

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



**PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL
MANEJO INICIAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL CENTRO SALUD SANTA ROSA DE AYMARAE –
APURÍMAC, 2021**

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

LIZ ARANDIA VALDIVIA

**Callao - 2021
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 41-2020

Fecha de Aprobación de Trabajo Académico: 11 de Noviembre del 2021

Resolución de Consejo de Facultad N° 602-2021-CF/FCS, de fecha 05 de noviembre del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

EL PRESENTE TRABAJO DEDICO A DIOS POR SU PROTECCION, BRINDARME SALUD Y PERMITIRME CONTINUAR CON MI SUPERACION A MIS QUERIDOS HIJOS ALVARO Y GUSTAVO, QUE SON MI ORGULLO Y MOTIVACION, A MI ESPOSO POR BRINDARME SU APOYO INCONDICIONAL.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida, brindarme salud permitirme continuar con mi formación profesional.

A mi madre, por el deseo de superación y amor incondicional

A mis estimados docentes, por brindarnos sus conocimientos

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por la formación académica de especialistas que nos brindó.

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPÍTULO I : DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA | 4 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEORICO | 8 |
| 2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO..... | 8 |
| 2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES..... | 8 |
| 2.1.2 ANTECEDENTES NACIONAL..... | 12 |
| 2.2 BASE TEORICA | 14 |
| 2.3. BASE CONCEPTUAL..... | 19 |
| CAPÍTULO III: DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE INTERVENCION EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA. | 30 |
| 3.1. JUSTIFICACIÓN..... | 30 |
| 3.2. OBJETIVOS..... | 33 |
| 3.2.1. OBJETIVO GENERAL..... | 33 |
| 3.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS | 33 |
| 3.3. META..... | 33 |
| 4. PROGRAMA DE ACTIVIDADES | 34 |
| 5. RECURSOS | 37 |
| 5.1 INSTRUMENTOS DE ELABORACIÓN..... | 37 |
| 5.2 RECURSOS HUMANOS..... | 37 |
| 6. EJECUCIÓN..... | 37 |
| 7. EVALUACIÓN | 38 |
| CONCLUSIONES..... | 39 |
| RECOMENDACIONES | 40 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 41 |
| ANEXOS..... | 44 |

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería deben estar preparados y tener un amplio conocimiento, y mantenerse al día con lo actualizado y la modernidad, sobre la evaluación y la atención inicial del paciente politraumatizado, del mismo modo manejar destrezas y habilidades para dominar y saber cómo abordar al paciente y qué medidas tomar para conservar la vida y evitar lesiones mortales, en esta clase de pacientes. Hoy en día el trauma se ubica entre las primeras causas de mortalidad, el cuidado del paciente politraumatizado, teniendo las causas más frecuentes los accidentes de tránsito, y los accidentes domésticos y /o laborales, tales desenlaces incrementan el deceso del paciente en la gran mayoría de casos y en otros dejan secuelas incurables.

El presente trabajo académico muestra la problemática real en el Centro Salud Santa Rosa sobre la valoración inicial de Enfermería a los pacientes politraumatizados se debe muchas veces a circunstancias de desactualización y no capacitaciones permanentes del personal de enfermería en el servicio de emergencia, no tener estudios de especialidad en el área. El cual realza la poca destreza y habilidad para asistir al paciente politraumatizado, la carencia de guías y /o protocolos que unifican y unifiquen la atención a los pacientes que ingresan al servicio de emergencia, también influyen los aspectos Psicológicos como los horarios de trabajos continuos, situaciones de estrés laboral, temor o miedo a situaciones con desenlaces fatales. Dentro de las metas del trabajo académico, está un plan de intervención para el profesional de enfermería del Centro Salud Santa Rosa relacionado a la valoración inicial del paciente politraumatizado que nos permita tener los instrumentos necesarios para poder asistir con calidad y brindar una atención humanizada de manera eficaz y protocolizada, realizando una valoración inicial completa y especializada y de esta manera evitar riesgos que pongan en peligro la vida del paciente, primordial para la supervivencia y disminución de secuelas. Para ello el profesional de enfermería debe estar capacitado y ser competente que permita cumplir con los estándares de valoración inicial del paciente y mantener un compromiso con la excelencia profesional porque el

profesional de enfermería siempre debe ser y seguirá siendo parte importante del equipo multidisciplinario.

