

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



**MONITOREO DE ENFERMERÍA DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA
UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

LENIN EDZON RICARDI HILARIO.

**Callao, 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ MG. ZOILA DÍAZ TAVERA | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ➤ MG. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 309

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 23/11/2016

Resolución Decanato N° 1324-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 Descripción de la situación problemática	03
1.2 Objetivo	04
1.3 Justificación	04
II. MARCO TEÓRICO	06
2.1 Antecedentes	06
2.2 Marco Conceptual	11
2.2.1 Teoría de Virginia Henderson	11
2.2.2 Proceso de Monitoreo de Enfermería en pacientes Atendidos en la Unidad de Shock Trauma	13
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	46
3.1 Recolección de datos	46
3.2 Experiencia profesional	46
3.3 Procesos Generales realizados en el monitoreo del usuario	46
IV. RESULTADOS	48
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIALES	56
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Shock Trauma del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud cada segundo puede significar la diferencia entre la vida y la muerte. En sus instalaciones un grupo de experimentados profesionales lucha a diario por salvar la vida de los pacientes que llegan en estado crítico.

Para el profesional de enfermería se hace sumamente importante la aplicación del cuidado de enfermería, el cual es una metodología de trabajo consistente en un sistema con pasos relacionados que permite identificar y satisfacer necesidades y resolver problemas de salud que afecten al ser humano en todo su contexto

En Shock Trauma se atienden casos como infartos agudos al miocardio, aneurismas, traumatismos encéfalo craneanos graves, shock séptico, shock hipovolémico. "En promedio en la Unidad de Shock Trauma –conocida como la Sala de Reanimación-, salvamos tras intensas y agitadas jornadas la vida de la personas, y en algunos casos muy severos nos vemos día a día frente a la muerte que no solo afecta a la persona sino también a su familia es ahí donde el profesional de enfermería muy a pesar de la enorme labor que realizamos también entra a tallar y ayudar a esa familia que a perdido a un componente de la misma.

Es por ello que el presente trabajo se llevó a cabo teniendo la finalidad de aplicar el cuidado de enfermería en usuarios que ingresaron inicialmente al área Shock Trauma del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

La atención inmediata de estos pacientes determina considerablemente su mejora y para ello el equipo multidisciplinario de salud debe estar capacitado adecuadamente y el profesional de Enfermería es uno de los pilares fundamentales para lograr restablecer y reincorporar al paciente de manera adecuada a su entorno.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

A escala mundial las atenciones en Shock Trauma suponen unos 250000 muertes al año y al menos 7 millones de personas son consideradas de carácter grave.

En Australia y Canadá, normalmente se conoce a la Unidad de Shock Trauma como el Departamento de Emergencia. En México se le conoce como 066 al sistema que activa las unidades de urgencia.

En el Reino Unido, Nueva Zelanda, Hong Kong, Singapur e Irlanda, el departamento de Shock Trauma es conocido como A & E (Accident & Emergency)., algunos hospitales eligieron sólo utilizar el término ED (Departamento de Emergencia) para hacer hincapié en los casos urgentes.

El primer centro especializado de atención de trauma en el mundo se abrió en 1911 en los Estados Unidos en la Universidad de Louisville Hospital en Louisville.

La alta especialización de nuestro equipo de emergencia de EsSalud coloca al Perú junto con el de Colombia como los primeros en Latinoamérica. Es así como el modelo de atención de emergencia peruano destaca entre los más modernos estando a la Vanguardia el Hospital Edgardo Rebagliati.

Esta importante unidad fue creada en 1988. la creación de este servicio se dio en razón del clima que se vivía en el país en la década de los ochenta.

Durante mi experiencia profesional en la unidad de Shock Trauma del Hospital Rebagliati se atendieron a pacientes con Infartos Agudos de Miocardio, Accidentes Cerebro vasculares, Paro Cardiorespiratorio, Traumatismo Encéfalo Craneanos, Politraumatizados entre otras situaciones que ponen en riesgo la vida de las personas alterando el equilibrio biológico de la familia.

Teniendo a esta problemática y estando frente a las principales causas de morbimortalidad; tomando en consideración que el Enfermero permanece las 24 horas del día brindando cuidado directo debe estar totalmente capacitado en la atención a este tipo de pacientes.

1.2. Objetivo

Describir el Cuidado de Enfermería en los usuarios que acuden al área de Emergencia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins .ESSALUD.

1.3 Justificación

La situación de Salud en el Perú en la actualidad es caótica solo por citar algunos ejemplos vemos a diario que en los grandes Hospitales del Ministerio de Salud como de ESSALUD acuden usuarios con riesgo a perder la vida esto sumado a la mala implementación del gobierno a los hospitales y en alguno casos a la falta de capacitaciones a los profesionales que en el día a día luchan para salvar vidas generan una problemática enorme a nivel Nacional.

Como enfermero que labora en la unidad de Emergencia área de Shock Trauma del Hospital Edgardo Rebagliati elaboró este informe de mi experiencia profesional **porque** se ha observado el aumento el aumento de pacientes que acuden al HNERM lo cual hace necesario que el Enfermero hoy en día se haya convertido en el profesional de la salud más importante para salvaguardar la vida de las personas que acuden a este hospital, ello se ve reflejado a nivel nacional.

La labor que realiza Enfermería es importante porque acude a estos pacientes en el reconocimiento oportuno de la enfermedad brindando una atención de calidad para contribuir en el bienestar del paciente y su familia, mucho más aún si esta labor es aplicada en base a modelos y teorías de enfermería.

Se estudia para mejorar la calidad de atención de enfermería a estos pacientes ya que hoy en día se ha incrementado la atención en las áreas de emergencia del hospital Edgardo Rebagliati. Y de todas las Emergencia a nivel Nacional.

II.-MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Ana Lucía Crespo Lic. Luis Rafael Yugsi, 2015 NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS/OS SOBRE EL MANEJO INICIAL DE PACIENTES CON TRAUMA CRÁNEO ENCEFÁLICO GRAVE, EN EL ÁREA DE SHOCK TRAUMA Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO, (TESIS DOCTORAL). UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS POSGRADO DE ENFERMERÍA EN TRAUMA Y EMERGENCIAS. El trauma cráneo encefálico representa un problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados. Dentro de este grupo de trauma, el "Trauma cráneo encefálico grave" constituye la primera causa de mortalidad. El cuidado del paciente con T.C.E. grave demanda del personal de enfermería conocimientos basados en principios científicos fundamentales encaminados a evitar la lesión secundaria, lo cual implica una valoración exhaustiva y una constante observación. El objetivo de este trabajo es capacitar a las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con Trauma Cráneo Encefálico grave, e implementar protocolos de atención de enfermería.

Por lo que se ha planteado la siguiente hipótesis "El nivel de conocimientos de las enfermeras/os influye en la atención inicial de enfermería de los pacientes que ingresan con Trauma Cráneo Encefálico grave". El estudio es descriptivo, analítico porque permitió valorar el nivel de conocimientos de las enfermeras/os, es transversal porque se realizó de Julio 2011 a Julio 2012 en el área de shock trauma del servicio de emergencia. Se tomó una muestra de 70 pacientes que presentaron T.C.E. grave. Para obtener los datos se realizó encuesta y guía de observación al personal de enfermería. En los resultados se obtuvieron

que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente. **Descriptor:** Nivel de conocimientos, trauma craneo encefálico grave, atención inicial de enfermería

2.1.2.- Dr. José Pablo Marín Gómez.

CAUSAS Y EFECTOS DE LA SATURACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE LA CLÍNICA DE CHOMES, PUNTARENAS.

Maestría en Gerencia de la Salud. San José Costa Rica. Febrero del 2015
Instituto Centroamericano de Administración Pública– ICAP

RESUMEN

Este estudio se realizó aplicando encuestas en la Clínica de Chomes, Puntarenas, Área de Salud N° 3 de la Caja Costarricense del Seguro Social. Estas encuestas se aplicaron para determinar el comportamiento de la consulta de emergencias. Inicialmente se determinó que este servicio se encontraba saturado, esto se demostró en el estudio preliminar analizando las estadísticas de la consulta del 2015.

A partir de aquí el trabajo se centró en determinar las causas y efectos de la saturación del servicio de emergencias de la Clínica de Chomes, así como la relación causa efecto de esta saturación. La población en estudio fue la población consultante en el servicio de emergencias de la Clínica de Chomes, se tomo para el estudio los meses de abril a setiembre del 2007, tomando la población como el número de consultantes en esos seis meses, que fue de 10422 personas, de esta se extrajo una muestra que se designó en 311 personas a entrevistar.

Además de los usuarios del servicio de emergencias se aplicó cuestionario al personal de los EBAIS y de Emergencias de la Clínica de Chomes. La zona se determinó que no tiene buena accesibilidad geográfica para facilitar al consultante la consulta a emergencias, las comunidades están muy alejadas de la clínica y el transporte público de la zona es limitado. En el trabajo se encontró que de las consultas realizadas en emergencias solo entre un 10% a 20% son emergencias reales, el resto son consultas de morbilidad que se deben atender en EBAIS, como gripe, infección urinaria, etc. Se determinó que una de las causas principales de consulta en emergencias es la no llegada del EBAIS al consultorio, o la no existencia de este en la comunidad. Esta falta de equipo médico todos los días o más seguido provoca que la gente realice su consulta en emergencias. Esta consulta de morbilidad en emergencias afecta el servicio paciente ya que un 45% de las consultas recibe un tiempo de atención de menos de 5 minutos y un 43% recibe un tiempo de atención de atención de 5 a 10 minutos, lo que indica una atención en la mayoría de las consulta muy pobre. La saturación sale a relucir con un promedio de atención diaria de 85 pacientes diarios y la capacidad instalada marcada por el personal médico indica que es de 48 pacientes diarios. Se realiza el análisis de la información y se realizan conclusiones y recomendaciones. Una de las conclusiones más importantes es que el servicio de emergencias está saturado de consultas de morbilidad por falta de servicio en los consultorios comunales, ya sea que no van muy a menudo o que del todo no hay.

Una de las recomendaciones más importantes es la apertura de otro EBAIS para poder descongestionar los ya existentes y poder asistir más seguido a los consultorios comunales y brindar servicio a las consultas de morbilidad sin cita y descongestionar el servicio de emergencias, o en su defecto la habilitación del servicio vespertino en la Clínica.

2.1.3.- Sgilmer Gerardo Román Ponce, ATENCIÓN DE PACIENTES EN SHOCK TRAUMA (TITULO DOCTORAL) HOSPITAL NACIONAL ANTENOR ORREGO, 2016

RESUMEN

El traumatismo craneoencefálico es un importante problema sanitario en todo el mundo. En promedio, el 39% de los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave mueren por esta causa y el 60% tienen evolución desfavorable según la Glasgow. La incidencia de traumatismo craneoencefálico está en aumento en países de ingresos bajos y medios debido al incremento de lesiones relacionadas con los medios de transporte, siendo los hombres jóvenes los más afectados. También ha surgido una nueva cohorte- los ancianos- que pueden sufrir lesiones cerebrales considerables por caídas de bajo impacto.

