindado a pacientes Poli traumatizados, área de Emergencia del Hospital Humberto Alvarado Vásquez., Masaya, II semestre 2015".Nicaragua.

Objetivo. Este trabajo investigativo es de gran importancia, ya que permitió determinar el nivel de conocimiento y la calidad de los cuidados que brinda el personal de enfermería en la atención del paciente politraumatizado, además de la percepción que tienen los pacientes de la atención recibida en la sala de Emergencia del Hospital Humberto Alvarado Vásquez, dado que cada año 3.5 millones de personas mueren a nivel mundial por traumatismo. En Nicaragua, actualmente se considera la cuarta causa de muerte y se prevé que para el año 2020 ocupará la segunda o tercera

causa de muerte en todos los grupos de edad, en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez, se reportan 20 pacientes al mes, los que ingresan al área de emergencia por traumatismo.

Material y Método. Por lo cual se realizó este estudio, lo que permitió evaluar los conocimientos y prácticas del personal de enfermería en los cuidados brindados a pacientes politraumatizado, dicho estudio se trabajó con un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. El universo lo conformaron 13 enfermeras del área de emergencia, para la recolección de la información se utilizaron la guía de encuesta al personal de enfermería para medir el nivel de conocimiento que posee en la atención al paciente poli traumatizado, la guía de observación para identificar los cuidados que brinda el personal de enfermería, obteniendo. **Resultados.** Que el personal de enfermería posee un buen nivel profesional para ejercer los cuidados, pero a pesar de ello en la práctica esos conocimientos no son cumplidos al 100%, dado que se obvian cuidados importantes como la toma de signos vitales, la reposición de líquidos, la valoración con la escala de coma de Glasgow, lo que puede determinar la sobrevivencia o la muerte del paciente politraumatizado (4).

- LAFFITA ZAMORA, JOAN ET al. "Atención del dolor en el paciente politraumatizado en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Rev Cub Med Mil [online]. 2015, vol.44, n.4, pp. 0-0. ISSN 1561-3046. Introducción: los traumatismos se han relacionado siempre con el dolor como síntoma acompañante que influye negativamente en la evolución del paciente. Cuba

Objetivo: valorar la atención a los pacientes politraumatizado en lo referente a la evaluación y tratamiento del dolor. Método: se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal, de enero a diciembre de 2013, en una muestra de 60 pacientes que ingresaron con diagnóstico de politraumatismo, en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Se emplearon como descriptores estadísticos medidas de resumen de los datos cualitativos (razones y proporciones). Resultados: el 83,3 % de los pacientes refirió dolor al menos una vez durante el ingreso; en 51,7 % se le evaluó el síntoma, utilizando la escala verbal simple en el 26,7 %; en el resto no se usó ninguna escala. Los antiinflamatorios no esteroideos se indicaron en todos los casos, con gran variabilidad en relación a las dosificaciones e intervalos de administración. Fue escasa el uso de opioides (6,7 %), ketamina (3,4 %), anestésicos locales (3,4 %) y coadyuvante (1,7 %). Prevalció la indicación a demanda, administrándose la analgesia en este grupo en el 46,7 %. No se evaluó la reducción

del dolor en el 50 % de los casos en que se administró la analgesia, constatándose su reducción solo en el 42,9 %. En el 91,7 % de la muestra se valoró el tratamiento como inadecuado. Conclusiones: la evaluación y el tratamiento analgésico son inadecuados, confirmando la necesidad de implementar estrategias para mejorar el control del dolor en el trauma (5).

- CARTAGENA T. Realizo una investigación titulado. Atención de enfermería a pacientes politraumatizados, Hospital Dr. Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los tsachilas mayo a Octubre 2015. Ecuador. El tema del presente trabajo de investigación hace referencia a “, el politraumatismo es un problema de salud pública que se presenta a diario en nuestro medio, el mismo que va en aumento por múltiples factores, afectando la calidad de vida de la población más vulnerable, de ahí la necesidad y la importancia de diseñar Protocolos de atención de enfermería para mejorar la atención en pacientes politraumatizado en el área de emergencia, Hospital Dr. Gustavo Domínguez, con la finalidad de contribuir y fortalecer los Conocimientos del personal de enfermería que labora en esta área, en beneficio del Usuario, enfermería y la salud en general es una profesión que está sujeto a Cambios y avances gracias a investigaciones científicas continuas y así aplicar las Actividades específicas a cada paciente para la

recuperación de su salud, Disminuyendo posibles complicaciones. La metodología de investigación utilizada es de carácter descriptivo porque está dirigida a determinar como es y cómo está la situación de las variables de la investigación y aplicada por cuanto ofrece una propuesta factible para la solución del problema planteado, en base al proceso de atención integral de enfermería. Los resultados alcanzados con esta investigación reflejan que el personal de enfermería no cuenta con la debida capacitación y entrenamiento para el manejo De pacientes con trauma, no reciben capacitaciones permanentes referentes al tema y no existe Protocolo de atención de enfermería a pacientes politraumatizado en el servicio de emergencia (6).

2.1.2 A nivel Nacional

- ROLDAN J. Realizo la investigación titulada: conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial al Paciente politraumatizado por accidente de tránsito lima – Perú. 2013. Objetivo. Determinar los conocimientos de las enfermeras(os) del Programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente Politraumatizado por accidente de tránsito. Lima – Perú. 2013. Material y método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método Descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 41 enfermeras. La técnica fue la encuesta

y el instrumento el Cuestionario, que se aplicó previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (41), 51% (21) no conoce y 49% (20) conoce En la dimensión evaluación primaria 51% (21) conoce y 49% (20) no Conoce; y en la dimensión evaluación secundaria, 41% (17) conoce y 59% (24) no conoce. Conclusiones. Los conocimientos de las Enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del Paciente politraumatizado; el mayor porcentaje no conoce los aspectos Sobre el examen físico, la evaluación del sistema respiratorio, la Secuencia de la evaluación primaria, complicaciones de la vía aérea, y Asegurar buena ventilación; seguido de un porcentaje considerable de Enfermeros que conocen sobre la obstrucción de la vía aérea Condiciones para una buena ventilación, asegurar la permeabilidad de La vía aérea, maniobra para el control de la columna cervical, Complicaciones de la vía aérea, apertura de la vía aérea, evaluación del Estado hemodinámico, pulso, control de hemorragias en amputación, y Evaluación para determinar traslado(7).

