

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



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE
EMERGENCIA POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CENTRO DE
SALUD SANTA ROSA NIVEL I-4 ENTRE LOS AÑOS 2015 AL 2017**

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

RAQUEL SULLCA SULLCAHUAMAN


DRA. ZOILA DÍAZ TAVERA
CEP. 18968-011F 1519

CALLAO - 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ | PRESIDENTE |
| ➤ MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE | SECRETARIO |
| ➤ MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ | VOCAL |

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 367

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	14
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	15
3.1 Recolección de Datos	15
3.2 Experiencia Profesional	15
3.3 Procesos Realizados del Informe	16
IV. RESULTADOS	18
V. CONCLUSIONES	25
VI. RECOMENDACIONES	26
VII. REFERENCIALES	27
ANEXOS	30

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define de forma genérica el accidente como una transferencia anormal no controlada de energía que tiene como consecuencia la ocurrencia de lesiones o muertes.

En la actualidad se define accidente de tránsito como el resultado de una conjunción o concurrencia desfavorable de múltiples factores (vehículo, conductor, vía.) en un momento y situación determinados, que debe tener lugar en una vía apta para la circulación, en la que debe estar implicado un vehículo en movimiento y que tenga como consecuencia que una o varias personas resulten heridas o fallecidas. La Enfermería de Emergencias tiene el rol de ser una Enfermera (o) profesional que implica la integración de la práctica, la investigación, la educación y la profesionalidad. La práctica comprende la valoración, diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas percibidos, reales o potenciales, físicos o psicosociales que pueden ser episódicos, primarios y/o agudos. El cuidado del profesional en enfermería exige ante una emergencia poseer una actitud y aptitud efectiva, seguridad y autocontrol producto de conocimientos, destrezas, habilidades y principios éticos. Todos estos elementos contribuirán a una coordinación precisa, oportuna dirigida a las necesidades reales de las personas en estado de emergencia.

El centro poblado de Santa Rosa se encuentra ubicado en la carretera panamericana a 75 km de la ciudad de Abancay (Abancay – Santa Rosa – Lima), en la cual se hallan altos índices de atención de emergencias, esto debido a que dicho lugar es corredor vial la cual incrementa los índices de dicha emergencia. Es por ello que el propósito de este informe fue describir la intervención de enfermería en la atención de emergencias de accidentes de tránsito en el C.S. Santa Rosa nivel I – 4 a fin que los

resultados sirvan para conocer la situación actual de la atención de emergencias de accidentes de tránsito en dicho establecimiento, permitiendo de esta manera formular conclusiones y recomendaciones que sean en beneficio para la población abordada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

El Centro Poblado de Santa Rosa se ubica a 75 Kilómetros de la Ciudad de Abancay, por cuyo poblado se encuentra la carretera panamericana asfaltada de comunicación nacional e internacional, dicha caracterización vial hace que haya mayor circulación de unidades móviles, donde se evidencia el desplazamiento a altas velocidades y pone en riesgo la integridad física e incluso la vida de los ocupantes. Los accidentes de tránsito en la zona es frecuente, cuyas causas que lo originan, según los informes policiales, comunales y otros, los eventos de accidentes hacen en mención la falla humana, comprendidos en el exceso de velocidad y el cansancio del conductor, la falla mecánica propios de las unidades móviles, las condiciones climáticas por citar la pista mojada en la época de lluvia y por último el estado de deficiencia conservación del asfalto y diseño vial por algunas partes en el recorrido.

Dichas condiciones hace que susciten los accidentes de tránsito frecuentemente, según los datos existentes que en los años 2010 a 2013 hubo eventos adversos de accidentes en varias oportunidades en la zona, hechos que de primera instancia, compromete al personal de salud, instalado en el centro poblado mencionado de brindar los primeros auxilios a las víctimas del accidente, como antecedentes del hecho demostraron la ineficacia de socorro por múltiples causas y sobre todo por falta de personal médico y paramédico para atender. Los casos que requieren una atención de emergencia y urgencia, personal entrenado en los Primeros auxilios en los ejes temáticos de manejo de heridas, fracturas, traumatismos, hemorragias, poli traumatizados y otros. Por las consideraciones se pretende abordar el tema de accidentes de tránsito y también tener una guía de atención de accidentes de tránsito.

1.2. Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la atención de emergencias por accidentes de tránsito en el C.S. Santa Rosa nivel I – 4 entre los años 2015 al 2017.

1.3. Justificación

En el Centro poblado de Santa Rosa se presenta con frecuencia las emergencias asociadas a accidentes de tránsito, esto debido a que dicho lugar es corredor vial la cual incrementa los índices de dicha emergencia. Los profesionales de enfermería, como parte del equipo de salud, deben mejorar permanentemente sus procesos de atención, teniendo como base instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención de salud en situaciones de emergencia y desastre. En tal sentido es necesario que ellos conozcan y apliquen las guías de intervención en emergencias para así promover una mejor y eficiente práctica clínica.

Las emergencias y desastres son situaciones impredecibles y pueden llegar a ser de grandes magnitudes, donde la muerte, discapacidad, alteración de las dinámicas familiares y sociales, así como las implicancias económicas, son sus grandes repercusiones.

Asimismo lo que se desea lograr es aplicar medidas concretas para reducir al mínimo los traumatismos y sus consecuencias y evaluar las repercusiones de estas medidas. Además, estas medidas deberían basarse en datos y análisis fiables de los traumatismos causados por el tránsito, ser culturalmente adecuadas, haberse probado localmente y formar parte de la estrategia nacional encaminada a frenar el problema de las colisiones en la vía pública.

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

GARCIA Méndez Beatriz, 2014 España realizó un estudio titulado **“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL ADULTO EN ACCIDENTES DE TRÁFICO”**. Cuyo objetivo fue Realizar una revisión de los cuidados de enfermería que deben ser conocidas por los profesionales a la hora de atender un accidente de tráfico. **MATERIAL Y MÉTODOS** Se realizó una búsqueda de revisiones, artículos y estudios sobre la biomecánica de los accidentes de tráfico, sus repercusiones sociales y sanitarias y la formación del personal de enfermería en este ámbito. Se buscan referencias desde el año 2003 salvo ciertas fuentes que han sido citadas durante la introducción para la contextualización histórica y que por tanto tienen más antigüedad. En cuanto al idioma, se han revisado artículos tanto en inglés como en castellano. Se han buscado referencias procedentes tanto de personal experto en accidentes de tráfico y su estudio y prevención, como de personal sanitario, teniendo en cuenta la vigencia de la información y su procedencia para garantizar la fiabilidad de las fuentes. Las búsquedas se realizaron a través del buscador “Google Scholar” y de “PubMed” utilizando las palabras clave “accidente de tráfico”, “enfermería”, “formación de enfermería” e “intervención sanitaria”. Además se consultaron otras fuentes, como protocolos de actuación del servicio 112, estadísticas de la Dirección General de Tráfico o del Instituto Nacional de Estadística. **DESARROLLO**. Varios estudios han demostrado que tanto la morbilidad como la mortalidad se ven reducidas considerablemente si la atención pre hospitalaria ante un accidente se realiza de manera oportuna y correcta, por personal cualificado, con un planteamiento cuidadoso y un equipo adecuado. **CONCLUSIONES** - Los accidentes de tráfico son un problema actual que se cobra miles de víctimas cada año en España. - La enseñanza de estas

materias en el Grado de Enfermería en España no es homogénea. - La atención precoz y fundamentada a estos pacientes influye de manera

Muy relevante en su pronóstico y evolución. - Los conocimientos requeridos para la atención pre hospitalaria de accidentes de tráfico son muy amplios y abarcan numerosos campos. - Se requiere una formación muy específica y precisa para la correcta atención de estos pacientes. - Los cuidados de enfermería son clave en la atención pre hospitalaria de estos pacientes. - La investigación enfermera y la documentación no son muy abundantes en este aspecto (3).