La elaboración de esta experiencia profesional esta dirigido a la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Centro Salud Santa Rosa-Aymaraes 2021, con la finalidad de brindar una atención oportuna y de calidad a estos pacientes, el cual continúe justificación, objetivos, , ejecución y evaluación; ya que mi experiencia de 8 años trabajando como enfermera asistencial en el servicio de emergencia de dicho hospital me ha dado la oportunidad de aplicar mis conocimientos y reflejarlos en la atención que requieren, ya que llegan pacientes locales y de referencia de 22 establecimientos de nuestra jurisdicción.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El politraumatismo es considerado un problema de salud pública. La mortalidad ha sido tradicionalmente el principal indicador de la magnitud de un problema de salud pública, pero es importante destacar que, por cada muerte, hay miles de sobrevivientes que quedan con secuelas físicas y emocionales. El trauma no solamente afecta a la víctima sino también a sus familias, comunidades y a la sociedad en general. Los costos generados por el trauma pueden llegar a ser enormes y se miden en la estimación de los años de vida perdidos (AVPP) y los años de vida ajustados por discapacidad (1). Y Según el informe de la organización mundial de la salud (OMS) describe respecto a la seguridad mundial del 2018, el politraumatismo continua siendo la causa principal de la morbimortalidad en la población menor de 40 años y que es la sexta causa de mortalidad a nivel mundial y cada año fallecen cerca de 5.8 millones de personas por esta causa, de las cuales 1.35 millones de personas en las carreteras del mundo entre 20 y 50 millones adolecen traumatismos no mortales también se estimó que las muertes por trauma incrementaron drásticamente para el año 2020 (2). También se refiere a los politraumatismos como una epidemia desatendida en los países sub desarrollados, que provocan más de 5 millones de muerte al año, un numero aproximadamente igual a las ocasionada por el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis combinado, también se evalúa que los traumatismos constituían más del 15% de los problemas de salud en el mundo en 1990, y se prevé que para el 2020 la cifra ha incrementado en un 20%.(1)

En la Universidad Autónoma de Barcelona se efectuó un análisis realizado en dos hospitales donde se evidenciaron los registros desde marzo del 2006 hasta agosto del 2014 se registraron politraumatizados. La mayoría fueron hombres (75%), con una mediana de edad de 45 años y el mecanismo de acción más frecuente fue cerrado (94% casos). La mortalidad global del 9,8% (117 casos), principal causa de fallecimiento, la muerte neurológica (45,3%) seguida de la muerte por shock hipovolémico (29,1%). En 17 casos (14,5%) la mortalidad fue considerado como inevitable o potencialmente evitable un total de 327 pacientes (27,3%) precisaron

de tratamiento quirúrgico urgente y 106 pacientes (8,8%) precisaron tratamiento mediante radiología intervencionista de carácter urgente .el 18.5% de los pacientes 222 presentaron alguna lesión inadvertida , con un total de 318 lesiones inadvertidas. (3)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), revela que los pacientes politraumatismos severos presentan una tasa alta de mortalidad en la población adulta de menos de 40 años, que son la población económicamente activa; ocasionados mayoritariamente por los accidentes de tránsito en las personas en promedio de 20 años, y por caídas y atropellos en las personas ancianas de más de 80 años; asimismo, las estadísticas de la mortalidad en los politraumatizados se dan por muertes precoces en menos de 60 minutos y tardías entre las 24 a 48 horas; entre 50 a 70% ocurren en el extra hospitalario, por lesión del Sistema Nervioso Central (SNC) en un 20 a 70%, por hemorragias 10 a 25%, sepsis 3 a 17% y fallo multiorgánico 1 a 9%. (4)

Otras investigaciones realizadas por la universidad Cubana en el 2014 también demuestra , los politraumatismos con mayor letalidad son los originados por los accidentes de tránsito con el 91.2% con relación a su población, y otras traumatismos ocasionadas por arma blanca tuvieron menor representatividad con 38.7%.(5)

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), reportó que la tasa de mortalidad anual por politraumatismos en nuestro país es preocupante , ya que se ubica en un nefasto tercer lugar con un 10%, revelando 97,870 casos (100%), siendo ocasionados por los accidentes de tránsito con 40,144 casos (41%), por atropellos 22,503 casos (23%), por choques con 6,849 (7%), imprudencia peatonal con 8,806 (9%), y por la violencia familiar o robos con brutalidad con 19,568 (20%); lo que se revela en la población de las edades comprendidas entre los 16 a 45 años; es decir, la población económicamente activa, ve inacabado su existencia debido a este terrible mal debido a los accidentes y la violencia . (6)