- TORRENTE B, realizo la investigación titulado: Atención de enfermería y manejo pre hospitalario en personas adultas politraumatizadas.2013 (Perú). Objetivo Identificar y justificar la cadena de prioridades que se debe seguir en la valoración del

enfermo politraumatizado adulto para conocer los procedimientos y contenidos establecidos en la valoración primaria y secundaria del paciente politraumatizado. Hoy en día, el politraumatismo es la primera causa de muerte en las personas entre 15 y 34 años, este tipo de pacientes presenta importantes discapacidades y secuelas permanentes. Estudios recientes han demostrado que una adecuada atención en la fase pre hospitalaria y transporte inmediato mejoran la supervivencia de estos enfermos. 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.

Para ello es necesario que el equipo multidisciplinario disponga de un protocolo estructurado y organizado, ya que los primeros 30 minutos del suceso son fundamentales para la toma de decisiones, y minimizar los riesgos en el paciente (8).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 POLITRAUMATIZADO

Es todo aquel paciente que presenta dos o más lesiones traumáticas graves, ya sean periféricas, viscerales complejas o algunas otras asociadas, que conllevan una disfunción respiratoria o circulatoria y ponen en riesgo la vida, por lo que debemos de

tener en cuenta que Estas lesiones irán acompañadas de traumatismos craneoencefálicos, lesión de columna cervical, de caja torácica, de pelvis y extremidades. Por estos motivos, los pacientes poli traumatizados deben de ser manejados en dos fases, de acuerdo al tiempo del accidente (9).

Existen múltiples definiciones de politraumatismo, pero todos los autores coinciden en que es un conjunto de lesiones provocadas simultáneamente por una violencia externa lo que da lugar a un cuadro clínico complejo que afecta a varios órganos, aparatos o sistemas, que tienen una gravedad progresiva y compromete seriamente funciones vitales.

a) Epidemiología

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

- Primer pico: muerte instantánea o "in situ" (10% del total), muerte inmediata o en los minutos siguientes al accidente. Por lesiones graves de órganos vitales, hemorragias masivas y/u obstrucción vía aérea.
- Segundo pico: Muerte precoz: 50% de los fallecimientos se produce en las 3 primeras horas y el 75% en las primeras 24

horas. Causas potencialmente tratables: obstrucción de la vía aérea, hipovolemia, hemorragias intracraneales, etc. A este periodo se le conoce como "Hora de oro"

- Tercer pico: 10% mortalidad, muerte tardía, días o semanas. Por complicaciones evolutivas de las lesiones iniciales. Sepsis o fallo multiorgánico (10).

b) Clasificación

- Politraumatismo simple (leve): Varios golpes, fracturas sin compromiso de hemorragia interna o externa, por lo general no hay traumatismos de cráneo, no hay pérdida de conocimiento.
- Politraumatismo moderado: Tienen más de una fractura; puede haber traumatismo de cráneo, pero sin pérdida de conocimiento.
- Politraumatismo grave: Varias fracturas, hemorragias, traumatismos de cráneo con pérdida de conocimiento. (11)

c) Causas de muerte en el politraumatizado

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

- ✓ 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 capacitado y competente (12).

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

- ✓ Inmediata: ocurre instantáneamente o a los pocos minutos, y es debida a lesiones incompatibles con la vida, tales como lesiones encefálicas severas, del tronco cerebral, medular alta, lesión cardíaca o desgarró de grandes vasos.
- ✓ Precoz: ocurre en las primeras 4 horas tras el ingreso, y se debe fundamentalmente a dos causas: TCE
- ✓ Severo y shock hemorrágico. - Diferida (o tardías): ocurre en días o semanas tras el ingreso, debidas principalmente como consecuencia de lesión cerebral, fallo multiorgánico y SIRS (12)

2.2.2 TIPOS DE POLITRAUMATISMOS

a) Traumatismo en el cráneo y cara

Los traumatismos en el cráneo y en la cara son especialmente importantes, ya que la intensidad del golpe puede afectar al sistema nervioso central (SNC), localizado dentro de la cavidad

craneal. Así, después de un traumatismo craneal (TCE), nos podemos encontrar ante una herida simple de la cabeza o la cara, una fractura craneal, signos de afectación cerebral o varias de ellas conjuntamente.

El riesgo más importante es la afectación del sistema nervioso central, provocando una destrucción de las neuronas cerebrales con secuelas permanentes o que pueden causar la muerte del accidentado. Siempre que nos encontremos ante un traumatismo craneal debemos sospechar la posibilidad de una lesión en la columna vertebral. En los traumatismos craneales podemos encontrar:

- ✓ **Heridas que afectan a la cabeza (Craneales):** La piel de la cabeza es muy gruesa y se desplaza con cierta facilidad sobre la superficie del cráneo; esto provoca que, en caso de traumatismo, su desprendimiento sea fácil originando las llamadas heridas. La gran presencia de vasos sanguíneos en la zona, hace que estas heridas sean muy sangrantes, y por ello normalmente el tratamiento de estas lesiones suela ser prioritaria la detención de la hemorragia.

- ✓ **Fracturas y contusiones del cráneo:** Cuando se presenta una fractura del cráneo, lo más importante es la posible lesión del encéfalo. Si la fractura es abierta es fácilmente

observable, porque puede llegar a verse el tejido nervioso. Los traumatismos de la cara pueden tener importancia tanto si implican lesiones en la boca-nariz, por su implicación en la función respiratoria, como si implican a órganos propios de los sentidos (oído, vista, gusto, olfato).

b) Traumatismo cráneo encefálico

Los TCE constituyen un problema de salud pública, debido a su carácter epidémico actual.