Cada día alrededor de 3500 personas fallecen en las carreteras. Decenas de millones de personas sufren heridas o discapacidades cada año. Los niños, los peatones, los ciclistas y los ancianos son los usuarios más vulnerables de la vía pública. La OMS colabora con asociados - gubernamentales y no gubernamentales - en todo el mundo para prevenir los accidentes de tránsito y promover las buenas prácticas como el uso del casco o del cinturón de seguridad, no beber y conducir, y evitar los excesos de velocidad.

La oficina General de Defensa General del Ministerio de Salud menciona que en relación a los accidentes de tránsito, es preciso contar con información confiable sobre las defunciones y los traumatismos no mortales, por un lado, para determinar la magnitud del problema de los accidentes de tránsito y así poder concebir soluciones focalizadas y, por otro, para asegurar el seguimiento de las medidas de intervención adoptadas y evaluar su eficacia. En nuestro país, la Policía Nacional del Perú, es el ente encargado de registrar y brindar las estadísticas sobre accidentes de tránsito, clasificando los eventos como fatales y no fatales, considerando a estos últimos como aquellos accidentes donde no se han producido muertos sino sólo lesionados. Desde el año 2008 hasta diciembre del 2015 se ha registrado un total de 779 141 accidentes de tránsito (6).

La Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, notificó que durante el último año se hospitalizaron 47 214 personas con traumatismos atribuibles a accidentes de tránsito, encontrándose que los traumatismos de cabeza y cuello son los más frecuentes (30%) -acentuándose en el grupo etéreo de 0 a 9 años. El segundo lugar lo ocupan los miembros inferiores, con el 25% de las víctimas y, el tercer lugar, los traumatismos de los miembros superiores con el 19 %. Es importante remarcar que dichas cifras provienen de los egresos hospitalarios reportados por los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud (6).

En relación a la edad, el **Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Lesiones por Accidentes de Tránsito de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud**, notificó que el grupo etéreo comprendido entre 20 a 24 años ha sido el grupo etéreo con mayor cantidad de lesionados por accidentes de tránsito. Esta tendencia es observada tanto en hombres como en mujeres. De igual manera, es posible evidenciar en el Gráfico 4, que la población más afectada es la masculina entre 20 y 34 años (6).

En relación al nivel regional, Lima representa el 23,5% de personas con traumatismos atribuibles a accidentes de tránsito. De otro lado, llama la atención el incremento considerable de pacientes hospitalizados por estas causas en los departamentos de Puno (5 veces más), Arequipa y San Martín (2 veces más), Huancavelica, Madre de Dios, Amazonas, Tumbes y Ucayali, para el año 2014. La disminución de la cantidad de hospitalizados en algunas regiones se puede deberse a una mayor cobertura de las instituciones privadas (6).

Según el Ministerio de Salud, se estima que unas 117 900 personas quedaron discapacitadas de por vida debido a accidentes de tránsito

ocurridos en los últimos cuatro años en Perú. Aún no existe un registro de las personas que quedan con algún tipo de discapacidad tras haber sufrido accidentes automovilísticos. Cada año, el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) del Ministerio de Salud atiende un promedio de 178 sobrevivientes de accidentes de tránsito, personas que en su mayoría presentan secuelas graves de traumatismo encéfalo craneano (TEC), lesiones medulares o diversas amputaciones que dificultan su desenvolvimiento normal dentro de la sociedad (6).

La Región Apurímac, cuenta con una tasa de mortalidad de 12,50 muertes por cada 100 000 habitantes, de 26 accidentes de tránsito fatales se han registrado 56 muertes y 316 heridos, donde el 39% de las víctimas mortales han sido hombres mayores de 18 años, la principal causa de los accidentes registrados es la velocidad excesiva 42,3%. Asimismo la volcadura es el tipo de accidente más frecuentes (50%) y el vehículo más involucrado son las camionetas con un 38,5%, seguido de los camiones con 23,1% y los omnibuses con un 19,2%. Los días miércoles, sábados y domingos son los que se han registrado más del 60% de los accidentes fatales el 2008, y un 65% de los accidentes se han producido entre las 08:00 horas y las 20:00 horas (6).

La Oficina de Estadística de la Policía de Tránsito indica que en el Centro Poblado de Santa Rosa del distrito de Chapimarca, provincia de Aymaraes, región Apurímac se han reportado durante el año 2015, 96 casos accidentes de tránsito.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Accidentes de tránsito

Los accidentes de tránsito se definen como un hecho, suceso o acontecimiento inesperado o impremeditado, que contiene un elemento de azar o probabilidad y cuyos resultados son indeseables o afortunados.

Además, para considerar un accidente como propiamente de tráfico se deben incluir dos condiciones; que el evento suceda en una vía de circulación y que haya implicado, al menos, un vehículo en movimiento (3).

2.2.2. Clasificación de accidentes de tránsito con víctima

En función de su gravedad los accidentes con víctimas se clasifican en:

- a. Accidente mortal: cualquier accidente con víctimas en el que una persona resulte fallecida inmediatamente o dentro de los 30 días posteriores.
- b. Accidente no mortal: cualquier accidente con víctimas que no sea un accidente mortal. Se entienden como heridos graves aquellos que son hospitalizados por un período superior a 24 horas (3).

2.2.3. Intervención de enfermería al trauma grave

Se entiende por poli traumatizado o traumatizado grave al paciente que presenta dos o más lesiones de las que al menos una de ellas pone en compromiso su vida. Es importante tener en cuenta a la hora de atender un accidente de tráfico la cadena de supervivencia, que establece el orden de actuación. En primer lugar, proteger tanto a las víctimas como a nosotros mismos. A continuación alertar a los servicios de emergencia o en caso de no ser posible, pedir algún otro tipo de ayuda, y por último atender a los heridos según los protocolos de actuación (7). La movilización de los pacientes en el trauma grave es un momento clave dentro de la atención, ya que realizarlo de forma correcta y fundamentada condicionará la evolución de las lesiones del paciente y evitará la aparición de nuevas complicaciones (7).

- a. Collarín cervical. Su función es mantener la posición neutra del cuello limitando en lo posible la flexión y la extensión aunque no son muy útiles en la limitación de los movimientos laterales. Son rígidos, con cuatro puntos de apoyo (mentoniano, esternal, occipital y

cervicodorsal), con una abertura para acceder a la tráquea y a las arterias del cuello. Debe colocarse al paciente en decúbito supino sobre plano duro y en posición neutra, con el eje cabeza – cuello – tronco – extremidades alineadas, aplicando una ligera tracción axial en el cuello, manteniéndolo también en posición neutra y evitando cualquier movimiento del mismo (10).