En el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señaló que la prevalencia de la mortalidad por traumatismos múltiples es la primera causa en personas menores de 40 años de edad; donde la principal causa de mortalidad esta ocasionada por accidentes de tránsito en un 50%, seguida de caídas de sitios o lugares altos 25%, heridas de bala 20%, por arma blanca y accidentes por

aplastamiento 5%; esto acontece en cuestión de segundos o minutos, debido a la presencia de laceraciones cerebrales de medula espinal alta o tronco cerebral, lesiones cardiacas.(7). También el INEI en el 2018 manifiesta que ocurrió 3244 fallecidos y 61512 lesionados por accidente de tránsito a nivel nacional, y para el primer trimestre del 2019 se produjeron 14531 lesionados (6). Según la acta medica del Perú del 2011, y según cifras oficiales en el año 2010 hubieron 2852 muertos y 49716 lesionados que fueron el saldo de los 83mil 753 accidentes registrados en todo el país y esto representa cerca del 1,5 % del PBI.(8)

La carga de enfermedad por lesiones ocasionadas en accidentes de tránsito en el Perú representa entre 30% y 86% del total de admisiones en los establecimientos de salud, donde se estimó para el 2020, ocuparían el tercer lugar en la lista de causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad. (9). Según estudios del perfil epidemiológico del hospital regional docente de Trujillo entre 2017-2018 se concluye que las lesiones producidas por accidentes de tránsito afecto a varones de 20 a 39 años donde 8.93% se hospitalizaron con una letalidad de 2.56%.(10)

En la región sierra, destacan las regiones Huancavelica, Ayacucho, Junín y Apurímac con mayor porcentaje de lesionados por accidentes de tránsito (9).

En Apurímac la demanda de atención de pacientes por traumas del año 2014 fue de 1780 atenciones; incrementando sus prestaciones a los pacientes politraumatizados en emergencia para el 2015 en 3097 atenciones, y para el año 2016 se eleva a un total de 3178 atenciones donde la edad que más traumas sufrió 20 a 49 años. Los politraumatismos son ocasionados generalmente por accidentes de tránsito, según el boletín epidemiológico del 2018, se reporta 287 casos con una ligera disminución del año anterior.(11)

El Centro de Salud Santa rosa de nivel 1-4 está ubicado estratégicamente en el centro poblado de Santa Rosa se sitúa a 75 km de la capital de Apurímac, ciudad de Abancay por donde atraviesa la carretera panamericana asfaltada de comunicación nacional e internacional y por donde también se comunican las vías provinciales y distritales, hacia a la provincia de Antabamba seguida a la ciudad de Arequipa por lo que suceden accidente vehiculares en mayor proporción ocasionando lesiones y politraumatismos en sus ocupantes del mismo modo el

Centro Salud Santa Rosa acoge referencias de 22 establecimientos de salud de pacientes politraumatizados por otras causas en menor proporción como caídas (desbarrancamientos), agresiones físicas, accidentes propios del hogar que llegan al área de emergencia del centro salud Santa Rosa tales pacientes corren un alto riesgo de morir en el lugar del accidente o durante su traslado.

Por otra parte, en el centro salud Santa rosa laboramos 8 profesionales de enfermería que brindamos prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que requieren atención inmediata. Es por ello el motivo de realizar este trabajo sabiendo que la rápida acción de un equipo multidisciplinario para la identificación precoz de un paciente poli traumatizado grave ,y su atención y tratamiento pre hospitalaria adecuado así como el transporte y/o referencia hacia un establecimiento de mayor complejidad , para de esta manera preservar la vida y reducir posibles secuelas .por ende la función de enfermería es fundamental, en el servicio de emergencia del centro salud Santa Rosa frente al paciente politraumatizado ya que la urgencia que apremia es primordial y la acción oportuna, óptima y eficiente del profesional de enfermería en la primeras horas de atención es de vital importancia. El manejo inicial del paciente politraumatizado in situ y el pre hospitalario cobra mayor importancia para la reducción de la mortalidad por un trauma grave porque el tiempo es esencial por eso es preciso seguir un esquema ordenado, rápido, sencillo, fácil de recordar y de aplicar adaptado a nuestra realidad y nuestro medio para evitar pérdida de tiempo innecesario.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