Por otro lado, un gran número de personas que presentan un TCE moderado o severo, posteriormente tienen discapacidades permanentes. Un TCE es una lesión cerebral causada por una fuerza externa, la cual puede producir una disminución o alteración de la conciencia y, eventualmente, un déficit de las habilidades cognoscitivas y/o de las funciones físicas. Clasificación: Mecanismo, Gravedad, Morfología.

c) Traumatismo en los tejidos blandos

Se considera una herida la pérdida de continuidad de la piel o de las mucosas como consecuencia de un traumatismo, provocando la comunicación del interior del cuerpo con el exterior.

Las heridas se pueden clasificar según el agente que las provoca en incisivas, punzantes, contusas, con pérdida de sustancia, por desgarro, en colgajo y especiales; y según el factor de gravedad por la profundidad, localización, extensión, sucias y/o con cuerpos extraños en su interior, con hemorragia y las no tratadas (13).

d) Traumatismo en la columna vertebral

La columna vertebral como conjunto de huesos no presenta un riesgo por la fractura de una vértebra en sí misma, sino por la posible lesión que pueda producirse en la médula espinal. La lesión medular implica siempre una lesión traumática en la estructura músculo esquelética, ósea y en los ligamentos.

Los traumatismos en la región cervical (cuello), con independencia de las lesiones óseas y medulares que puedan existir, pueden tener afectadas estructuras blandas, situadas en la parte anterior. El collarín cervical es un material imprescindible en la asistencia al politraumatizado para inmovilizar la columna cervical ante la más mínima sospecha de lesión de ésta. Debemos colocarlo siempre antes de movilizar al paciente, simultáneamente con la evaluación de la vía aérea (13).

e) Traumatismo en el tórax

Traumatismos que producen lesiones en el tórax o en alguno de los órganos que contiene. Los traumatismos torácicos pueden comprometer tanto la vía aérea directamente, como las funciones cardíaca y respiratoria, y, por tanto, implican un riesgo vital para la víctima. Según el mecanismo de producción, las lesiones pueden ser cerradas, en las que no existe alteración de la piel ni de la pared torácica, o lesiones abiertas, en las que la cavidad pleural está perforada, y esto comporta el colapso del pulmón y la pérdida de su capacidad con la consiguiente dificultad respiratoria.

f) Traumatismo en el abdomen

Cualquier alteración que se provoca en la cavidad abdominal a consecuencia de un impacto o agresión externa. Los traumatismos abdominales pueden comprometer a diferentes órganos contenidos dentro del abdomen que forman parte del aparato digestivo, a gruesos vasos sanguíneos, al sistema urinario y al sistema endocrino.

g) Traumatismo en las extremidades

Un traumatismo en las extremidades pocas veces origina una situación de riesgo vital, pero, dependiendo de su primer tratamiento, puede ocasionar discapacidades más o menos importantes. Para el diagnóstico hay que recurrir normalmente a radiografías, resonancia magnética nuclear.

2.2.3 MANEJO DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

1) Valoración Primaria: La pauta de actuación inicial ante un paciente politraumatizado será atender las necesidades básicas del "ABCDE" de cualquier paciente grave. Su objetivo es identificar lesiones que ponen en peligro la vida del paciente:

A: Vía aérea con control de columna cervical.

B: Ventilación y respiración.

C: Circulación con control de hemorragias.

D: Déficit neurológico.

E: Exposición o Empaquetamiento

a) Vía Área Acciones De Enfermería (A): Ante un paciente politraumatizado nuestra primera acción es asegurar la vía

aérea, controlando la columna cervical, ya que todo paciente politraumatizado tiene una afectación de la columna cervical hasta que se demuestre lo contrario. Durante el examen físico se debe buscar signos de obstrucción de la vía aérea ocasionados por cuerpos extraños, fracturas de mandíbula o de huesos faciales, lesión de tráquea o de laringe, vómito o sangre. Se debe estar atento a la identificación de signos y síntomas como: disnea, respiración laboriosa, cianosis, traumatismos de cara o cuello, ansiedad, pánico, ausencia del murmullo vesicular, incapacidad para hablar, diaforesis, taquicardia entre otros.

✓ Principales diagnósticos de enfermería a identificar

- Respiración ineficaz: visible uso de los músculos accesorios de la respiración por obstrucción de la vía aérea o edema.
- Alteración en el intercambio gaseoso: cianosis y disnea por obstrucción de la vía aérea.

✓ Acciones de enfermería a realizar. Apertura de la vía aérea mediante elevación del mentón por tracción de la mandíbula, sin hiperextensión del cuello; retirar los cuerpos extraños y aspirar secreciones, vómitos o sangre.

- Inmovilización del cuello con un collar rígido.

- Oxigenación a concentraciones altas mediante un dispositivo de bolsa u válvula o con máscara.
- Monitoreo de la función respiratoria.
- Asistir al médico durante la intubación endotraqueal o durante la realización de la cricotiroidotomía si fuera necesario.
- Verificación de la permeabilidad de las fosas nasales en los niños menores de 1 año ya que son respiradores nasales obligatoriamente.
- Evaluación frecuente de la respiración.

b) Ventilación Acciones De Enfermería (B)

Asegurar una vía aérea permeable, es el primer paso para una correcta ventilación. Si la respiración no mejora después de despejar la vía aérea, se debe buscar otra causa: un trauma torácico directo, ejemplo fracturas costales. El traumatismo craneal puede provocar patrones respiratorios anómalos que comprometen la ventilación, una lesión medular alta provoca respiración abdominal y parálisis de los músculos intercostales. (14).

✓ Principales diagnósticos de enfermería

- Identificar Alteraciones del intercambio gaseoso.
Alteraciones de la ventilación: hipo ventilación alveolar, relacionada con obstrucción mecánica, lesión de la estructura anatómica etc.
- Déficit de la oxigenación tisular relacionado con aumento de la demanda de oxígeno y disminución del aporte.