CONCLUSIÓN

El pronóstico del traumatismo craneoencefálico grave depende de la administración de atención médica de calidad por un equipo multidisciplinario. La clasificación precisa, las innovaciones en el diseño de los estudios, la implementación de investigaciones sobre la eficacia comparada, la selección de los pacientes que se pueden beneficiar con ciertas intervenciones y el tratamiento personalizado en unidades de cuidados intensivos con monitoreo multimodal producirán más mejoras. Las investigaciones de laboratorio preclínicas serán un medio fundamental para generar nuevos tratamientos y biomarcadores y para explicar la fisiopatología. Los datos del estudio definirán más las indicaciones para la craneotomía descompresiva, que actualmente son controvertidas para el edema cerebral difuso con hipertensión endocraneal intratable. La hipotermia terapéutica y la hiperoxia son tratamientos experimentales que se están investigando en grandes estudios multicéntricos. Los autores piensan que en la próxima década habrá nuevos progresos para los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave.

2.1.4.- Sarai Rada Martín

ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO INGRESADO EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA, ESPAÑA 2016

METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA: En este apartado queremos realizar una búsqueda bibliográfica para realizar la guía o recomendaciones estandarizadas y así lograr responder a las siguientes preguntas que nos cuestionamos: o ¿Qué es el TCEG o ¿Qué es la PIC (presión intracraneal) y cómo se monitoriza? o ¿Cuáles son los valores normales de la PIC, PAM, PPC? ¿Y el correcto funcionamiento y uso del transductor de presión? o ¿Qué tipo de cuidados generales requiere un paciente con TCEG? o ¿Qué tipo de cuidados de Enfermería necesita un paciente con TCEG? o ¿Cuáles son las medidas de primer nivel que se necesitan para el tratamiento de la hipertensión intracraneal? o ¿Cuál es el funcionamiento y manejo de los drenajes ventriculares? Para ello se deberá realizar una revisión bibliográfica y su consiguiente búsqueda de información en varias bases de datos, revistas, buscadores y hospitales. La revisión bibliográfica que sustenta los resultados y conclusiones de este trabajo fin de grado proviene de:

- Páginas web sobre ciencias de la salud: SEMYCIUC
- Revistas: REMI, Medicina Intensiva, Revista Neurología, Revista Neurocirugía.
- Libros relacionados con el objeto de estudio. En cada una de las bases de datos consultadas se ha realizado una búsqueda sistemática consistente en:
- Análisis de los títulos de los artículos y los resúmenes de estos eliminando los que no tenían relación con dicho objeto de estudio. }
Dialnet: <http://dialnet.unirioja.es/> Se ha introducido en su buscador las siguientes palabras clave:

- Trauma craneal grave Y hemos obtenido: 11 documentos De los 11 encontrados nos quedamos con 1 debido a que los demás por el título no tienen relación a los cuidados de Enfermería en trauma craneal grave en adultos. 1) Título: Protocolo de aspiración endotraqueal en pacientes con trauma craneal grave. Estudio de variables neurofisiológicas.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario; hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

1. La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales, alcanzar la muerte en paz. Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
2. Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denominó cuidados básicos de enfermería; estos se aplican mediante un plan de cuidados de enfermería, elaborados sobre la base de las necesidades detectadas en el paciente. Describe la relación enfermera paciente y se destacan 3 niveles de intervención: sustituta, ayuda o compañera. Aporta

una estructura teórica que permite el trabajo de enfermería por necesidades de cuidado, de esta manera facilita la definición del campo de actuación, y al nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería sobre la base de las 14 necesidades humanas básicas.

La definición de Henderson acerca de los conceptos básicos del metaparadigma de enfermería son:

Persona:

- Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia, o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.
- La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
- La mente y el cuerpo son inseparables.
- Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia, tiene necesidades básicas para la supervivencia, por lo que necesita fuerza, deseos y conocimientos para realizar las actividades requeridas para una vida sana.

Entorno: incluye relaciones con la propia familia y las responsabilidades de la comunidad para proveer cuidados.

Salud:

- La calidad de salud más que la vida es el margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción.
- Considera la salud como la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de Enfermería; equipara salud con independencia

2.2.2. Proceso de Monitoreo de Enfermería en Pacientes atendidos en la Unidad de Shock Trauma

A.- Guía de Intervención de Enfermería en pacientes con accidentes Cerebro Vasculares

A.1. Aspectos Generales

El ACV es considerado como una pérdida repentina de la función cerebral que resulta de la interrupción del suministro sanguíneo de la perfusión histica cerebral relacionada con la disfunción neurológica.

A.2. Población Objetivo

Pacientes que acuden al Servicio de Emergencia

A.3. Objetivo

Brindar una atención profesional oportuna, rápida y segura en el menor tiempo en busca de la conservación de sus funciones físicas y residuales.

A.4. Persona Responsable

Enfermero(a)

A.5. Diagnóstico de Enfermería

A.5.1. Alteración de la perfusión tisular cerebral relacionado con interrupción o aumento del flujo venoso o arterial.

- **Meta**

- El paciente mantendrá una adecuada perfusión tisular cerebral.

- **Intervención de Enfermería**

- Evalué estado de conciencia (escala de coma de Glasgow) y pupilas.

- Mantenga vía área permeable.
- Aspire secreciones a demanda.
- Administre O₂ según necesidad.
- Colabore en la entubación endotraqueal.
- Monitorear y controle funciones vitales, coloque oxímetro de pulso para valorar saturación de oxígeno.
- Canalizar vía endovenosa periférica con catéter de grueso calibre y administre solución salina según indicación médica.
- Mantenga al paciente en posición semifowler (cabecera a 30°) y en reposo estricto
- Tome y monitoree gases arteriales y electrolitos y agilice la toma de muestra para hemograma, bioquímica perfil de coagulación y los que requiera el paciente.
- Administrar medicamentos según . Prescripción médica.
- Prepare al paciente para toma de exámenes especiales (TAC, Rayos x)
- Toma de EKG.
- Preparar físicamente al paciente para SOP. según requerimiento
- Transportar al paciente adecuadamente con personal médico, enfermera, técnico con oxígeno y maletín de vía aérea.

- **Complicaciones**

- Hipertensión endocraneana.
- Herniación cerebral.

- **Intervencion Interdisciplinaria**

- Coordinar con: médico de guardia, Personal de laboratorio radiólogo.

- **Grado de Dependencia**

- Grado III

- **Indicadores de seguimiento**

Evidencia :

- PA: 110/70 mmHg
- PAM > 90 mmHg.
- S02: >95%
- FR: 14- 16 X' AGA :
- PH :7.4 ±4
- PAO: 95mmHg
- C02: 35-40mmHg Glasgow: ≥9
- Pupilas Isocóricas- normoreactivas

A.5.2. Riesgo de aspiración r/c, reducción del nivel de conciencia

- **Meta**

El paciente mantendrá las vías aéreas permeables

- **Intervención de Enfermería**

- Evaluar patrón respiratorio: Mantenga listo equipo para intubación.
- Colocar tubo de mayo
- Aspirar secreciones a demanda y de acuerdo a guía de procedimiento
- Mantenga la cabeza en posición neutra permitiendo la ventilación.
- Fisioterapia respiratoria: vibroterapia
- Coloque SNG para evacuar contenido gástrico según indicación médica.

- **Complicaciones**

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Neumonía aspirativa.
- Atelectasia

- **Intervención Interdisciplinaria**
- Coordinar con Intensivista, anestesia
- **Grado de Dependencia**

GRADO II

- **Indicadores de Seguimiento**

El paciente mantiene la vía aérea permeable libre de secreciones

- Saturación de Oxígeno $\geq 95\%$

A.5.3. Alteración del Sensorio Perceptual Sinestesico R/C. Trastorno de la Función Cerebral.

- **Meta**

El paciente mantendrá integridad física

- **Intervención de Enfermería**
- Monitorear escala de coma de Glasgow
- Mantener vigilancia estricta sobre el paciente.
- Brindar seguridad física (colocación de barandas) y mantenga alejado objetos punzocortantes.
- Colocar mecánico-sujeción según requerimientos evitando presión excesiva.
- Administrar medicamentos según prescripción médica (anticonvulsivantes).
- **Complicaciones**

Lesiones Dérmicas

- **Intervención Interdisciplinaria**
- Coordinar con emergencista ,neurólogo y neurocirugía no de turno

- **Grado de Dependencia**

Grado II

- **Indicadores de Seguimiento**
- El paciente evidencia su integridad física.
- Glasgow ≥ 9

A.5.4.-Trastorno de la eliminación urinaria y fecal r/c deterioro sensitivo y motor

- **Meta**

El paciente mantendrá una adecuada eliminación urinaria e intestinal.

- **Intervención de Enfermería**

- Colocar sonda Foley con drenaje cerrado en fase aguda, posteriormente colocar colector y/o pañales
- Observar características de la orina.
- Tomar muestra para análisis de orina.
- Aseo de genitales cada vez que se requiera.
- Coordine y monitorear electrolitos
- Controlar diuresis horarias las primeras 24 horas.

- **Complicaciones**

- ITU
- Alteración de la integridad de la piel.

- **Intervención Interdisciplinaria**

- Coordinar con el médico tratante, nutricionista y personal de laboratorio

- **Grado de dependencia**

Grado II

- **Indicadores de Seguimiento**

- El paciente mantendrá una diuresis de .5ml/kg/hr.
- Evaluación Diaria integridad de la piel

A.5.5. Riesgo de lesión y/o deterioro de la integridad cutánea r/c. alteración de la movilidad o inmovilización física

- **Meta**

El Paciente no evidenciara lesión y/o alteración de la integridad cutánea.

- **Intervención de Enfermería**

- Movilizar con frecuencia al paciente cada 2 horas realizando fricciones y masajes utilizando lociones que no resequen la piel.
- Colocar dispositivos para mitigar zonas de presión
- Realizar baño de esponja del paciente manteniendo ropa de cama limpia, alisa y seca.
- Colocar sujeción mecánica
- Sujeción según requerimiento evitando presión excesiva.
- Valorar y registrar úlceras por decúbito

- **Complicaciones**

- Contracturas, Escaras

- **Intervención Interdisciplinaria**

Coordinar con emergenciólogo de turno y medicina física y rehabilitación.

- **Grado de Dependencia**

Grado I

- **Indicadores de Seguimiento**

El paciente no evidencia lesiones corporales

A.5.6.-Trastorno de la comunicación R/C afasia, déficit motor y/o cognoscitivo.

- **Meta**

. -El paciente mantendrá una adecuada comunicación verbal y no verbal

- **Intervención de Enfermería**

- Explicar al paciente los procedimientos que se le van a realizar.
- Darle seguridad al paciente de que la comunicación que el establezca será entendida.

- Permanecer con el paciente y estar atento a su intento de comunicación.
- Proporciónale lápiz, papel, explicarle que estaremos atentos y podemos entenderlo a través de mímicas.
- **Complicaciones**
- Ansiedad.
- Aislamiento.
- Depresión.
- **Intervención Interdisciplinaria**
- Coordinar evaluación por psicólogo de turno
- Coordinar evaluación médica física y rehabilitación.
- **Grado de Dependencia**

Grado I

- **Indicadores de Seguimiento**

El paciente se comunica.