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

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

IBUJIS GERRERO, LUISA ALEXANDRA (2017) Realizó un trabajo de investigación titulado **“evaluación inicial de la atención de enfermería al paciente politraumatizado” Ecuador** la investigación se realizó en el hospital de los valles en el área de emergencia con el personal de enfermería “.Donde establece que .El politraumatismo es estimado como la primera causa de muerte en personas menores de 45 años y la tercera después de esta edad, porque la muerte puede darse en los primeros minutos después de haber ocurrido el accidente. Donde el personal de enfermería debe realizar la valoración inicial a los pacientes politraumatizados de una manera oportuna y ágil cumpliendo estándares de manejo inicial eficiente para prevenir complicaciones. El trabajo se desarrolló en el Hospital De los Valles en el área de emergencias con el personal de enfermería, con la finalidad de caracterizar la evaluación inicial de los pacientes politraumatizados. El objetivo de este trabajo fue evaluar el conocimiento que posee el personal de Enfermería con relación a la atención inicial de pacientes con politraumatismos. La metodología tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, no experimental y de campo en donde se encuestó a 25 personas del personal de enfermería un 80 % mujeres. Las conclusiones de la investigación son que el personal de enfermería conoce los colores del Triage, pero desconoce la prioridad y la secuencia en las acciones a seguir al momento de atender a un paciente con politraumatismo lo que conlleva a un mal cuidado. Se planteó un plan de atención con la taxonomía NANDA para capacitar de manera continua al personal y así mejorar sus conocimientos sobre el manejo de los pacientes con politraumatismo, de esta manera podemos evitar las complicaciones que se pueden ocasionar producto de una mala intervención o manejo por parte

del personal de enfermería, y pueden ocasionar traumas graves que pueden causar la muerte.(12)

este estudio nos permite explicar la importancia de los conocimientos en el manejo inicial del paciente politraumatizado y las acciones a seguir, en lo que respecta a prioridades y secuencia se plantea capacitar al personal de forma continua para una atención integral al paciente politraumatizado según las clasificaciones NANDA, el cual podría ser utilizado en el Centro Salud Santa Rosa como parte del fortalecimiento continuo de capacidades de atención del personal de Enfermería que trabaja en el servicio de emergencia.

SAN JUAN BALTAR ANTONIO (2019), según su investigación realizada **“evaluación de los conocimientos de enfermería ante el manejo inicial, movilización e inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias del complejo hospitalario universitario de a Coruña España”**. España presenta los politraumatismos como la tercera causa de mortalidad tras el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Los hospitales del Servicio Galego de Saúde, se ven con la imperiosa necesidad de contar con un protocolo de atención al paciente politraumatizado, el profesional de enfermería cumple un rol muy importante junto con el medico porque son los primeros en asistir a los pacientes politraumatismos, desde que entran en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. El proyecto de investigación tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de los enfermeros y enfermeras del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de A Coruña (CHUAC) para el manejo de estos pacientes, especialmente referido a la evaluación inicial, así como sobre movilización e inmovilización. El estudio también permitió confrontar los distintos planes de estudio de las Universidades gallegas referentes a esta materia, así como su aplicabilidad por los profesionales enfermeros. Donde se usó una metodología de estudio descriptivo transversal. Donde se ha obtenido los resultados mediante un cuestionario ad hoc previamente validado, con preguntas sociodemográficas, laborales y de conocimiento acerca del abordaje ante el paciente politraumatizado que se pasó a una muestra representativa ajustada a las pérdidas de 72 enfermeros del Servicio de Urgencias del CHUAC. La encuesta fue validada por 15 profesionales mediante un formulario de validación de pertinencia y adecuación. Se ejecutó un análisis descriptivo de los

datos, las variables cuantitativas o categóricas y se representarán con su frecuencia, porcentaje y la estimación del intervalo de confianza al 95%. Donde se describió las variables cuantitativas con su valor media \pm desviación típica, mediana y rango. Aplicabilidad y se obtuvo un resultado que demostró que los enfermeros y enfermeras tuvieron una formación con posibles carencias y el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de A Coruña pretende paliarlas con una mejor instrucción con la finalidad de mejorar la calidad asistencial hacia los pacientes politraumatizados. (13)

La investigación también nos permitirá confrontar nuestro trabajo que va relacionado a esta materia, así como su aplicabilidad en la atención inicial del paciente politraumatizado por los profesionales enfermeros del servicio de emergencia del establecimiento donde laboro.