- b. Tablero espinal largo. Consiste en un tablero de material plástico rígido provisto de un accesorio para la inmovilización de cabeza y cuello además de tres correaes corporales (10).
- c. Inmovilizador lateral o “dama de elche”. Consta de una plancha acolchada que se fija al tablero espinal mediante unas cintas (11)
- d. Camilla de cuchara. Sus indicaciones son recoger al herido del suelo o extraerlo de un vehículo, e instalarlo en el colchón de vacío o en la camilla de transporte con el mínimo movimiento. Consta de dos palas simétricas que se anclan por sus extremos y se puede regular su tamaño longitudinal al ser telescópicas. Están hechas de una aleación ligera, resistente y radiotransparente (10).
- e. Técnicas de movilización. Son las siguientes:
 - Técnica de volteo. Se debe realizar con cuatro rescatadores. Consiste en dar la vuelta a un paciente que se encuentra en decúbito prono sin agravar sus lesiones, para un mejor manejo y atención. Se prepara al paciente para el giro colocando el brazo del lado hacia el que va a girar en abducción completa (girará hacia el lado contrario al que esté mirando) (11).
 - Técnica de bandeja. En un paciente traumatizado tendido en decúbito con acceso por un solo lado, deberá realizarse la movilización mediante un levantamiento en bloque con al menos

cuatro rescatadores (uno en cabeza y tres en línea que sujetan el cuerpo a nivel de cintura escapular, cintura pélvica y piernas) (11).

- **Puente holandés.** Esta técnica es la que permite colocar al paciente sobre el tablero espinal de forma segura. Se necesitan cuatro rescatadores y el paciente deberá estar en decúbito supino. Los rescatadores abarcan tanto al paciente como al tablero con sus piernas, a nivel de cabeza, cintura escapular, pélvica y piernas, introduciendo las manos a ambos lados del paciente y por debajo de él. Al igual que en la mayoría de las técnicas, el rescatador de la cabeza coordina toda la acción, enumerando en voz alta los pasos para que el movimiento de todos los rescatadores sea simultáneo. A la orden de "uno" se levantará al paciente, a la de "dos" se le desplazará al tablero y a la de "tres" se le bajará al tablero. Una variante es que, en vez de abarcar con las piernas al paciente y al tablero, un quinto rescatador introduzca el tablero entre las piernas de los rescatadores. Ambas técnicas se emplean cuando se puede acceder al paciente por los dos costados (12).

2.2.4. Intervención de enfermería en el paciente con quemadura

Las quemaduras son aquellas lesiones producidas en los tejidos vivos por agentes físicos, químicos y eventualmente biológicos ante los que se produce una exposición más o menos intensa y duradera, y que producen alteraciones que van desde el eritema hasta la destrucción de los tegumentos e incluso de los tejidos subyacentes (9)

2.2.5. Intervención de enfermería en lesiones de tejidos blandos

Una herida es la pérdida de integralidad de la piel o mucosa por una lesión traumática, debido a la acción violenta de un agente extraño externo (cuchillo) o interno (hueso fracturado). Pueden ser abiertas o

cerradas, leves o complicadas (17). La clasificación de heridas en tejidos blandos:

- a. Heridas abrasivas. Corresponden a erosiones o rasmilladuras, comunes en los niños, son superficiales, irregulares y de extensión variable. Se producen con mayor frecuencia en codo, talón de la mano y rodillas, son dolorosas y producen ardor. Se infectan fácilmente debido al contacto directo con la tierra y sus microorganismos, principalmente las esporas del tétanos (17).
- b. Heridas cortantes/incisivas. Son producidas por elementos con filo, como un cuchillo, un vidrio, una tijera, etc., los bordes son lisos (debido al filo), la extensión varía dependiendo del elemento que lesiona y el tipo de accidente. La hemorragia es variable y está en función de la profundidad de la incisión, puede lesionar vasos sanguíneos, nervios y hasta tendones, lo cual determina su gravedad. El riesgo de infección es menor ya que los objetos causales generalmente están limpios, excepto si estos están contaminados con tierra (17).
- c. Heridas punzantes. Son producidas por elementos con punta, como clavos, astillas, alambres, palillos y algunas mordeduras de animal (como las de serpiente). La extensión es reducida (se observa la incisión y es difícil determinar la profundidad). El sangrado es escaso pero tienen alto riesgo de infección especialmente en objetos oxidados o sucios (17).
- d. Heridas contusas: generalmente se provocan por caídas, golpes o aplastamientos, son producidas por objetos romos (sin punta) como piedras o palos. Lesionan los tejidos muchas veces sin producir hemorragia, la extensión es variable (17).
- e. Heridas penetrantes. Son causadas por armas de fuego o armas blancas, tienen un pequeño orificio de entrada con sangrado externo escaso a moderado. Pueden alcanzar varios centímetros de

profundidad, comprometiendo órganos internos, provocando un estado de shock y hemorragias masivas (17).

2.3. Definición de términos

- **Emergencia.** Emergencia es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida (2).
- **Accidente de Tránsito.** En la actualidad se define accidente de tráfico como el resultado de una conjunción o concurrencia desfavorable de múltiples factores (vehículo, conductor, vía...) en un momento y situación determinados, que debe tener lugar en una vía apta para la circulación, en la que debe estar implicado un vehículo en movimiento y que tenga como consecuencia que una o varias personas resulten heridas o fallecidas (3).
- **Intervenciones de Enfermería.** Es el actuar directo o indirecto (por personal a su cargo bajo supervisión) de la enfermera (o), que le permitirá alcanzar los resultados esperados. Cuarta fase del proceso de atención de enfermería (18).

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la recolección de datos y sustento del presente informe de experiencia laboral se han recolectado información de:

- Estadística de accidentes de tránsito
- Registro de referencias
- Reportes HIS MINSA
- Registro de atenciones diarias de emergencias
- Historias Clínicas de los pacientes atendidos

3.2. Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional como licenciada en Enfermería comienza desde el año 2011 en el que realice mi SERUMS en el P.S. Ayahuay el Oro de La Provincia de Antabamba luego en el P.S. Carmen - Curahuasi y luego desde el 2013 hasta la actualidad vengo laborando en el C.S Santa Rosa Nivel 1 – 4 de la Micro Red Santa Rosa Red de Salud Aymaraes - Dirección Regional Apurímac.

El Centro de Salud Santa Rosa es un establecimiento de categoría I-4 y cabecera de Micro Red que está a cargo de 23 Establecimientos de Salud brinda los siguientes servicios: Área de Hospitalización Diferenciada, Área de Emergencias, Sala de Partos y Tópico, Consultorios de Medicina, Consultorios de Enfermería, Consultorios de Obstetricia, Nutrición, Triage, Admisión, Estadística, Salud Ambiental, Psicología, Odontología, Laboratorio, Farmacia, Ginecología - Ecografía. El Establecimiento de Salud cuenta con un equipo multidisciplinario de 46 trabajadores de salud entre asistenciales y administrativos. Las funciones que realizo en el establecimiento de salud son asistencial:

- a. Área Asistencial. Son las siguientes: atención en el servicio de emergencias, atención de pacientes hospitalizados, atención del servicio de tópico y atención del Recién Nacido.

- b. Prevención y promoción de la Salud. Se realiza el trabajo de prevención en los cuatro escenarios de salud: Comunidad, Instituciones educativas, Municipio, familia y vivienda; abordando temas en las diferentes estrategias sanitarias de salud.

La Norma Técnica de Salud de los servicios de Emergencia NTS 042 su finalidad es mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente en los servicios de emergencia en los Establecimientos de Salud públicos y privados, su objetivo principal es brindar atenciones de salud en los servicio de Emergencia de acuerdo a las normas establecidas con criterios y calidad y oportunidad.