A.5.7. Trastorno de la movilidad física R/C hemiplejía, debilidad y/o espasticidad.

- **Meta**
- El paciente recuperará y mantendrá la espasticidad funcional residual
- **Intervención de Enfermería**
- Mantener al paciente con posturas fisiológicas.
- Evite movimientos exagerados.
- Realizar masajes en cada movilización.
- **Complicaciones**
- Anquilosamiento
- Ulceras por decúbito.
- **Intervención Interdisciplinaria**
- Coordinar con medicina física y rehabilitación

- **Grado de Dependencia**

-Grado II

- **Indicadores de Seguimiento**
- El paciente mejora su movilidad funcional.

A.5.8. Déficit del Autocuidado e Imagen Corporal R/C Deterioro Neuromuscular

- **Meta**
- El paciente mejorará su imagen corporal paulatinamente
- **Intervención de Enfermería**
- Brindarle apoyo emocional
- Mantener al paciente con posturas fisiológicas.
- Realizar masajes movilización.
- Orientar a la familia.
- **Complicaciones**
- Depresión.
- Aislamiento.
- Baja autoestima.
- **Intervención Interdisciplinaria**
- Coordinar con psicólogo
- Coordine con medicina física y rehabilitación
- **Grado de Dependencia**

Grado I

- **indicadores de seguimiento**

El paciente mejora su imagen corporal evidenciado por el cuidado personal

B.-Guía de intervención de enfermería en infarto de miocardio

B.1. Aspectos Generales

Situación clínica secundaria a la obstrucción brusca del flujo coronario de gravedad y pronóstico variable.

El IMA es causado por la reducción del flujo sanguíneo en una arteria coronaria debido a aterosclerosis y oclusión completa de una arteria por un embolo o un trombo.

Otras causas del IMA incluyen vaso espasmo (constricción o estrechamiento repentino) de una arteria coronaria, disminución del suministro

de oxígeno (por pérdida de sangre, anemia, o presión arterial baja) y mayor demanda de O₂,

Los términos oclusión coronaria, ataque cardiaco e infarto miocárdico se utilizan como sinónimos. Son factores de riesgo, los que agregados a consumo de tabaco, alcohol, dietas inadecuadas, incrementan las complicaciones del cuadro.

B.2. Población Objetivo

Pacientes adultos que padecen enfermedades cardiovasculares.

B.3. Objetivo

- Unificar criterios técnico-asistenciales en la intervención de enfermería al paciente con IMA.
- Favorecer la atención oportuna y eficaz al paciente con IMA.

B.4. Persona Responsable

Enfermera.

B.5. Diagnóstico de Enfermería

B.5.1 Dolor agudo relacionado a infarto de miocardio.

- **Meta**

El paciente no presenta dolor.

- **Intervención de Enfermería**

- Evaluar las características, localización, duración e intensidad del dolor.
- Monitorice las funciones vitales: FC, PA, FR, T^s.
- Administrar analgésicos prescritos y valore el efecto que tienen sobre el nivel del dolor.
- Observar aparición de efectos secundarios de la medicación.
- Tenga preparado coche de paro, equipo para intubación endotraqueal y ventilador mecánica

- **Complicaciones**

- Shock neurogénico
- Hipotensión o depresión respiratoria por analgésicos.
- Ansiedad.

- **Intervención Interdisciplinaria-**

Coordinar con medicina física y rehabilitación

- **Grado de Dependencia**

Grado III

- **Indicadores de Seguimiento**

El paciente mejora su movilidad funcional.

B.5.2. Reducción del gasto cardíaco relacionado a disminución de la contractilidad cardíaca secundario a infarto.

- **Meta**

El paciente mejorará su gasto cardíaco.

- **Intervención de Enfermería**

- Administrar O₂ por CBN a 3 lpm siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las condiciones individuales de cada paciente y en coordinación médica.
- Mantenga al paciente semi-sentado y cómodo.
- Canalice una vía venosa periférica

- Monitorice en forma permanente y con EKG la posibilidad de arritmias.
- Tome EKG complejo para determinar localización extensión y evaluación del infarto.
- Si EKG registrado durante el dolor muestra ST elevado, se iniciara terapia antitrombolítica según indicaciones.
- Monitorear PA, FC, FR, T, hasta que el paciente se estabilice.
- Coordine para la torna de Rx de tórax
- Preparar equipo para cateterismo venoso central.
- Controle PVC.
- Controle de BH.
- Realizar cateterismo vesical.
- Administrar terapia antiplaquetaria según prescripción médica.
- Inicie tratamiento anticoagulante según prescripción médica.
- Coordine para RX de control.
- **Complicaciones**
 - Arritmias como TV, FV
 - Bloqueos cardiacos
 - Pericarditis.
 - Shock Cardiogénico
 - Hemorragias durante la terapia
 - Embolismo pulmonar.
- **Intervención Interdisciplinaria**
 - Coordinar con emergenciólogo y cardiólogo.
 - Personal de laboratorio y radiológico .de turno.
- **Grado de Dependencia**

Grado III

- **Indicadores de seguimiento**
 - Paciente evidencia:
 - Hemodinámica estable.
 - FC. 60- 100 x'

- SAT O2 > 95%
- EKG de características estables.
- AGA :
- Ph 7.35-7.45
- P02 35 - 45 MM Hg
- PC02. 80-100 mm Hg
- HC03 21 -25 meq/l
- Perfil de coagulación y sangría dentro de valores normales

B.5.3. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado a interrupción del flujo arterio-venoso a nivel del miocardio

- **Meta**

El paciente alcanza un equilibrio gaseoso

- **Intervención de Enfermería**

- Administrar O2 por CBN a 3 LPM siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones y dependiendo de las condiciones individuales de cada paciente en coordinación médica.
- Mantener al paciente semisentado y cómodo.
- Controle Sat O2
- Informar que debe evitar la sobrecarga y stress.
- Informarle la importancia de control médico periódico.
- Darles a conocer los signos y síntomas de infarto para que puedan reconocerlo precozmente, en caso se presente un nuevo IMA en su casa.

- **Complicaciones**

- Paro Cardiorespiratorio

- **Intervención Interdisciplinaria**

Coordinar con Emergencista

- **Grado de Dependencia**

Grado III

- **Indicadores de Seguimiento**

- Saturación de oxígeno y AGA dentro de los valores normales.
- El paciente permanece en reposo absoluto durante 7 días.

C. Guía de intervención de enfermería en paro cardiorespiratorio

C.1. Aspectos Generales

Es la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón, debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio.

C.2. Población Objetivo

Toda persona que asista a la emergencia hospitalaria por presentar paro cardiorespiratorio.

C.3. Objetivo

Restaurar la función cardíaca y respiratoria para minimizar lesión en el sistema nervioso central.

C.4. Persona Responsable

Enfermera

C.5. Diagnóstico de Enfermería

C.5.1. Paro respiratorio relacionado a obstrucción de vías aéreas y/o depresión del sistema nervioso central.

- **Meta**

- El paciente recupera la función respiratoria

- **Intervención de Enfermería**

- Indique la clave de alarma del hospital.
- Permeabilice vías aéreas.
- Verifique ausencia de respiración

COMPLICACIONES

- Daño cerebral irreversible, Bronco aspiración.

- **Intervención Interdisciplinaria**

- Equipo de salud de emergencia de turno.

- **Grado de Dependencia**

Grado III

- **Indicadores de Seguimiento**
 - Ventilación espontánea.
 - FR:16 A 20 X'
 - Saturación de O₂ >95%
 - -AGA dentro de parámetro normales

C.5.2. Paro cardíaco relacionado a reducción del gasto cardíaco.

- **Meta**

-El paciente

- **Intervención de Enfermería**
 - Retire prótesis.
 - Verificar presencia de cuerpos extraños.
 - Aspirar secreciones
 - Hiperventile al paciente con respirador manual.
 - Preparar material y asista en el procedimiento de intubación (TET)
 - Colocar ventilador mecánico
 - Colocar cánula oro faríngea.
 - Monitorizar Sat O₂, FC, EKG, PA
 - Recolectar muestra de sangre para AGA
 - -Colocar al paciente en posición de RCP (decúbito dorsal).
 - Canalizar doble vía endovenosa con branula número 16.
 - Si no hay respuesta tener preparada adrenalina, atropina y bicarbonato para su administración EV según indicación.
 - Preparar equipo para desfibrilación
 - Monitorizar al paciente hasta esperar respuesta mediante el control de EKG
 - Evalúe constantemente pulso carotideo y femoral valorando la efectividad de las técnicas de reanimación.

- Coordine traslado a UCI.
- **Complicaciones**
- Distensión gástrica, regurgitación, aspiración
- **Intervención Interdisciplinaria**
- Equipo de Salud de Emergencia
- **Grado de Dependencia**

-Grado III

- **Indicadores de Seguimiento**
- PH : 7.35 - 7.45 P_O₂: 35 - 45 mmHg
- PCO₂: 80 - 100mmHg HC03: 21 - 25mEq/l
- EKG normal
- Paciente presenta actividad eléctrica cardíaca.
- PA > 80 mmHg
- FC 80 - 100 x' j
- Sat O₂ > 95% ;
- AGA dentro de parámetro normales P_O₂:35-45 mmHg PCO₂: 80-100mmHg HC03: 21 - 25mEq/l

C.5.3. Riesgo a daño neurológico relacionado a falta de oxigenación cerebral

- **Meta**

El paciente no presenta daño neurológico

- **Intervencion de Enfermeria**
- Valore al paciente utilizando la escala Glasgow
- Monitorice reacción pupilar y reflejo corneal.
- Realizar monitoreo neurológico.
- Mantener apoyo oxigenatorio según indicación medica
- **Complicaciones**
- Daño cerebral.
- Descerebra ción, decorti cación.
- Muerte Cerebral

- **Intervención Interdisciplinaria**
- Equipo de Salud de Emergencia de turno
- Neurólogo.
- **Grado De Dependencia**

-Grado III

- **Indicadores de Seguimiento**
- Función cardiaca presente.
- Respuesta frente a estímulos presente.
- Pupilas Isocóricas y fotoreactivas.
- Recuperación gradual de la conciencia hasta Glasgow 15 puntos.

C.5.4. Afrontamiento ineficaz familiar r/c la enfermedad y su pronóstico.

- **Meta**

La familia aceptara la enfermedad y pronóstico.

- **Intervención de Enfermería**
- Facilitar el informe médico.
- Dejar que el familiar manifieste sus dudas temores y sentimientos.
- Coordinar con la psicóloga para que brinde orientación.
- Coordinar con el capellán para apoyo espiritual.

- **Complicaciones**

- Crisis Familiar

- **Intervención Interdisciplinaria**

.Medico Psicóloga

- **Grado de Dependencia**

.Grado II

- **Indicadores de Seguimiento**
- Familiar refiere tener conocimiento de la enfermedad, complicaciones.
- Participa activamente, colaborando en las indicaciones.

D.- Guía de intervención de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano (TEC)

D.1. Aspectos Generales

Es una lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica.