MARA VERÓNICA ÁLVAREZ¹. ALBERTO DENIS PÉREZ (CUBA 2020). En su trabajo de investigación **“Factor tiempo en la atención inicial del paciente politraumatizado”** presente estudio se realizó en el hospital provincial José R de Tabrane de Cuba donde su objetivo fue determinar cómo incidió el factor tiempo en la organización de las acciones para la atención de urgencia al paciente politraumatizado. y se aplicó método de estudio observacional, conformado por 183 pacientes politraumatizados, atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes del Hospital Provincial". José R. López Tabrane " de Matanzas, durante el año 2014. Las variables a considerar fueron: edad, sexo, tiempo en que recibieron las primeras acciones, tiempo de llegada al Hospital, factores asociados que influyeron en la aparición de injuria secundaria. Se utilizó la técnica estadística de análisis de distribución de frecuencias. El resultado fue que el mayor porcentaje de los pacientes (82,6 %) acudieron 4-6 h después de sufrido el traumatismo se presentaron factores como la hipotensión, la hipoxia (66,1 y 50,2 %) respectivamente, tuvieron lesiones asociadas y fueron valoradas en la primera hora del traumatismo y se concluye que pueden ser prevenibles los traumas severos por que cobran más vida en la sociedad. Las edades productivas y el sexo masculino fueron los que más morbimortalidad presentaron. Y el que propicio mayor número

de complicaciones fueron los pacientes que llegaron después de la hora dorada.(14)

Se puede evidenciar mediante el presente estudio que la atención inicial es fundamental en la recuperación del paciente politraumatizado donde se puede prevenir oportunamente secuelas invalidantes y la muerte el cual nos permite impulsar el presente trabajo académico.

ANAYA GONZÁLEZ JORGE LUIS, ENRIQUE CABRERA, ANAYA GONZÁLEZ HIRALDO, GARCÍA RODRÍGUEZ YAHIRIS, RODRÍGUEZ ESQUIJAROSA YANARIA (2015), en su trabajo de investigación **“manejo del paciente politraumatizado en la atención primaria de salud” ecuador 2015**. Utilizo materiales y métodos de investigación cualitativa, con un diseño de estudio observacional descriptivo de carácter prospectivo y de tipo cualitativo para evaluar el manejo del paciente poli traumatizado. El universo estuvo constituido por 97 pacientes. La muestra estuvo constituida por 88 pacientes con el diagnóstico de politrauma que ejecutaron con los criterios de inclusión establecidos para unir el estudio, donde a su vez fueron asistidos en el policlínico Mario Muñoz del Municipio Boyeros, en el periodo comprendido entre el 1ro de noviembre del 2011 y el 31 de octubre del 2012 El análisis estadístico utilizó técnicas de estadística descriptiva. Se ejecutaron distribuciones de frecuencias. Como medidas de resumen se emplearon los promedios y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y los porcentajes para las cualitativas. Se midió el índice de letalidad y el índice de deficiencia. Manejo No. de pacientes % Correcto 36 ,40.9 Incorrecto Evaluación 42 47.7 Tratamiento en los resultados de la tabla 1 se muestra como fue el manejo del paciente poli traumatizado en el servicio de urgencias del policlínico Mario Muñoz, resultando más de la mitad de los pacientes con manejo incorrecto, de estos la totalidad tuvo un tratamiento inadecuado según las lesiones presentadas o el estado fisiopatológico al que estas conducen; casi la mitad de los pacientes tuvieron un error en su evaluación por omisión de lesiones o lesiones sobreañadidas que condujeron al ulterior error en la terapéutica. También se determina que las lesiones omitidas según su localización, las más frecuentes son cavitarias; en primer lugar las abdominales, seguido de las raquimedulares en su

mayoría debidas a un mal mecanismo de evaluación primaria de los pacientes, y la omisión de los estándares descritas en el ABCDE para la evaluación y resucitación del politraumatizado y se concluye que fue incorrecto el manejo pre hospitalario de los pacientes politraumatizados en la mayoría de los casos. Las lesiones ignoradas con mayor frecuencia fueron las abdominales y raquimedulares; mientras las muertes de los pacientes estudiados estuvieron relacionadas con el manejo incorrecto de los mismos en la Atención Primaria de Salud(15)