✓ Acciones de enfermería a realizar

- Exposición del pecho del paciente e inspección de los movimientos respiratorios; determinar la frecuencia respiratoria.
- Si no hay respiración espontánea, realizar la respiración básica y avanzada.
- Búsqueda de signos de neumotórax a tensión, tórax inestable y neumotórax abierto.
- Monitoreo permanente del patrón respiratorio.
- Cubrir la herida torácica con gasa o apósito estéril.

c) Circulación Acciones De Enfermería (C): La pérdida de sangre es una de las principales manifestaciones en el paciente politraumatizado. La primera reacción del organismo a la pérdida hemática es la vasoconstricción

periférica, para preservar el flujo sanguíneo del cerebro, corazón, pulmón y riñones. El diagnóstico inicial del shock es clínico, y se basa en la evaluación de la perfusión de los órganos y de la oxigenación tisular. El shock representa la manifestación más importante del compromiso circulatorio; al disminuir de forma aguda el volumen sanguíneo y la resistencia vascular periférica. Es importante la identificación de síntomas como: taquicardia, pulsos débiles, piel fría y pálida, diaforesis, taquipnea, alteraciones del estado de conciencia, retraso del llenado capilar, oliguria o anuria.

✓ Diagnósticos de enfermería a identificar

- Riesgo potencial de disminución de la perfusión tisular, cerebral, cardíaca, pulmonar, renal, relacionado con traumatismo o compresión de vasos sanguíneos, hipotensión o respuesta simpática por estrés.
- Riesgo de disminución del gasto cardíaco por disminución de la precarga secundaria a hemorragia.
- Riesgo potencial de hipotermia, por disminución de la perfusión tisular y las medidas de reanimación.

✓ Acciones de enfermería:

- Evaluación del paciente: estado de conciencia, llenado capilar, coloración de la piel y la temperatura corporal.
- Conservación de la temperatura corporal y evitar hipotermia por exposición prolongada.
- Canalización de 2 venas de grueso calibre como mínimo, preferentemente que no sea en pliegues.
- Administración de soluciones cristaloides. Ej. Ringer Lactato.
- En caso de hemorragia externa, aplicar la presión directa sobre el sitio sangrante con una compresa estéril o un vendaje compresivo.
- Evaluación de los signos de taponamiento cardíaco como hipotensión ingurgitación yugular, disminución de los ruidos cardíacos, preparar los equipos y asistir al médico en los procedimientos a realizar.
- Inserción de sonda vesical para el monitoreo de la diuresis previa evaluación de las contraindicaciones como son: trauma pélvico y/o sangrado vesical.

d) Déficit Neurológico – Acciones De Enfermería (D): La evaluación inicial del estado de conciencia comienza en el momento de la recepción del paciente, por medio del diálogo

y de los diferentes procedimientos que pueden producirle dolor después del ABC, se comprueba el estado de las pupilas y se determina el grado de compromiso neurológico.

✓ Diagnósticos de enfermería a identificar

- Alteración de la eliminación urinaria relacionado con vejiga neurogénica.
- Riesgo potencial de alteraciones en la termorregulación, secundario a trauma de la médula espinal.
- Dolor relacionado con la estimulación de las terminaciones nerviosas.
- Alteración del patrón cognoscitivo - perceptual relacionado con aumento de la presión intracraneana secundaria a trauma craneoencefálico, trauma medular o cervical, hemorragia o edema.

✓ Principales acciones de enfermería a realizar

- Oxigenación a concentraciones altas por medio de máscara y/o bolsa.
- Administración de analgésicos según indicación médica.

e) Exposición – Acciones De Enfermería (E): Se expone al paciente retirando toda la ropa, la cual a veces es necesario cortarla. Se desnuda al paciente y se realiza el examen físico en busca de lesiones que ponen en riesgo su vida; luego se debe cubrir para evitar la hipotermia, que en el politraumatizado es común y tiene efectos nocivos.

Se debe tomar medidas para preservar el calor corporal que incluyen cobijas calientes, líquidos endovenosos tibios y aumento de la temperatura en la sala de trauma (si se dispone de aire acondicionado).

✓ Diagnósticos de enfermería a identificar

- Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con exposición prolongada al medio ambiente.

✓ Principales acciones de enfermería

- Desnudar completamente al paciente.
- En general es preferible retirar la ropa cortándola.
- No exponer innecesariamente al paciente.
- Realizar un examen físico céfalo caudal.
- Administración de líquidos tibios.
- Evitar mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre.

2) Valoración Secundaria: Una vez realizada la revisión primaria y controlados los parámetros ABC, se efectúa un examen completo céfalo caudal para evaluar el funcionamiento de todos los sistemas de forma ordenada en un corto período de tiempo.

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

✓ **Anamnesis:** Se debe interrogar al paciente nuevamente, si su estado lo permite, a sus familiares o al personal que prestó la atención pre hospitalaria, para conocer los eventos relacionados con el mecanismo del trauma, estado inicial, lugar donde ocurrió el trauma y los antecedentes personales.

- A: alergia a medicamentos.
- M: medicamentos que ha recibido o que toma en forma rutinaria.
- P: patologías (enfermedades concurrentes que puedan comprometer o complicar el estado del paciente).
- LI: liberaciones o última ingesta.

- E: eventos intervencionistas (operaciones anteriores al trauma, diálisis)

- ✓ **Examen de cabeza a los pies:** consiste en una valoración detallada y sistemática de todo el cuerpo, incluye inspección, palpación, percusión y auscultación.

- ✓ **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 y posición de la tráquea.

- ✓ **Tórax:** Inspección de heridas, movimientos respiratorios, hemorragia externa, enfisema subcutáneo.

- ✓ **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.

- ✓ **Pelvis:** Signos de traumatismo óseo o de tejidos blandos, inestabilidad de la pelvis que evidencia fractura.

- ✓ **Genitourinario:** Hemorragia externa, objetos empalados, sangre en el meato uretral, hemorragia vaginal o hematoma

escrotal. En toda mujer se debe realizar el examen vaginal para descartar lesiones internas.

- ✓ **Extremidades:** Signos de traumatismo evidentes, hemorragia externa, objetos empalados o deformidades; se determina el tiempo de llenado capilar y la presencia y calidad de los pulsos, los cuales deben ser iguales en ambas extremidades.

- ✓ **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.

- ✓ **Diagnósticos de enfermería a identificar**
 - Riesgo de alteración del intercambio gaseoso relacionado con obstrucción de la vía aérea baja por retención de secreciones.