En el Centro De Salud Santa Rosa se atienden Emergencias y urgencias de todo tipo y por ser corredor vial existe alto índice de accidentes de tránsito y para poder desempeñarme como Enfermera en Emergencias y desastres acudo a dichos eventos al igual que mis compañeros al rescate de las víctimas y/o recibir las Emergencias en el Establecimiento donde se brindan los primeros auxilios de acuerdo a la gravedad para luego trasladarlos a un Establecimiento de mayor complejidad para su evaluación y tratamiento con el objetivo de preservar la vida y evitar complicaciones

3.3. Procesos realizados en el tema de informe

La intervención de enfermería ante la problemática de los accidentes de tránsito en el Centro de Salud Santa Rosa los procesos fueron:

1. Realice acondicionamiento del local para la atención de las emergencias de acuerdo a la gravedad en coordinación con la jefatura
2. Se organizó al personal del establecimiento de salud con la finalidad de responder de manera rápida y oportuna ante eventualidades de accidentes, en coordinación con los responsables de las diferentes áreas.
3. Realice Socialización sobre intervención oportuna en caso de accidentes de tránsito al personal del Centro de Salud Santa Rosa.

4. Realice la Elaboración de la Guía de Atención de Emergencias en Accidentes de Transito
5. Se coordinó con los responsables de cada establecimiento de salud de la microred que cuentan con unidades móviles para el apoyo de Transporte y referencia oportuna a los heridos a establecimientos de mayor capacidad resolutive.
6. Capacitación a todo el personal en temas de emergencia, primeros auxilios y traslado de heridos.
7. Se tiene una comunicación fluida con los Establecimientos cercanos para el apoyo inmediato ante emergencias que desborden la capacidad del centro de salud santa rosa.
8. Nuestras limitaciones en el Establecimiento es no contar con el personal profesional suficiente. , ambulancia no Equipada, personal no capacitado en temas de emergencia. Durante la realización del presente informe se han encontrado registros incompletos

IV. RESULTADOS

Tabla 4.1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS DE EMERGENCIAS EN CENTRO DE SALUD STA. ROSA

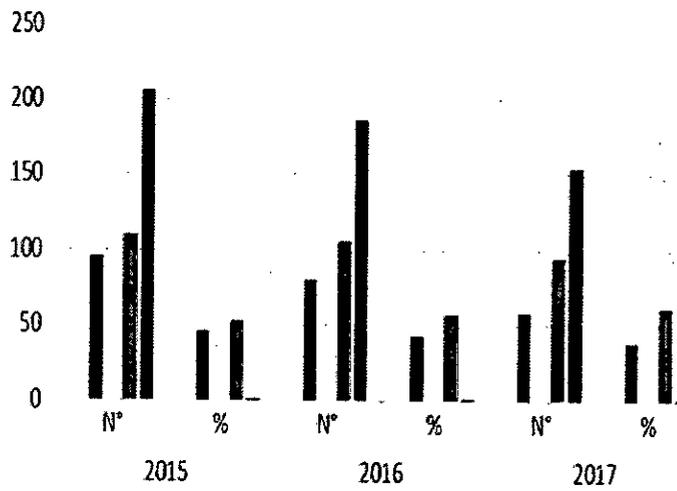
Casos de:	2015		2016		2017	
	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencias Asociado a accidentes de Tránsito	96	46.7	80	43.0	59	38.3
Emergencias Asociado a otras causas	110	53.3	106	57.0	95	61.7
Total	206	100%	186	100%	154	100%

El cuadro N° 4.1 indica que durante el año 2015 de un total de 206 casos, 96 (46.7 %) fueron emergencias asociadas a accidentes de tránsito mientras que 110 eran asociado a otras causas. En el año 2016 de un total de 186 casos de emergencias, 80 (43. %) fueron emergencias asociados a accidentes de tránsito mientras que 106 eran emergencias asociados a otras causas. En el año 2017 de un total de 154 casos de emergencias, 59 (38.3%) fueron emergencias asociadas a accidentes de tránsito mientras que 95 eran emergencias asociadas a otras causas. Como se observa existe una disminución de casos asociados a accidentes de tránsito debido a que diversos sectores involucrados desarrollan un estrecho trabajo de coordinación y colaboración, aplicando un enfoque global e integrado con fin común de disminuir los altos índices de mortalidad y morbilidad ocasionados por los accidentes de tránsito.

Gráfico 4.1.

CASOS DE EMERGENCIAS

Casos de emergencias atendidos



■ Emergencias Asociado a accidentes	■ de Tránsito	■ Emergencias Asociado a otras causas	■ Total
	96	46.7	80
	110	53.3	106
	206	100%	186
			57
			95
			61.7
			154
			100%

Tabla 4.2.

**INGRESOS Y EGRESOS DE CASOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO
EN CENTRO DE SALUD STA. ROSA**

Casos de:	2015		2016		2017	
	Ingreso	Egreso	Ingreso	Egreso	Ingreso	Egreso
Emergencias por accidentes de Tránsito	96	96	80	80	59	59
Total	96	96	80	80	59	59

Gráfico 4.2.

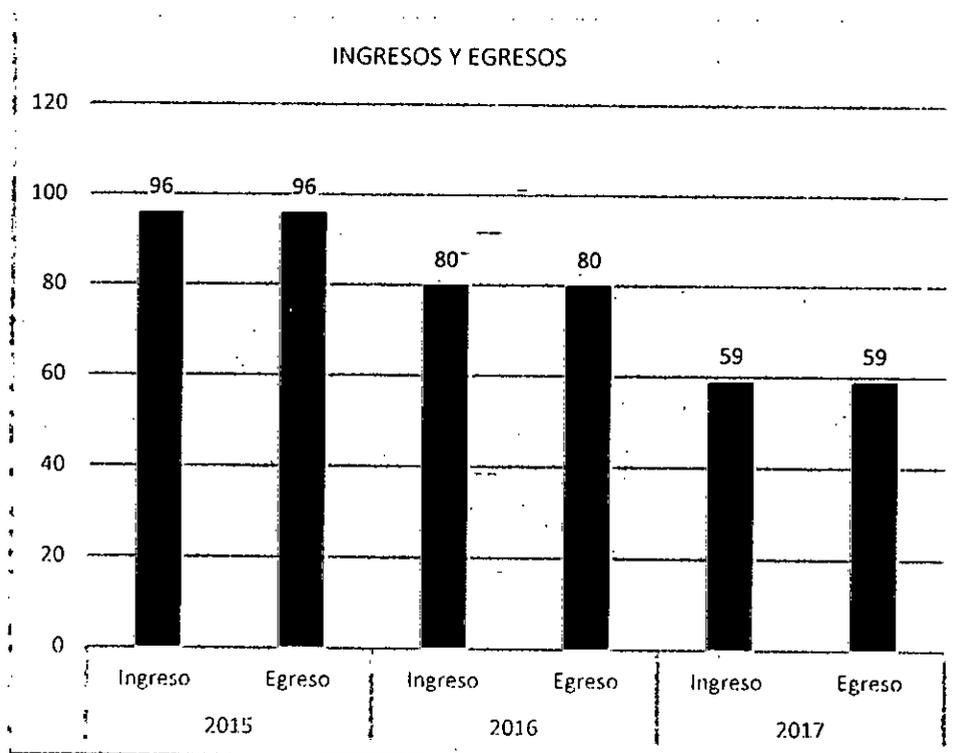


Tabla 4.3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA

Casos clínicos atendidos	2015		2016		2017	
	N°	%	N°	%	N°	%
Politraumatismo	45	46.9	38	47.5	29	49.2
Fractura	36	37.5	23	28.8	19	32.2
Hemorragias	12	12.6	18	22.5	11	18.6
Quemadura	3	3.0	1	1.2	0	0
Total	96	100	80	100	59	100

El cuadro N° 4.3 describe los tipos de casos asociados a accidentes de tránsito. En el año 2015 de 96 casos de accidentes de tránsito, 45 (46.9 %) fueron atenciones de pacientes poli traumatizados, 36 (37.5 %) fueron con fractura, 12 (12.6 %) fueron hemorragias mientras que 3 (3.0 %) fue de quemadura

Durante el año 2016 de 80 casos de accidentes de tránsito registrados 38 (47.5%) fueron atenciones de pacientes poli traumatizados, 23 (28.8%) fueron con fractura, 18 (22.5 %) fueron con hemorragias mientras que 1 (1.2%) fue de quemadura.