Puede presentar dificultad para despertar, dificultad para hablar, confusión, cefalea intensa, vómitos, debilidad en todo el cuerpo.

D.2. Población Objetivo

La presente guía de intervención se aplicará a todos los pacientes jóvenes, adultos y adultos mayores que acuden a la Emergencia

D.3. Objetivo

Mantener al paciente de modo tal que permita la máxima recuperación de las lesiones primarias y revertir o prevenir la lesión secundaria
Homogenizar la intervención de enfermería.

D.4. Persona Responsable

Enfermera.

D.5. Diagnóstico de Enfermería

D.5.1.-Disminución de la capacidad adaptativa intra craneal r/c lesiones cerebrales y descenso de la perfusión cerebral

- **Meta**
 - Paciente, mantendrá una adecuada capacidad adaptativa.
- **Intervención de Enfermería**
 - Valore el ABC
 - Valore Glasgow.
 - Identifique signos neurológicos focales, cada 5-10-15 minutos
 - Colocar collarín cervical hasta descartar lesión .
 - Valorar la aparición de signos de agitación psicomotriz.
 - Administrar anticonvulsivos según prescripción médica .
 - Valorar respuesta pupilar.

- Mantener preparado el equipo intubación endotraqueal.
- Prepare al paciente para toma de Rayos X de cráneo
- -Prepare al paciente para toma de procedimiento de TAC.
- Administrar diuréticos osmóticos según prescripción médica.
- Controle funciones vitales.
- Controle PAM, FSC, PPC.
- Mantenga una PIC < 20mm H2O
- **Complicaciones**
- Herniación cerebral.
- Hipoxemia.
- **Intervención interdisciplinaria**
- Evaluación por:
- Emergenciólogo ,intensivista
- **Grado de Dependencia**
- Grado III
- **Indicadores de Seguimiento**
- Paciente mantiene Glasgow de:12-14 puntos.
- No presenta signos de agitación psicomotriz.
- Pupilas isocóricas fotoreactivas.
- PAM : 70 mmHg FSC : 50 ml/100gr PIC: 15-20 cm/H2O

D.5.2. Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación, posición corporal y deterioro de la conciencia.

- **Meta**

Paciente mantendrán adecuado patrón respiratorio.

- **Intervención de enfermería**
- Valore el patrón respiratorio
- Mantener vía aérea permeable
- Colocar tubo orofaríngeo (tubo de mayo).
- Coordinar la toma de muestra de la sangre

- -Valore resultados de AGA.
- Mantener la cabecera de la cama del paciente en 30°.
- Realice aspiración de secreciones $f \sim !$ a demanda
- Monitorizar saturación de oxígeno mediante pulsoximetría
- Coordina para la toma de placa de Rayos X.
- Mantener preparado el equipo para incubación
- Valorar presencia de reflejos nauseosos y tusígeno.
- Mantener el cuerpo alineado.
- Administrar el oxígeno según prescripción
- **Complicaciones**
- Hipoxemia
- Alcalosis respiratoria.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- **Intervención Interdisciplinaria**

Evaluación:

- Neurocirujano, anestesiólogo, intensivista, emergencista

- **Grado de Dependencia**

-Grado III

- **Indicadores De Seguimiento**
- Paciente evidenciará un Glasgow de: 12-14 puntos.
- Gases arteriales dentro de los valores normales:
- Sat O₂ = 95%
- PH = 7.4
- P_{O2} = 80-100
- PCO₂ = 35-45
- HCO₃ = 22-26 mEq/Lt
- Presencia de reflejo nauseoso y tusígeno

D.5.3.- Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio de la perfusión, cambios en la membrana alveolar, oclusión de la vía aérea y presencia de cuerpo extraño o caída de la lengua.

- **Meta**

- Paciente mantendrá adecuado intercambio gaseoso

- **Intervención de Enfermería**

- Mantener una vía aérea permeable.
- Realizar aspiración de secreciones a demanda
- Colocar tubo orofaríngeo (tubo de mayo)
- Mantener al paciente en posición semifowler y/o lateralizado.
- Administrar oxigenoterapia según prescripción
- Coordinar toma de muestra de sangre para gasometría
- Valore resultados de gasometría.
- Mantener preparado el equipo de intubación.
- Preparar al paciente para la toma de rayos X de tórax.
- Monitorizar saturación de oxígeno a través de oximetría de pulso.

- **Complicaciones**

- Alcalosis
- Hipoxemia
- Insuficiencia respiratoria aguda

- **Intervención Interdisciplinaria**

- Evaluación por medico de turno.
- Coordinación con personal de Rayos X

- **Grado de dependencia**

Grado III

- **Indicadores de Seguimiento**

- Paciente evidenciará:
- F.R. : 16-8x`
- Sat. O2: 95%
- AGA:
- pH = 7.4

- PO₂=80-100mmHg
- PCO₂ = 35-45 mmHg
- HC0₃ = 22-26 mEq/LT

D.5.4.- Alteración de la perfusión tisular cerebral, cardiopulmonar renal y periférico r/c deterioro del transporte de oxígeno a través de la membrana alveolar capilar y desequilibrio ventilo perfusión

- **Meta**

Paciente mantendrá una adecuada perfusión tisular cerebral, cardiopulmonar gastrointestinal y periférico.

- **Intervención de Enfermería**

- Valorar el estado de conciencia del paciente.
- Controlar funciones vitales enfatizando frecuencia cardíaca y presión arterial.
- Colocar oxígeno según prescripción .
- Coloque vía periférica con catéter intravenoso N° 14-16-18 calibre.
- Coordine el control seriado de glicemia.
- Realice monitorización cardíaca
- Coordinar toma de muestra de sangre para análisis de gases arteriales (AGA) y valoración de resultados.
- Coloque sonda foley
- Controle BHE
- Realice control estricto de diuresis.
- Administrar soluciones isotónicas por vía endovenoso según indicación médica.
- Mantenga preparado el coche de paro y equipo para intubación endotraqueal.
- Realizar las coordinaciones para la tomografía axial computarizada.
- Realice la medición de presión intracraneal cada media hora

- **Complicaciones**
 - Isquémica cerebral
 - Hipertensión endocraneana
 - Hipoxemia
- **Intervención Interdisciplinaria**
 - Emergencista de turno.
- **Grado de Dependencia**
 - Grado III
- **Indicadores de Seguimiento**
 - Paciente evidenciará un:
 - Glasgow de 12- 14 puntos
 - PAM: 70ml/Ha
 - Glicemia>90mg/dl
 - FC: 60 a 80 x' -Llenado capilar menos de 2 segundos
 - Diuresis horaria : 30ccxhora
 - Presión venosa central (PVC):
 - 6-8cmH20
 - Presión intracraneal cerebral (PVC):
 - <15-20cmH20

D.5.5. Dolor R/C por agentes lesivos (físicos).

- **Meta**

Paciente no evidenciará ni manifestará signos de dolor.

- **Intervención de Enfermería**
 - Controle funciones vitales.
 - Valore el dolor considerando las características de calidad, intensidad, irradiación y duración.
 - Administre analgésicos y/o narcóticos según prescripción médica.
- **Complicaciones**
 - Shock neurológico
 - Arritmia cardíaca

- **Intervención Interdisciplinaria**
- Evaluación médico emergencista

- **Grado de Dependencia**

-Grado II

- **Indicadores de Seguimiento**
- Paciente expresa confort y alivio del dolor.
- Comunica 3-4 horas de sueño sin interrupción durante la noche.
- Paciente presentará valores normales de signos vitales.
- FC: 60-80X'
- FR : 16-18x'

D.5.6. Ansiedad y/o temor r/c amenaza de cambio en el estado de la salud, amenaza de cambio en el estado de su rol.

- **Meta**
- Paciente manifiesta disminución de la tensión emocional y sentirá más seguro.
- **Intervención de enfermería**
- Brinde soporte espiritual.
- Facilitar visita de familiares allegados.
- Coordinar con servicio social.
- Brindar oportunidad de un reencuentro consigo mismo, sus ideales, metas y algún intercambio con alguna persona de su confianza o ministro de su religión.
- Explicar al paciente en términos comprensibles, sobre su evolución, tratamiento, procedimientos a que va a ser sometido y los cambios de ambiente (de ser posible).
- Estimule un ambiente de confianza en el paciente y familia favoreciendo la expresión de preocupaciones y sentimientos sobre la hospitalización.
- Escuche dudas y/o temores del paciente.

- Permanezca al lado del paciente en los momentos de mayor preocupación.
- Permita la colaboración de la familia en su cuidado y/o atención.
- **Complicaciones**
 - Depresión emocional.
 - Agresividad y aprehensión.
 - Bloqueo del pensamiento.
- **Intervención Interdisciplinaria**
 - Psicología
 - Servicio Social.
- **Grado de Dependencia**
 - .Grado II
- **Indicadores de Seguimiento**
 - Paciente mantiene una fase tranquila.
 - Paciente expresa sus miedos y temores.
 - Paciente es colaborador en su tratamiento.
 - Paciente manifestará sentir se cómodo y tranquilo.

E.- Guía de intervención de enfermería en pacientes politraumatizado

E.1.- Aspectos Generales

El politraumatismo es considerado como múltiples traumatismos es decir heridas o lesiones intencionales o no intencionales en el cuerpo a partir de un mecanismo en el cual el cuerpo no puede proteger a si mismo. Significa la alteración multisistémica, poniendo en grave riesgo de vida. Se requiere tratamiento multidisciplinario por ser principal causa de muerte. Los Traumatismos múltiples tienen el potencial de afectar cada sistema en forma simultánea

E.2.- Población objetivo

Jóvenes, adultos y adultos mayores que hayan sufrido algún tipo de agresión física ocasionando el problema de salud que acudan al servicio de emergencias.

E.3.- Objetivo

- Brindar atención inmediata al paciente politraumatizado e identificar signos y síntomas de alarma.
- Brindar atención oportuna limitando el riesgo a daños sobre agregados.

E.4.- Persona Responsable

Enfermera.

E.5.- Diagnóstico de Enfermería

E.5.1.- Alteración de la perfusión tisular cerebral, cardio- pulmonar, gastrointestinal y periférico. r/c hipovolemia, interrupción del flujo arterial y/o venoso, deterioro del transporte de oxígeno, desequilibrio ventilación perfusión.

- **Meta**

Paciente mantendrá una adecuada perfusión tisular

- **Intervención de enfermería**

- Valorar el estado de conciencia del paciente.
- Controlar en forma estricta las funciones vitales, priorizando frecuencia cardíaca y presión arterial.
- Administrar oxígeno según prescripción
- Canalizar vía periférico con catéter intravenoso N° 16,18.
- Realizar control seriado de Glicemia.
- Monitorizar función cardíaca.
- Tome muestra y valore resultados de gases arteriales
- Colocar sonda foley, según indicación medica
- Realice control estricto de balance hídrico.