 - Riesgo de infección relacionado con objetos empalados en la pared torácica, pared abdominal, extremidades (5)

 - Riesgo de alteración del volumen sanguíneo relacionado con hemorragia contenida en extremidades, sangrado

interna abdominal y pélvico. Alteración del patrón de la actividad física.

- ✓ **Evaluación neurológica:** De acuerdo a la escala de coma de Glasgow.

Variable	Respuesta	Puntaje
Apertura ocular	• Espontánea	4 pts.
	• A la orden	3 pts.
	• Ante un estímulo doloroso	2 pts.
	• Ausencia de apertura ocular	1 pts.
Respuesta verbal	• Orientado correctamente	5 pts.
	• Paciente confuso	4 pts.
	• Lenguaje inapropiado	3 pts.
	• Lenguaje incomprensible	2 pts.
	• Carencia de actividad verbal	1 pts.
Respuesta motora	• Obedece órdenes correctamente	6 pts.
	• Localiza estímulos dolorosos	5 pts.
	• Evita estímulos dolorosos retirando el segmento corporal explorado	4 pts.
	• Respuesta con flexión anormal de los miembros	3 pts.
	• Respuesta con extensión anormal de los miembros	2 pts.
	• Ausencia de respuesta motora	1 pts.

- ✓ **Actuación de Enfermería:**

- La actuación de la enfermera en el equipo de salud debe ser complementaria con las demás especialidades que manejan al paciente con trauma múltiple.
- Valoración permanente del estado de conciencia del paciente.
- Monitoreo de los signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, temperatura corporal y tensión arterial.

- Inserción de la sonda naso gástrica para descomprimir el estómago y disminuir el riesgo de bronco aspiración.
- La inserción de una sonda por vía nasal está contraindicada en lactantes, que respiran de forma obligatoria por la nariz; en este caso se utiliza la vía oro gástrica.
- También se contraindica en presencia de traumatismo craneal o facial (lesión maxilofacial o fractura de la fosa anterior del cráneo) por el riesgo de inadvertida al encéfalo a través de la placa cribiforme o del hueso etmoides; en estos pacientes se recomienda la vía oro gástrica.
- Control de la volemia mediante la administración de líquidos endovenosos y monitoreo horario de la eliminación urinaria.
- Succión de secreciones de acuerdo con las necesidades del paciente.
- Administración de analgésicos para manejo del dolor y evaluación de la efectividad del mismo, según indicación médica.

- Administración de antibióticos según la indicación médica, para disminuir el riesgo de infección.
- Valoración constante de la integración de la piel y cambios de posición.
- Curación de heridas; mantenerlas secas y determinar constantemente el sangrado.
- Reposo y soporte de articulaciones con lesiones agudas.

3) Proceso de Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermería es conocida como el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas, que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente. Este método permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, ya que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se tratan de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad. El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona- Entorno desde una perspectiva holística.

4) Afirmaciones Teóricas

- ✓ Relación enfermera – paciente: Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:
 - La enfermera como sustituta del paciente: Este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
 - La enfermera como auxiliar del paciente: Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

- La enfermera como compañera del paciente: La enfermera supervisa y educa al paciente, pero es él quien realiza su propio cuidado.
- ✓ Relación enfermera – médico: La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

5) Fundamentación Científica

Virginia Henderson

En este trabajo académico es importante el proceso de Enfermería, el cual es una herramienta práctica que debe ser utilizada por los profesionales de Enfermería durante el cuidado del paciente politraumatizado, para lograr la recuperación total del mismo, lo que permitirá que este personal actúe de manera eficaz y eficiente, prestando un cuidado humanizado y personalizado, satisfaciendo así las necesidades individuales del paciente.

Este trabajo académico está centrado en el modelo conceptual de Virginia Henderson la cual define como única

función de Enfermería “ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible” 9 bajo el modelo conceptual de Virginia Henderson como medio de recolección de la información, la cual se encuentra estructurada en datos personales, ingreso al servicio de emergencia , historia de enfermedad actual, y por último el examen físico general y segmentario permitiendo así realizar una valoración sistemática de la adulta facilitando el análisis e interpretación de la información, que posteriormente permiten la planificación de los cuidados de Enfermería de acuerdo a las necesidades y problemas encontrados. En este caso clínico sólo se muestran los patrones funcionales de salud (PFS) alterados al igual que los hallazgos patológicos encontrados durante la realización del examen físico.

La actuación principal ante una persona politraumatizado es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la actuación de Enfermería imprescindible y fundamental en el equipo de salud de emergencia, trauma shock y de la unidad de cuidados

intensivos para realizar una actuación integral del paciente. Las características que presentan estos pacientes nos obligan a la planificación de cuidados derivados de la identificación de diagnósticos de Enfermería reales, de riesgo y colaborativos. Resultando todo ello un proceso dinámico cuyo objetivo final es el cuidado integral del paciente.

Medidas De Protección

Todo paciente que ingrese a un servicio de urgencias debe ser considerado portador potencial de enfermedades transmisibles y por tanto todo el personal debe observar las Medidas Universales de Protección:

- Uso de guantes, mascarilla (tapabocas), anteojos, polainas y ropa impermeable, para proteger la piel y las mucosas de cualquier contacto con sangre o líquidos corporales.
- Manejo cuidadoso de los elementos corto punzantes (agujas, hojas de bisturí y otros elementos cortantes). Las agujas no deben re enfundarse, doblarse ni desprenderse de las jeringas. Todos estos elementos, una vez utilizados, deben depositarse en recipientes especialmente diseñados para ese propósito.

- Manejo adecuado de sangre, líquidos corporales y tejidos. Incluye no sólo el manejo de las muestras en el área de urgencias, sino también su transporte y manipulación en el laboratorio.
- Lavado inmediato de las manos y superficies corporales si se contaminaron con sangre u otros fluidos corporales, antes y después del contacto con los pacientes.

Las decisiones deben ser tomadas en relación de quien recibirá tratamiento primero o de si lo recibirá.

Las reglas habituales acerca de salvar vidas en la experiencia diaria, no se aplican cuando existen víctimas en masas.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **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.

- **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.
- **El paciente:** Designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es curada. El término paciente se puede declinar de varias maneras.