En el año 2017 de 59 casos de accidente de tránsito 29 (49.2%) fueron pacientes poli traumatizados, 19 (32.2%) fueron con fractura, 11 (18.6%) fueron hemorragias, mientras que ningún caso fue de quemadura.

Gráfico 4.3.

CASOS CLÍNICOS

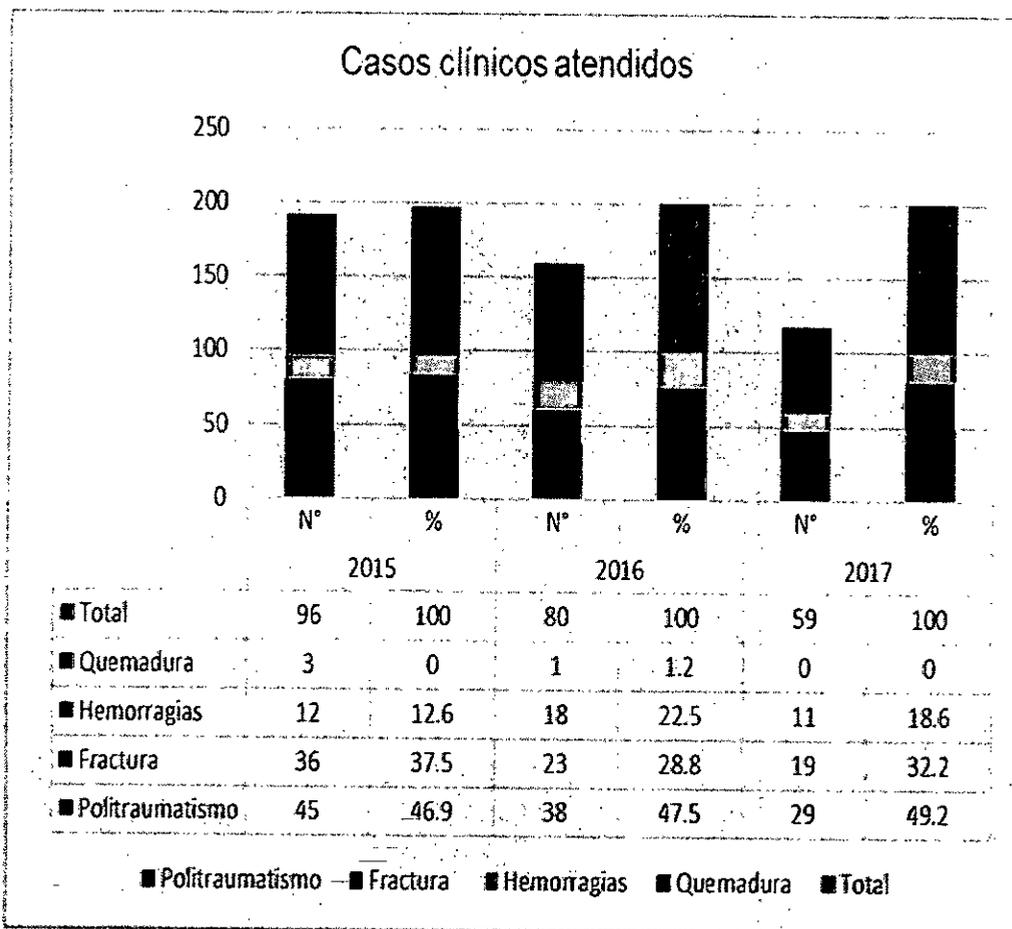


Tabla 4.4.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS POR SEXO ATENDIDOS
EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA**

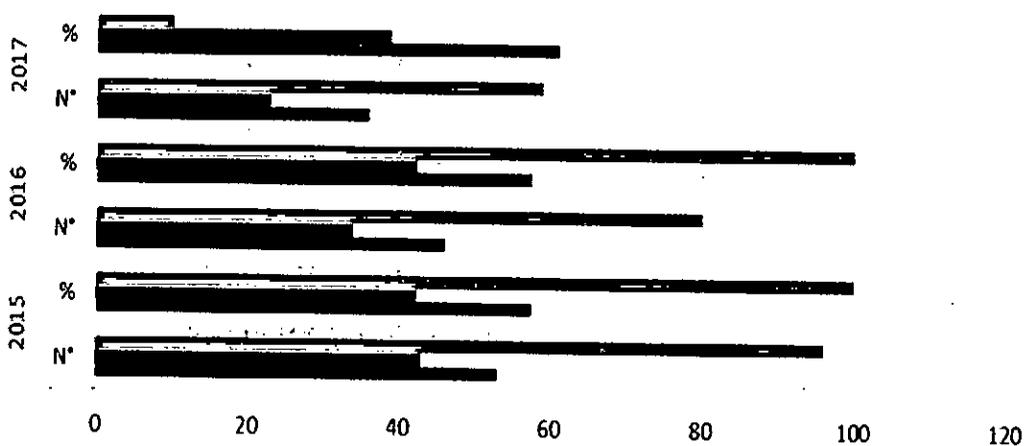
Sexo	2015		2016		2017	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	53	57.5	46	57.5	36	61.0
Femenino	43	42.5	34	42.5	23	39.0
Total	96	100	80	100	59	10

El cuadro N° 4.4 describe los casos de emergencias por accidentes de tránsito según el género. Durante el año 2015 de los 96 casos registrados, 53 (57.5 %) fueron del género masculino, mientras que 43 (42.5%) fueron en el femenino. En la cual en el año 2016 de los 80 casos presentados 46 (57.5%) fueron en el género masculino, mientras que 34 (42.5%) fueron en el femenino. Durante el año 2017 de 59 casos, 36 (61%) fueron en género masculino, mientras que 23 (39%) fueron en el género femenino.

Gráfico 4.4.

CASOS SEGÚN SEXO

Casos según sexo



	2015		2016		2017	
	N°	%	N°	%	N°	%
■ Total	96	100	80	100	59	100
■ Femenino	43	42.5	34	42.5	23	39
■ Masculino	53	57.5	46	57.5	36	61

■ Total ■ Femenino ■ Masculino

V. CONCLUSIONES

- a) En el centro poblado de Santa Rosa se reportó un 46.7 % (96 pacientes) durante el año 2015, un 43 % (80 pacientes) en el año 2016, un 38.3% (59 pacientes) en el año 2017; de atenciones en el servicio de emergencia asociados a accidentes de tránsito.
- b) Durante el año 2015, 2016 y 2017 el género más afectado de atenciones de emergencias por accidentes de tránsito fue el género masculino.
- c) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar una atención de calidad, eficiente, oportuna y segura al paciente.
- d) La disminución de accidentes de tránsito durante el año 2017 se debe a la mejor señalización, colocación de guardavías y mejoramiento de vías en la zona así como mayor control desplegado a lo largo de la ruta por parte de La Policía de Carreteras.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se requiere de un compromiso serio, permanente y sostenible con cada uno de los sectores involucrados, cuya función principal sea la integración de las acciones de los sectores en materia de seguridad vial, buscando reducir los daños a la salud producidos por los accidentes de tránsito.
- b) Se debe crear mayor conciencia entre la población a través de los medios de información sobre la real magnitud del problema y los costos sanitarios, sociales y económicos que implica.
- c) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en la atención de emergencias y desastres. Dar a conocer los resultados hallados en el presente informe al gobierno local y regional, para así plantear estrategias de prevención y control de accidentes de tránsito.
- d) Realizar un registro adecuado de incidentes y/o emergencias ocurridos por accidentes de tránsito