- Mantenga al paciente en control de diuresis horaria.
 - Administrar soluciones por vía endovenosa según indicación médica.
 - Mantener preparado el coche de paro y equipo para intubación.
 - Realizar coordinaciones para la tomo grafía, ecografía y rayos X
 - Mida presión intracraneal cada media hora
 - Realice movimientos en bloque
 - Colocar sonda foley para valorar diuresis
 - Realice medición y monitoreo de presión venosa central (PVC).
 - Tome muestra de sangre para control seriado hematocrito, hemoglobina y grupo.
 - Administrar transfusiones sanguíneas o hemoderivados según prescripción médica.
- **Complicaciones**
 - Isquemia cerebral.
 - Hipertensión endocraneana.
 - Hipoxemia.
 - **Intervención Interdisciplinaria**
 - Médico emergencista de turno.
 - Médico intensivista.
 - Equipo de Radiología para toma de tomografía.
 - **Grado de Dependencia**
- Grado III
- **Indicadores de Seguimiento**
 - Paciente evidencia: Glasgow de 12-14 puntos.
 - Presión arterial media (PAM): 70mmhg.
 - Sat O₂ > 95%.
 - FC: 80 -100 x min.
 - AGA dentro de valores normales. Diuresis >=30ccxH

E.5.1.-Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación perfusión, cambios en la membrana alveolo- capilar, oclusión de la vía aérea y presencia de cuerpo extraño o caída de la lengua

- **Meta**

Paciente mantendrá un adecuado intercambio gaseoso.

- **Intervención de Enfermería**

- Paciente mantendrá un adecuado intercambio gaseoso.
- Tome muestra de sangre para gasometría y valore resultados
- Mantener equipo preparado para intubación.
- Preparar al paciente para tomar Rayos de tórax.
- Monitorizar al paciente por Oximetría de Pulso.

- **Complicaciones**

- Alcalosis.
- Acidosis.
- Hipoxemia.
- Insuficiencia respiratoria aguda.

- **Intervención Interdisciplinaria**

- Médico emergencista, anestesiólogo.
- Coordinación con personal de radiología y laboratorio.

- **Grado de Dependencia**

Grado II

- **Indicadores de Seguimiento**

- Se evidencia: FR: 16-18 x' PH: 7.4 +-4
- Sat O₂ > 95%
- PaO₂: 90-95 mmHg PCO₂: 35-40 mmHg
- HC0₃: 22 a 26 mEq/LT
- Sat O₂ > 95% PaO₂: 90-95 mmHg PCO₂: 35-40 mmHg
- HC0₃: 22 a 26 mEq/LT

E.5.2.-Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones presencia de vía aérea artificial (test, tubo de mayo) y presencia de cuerpos extraños en vía aérea.

- **Meta**

Paciente mantendrá vías aéreas permeables.

- **Intervención de Enfermería**

- Aspirar secreciones con sistema de circuito cerrado.
- Realizar monitorización de Oximetría de pulso.
- Valorar presencia de reflejo tusígeno /o nauseoso.
- Anotar características de las secreciones.
- Mantener una adecuada hidratación del paciente evitando excesos.
- Mantener al paciente en posición semifowler.
- Mantener preparado el equipo para realizar posible intubación.
- Valorar lesiones y fracturas músculo -Tome muestra de sangre para valoración de gasometría

- **Complicaciones**

- Neumonía aspirativa.
- Paro respiratorio.
- Insuficiencia respiratorio aguda.

- **Intervención Interdisciplinaria**

- Médico emergencista, anestesiólogo.
- Coordinación con personal de radiología

- **Grado de Dependencia**

Grado III

- **Indicadores de Seguimiento**

- Paciente evidenciará: FR: 16-18 x"
- Ausencia de ruidos adventicios.
- SatO₂, 95mmHg
- P_{O₂}: 95%
- Ausencia de cianosis distal.

- Llenado capilar menos de 2".
- Presencia de reflejo tusígeno.

E.5.3. Patrón respiratorio ineficaz r/c ansiedad, deterioro del estado de conciencia, deformidad de pared torácica (costillas fracturadas).

- **Meta**

Paciente mantendrá un adecuado patrón respiratorio.

- **Intervención de Enfermería**

- Valorar patrón respiratorio.
- Mantener vía aérea permeable.
- Tomar muestra de sangre para AGA, Hto. Hb.
- Valorar resultados de laboratorio.
- Mantener al paciente en posición semifowler.
- Aspirar secreciones a demanda.
- Efectivizar la toma de Rayos X de Tórax.
- Monitorizar pulsometría y oximetría.
- Valorar asimetría torácica para descartar hemotórax, neumotórax y tórax inestable.
- Mantener preparado el equipo para drenaje torácico
- Administre analgesia EV según prescripción médica.

- **Complicaciones**

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Alcalosis.
- Acidosis
- Hipoxemia.
- Hidroneumotorax

- **Intervención Interdisciplinaria**

- Coordinación con cirujano y cirujano cardiovascular.
- Personal de radiología.

- **Grado de Dependencia**

Grado II

- **Indicadores de Seguimiento**

- Se evidencia
- Sat O₂: 90-95% -P02: 80-100mmHg
- HCO₃: 22-26mEq/LT
- PCO₂ 35-45mmHg
- Ausencia de ruidos adventicios.
- Ausencia de cianosis.
- Llenado capilar <2".

E.5.4.- Riesgo de aspiración r/c nivel de conciencia disminuido, depresión de reflejos nauseosos y tusígenos, presencia de test, administración de terapia medicamentosa (sedantes)

- **Meta**

Paciente no evidenciará signos y síntomas de aspiración.

- **Intervención de Enfermería**

- Auscultar campos pulmonares en busca de ruidos sobre agregados.
- Colocar sonda nasogástrica de ser necesario.
- Verificar en forma permanente permeabilidad de sonda nasogástrica.
- Valorar patrón respiratorio.
- Valorar estado de conciencia.
- Evaluar presencia de reflejos tusígenos y nauseosos en el paciente
- Aspire secreciones con circuito de sistema cerrado, según técnica y protocolos.
- Valore permeabilidad de TET.
- Coordine la toma de rayos X.
- Mantenga al paciente en posición semiflower

- **Complicaciones**

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Hipoxemia.

- Neumonía aspirativa.
- Paro respiratorio.

- **Intervención Interdisciplinaria**

Coordinación con: Médico intensivista y anestesiólogo Personal de laboratorio y radiología (exámenes complementarios)

- **Grado De Dependencia**

Grado II

- **Indicadores De Seguimiento**

- Saturación de oxígeno > 95%.
- Ausencia de cianosis.
- Ausencia de ruidos sobreagregados

E.5.5. Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal r/c lesiones cerebrales y aumento de la presión intracraneal (pic) y descenso de presión de perfusión cerebral.

- **META**

Paciente mantendrá una adecuada capacidad adaptativa intracraneana.

- **Intervención de Enfermería**

- Valorar estado de conciencia del paciente.
- Valorar la presión de perfusión cerebral (PIC).
- Valorar flujo sanguíneo cerebral.
- Calcule y valore (PAM) presión arterial media.
- Coordinar para la toma de tomografía (TAC).
- Valorar Glasgow
 - Realice evaluación neurológica en busca de amnesia ante y retrograda.

- **Complicaciones**

- Hipertensión endocraneana.

- Herniación cerebral.
- **Intervención Interdisciplinaria**
 - Coordinar evaluación por:
 - Neurocirujano, emergencista e intensivista de guardia.
 - Radiología (TAC) '
- **GRADO DE DEPENDENCIA**

Grado II

- **INDICADORES DE SEGUIMIENTO**
 - Paciente mantiene un:
 - PIC: 15-20 ccH₂O
 - Flujo sanguíneo cerebral de: 50 ml/100gr
 - PPC <= 70 mm/ Hg
 - Glasgow 10-14 pts

E.5.6.-Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos y defensas secundarias inadecuadas. (disminución de hemoglobina y leucopenia).

- **Meta**

Paciente no evidencia signos de infección.

- **Intervención de Enfermería**
 - Controlar signos vitales.
 - Limpiar y cure las zonas de puntos de inserción.
 - Mantener al paciente en buen estado de higiene general
 - Administrar antibióticos según prescripción médica.
 - Realizar buen mantenimiento de vía perifera utilizando medidas de bioseguridad.
 - Controlar de Hemograma y HB

- **Complicaciones**

Sepsis generalizada

- **Intervención Interdisciplinaria**

Coordinar con Médico emergencista. Laboratorio.

- **Grado de Dependencia**

Grado II

- **Indicadores de Seguimiento**

- Paciente evidenciará: PA: 120/80mmHg T: 36.5 - 37.0°C
- No signos de flebitis
- Hgma en valores normales
- Hb:12 14gr% Hto.: 30%

E.5.7.- Ansiedad R/C crisis situacional y amenaza de muerte.

- **Meta**

Paciente se mantendrá tranquilo.

- **Intervención de Enfermería**

- Valore el nivel de afrontamiento
- De ser posible, comente al paciente sobre su situación actual.
- Dar seguridad al paciente.

- **Complicaciones**

- Depresión emocional.
- Agresividad y aprensión.

- **Intervención Interdisciplinaria**

- Coordine con Psicología para apoyo terapéutico.

- **Grado de Dependencia**

Grado II

- **Indicadores de Seguimiento**

- Paciente se muestra:
- Colaborador Comunicativo

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Los datos se recolectaron de archivos de libros de ingresos de pacientes a los servicios de emergencia por el triaje y a los diferentes tópicos de atención tales como Cirugía Medicina, Traumatología Unidad de Shock Trauma. Para lo cual se usó la guía (1)

3.1. Experiencia Profesional

Trabaje desempeñando 12 años de Ejercicio Profesional, Laboré como Enfermero asistencial en las ÁREAS De Emergencia del INCN , También en Hospitalización y Emergencia de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, tiempo en el cual desempeñe mis funciones en las diversas sub áreas del servicio de Emergencia tales como UCE, UCINE, TÓPICO DE MEDICINA, TÓPICO DE CIRUGÍA, UNIDAD DE SHOCK TRAUMA entre las más importantes. Motivo por el cual decidí estudiar la Unidad de Shock Trauma en todo su entorno.