El estudio de investigación mencionado podrá ser utilizado para sustentar la propuesta del presente trabajo del plan de intervención en el fortalecimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado del Centro Salud Santa Rosa por la similitud de la problemática planteada y sus variables, el cual nos permitirá relacionar las estrategias planteadas.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONAL

QUISPE CHURAPA, MARUJA; VILCA COILA, ZENAIDA JESSICA (2017) El presente estudio titulado **“conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado con el engagement, en enfermeras del servicio de emergencia hospital regional Honorio delgado de Arequipa**, tuvo como *objetivo* determinar la relación entre el nivel de conocimiento del manejo inicial del politraumatizado con el Engagement. Estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional, la investigación se realizó en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2017 con una muestra conformada de 26 Licenciadas de Enfermería. En la variable conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado factor: vía aérea, la mayoría de las Enfermeras en estudio tienen mediano nivel (53.8%), ventilación (50.0%), circulación (50.0%) evaluación neurológica (65.4%), exposición del paciente (50.0%), y a nivel global (53,8%) la mayoría de Enfermeras muestran nivel medio en su dominio seguido del alto nivel (38,5%). Con relación a la variable Engagement en el factor vigor (42,3%), factor dedicación (61.5%), factor absorción (46,2%) y a nivel global (46,2%) la mayoría de la población mostro mediano nivel seguido del alto nivel con el 42,3% y solo el 11,5% tienen bajo nivel. Con la aplicación del estadístico no paramétrico del χ^2 : con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró elevada

significancia estadística (0.001), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado con el nivel de Engagement.(16)

El presente estudio nos permite analizar más profundamente las problemáticas planteadas en el presente trabajo y visualizar de una manera subjetiva el desempeño del Enfermero que puede estar relacionado con el mal manejo inicial del paciente politraumatizado y sus respectivas implicancias.

CASTILLO JULCAMORO DE SOTO, JUDITH ELIZABETH (2018) en su investigación **“nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y su relación con los cuidados de enfermería en el servicio de emergencia de clínica Limatambo Cajamarca”**. Tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras y enfermeros sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y su relación con los cuidados de enfermería en el servicio de Emergencia de Clínica Limatambo, la muestra estuvo conformada por 17 profesionales de enfermería que trabajan en emergencia de la mencionada clínica. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y correlacional. La técnica de recolección de datos fue a través de una encuesta y una guía de observación dirigida a cada profesional de enfermería. Donde evidencia los resultados más importantes se descubrió que el nivel de conocimiento de las enfermeras (os) sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizado es alto (88.24%) y los cuidados de enfermería es bueno (94.12%). Del mismo modo se demuestra que el nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados tiene relación con los cuidados de enfermería, mediante la prueba estadística T de Student (coeficiente de Spearman) a un nivel de significancia del 5%.(17)

OBANDO ZEGARRA, ROXANA (2018). También realizó un trabajo de investigación en la **“Intervención inicial del enfermero en el paciente politraumatizado en el servicio de emergencia hospital nacional lima, Perú”** donde el objetivo fue Determinar las intervenciones iniciales que realiza el enfermero, en el paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del

Hospital María Auxiliadora, mayo 2018. Empleo un diseño metodológico: El tipo de estudio es observacional descriptivo, corte transversal, cuantitativo, Área de estudio servicio de emergencia del Hospital Nacional María Auxiliadora. Técnica e instrumentos de recolección de datos: Se realizó la observación, y como instrumento se usará un check list que contiene las intervenciones iniciales en el paciente poli traumatizado, que consta de 5 parámetros de evaluación según el "ABCDE", que se utiliza en el servicio de Emergencia. Plan de recolección de datos: Los enfermeras y enfermeros se reclutarán en el servicio de emergencia, en horario laboral, turno diurno, 7am-7pm teniendo en cuenta el rol de turnos de cada profesional, de tal forma que cada investigador evaluará a 10 enfermeros aplicando la guía de observación en dos oportunidades por enfermero, durante aproximadamente un tiempo de 15 minutos por persona. fabulación y análisis de datos: Los datos serán recabados mediante un instrumento que está conformado por 5 parámetros hechas por preguntas en la cual el evaluador va observar y marcará con un (X) con los ítems que se aplica o no al momento de intervenir al paciente Politraumatizado en cuanto a las intervenciones iniciales, se tendrá en cuenta los principios éticos respeto beneficencia y justicia.(18)

Este estudio de investigación podrá ser utilizado para sostener la propuesta del plan de intervención, en donde se ha aplicado acciones o actuaciones de enfermería de manera oportuna sistemática y secuencial que es parte de este trabajo académico que se está aplicando en el Centro Salud Santa Rosa.