VII. REFERENCIALES

1. Universidad Nacional Jorge Basadre. Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres. Disponible en: <file:///C:/Users/Marco/Downloads/20170206-se-enfermeria-emergencias.pdf>. Consultado el 19 de Agosto de 2018.
2. Ministerio de Salud. Guías De Intervención De Enfermería En Emergencias y Desastres. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/..ogdn/.../INTRODUCCIÓN%20DEL%20DOCUMENTO.doc>. Consultado el 19 de Agosto de 2018.
3. GARCIA BM. Atención de enfermería al adulto en accidentes de tráfico. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11975/1/TFG-H306.pdf>. Consultado el 19 de Agosto de 2018.
4. Universidad de Valladolid. Dirección General de Tráfico. España asciende al quinto puesto de la UE en tasa de fallecidos por accidente de Tráfico. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11975/>. Consultado el 20 d agosto de 2018.
5. Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones. Accidentes de tránsito. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/traffic-accidents/>. Consultado el 21 de Agosto de 2018.
6. Ministerio de Salud. Accidentes de Tránsito, problema de Salud Pública. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/829_MINSA_1412.pdf. Consultado el 21 de Agosto de 2018.

7. FERNANDEZ I. Abordaje inicial del Paciente Poli traumatizado. Madrid: Editorial Acribia S.A., 2004.
8. MARTINEZ C. Transporte del paciente crítico en unidades móviles terrestres. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 15(4): 130 -137. Julio – Agosto 2001.
9. GALLARDO A, RUIZ B, TORRES M, DIAZ JC. Estado Actual del Manejo Urgente de las Quemaduras, Fisiopatología y valoración de la quemadura. Madrid. Editorial Armandez S.A., 2010.
10. FERNANDEZ C. Manual de técnicos de transporte sanitario. Disponible en: <https://uvadoc.es/bitstream/10874/11885/1.pdf>. Consultado el 22 de Agosto de 2018.
11. GUINOT BO. Técnicas de Movilización, Inmovilización y Traslado del paciente. Rev. Chil. 30(3): 226-233. Mayo 2004
12. FERNANDEZ CA, ILLESCAS EV. Triage: Atención y Selección de Pacientes. Rev. Med. 15(2): 87 – 93. Agosto 2005.
13. Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias: Enfermería de urgencias, Emergencias y Desastres. Disponible en: http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/fundamentos/per_fil_ibameue.pdf. Consultado el 22 de Agosto de 2018.
14. Martínez HJ, Portillo BM. Atención de emergencias. Bases Metodológicas y Aplicaciones. Pamplona: Editorial Acribia S.A., 2010.

15. Etrasa. Fundamentos de biomecánica en las lesiones por accidente de tráfico. Madrid: Elsevier España S.A., 2000.
16. Biarge F. Siles O. Manejo Pre hospitalario de la vía aérea en el paciente Poli traumatizado. Rev Perú Med. 29(3): 4-8. Septiembre 2012.
17. NAYADE ER. Manual de Primer Auxilios. Disponible en: <http://vidauniversitaria.uc.cl/liderazgoestudiantil/documentos/documentos/manual%20de%20primeros%20auxilios.pdf>. Consultado el 23 de Agosto de 2018.
18. Ministerio de Salud. ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/.../ogdn/>. Consultado el 23 de Agosto de 2018.

ANEXOS

Anexo 1

ATENCIÓN DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

Anexo 2

Guía de Atención de Salud de Accidente de Tránsito



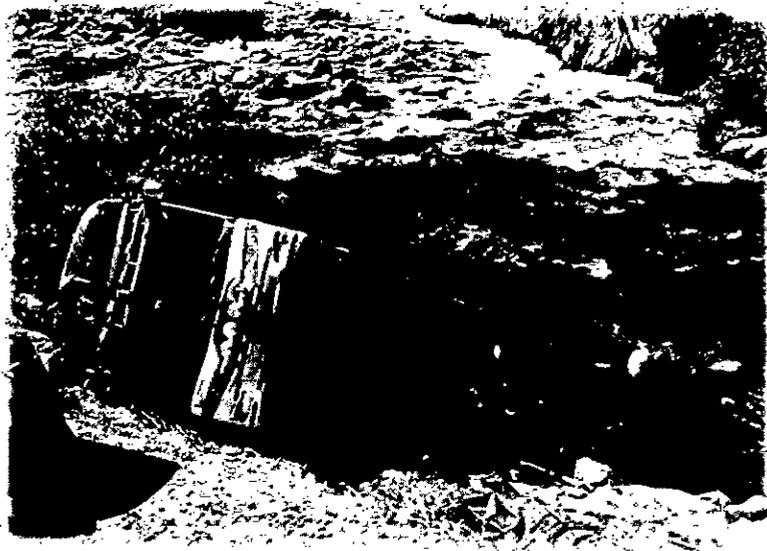
Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

RED DE SALUD AYMARAES

MICRO RED SANTA ROSA

**GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA PERSONA
POLITRAUMATIZADA POR ACCIDENTE DE TRANSITO**



ELABORADO : RAQUEL SULLCA SULLCAHUAMAN

SANTA ROSA – AYMARAES – APURÍMAC

2018

INTRODUCCIÓN

La persona politraumatizada es un herido que presenta una combinación de lesiones anatómicas múltiples y complejas, con grandes alteraciones funcionales que pueden evolucionar, en ausencia de un tratamiento precoz y adecuado hacia un fatal desenlace. El politrauma, el principal factor etiológico de mortalidad en Colombia se presenta en personas sin distinción de raza, credo político, ni condición socioeconómica, sobre todo en el grupo comprendido entre 15 y 45 años, edad en la cual se encuentra la mayoría de la población laboral y económicamente activa, lo que ocasiona pérdidas mayores para el estado por los costos tan elevados que genera la atención de estas víctimas y la pérdida de la productividad, además de las consecuencias psicológicas y familiares. (1)

Considerando que la mayoría de estas personas fallecen no por la lesión en sí sino por el retraso para decidir cuál es la conducta que se debe seguirse según la situación presentada, es fundamental la preparación del profesional de Enfermería (integrante de un equipo interdisciplinario) para que brinde la atención de la mejor manera posible, con el fin de lograr la máxima supervivencia con el mínimo de complicaciones. Por lo tanto, es importante unificar criterios para la atención de estas personas mediante la elaboración de una guía de práctica clínica de Enfermería basada en la evidencia científica. Para determinar su aplicabilidad por parte del profesional de Enfermería que trabajan en los servicios de Urgencias, se ha elaborado un formato de evaluación.

OBJETIVO GENERAL

Presentar una guía de intervención de Enfermería basada en la evidencia científica dirigida al profesional de Enfermería para la atención de la persona Politraumatizada en su etapa inicial, teniendo en cuenta aspectos éticos, epidemiológicos, de promoción y prevención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar problemas y necesidades en la atención de la persona politraumatizada teniendo en cuenta las categorías diagnósticas.
2. Ofrecer pautas que permitan realizar una valoración eficiente de la persona politraumatizada.
3. Unificar conductas o procedimientos de atención inicial de la persona politraumatizada, según las prioridades de las lesiones presentadas y necesidades interferidas.
4. Establecer un mecanismo de autoevaluación de la guía para mantenerla actualizada.
5. Promover posteriormente la Recuperación.