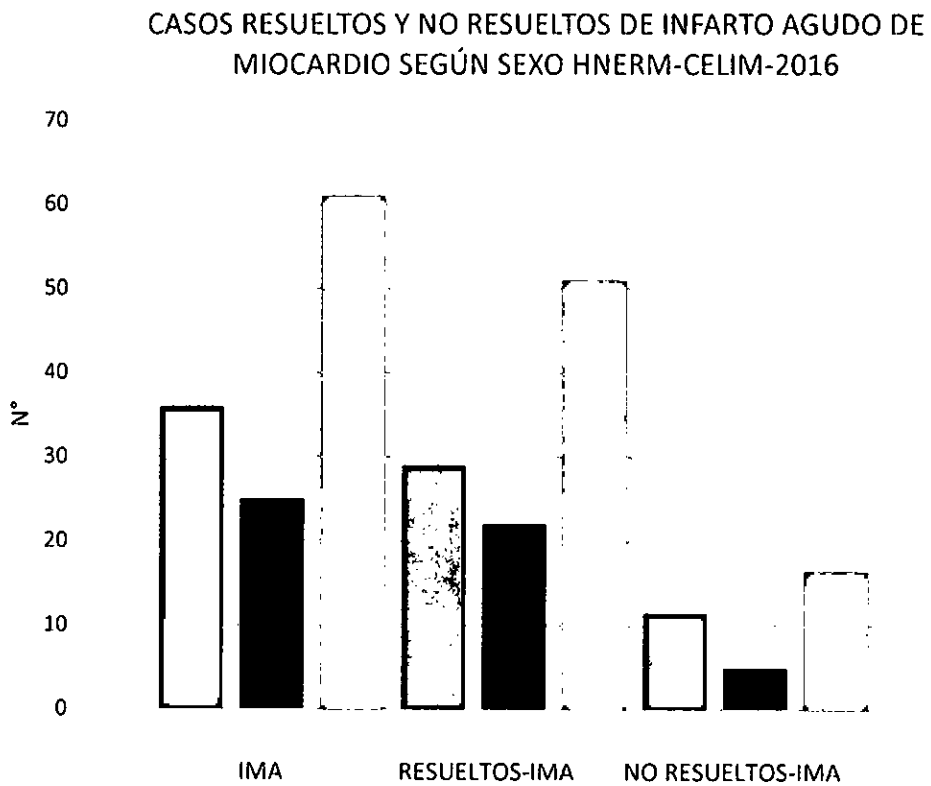
3.3.-Procesos generales realizados en el monitoreo del paciente

- A. Identificación y Valoración del problema del paciente para tomar decisiones en su Atención de acuerdo a la complejidad del problema de su salud evaluando el tipo de necesidad de acuerdo a la Teoría de Virginia Henderson aquí valoramos si la necesidad es Primaria (biológicos, psicológicos y sociales), secundaria (homeostasis, condición interna estable) o terciaria (desarrollo personal y autorrealización)
- B. Monitoreo de las Funciones Vitales del paciente para evaluar medidas y actividades oportunas. Aplicando la teoría de Virginia Henderson debemos de buscar la Condición Interna Estable del paciente para ello se valorará tanto objetiva como subjetivamente.

- C. Atención inmediata del paciente identificando problemas desde el más necesario al menos necesario tratando de englobar todo de acuerdo a prioridades y a las 14 necesidades básicas establecidas por Virginia Henderson como son: Respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar adecuadamente, moverse y mantener una buena postura, dormir y descansar,
- D. Vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene personal, detectar y evitar peligros y evitar perjudicar a otros, comunicarse con los semejantes, reaccionar según las propias creencias, ocuparse para sentirse realizado, recrearse y entretenerse, aprender en sus variadas formas.
- E. Evaluación de Resultados en el paciente luego de la Atención Recibida aquí valoramos su permanencia en la Unidad de Shock Trauma o su traslado a otra Unidad, basados en las necesidades planteadas por Virginia Henderson.
- F. Traslado de paciente cuidando su estabilidad en todo su entorno, basado en la teoría de Virginia Henderson donde se menciona realización de actividades que contribuyan a su mejoría, recuperación o muerte tranquila

IV. RESULTADOS

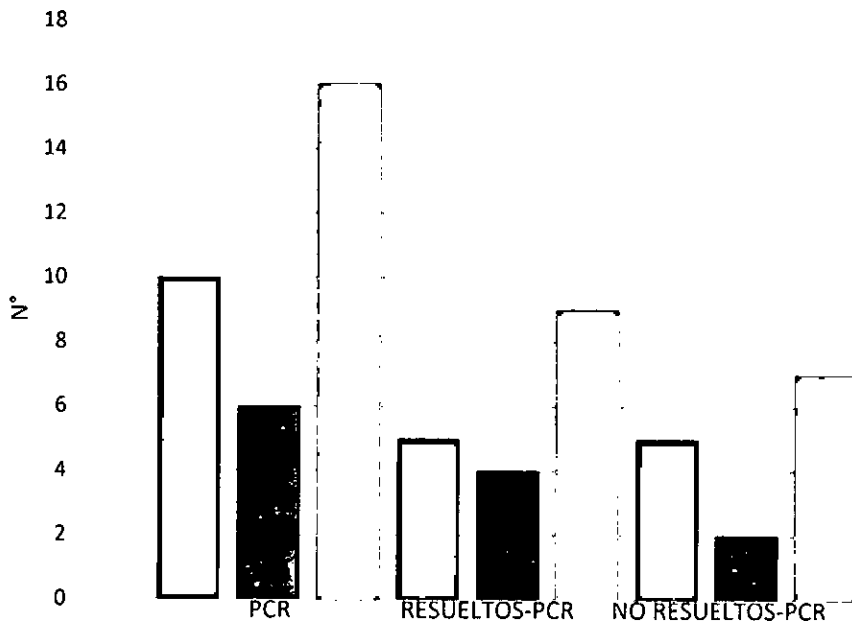
GRAFICO N° 5.1



Del total de casos atendidos con diagnóstico de Infarto de Miocardio ; un 83.6% son resueltos y un 16.4% tienen consecuencia fatal la mayoría de estos casos fatales debido a comorbilidades presentes en el paciente al momento del infarto ,esto de acuerdo a los registros de la unidad de shock trauma del hospital Edgardo Rebagliati -2016

GRAFICO N° 5.2

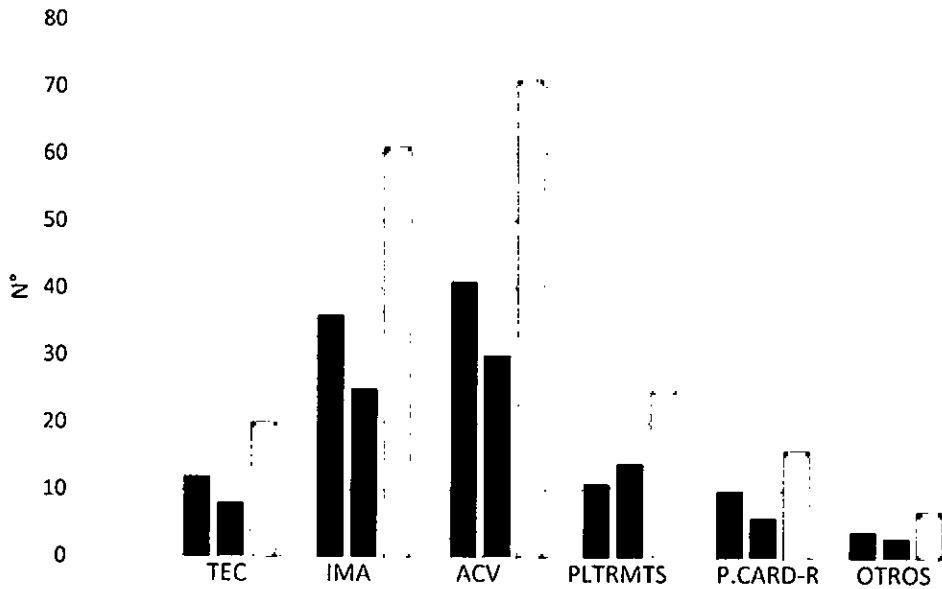
CASOS RESUELTOS Y NO RESUELTOS DE PARO CARDIO-RESPIRATORIO SEGÚN SEXO HNERM-CELIM-2016



Del total de Usuarios con paro cardio-respiratorio que ingresan a la unidad de shock trauma del Hospital Edgardo Rebagliati-Emergencia. Un 56,25 tienen consecuencia fatal y un 43,75 son casos de pacientes que logran superar dicho cuadro, lo cual demuestra que a pesar de los avances científicos y capacitaciones aún tenemos que mejorar en la atención a estos usuarios.

GRAFICO N° 5.3

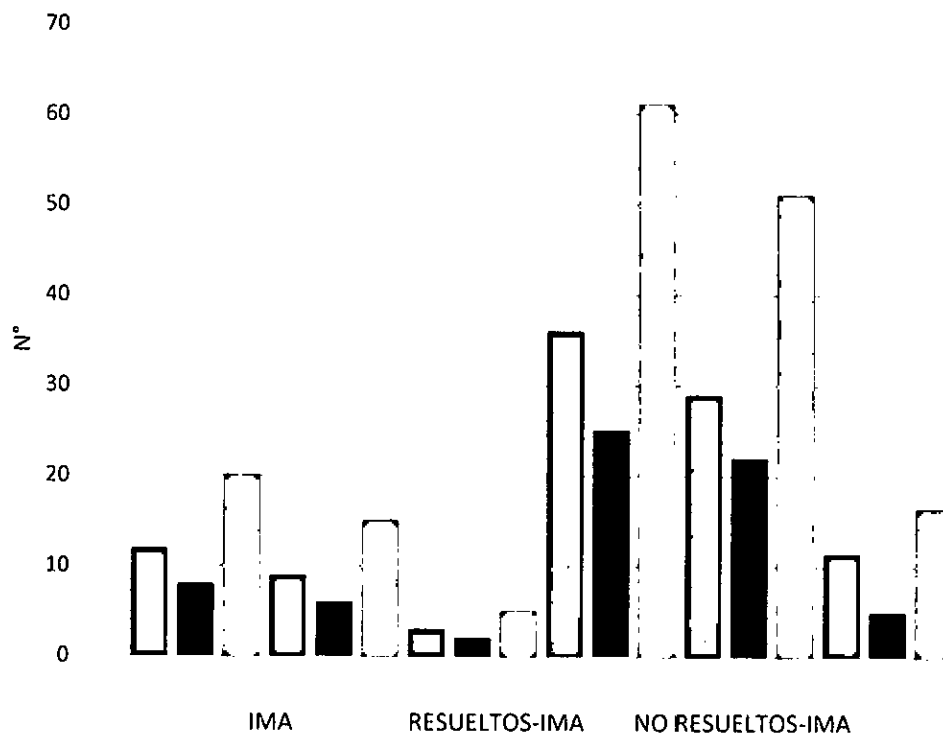
CASOS MAS FRECUENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SHOCK TRAUMA SEGÚN SEXO Y DIAGNOSTICO- HNERM-CELIM-2016



De acuerdo al siguiente gráfico podemos decir que de cada 200 pacientes atendidos en la unidad de shock trauma del Hospital Edgardo Rebagliati el 10% representa los casos de Traumatismo Encéfalo Craneano, el 30,55 los casos de Accidente Cerebro Vascular el 35,5 %, el 12,5% representa a los Politraumatizados y un porcentaje más bajo los Paro Cardiorespiratorio en un 8% ; siendo estas cinco causas las más frecuentes en presentarse en la unidad de Shock Trauma del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati-2016-CELIM 2016

GRAFICO N° 5.4

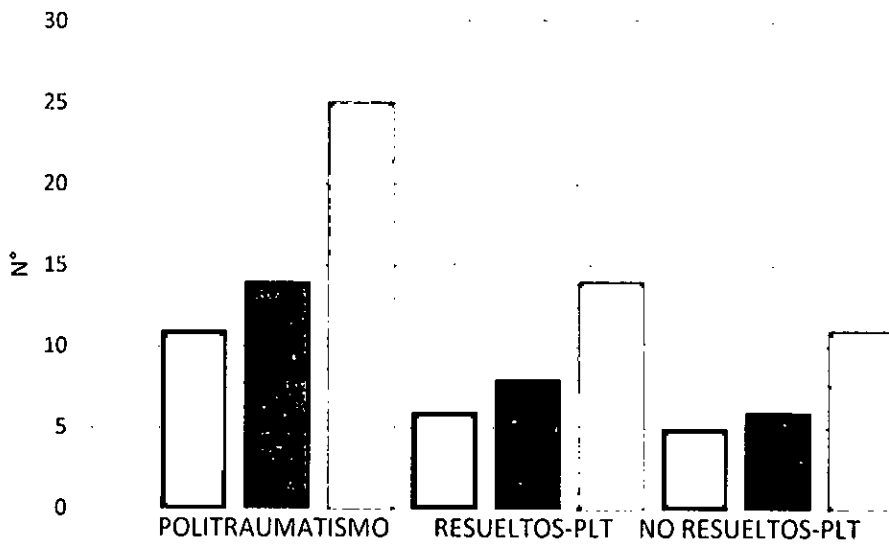
CASOS RESUELTOS Y NO RESUELTOS DE TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO SEGÚN SEXO HNERM-CELM-2016



Del total de casos atendidos con diagnóstico de TEC en la unidad de Shock Trauma del Hospital Rebagliati el 60% son hombres y el 40% mujeres. Por otro lado un 25 % de casos no son resueltos lo cual demuestra que de cada 4 usuarios atendidos 1 fallece.