CAPÍTULO III:

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar el presente trabajo académico de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, como la revisión de los libros de los ingresos de los pacientes por emergencia, como de historias clínicas de emergencia de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

Así mismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó el permiso respectivo a la Jefatura del centro de salud de Quilmaná para así tener acceso a los libros de registros e historias clínicas.
- **Recolección de datos:** Para la recolección de datos se utilizará los documentos y el instrumento será datos estadísticos e historia clínica. **Procesamiento de datos:** concluida la recolección de datos, estos serán procesados en forma manual y mediante el uso de Microsoft Excel
- **Resultados:** Los resultados fueron analizados e interpretados en tablas.

- Análisis e interpretación de resultados: Los datos se revisaron, codificaron y se ingresaron a una base de datos

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

a) Recuento de la Experiencia Profesional

Mi desempeño laboral inicia en junio del 2001 donde se encontraba en ese entonces en la jefatura del centro de salud de Quilmaná el Dr. Luis Jaso Huamán y la coordinadora del servicio de enfermería la MG. Carmen Candela Ayllón. Es así que empieza mi labor en el centro de salud de Quilmaná viendo a diario toda clase de emergencia y sobre todo el incremento de pacientes politraumatizado.

Cuando llegué al centro de salud de Quilmaná quería ver algo diferente y conocer otra cultura ya que el distrito de Quilmaná migra muchas personas de diferentes regiones. Puedo afirmar que mis objetivos han sido alcanzados. He visto, he aprendido y sigo aprendiendo he hecho muchas cosas muy interesantes. En este informe encontrará un breve resumen de lo que retengo de mi experiencia.

Durante al transcurrir de los años he visto y vivido experiencias muy diferentes de todo lo que yo sabía. He conocido enfermería diferente en ciertos puntos.

Los recursos del centro de salud son muy limitados. Las existencias en la farmacia, equipos son pocas en comparación con los hospitales. Por ello, las enfermeras tienen que desarrollar y utilizar al máximo sus habilidades y adaptarse a los tratamientos y equipo que cuentan para una emergencia. Es sorprendente ver la habilidad de las enfermeras cuando tienen, por ejemplo, que improvisar una férula un cabestrillo, vendas, riñoneras, papagayo, chata etc. para un paciente politraumatizado u otras emergencias y tener que adaptarse a lo que tenemos. Durante los años de trabajo uno nunca termina de aprender en la carrera de enfermería aprendemos hacer fuerte porque se ve tantas personas enfermas politraumatizado hasta ver morir sobre todo en accidentes de tránsito. Lo que nunca olvidare cuando ingrese a trabajar fue cuando un camión destrozó el lado derecho del rostro de una niña de 7 años fue impactante ya que cuando la trae la madre en su brazo le acostó cubriendo su lado derecho de su rostro al voltearla fue impactante. Cada experiencia nos hace fuerte en este distrito los accidentes se han incrementado cada día más. los cuales me han motivado a realizar este informe laboral que es de mucha

importancia para la labor profesional que desempeño y así brindar atención tanto al paciente como al familiar es por eso que vengo laborando en este servicio de emergencia hasta la actualidad.

b) Descripción del Área Laboral

✓ Organización

El servicio de emergencia del centro de salud se encuentra a cargo de una enfermera del servicio.

✓ Recursos Humanos

Laboran 11 enfermeras en el centro de salud y el servicio de emergencia labora una enfermera y un técnico según rol programado entre Tópico y Observación.

✓ Infraestructura

Cuenta con 1 ambiente de emergencia en la cual hacemos el triaje y medición de funciones vitales; contamos con una sala de observación. Contamos con equipos de emergencia como: aspiradoras, coche de paro, oxígeno, oxímetro de pulso empotrado coche de curaciones y su equipo de sutura y curación.

✓ Prestaciones:

Se brinda prestaciones a pacientes de todas las edades ya sea pacientes de SIS, ESSALUD, otras entidades de diferentes tipos de seguros.

Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en la clínica avanzada en urgencias y emergencias.

c) Funciones Específicas

- Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario del Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos.
- Participar en las campañas, programas y estrategia sanitaria en el campo de enfermería si fuera requerido.
- Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica.
- Registrar las observaciones en la historia clínica de los hechos ocurridos con el usuario hospitalizado.
- Elaborar y remitir los informes técnicos relacionados a las funciones del servicio.
- Asistir y participar en las reuniones técnico administrativas del servicio.

- Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.
- Brindar asesoramiento en el campo de enfermería.
- Cumplir lo dispuesto en los documentos técnicos de gestión institucional.
- Cumplir con la programación de guardias, licencias, vacaciones y otros del servicio.
- Participar en actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería.
- Participar en la actualización e implementación normas, guías de atención y procedimientos, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- Cumplir lo dispuesto de las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al usuario, evitando riesgo y complicaciones.
- Realizar actividades de docencia e investigación en el campo de enfermería. Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.

- Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de hospitalización.
- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería. Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico y auxiliar de enfermería bajo su supervisión y responsabilidad.
- Elaborar registros de actividades, censos, movimiento de control de equipos, materiales y otros que exista en el servicio, para sistematizar la información.
- Participar en la elaboración del cuadro de necesidades del servicio si fuera requerido.
- Mantener la integridad y buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.
- Integrar comités, comisiones de trabajo en el campo de enfermería si fuera requerido Las demás funciones que le asigne el Jefe Inmediato Superior.

3.3 PROCESOS REALIZADOS:

En el Centro de Salud de Quilmaná Cañete la intervención del profesional de enfermería en el manejo inicial en paciente politraumatizado que ingresa al servicio de emergencia se detallará a continuación:

Lo primero es valorar el estado de conciencia del paciente, seguida de una monitorización continua según evolución. Así mismo se controlan y monitorean los signos vitales como: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, temperatura corporal y tensión arterial principalmente.