DEFINICION DE PERSONA POLITRAUMATIZADA

Es un herido que presenta una combinación de lesiones anatómicas múltiples y complejas, con grandes alteraciones funcionales que pueden evolucionar, en ausencia de un tratamiento precoz y adecuado hacia un fatal desenlace.(1)

CLASIFICACION DEL POLITRAUMA

Un enfoque racional en el cuidado a personas politraumatizadas comprende el establecimiento de prioridades para la atención, determinado por el grado de severidad de la lesión, la estabilidad hemodinámica y disponibilidad para iniciar un tratamiento médico quirúrgico definitivo.

Estas prioridades son:

1. Lesiones que amenazan la vida en forma inmediata: prioridad máxima de atención, ejemplo: lesiones de columna cervical, choque severo, taponamiento Cardíaco y fractura de pelvis.
2. Lesiones severas que permiten la estabilización del enfermo y que no son una amenaza inmediata para la vida: Prioridad elevada, deben ser atendidas entre los primeros 30 y 60 minutos. (lesiones

encefalocraneanas, lesiones medulares, lesiones intrabdominales, quemaduras, trauma extenso de tejido blando, fractura de pelvis).

3. Lesiones que pueden ser importantes, algunas de las cuales permanecen ocultas o son potencialmente graves: Prioridad retardada, pueden esperar horas sin amenaza para la vida o incapacidad permanente. (lesiones vasculares periféricas, fractura de pelvis, traumas faciales y tejidos blandos.) (3,4).
4. Personas que tienen poca probabilidad de vida por lesiones graves que dependiendo de los recursos de la institución serán atendidas o no.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

El principio fundamental para el cuidado de la persona con trauma múltiple es disminuir las secuelas al realizar una atención inmediata eficiente y oportuna, desde el sitio donde ocurre el suceso y durante el transporte hasta el ingreso a la entidad hospitalaria que permita atender a los lesionados. Esto se logra, al activar la red de urgencias marcando tres dígitos que identifican la línea de comunicación en el centro regulador de urgencias, C.R.U. que posee dos elementos importantes: Un personal capacitado para desarrollar cuidados especializados y una red de comunicación inter institucional con hospitales y personal de apoyo como Cruz Roja, Defensa Civil, Bomberos y Policía.

Un factor determinante de la sobrevivencia en personas politraumatizadas fuera del carácter de la lesión, es el tiempo que media entre el transporte desde el sitio del accidente hasta el lugar donde estos reciban la atención inicial. El traslado debe ser efectuado por personal especializado, que sea capaz de mantener adecuadamente la vía aérea, asegurar la ventilación, identificar hemorragias externas, prevenir la hipotermia e inmovilizar al usuario y llevar a cabo todas aquellas acciones comprendidas en la reanimación básica (5) Recomendación Grado C.

Estudios realizados respecto a la atención prehospitalaria de las personas politraumatizadas han suscitado controversias sobre que es más

importante, entre estas dos alternativas: ¿Dar reanimación básica cardiovascular y remitir inmediatamente a la persona al Centro Hospitalario (Recoja y Corra) o proporcionar soporte vital avanzado por personal médico en el sitio del accidente (Estabilice y Traslade)?

Sampalis y col., en un estudio retrospectivo de 360 personas politraumatizadas en Quebec en el año de 1993 encontraron una asociación estadísticamente significativa entre un tiempo prehospitalario mayor de 60 minutos y disminución de la sobrevivida a corto plazo de dichos usuarios. Sin embargo no pudieron demostrar una asociación similar con el uso de soporte vital avanzado en el sitio del accidente (6).

Con base en la anterior evidencia (nivel III -2-) recomendamos dar reanimación básica cardiopulmonar y remitir inmediatamente a la persona al centro hospitalario más cercano. Recomendación Grado A.

Otro aspecto de vital importancia es la identificación de un líder dentro del equipo de atención que comande las acciones de resucitación, organice el orden de atención y formule un plan definitivo. Hoff y col. encontraron que estas características mejoraban la calidad de vida en este tipo de personas (7). Por lo anterior se recomienda insistir en el entrenamiento de la población general en reanimación cardiopulmonar básica. Recomendación Grado B.

El cuidado prehospitalario postulado en países como Rusia, Alemania, Hungría, Chile y Colombia, entre otros, muestra una serie de ventajas tales como permitir el tratamiento de las patologías derivadas del trauma en el sitio del accidente o durante su traslado, pero tiene como desventaja que no existe un protocolo único para este tipo de tratamiento, y cada institución lo efectúa de acuerdo con su criterio y creencias. En este punto Messick y col. demostraron por estudios epidemiológicos que un aumento de número de personas entrenadas en soporte vital avanzado se relacionaba con la disminución en la tasa de muerte por trauma, de manera estadísticamente significativa (8).

EN EL CUIDADO PREHOSPITALARIO

- a. **Vía Aérea.** Lo más importante en el control de la vía aérea es proporcionar una ventilación adecuada a los órganos vitales. En cualquier traumatismo cuando una persona no responde al llamado, hay que determinar si respira y esto no se puede establecer con exactitud si no se abre la vía aérea. Una persona inconsciente no es capaz de defender su vía aérea, por lo tanto ésta constituye la primera prioridad de atención. Ante la sospecha de trauma a nivel cervical, el cuidado lo realizan dos personas: Una abre la vía aérea al realizar tracción mandibular para inmovilizar la columna cervical y otra persona colocará el collar de Philadelphia. Recomendación Grado C.
- b. **Ventilación.** Una vez realizado un adecuado control de la vía aérea, aspiración de secreciones y maniobras que despejen la orofaringe, se procede a asegurar la oxigenación. Hay que determinar la presencia o ausencia de respiración espontánea, la persona que realiza la valoración coloca su oído sobre la nariz y boca de la persona lesionada, ve si el tórax se expande, oye la entrada y salida del aire durante la inspiración y siente el flujo del aire (V.O.S.), esta maniobra debe realizarse en un tiempo de tres a cinco segundos. Recomendación Grado C.
- c. **Circulación.** Determine la presencia de pulso carotideo, para asegurar que el corazón está bombeando sangre, realice control de hemorragia externa, utilizando los siguientes métodos:
 1. Compresión directa del sitio de sangrado.
 2. Presión indirecta a nivel arterial
 3. Eleve el miembro afectado.
 4. Afloje las ropas
 5. Coloque a la persona en posición de trendelenburg (9).Recomendación Grado C.

El uso del pantalón antichoque de acuerdo con estudios realizados ha presentado controversias: unos han demostrado que eleva la presión

arterial en personas hipotensas y otros no han visto sus beneficios. El pantalón antichoque inmoviliza con eficacia las fracturas de pelvis y extremidades inferiores. Tiene como contraindicación el embarazo y sospecha de hernia diafragmática y un uso relativo en lesiones craneales, hemorragia dentro del tórax, insuficiencia cardiaca congestiva o edema pulmonar. En caso de ser utilizado es necesario el control de: presión sanguínea, frecuencia de los pulsos, apical, radial, pedios, respiración, temperatura y entumecimiento de las extremidades inferiores (10). Recomendación Grado C.