GRAFICO Nº 5.5

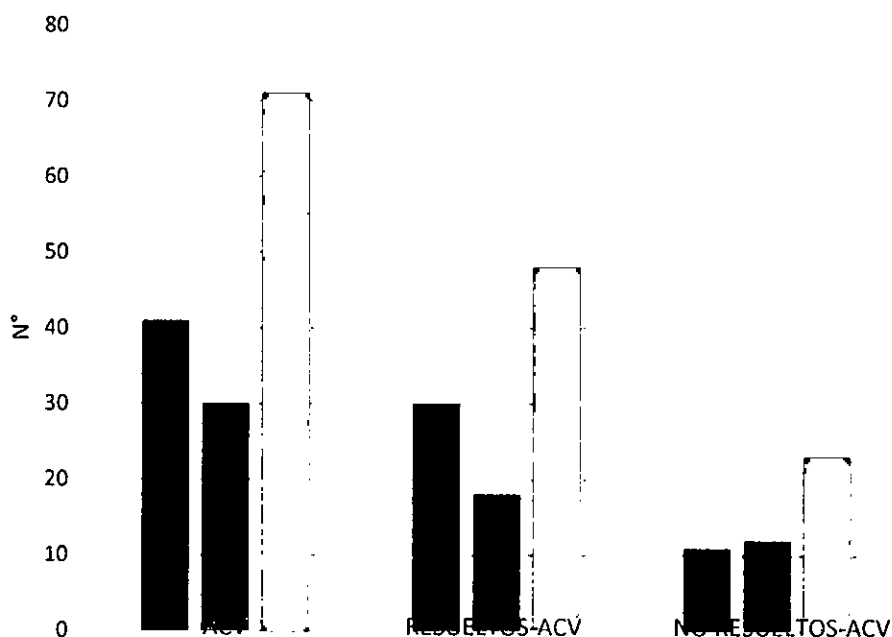
CASOS RESUELTOS Y NO RESUELTOS DE
POLITRAUMATISMO SEGÚN SEXO HNERM-CELIM-
2016



Del total de pacientes atendidos con politraumatismo un 44% son casos no resueltos y un 56% son casos resueltos teniendo la mayor incidencia en el género femenino-CELIM 2016

GRÁFICO N° 5.6

CASOS RESUELTOS Y NO RESUELTOS DE ACCIDENTES CEREBRO VASCULAR SEGUN SEXO HNERM-CELIM-2016



Del total de casos de Accidente Cerebro Vascular que acuden al hospital Edgardo Rebagliati un 68 % se logran recuperar y un 32% son casos irrecuperables lo cual demuestra la falta de capacitación en el manejo de pacientes con esta patología –CELIM 2016

V. CONCLUSIONES

- A. Tomando en cuenta que el Enfermero es la persona que permanece las 24 horas del día brindando atención directa al paciente debe tener conocimientos científicos ,técnicos y humanos sólidos para que la atención sea de calidad siguiendo un proceso ordenado y sistemático formulando objetivos ejecutando acciones y evaluando resultados ya sea positivos o negativos durante el proceso de hospitalización.

- B. El presente trabajo servirá para ayudar a consolidar la atención adecuada al usuario que acude a la Unidad de Shock Trauma del Hospital Edgardo Rebagliati considerando el enfoque de atención basado en modelos y teorías de enfermería.

VI. RECOMENDACIONES

Partiendo de las Observaciones y análisis realizados en la presente investigación se puede establecer las siguientes recomendaciones:

- A. Es importante recomendar a los profesionales de enfermería actualizar sus conocimientos en relación a la definición diagnóstico tratamiento y procedimientos correspondientes a los cuidados de enfermería de los pacientes que acuden con diversas patologías a la unidad de Shock Trauma.

- B. Mantener a las enfermeros bien informados guiados por protocolos de atención específicos en pacientes con diversas patologías que acuden a la Unidad de Shock Trauma ya que el mismo puede influir positivamente en el pronóstico y disminuir el riesgo de presentar secuelas físicas y psicológicas.

- C. De acuerdo a los cuidados directos que se están realizando por parte del profesional de enfermería se encuentra un déficit en la valoración de estos pacientes siendo importante recomendar que no sean omitidas bajo ninguna circunstancia ya que los parámetros constituyen el principal método para valorar el estado general del paciente ayudando a determinar el nivel de evolución que presenta el mismo.

VII. REFERENCIALES

- ALTED LÓPEZ E, BERMEJO AZNAREZ S, CHICO FERNÁNDEZ M. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Revista Medicina Intensiva. Febrero 2009.
- GARIBI J, AGINAGA JR, ARRESE-IGOR A, BARBERO E, CAPAPÉ S, CARBAYO G, Guía de práctica clínica sobre el manejo del traumatismo craneoencefálico en el ámbito extra e intrahospitalario Febrero 2007.
- SAHUQUILLO J, POCA. XV Simposium Internacional de neuromonitorización y tratamiento del paciente neurocrítico. 2012.
- M, BÁGUENA M, PANZARDO H, MIRA JM, GARNACHO A, LOBATO RD. Medidas de primer nivel en el tratamiento de la hipertensión intracraneal en el paciente con un traumatismo craneoencefálico grave. Propuesta y justificación de un protocolo. Revista Neurocirugía. 2002
- IBÁÑEZ GABARRÓN AM, ROJO ATENZA E, NUÑEZ GARCÍA O, NÚÑEZ GARCÍA EM. Importancia de la metodología Enfermera en la mejora de la calidad de los cuidados en el paciente con traumatismo craneo-encefálico grave.[Internet] Revista Científica Recién Noviembre. 2013.

-

ANEXOS

**GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO
(GUÍA N° 01)**

I.- DATOS GENERALES

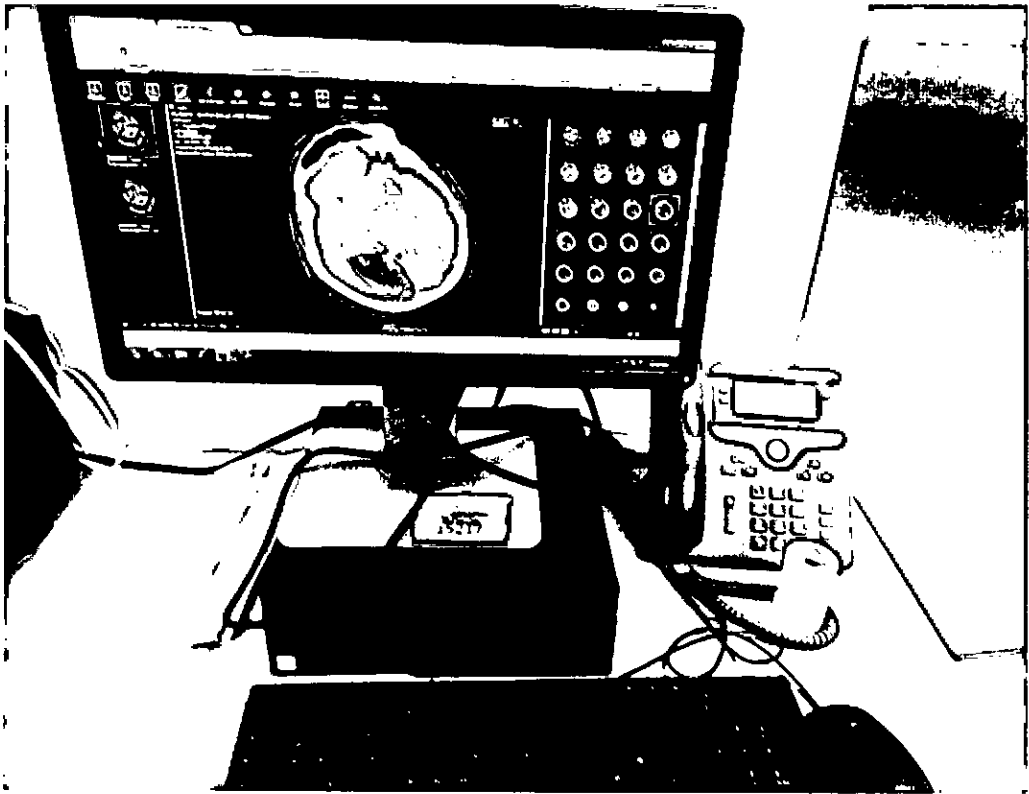
- 1.1 SEXO
- 1.2 EDAD
- 1.3 PROCEDENCIA
- 1.4 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