Entre los procedimientos invasivos más frecuentes, se realiza la inserción de la sonda nasogástrica para descomprimir el estómago y disminuir el riesgo de bronco aspiración. La inserción por vía nasal está contraindicada en lactantes, que respiran de forma obligatoria por la nariz; en este caso se utiliza la vía orogástrica. Está contraindicada en la presencia de traumatismo craneal o facial (lesión maxilofacial o fractura de la fosa anterior del cráneo) por el riesgo de inadvertida al encéfalo a través de la placa cribiforme o del hueso etmoides; en estos pacientes se recomienda la vía oro gástrica.

Otra intervención fundamental es el control de la volemia mediante la administración de líquidos endovenosos y monitoreo horario de la eliminación urinaria.

Se deben succionar secreciones de acuerdo con las necesidades del paciente.

En cuanto a la administración de medicamentos, se debe vigilar los efectos de: analgésicos para manejo del dolor y evaluación de la efectividad del mismo, y antibióticos para disminuir el riesgo de infección, todo según prescripción médica.

Posterior a lograr la estabilidad en el paciente, se realiza la valoración constante de la integración de la piel y cambios de posición. Curación de heridas; mantenerlas secas y determinar constantemente el sangrado. Así mismo garantizar el reposo y soporte de articulaciones con lesiones agudas.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

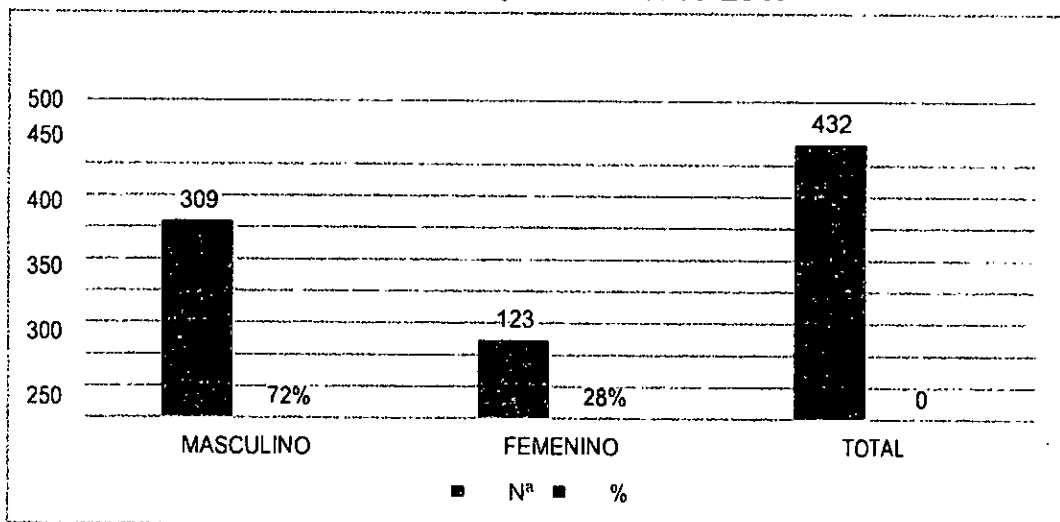
CUADRO N° 4.1

Genero De Los Pacientes Politraumatizados Atendidos En El Centro De Salud De Quilmana 2015-2017

SEXO	N ^a	%
MASCULINO	309	72%
FEMENINO	123	28%
TOTAL	432	100%

GRÁFICO N° 4.1

Genero De Los Pacientes Politraumatizados Atendidos En El Centro De Salud De Quilmana 2015-2017



Interpretación:

Del cuadro presentado se deduce que la mayoría de los pacientes que fueron atendidos en el centro de salud de Quilmaná en el servicio de emergencia corresponden al sexo masculino con un 72% por presentar politraumatismo mientras que el menor porcentaje con un 28% corresponde al sexo femenino.

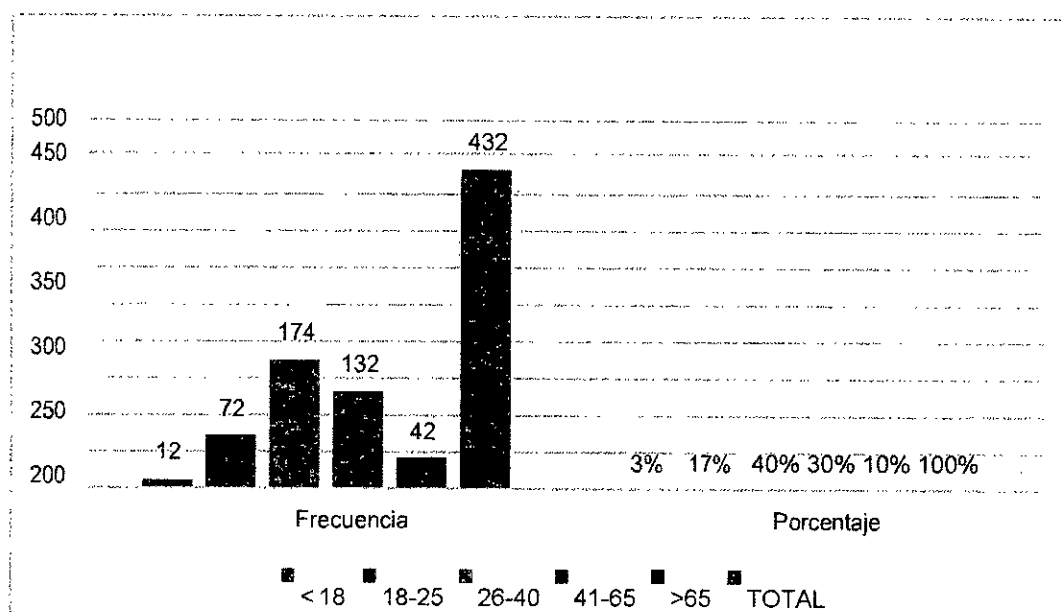
CUADRO N° 4.2

Distribución de resultados en relación a grupos etarios

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
< 18	12	3%
18-25	72	17%
26-40	174	40%
41-65	132	30%
>65	42	10%
TOTAL	432	100%

GRÁFICO N° 4.2

Distribución de resultados en relación a grupos etarios



Interpretación:

En los datos obtenidos se puede conocer que la mayoría de usuarios que acudieron al servicio de emergencia corresponde al grupo etario de 26 a 40 con un 40% y del grupo 41 a 65 con un 30% seguido el grupo de 18 a 25 con 17% y mayores de 65 con un 10% siendo los menores de 18 con un 3%.