Cayten y colaboradores sugieren que el pantalón antichoque debe utilizarse como una medida coadyuvante y de traslado en personas con presiones sistólicas menor e igual de 50 milímetros de mercurio y por un período no mayor de 30 minutos (11). Por lo tanto, para definir si el uso del pantalón antichoque es recomendable o no, es necesario realizar más estudios que comprueben su eficacia. Recomendación Grado B.

d. **Reposición de Líquidos.** Respecto a la reposición del volumen con la instalación de una línea venosa, hay estudios que demostraron que en los tiempos pre hospitalarios menores de 30 minutos, el uso de una vía intravenosa no provee beneficios, y para tiempos mayores, esta intervención está asociada con aumento significativo en el riesgo de mortalidad, porque destruye la respuesta fisiológica normal en los sangrados severos (12). Reafirmando lo anterior Bickell y col. después de realizar un estudio prospectivo de 598 personas politraumatizadas en el hospital general de Houston (E.U.A.) encontraron un mayor beneficio, en retrasar la reposición de líquidos en las personas con choque hasta el momento de la intervención quirúrgica (13). Con base en esta evidencia no se recomienda la reposición de líquidos en la atención prehospitalaria. Recomendación Grado D.

e. **Neurología.** Hay que evaluar el grado de compromiso del estado de la conciencia verificando si está alerta, si responde o no al llamado o al

estímulo doloroso, observe el tamaño simetría pupilar y reflejo fotomotor. Recomendación Grado C.

- f. **Atención al Dolor.** El dolor no es solamente la expresión de un sistema biológico relacionado con la protección del cuerpo contra la lesión, es una experiencia subjetiva y privada cuya información sólo podrá provenir de quien la padece. La (el) Enfermera(o) por ser quien permanece más tiempo con el usuario, es el vínculo clave que facilita la comunicación entre éste, la familia y el equipo de salud ; es quien lo valora constantemente y previa prescripción médica o de acuerdo con los lineamientos de protocolos establecidos, administra el analgésico según las necesidades individuales del usuario, utiliza métodos no farmacológicos para alivio del dolor como son: proporcionar confianza hablándole, sosteniéndole la mano o permitiendo la presencia de los familiares(14). Recomendación Grado C.

ATENCIÓN AL ESTADO EMOCIONAL DE LA PERSONA POLITRAUMATIZADA Y SUS FAMILIARES

Es importante mantener hasta donde sea posible un canal de comunicación entre el usuario y familia para minorar las angustias y permitir la colaboración de ellos. La persona politraumatizada sufre comprensible intranquilidad y confusión por la circunstancias, el medio desconocido y temor a lo que le va a ocurrir, la familia presenta emociones parecidas, por lo tanto, la enfermera debe reflejar una apariencia tranquila y confortable e informar y orientar a la familia la forma como puede participar en la atención de la persona enferma con proyección al egreso, teniendo en cuenta que habrá personas que por su situación de salud no podrán ser totalmente independientes en su cuidado. Recomendación Grado C.

La (el) Enfermera(o) orientará a la persona de acuerdo a la magnitud del accidente para que comprenda el grado de incapacidad a que está sometido. Se encontrará en situaciones adversas de rebeldía,

incredulidad, choque, ajuste, depresión, negación, aflicción, pena y por último aceptación.

En la fase aguda de la lesión, la negación es el mecanismo de defensa que protege a la persona de la abrumadora realidad. A medida que el usuario se concientiza de lo irreversible de la situación, su estado puede prolongarse al experimentar la pérdida de la autoestima en el área de su propia identidad, función sexual, aspectos emocionales y sociales.

Cuando se pierde la autoestima se hace necesario sentirse fuerte, amado y respetado, porque en estos momentos priman los sentimientos de minusvalía, ira, temor, desconfianza, inseguridad y rechazo.

La atención de Enfermería debe enfocarse hacia el vislumbre de algún alivio en el futuro por lo que se debe orientar y dirigir hacia una sensación de confianza en su capacidad para llevar a cabo actividades de autocuidado y lograr relativa independencia. La enfermera desempeñará el papel de educadora, vigilante y está atenta a todos los requerimientos de la persona en su nueva situación.

La persona que labora en los servicios de urgencias al igual que el usuario y su familia es susceptibles de presentar ansiedad y tener crisis. Por esto es importante canalizar adecuadamente el stress laboral, que es un estado de tensión fisiológica y psicológica que afecta a las personas físicas, emocionales, intelectuales, social y espiritualmente. Para afrontar constructivamente las situaciones de estrés debe tener en cuenta:

- Volverse más enérgico para superar los sentimientos de impotencia en relación con los demás.
- Organizar mejor el tiempo, delegando en otras personas y combinando tareas.
- Aceptar fallas y aprender de los demás
- Pedir ayuda y compartir los sentimientos con los compañeros.
- Aceptar lo intolerante

RECOMENDACIONES:

Luego de aplicar los primeros auxilios en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito refiera a los heridos en orden de prioridad del más grave al más leve a un establecimiento de mayor complejidad para su atención especializada y tratamiento.

No olvidemos que toda víctima de accidente de tránsito debe ser referido para evitar complicaciones posteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ospina JA. Paciente Politraumatizado: Evaluación y manejo inicial. *Médicas UIS* 1997; 11: 228-233.
2. Tapias I, Cala H, González H., Rodríguez D. Guías de Práctica Clínica basada en la evidencia Trauma de Tórax. 1997. ISS. ASCOFAME.
3. Puigdollers C. Reanimación del Politraumatizado. *MAMEE6* 1992; 3: 87-96.
4. Gómez ME, Cano F, Giraldo L. El Paciente Politraumatizado. En Velez H, Borrero J, Restrepo J, Rojas W (Editores). *El Paciente en estado Crítico*. Medellín. CIB 1993: 619-685.
5. Uribe Mario. Evaluación Inicial y Resucitación. En Uribe M, Carvajal C, Cavallieri S. (Editores). *Trauma la Primera Hora*. Chile. Mediterráneo. 1995: 72-89.
6. SAMPALIS JS, Lavoie A, Williams JI, Mulder DS, Kalina M. Impact of on-site care, prehospital time, and level of in-hospital care on survival in severely injured patients. *J. Trauma* 1993; 34(2): 252-261. (10).
7. Hoff Ws, Reilly Pm, Rotondo MF, DiGiacomo JC, Schwab CW. The importance of the command-physician in trauma resuscitation. *J Trauma* 1997; 43(5): 772-777.
8. Messick WJ, Rutledge R, Meyer AA. The association of advance life support training and decreased per capita trauma death rates:

- an analysis of 12.417 trauma deaths. *J. Trauma* 1992; 33(6): 850-855.
9. Safar Peter. Apoyo Circulatorio. En Reanimación cardio Pulmonar y cerebral. México. Interamericana 1987: 87-108.
 10. Cavalleiri S, Pizarro F. Reposición de volumen en trauma. En Uribe M. Carvajal C. Cavalleiri S. (Editores) Trauma la Primera Hora. Chile, Mediterráneo 1995: 124-131.
 11. Cayten CG, Berendt BM, Byrne DW, Murphy JG, Moy FH. A study of pneumatic antishock garments in severely hypotensive trauma patients. *J. Trauma* 1993; 34 (5): 728-733.
 12. SAMPALIS JS, Tamim H, Denis R, Boukas S, Ruest SA, Nikolis A, Lavoie A, Fleischer D, Brown R, Mulder D, Williams JI. Ineffectiveness of on-site intravenous lines: is prehospital time the culprit ? *J. Trauma* 1997; 43(4): 608-615.
 13. BICKELL WH, Wall MJ Jr. Pepe PE, Martin RR, Ginger VF, Allen MK, Mattox KL. Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries. *N Engl J. Med.* 1994. 331 (17): 1105 - 1109.