II.-DATOS ESPECÍFICOS

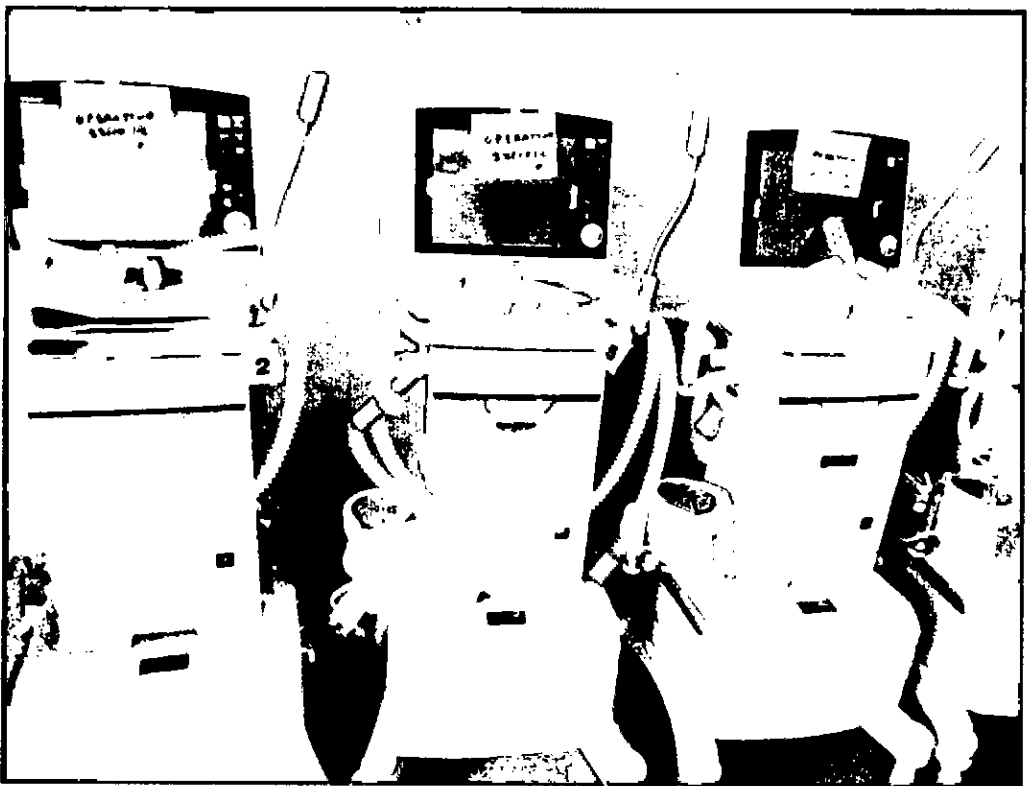
- 2.1. DIAGNOSTICO MEDICO
- 2.2 . TIEMPO DE PERMANENCIA
- 2.3. TIPO DE MONITOREO
 - 2.3.1. HEMODINÁMICO
 - 2.3.2. RESPIRATORIO
 - 2.3.3. NEUROLÓGICO
 - 2.2.4. CARDIOLÓGICO

III. RESULTADOS

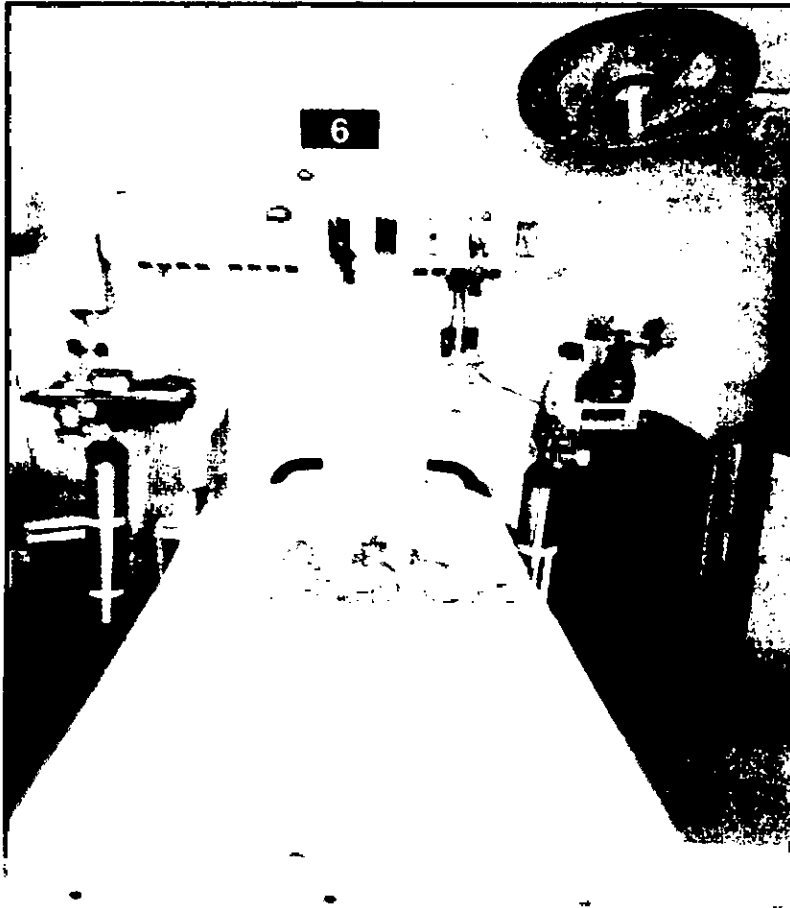
- 3.1 CASOS RESUELTOS
- 3.2. CASOS NO RESUELTOS



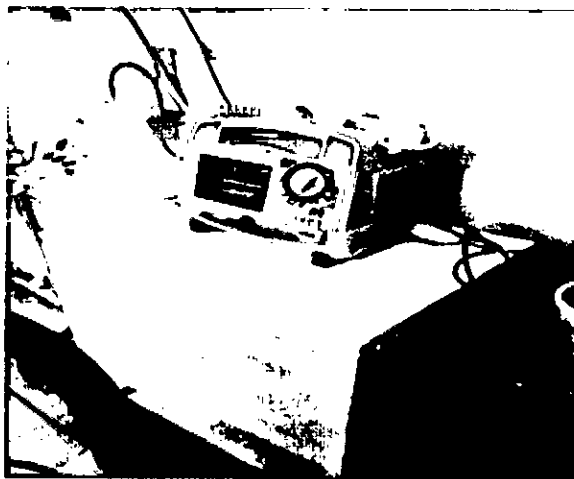
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO



VENTILADORES MECÁNICOS

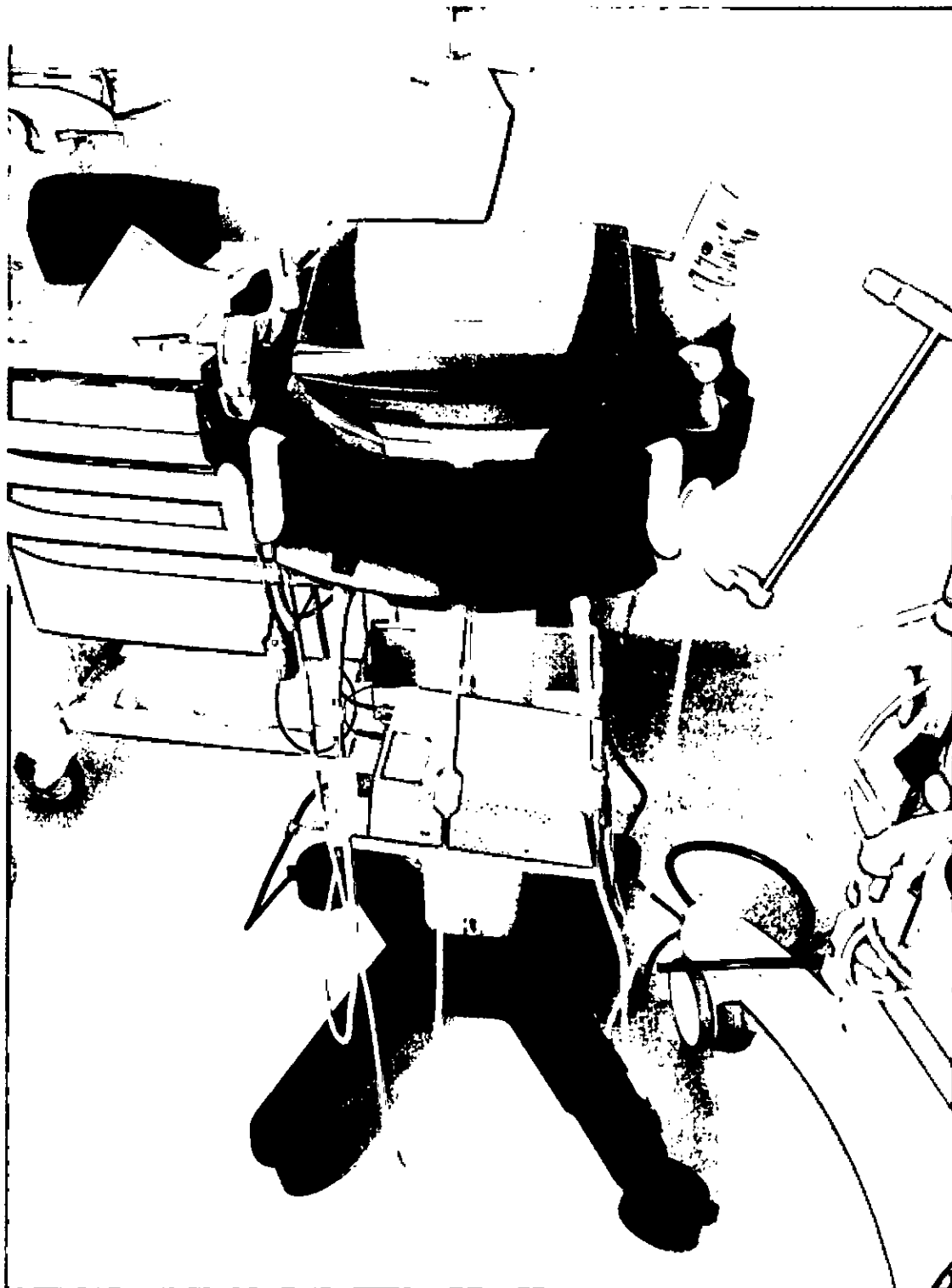


UNIDAD DEL PACIENTE

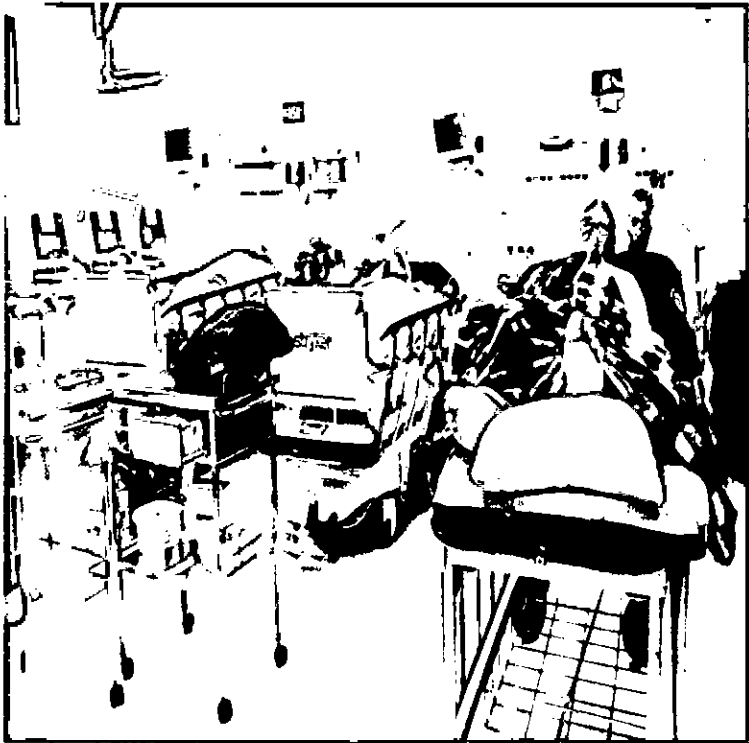


DEFIBRILADOR CARDIACO

ECÓGRAFO PORTÁTIL



ATENCIÓN INMEDIATA AL USUARIO



MONITORES DEL PACIENTE

}