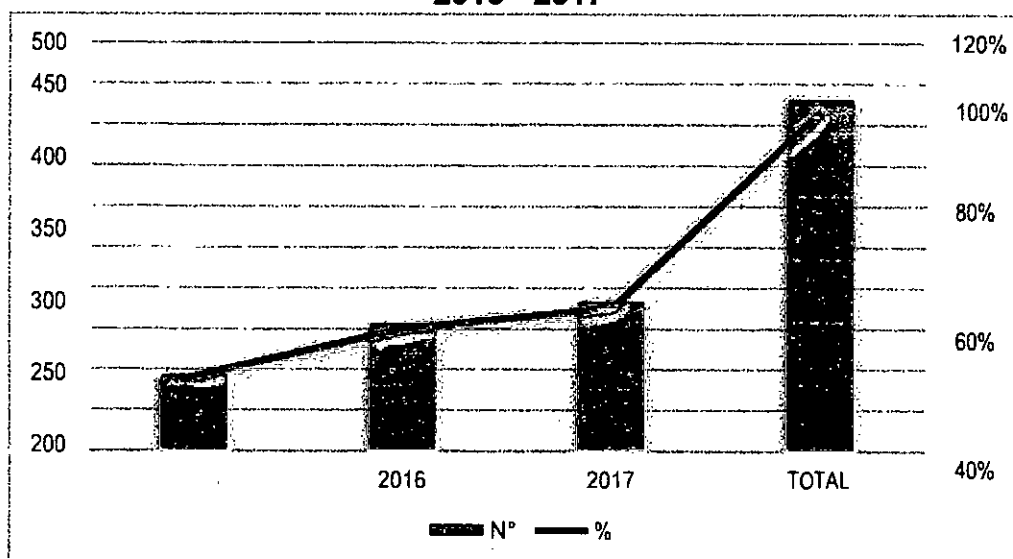
CUADRO N° 4.3

Años Comparativos De Pacientes Atendidos Con Politraumatismo En El Servicio De Emergencia Del Centro De Salud De Quilmana Cañete, 2015 - 2017

AÑO	N°	%
2015	93	22%
2016	156	36%
2017	183	42%
TOTAL	432	100%

GRÁFICO N° 4.3

Años Comparativos De Pacientes Atendidos Con Politraumatismo En El Servicio De Emergencia Del Centro De Salud De Quilmana Cañete, 2015 - 2017



Interpretación:

En los datos obtenidos se puede conocer que en el año 2017 se incrementa los pacientes con politraumatismo con un 42% y en el 2016 con un 36% y el 2015 un 26%

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES

- a) Las principales intervenciones del profesional de enfermería en el paciente poli traumatizado son: valorar y monitorear el estado de conciencia y los signos vitales, la colocación de la sonda nasogástrica, control estricto de volemia, administración de analgésicos y antibióticos, y la curación de heridas.

- b) Los resultados obtenidos encontramos componentes esenciales del perfil profesional de enfermería, el liderazgo, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, razonamiento clínico, la experiencia profesional, el afrontamiento al estrés, la formación, y la preparación adecuada permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuna y segura al paciente.

- c) En la actualidad los sucesos de politraumatismo 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, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias. Directa o indirectamente los traumatismos tienen además alto impacto y constituyen un importante problema de salud a nivel mundial.

CAPÍTULO VI:

RECOMENDACIONES

- a) A la gestión de enfermería del servicio, elaborar con enfermeras especialistas protocolos de cuidados de enfermería para cada una de las disfuncionalidades incluyendo para el manejo adecuado del paciente politraumatizado, utilizando como método de trabajo el proceso enfermero y que se diseñe formularios para el registro de la atención de enfermería los cuales nos permitirá realizar investigaciones y generar nuevos conocimientos.

- b) A la jefatura del departamento de enfermería, capacitar a los profesionales de enfermería; presentar los resultados del trabajo académico al personal de enfermería integrantes de la población estudiada, para motivarlos a crear estrategias que fortalezcan su práctica laboral frente al paciente politraumatizado, en el rol asistencial, en esta área de la salud tan importante.

- c) A los profesionales de enfermería, promover actividades educativas, así como intercambio de experiencias, con la finalidad de actualizar al personal de enfermería sobre la valoración del paciente politraumatizado

CAPÍTULO VII:
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GARCÍA R. Manejo Inicial Del Politraumatizado: Perú
2. GARCÍA R. Conceptos y Definiciones Politraumatismo: Perú
3. O.M.S. prevención de la violencia y los traumatismos: España
4. CARBALLO S, L, ESPINOZA R Y MERCAO J. Conocimientos y Prácticas del personal de Enfermería en los cuidados brindado a pacientes Poli traumatizados, área de Emergencia del Hospital Humberto Alvarado Vásquez., Masaya, II semestre 2015. Peru.
5. Daniel De la Torre Martínez. Tratamiento multidisciplinario del paciente politraumatizado, Mexico, 2013.
6. O.M.S. Inocuidad de los alimentos. España. 2015.
7. FINLAY CJ. Atención del dolor en el paciente politraumatizado en el Hospital Militar Central. Perú 2013.
8. BUSTOS YÉPEZ JV. paciente politraumatizado. Ecuador.2002
9. AYUSO F. protocolo de actuación del técnico en emergencias sanitarias asistenciales. España Madrid. pgs 29 – 30. 2010
10. FERNÁNDEZ, D. cuidado integral del paciente crítico. España Barcelona. páginas 10- 14. 2008

14. Morillo, J. asistencia pre hospitalaria urgente. Edide sl. pgs 44-45. España 2007
15. Ottolino, L. manejo integral del paciente politraumatizado panamericana. pgs 24-5. 2008. España
16. Gustavo Domínguez. politraumatizados, hospital, santo domingo de los Tsachilas mayo. Perú
17. U.N.M.S.M. La evaluación inicial al paciente politraumatizado por accidente de tránsito lima, Perú 2017

ANEXOS

ANEXO 01