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON: MODELO CONCEPTUAL

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual donde identifica sus fuentes de influencia por la corriente de integración y está sumergido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por emplear teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (A. Maslow, E.H. Erikson y J. Piaget.). Además concluya que la función de enfermería es ayudar a la persona sana o enferma en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o asistirle en sus últimos días) actividades que llevaría a cabo por sí solo si mantendría la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

De igual manera corresponde al profesional de enfermería cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a valerse por sí solo lo más rápidamente posible. Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinario colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

Las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales, de las personas que se interrelacionan entre sí.(19)

2.2.2 MARJORY GORDON: VALORACION DE PATRONES FUNCIONALES

Creó una escala de valoración que ofrece al profesional de enfermería unas bases aplicables en cualquier campo de su desempeño laboral que le permite realizar una valoración exacta y eficaz de la persona, la familia y su entorno. Para lo cual proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud.

1. **Apreciación Manejo de la Salud:** se valora como aprecia o percibe el individuo la salud y el bienestar, respecto a su cuidado o recuperación incluyendo las prácticas terapéuticas y preventivas. Todo esto incluye los hábitos higiénicos (personales, vestido, vivienda), interés y conocimiento, existencia o no de hábitos tóxicos, existencia o no de los cambios de salud, accidentes domésticos y laborales e ingresos hospitalarios.

2. **Nutricional y Metabólico:** el consumo de alimentos y líquidos es relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes, considerando horarios de comida, preferencias y suplementos, así como problemas de ingesta; también se debe considerar las condiciones de la piel, mucosas y membranas y en la boca (caries, pérdidas dentarias, úlceras, etc.). También se debe considerar la evaluación de dificultades o problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis).

3. **Eliminación:** Tener en cuenta las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel. Específicamente, se evalúa a nivel intestinal, la regularidad, consistencia, molestias o dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías e incontinencia. En el nivel urinario se considera micciones al día,

características de la orina, problemas de micción y uso de sondas o colectores, pañales, en la piel se evalúa, la diaforesis.

4. Actividad – Ejercicio: se valora la clase, cantidad y calidad del ejercicio. Tener en cuenta la situación cardiovascular (presión arterial y frecuencia cardíaca anormales en respuesta a la actividad), tolerancia a la actividad, tipo de actividad y tiempo que le dedica.

5. Sueño y Descanso: explica la capacidad de la persona para conciliar el sueño, a lo largo de las 24 horas del día y logre descansar y relajarse.

6. Cognitivo – Perceptivo: se debe considerar el nivel de conciencia, conciencia de la realidad, adecuación de los sentidos de los órganos, compensación o prótesis, percepción del dolor y tratamiento. También se considera el lenguaje como conector para la comunicación, memoria y juicio, comprensión de ideas y toma de decisiones.

7. Auto concepto – autopercepción: valorar la percepción del estado de ánimo, las actitudes acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades físicas o afectivas, así como imagen corporal, movimiento, postura, contacto visual, conversación y patrón de voz.

8. Rol – Relaciones: se evalúa la conexión de la persona con los demás, rol que ocupan en la familia y con la sociedad, responsabilidades en su estado actual.

9. Patrón Sexualidad y Reproducción: valora la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad ajustándose a su edad (pre menopausia, post menopausia y/o climaterio).

10. Adaptación Tolerancia al Estrés: se valora las estrategias o formas de afrontamiento general de la persona y las respuestas que argumente el individuo en situaciones de estrés.

11. Valores y Creencias: se toman en cuenta los valores y creencias que dirige la persona a determinar decisiones o a elegir lo que considera correcto o apropiado, lo malo y lo bueno relativos a la salud. También incluye prioridades de su salud adaptación o no a tratamientos, vida o muerte y prácticas religiosas(20)

2.2.3 FACTORES ASOCIADOS AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Es toda característica o circunstancia del profesional de enfermería que se asocia o contribuye a brindar un cuidado adecuado. Esta designación se comprende como la existencia de elementos, acciones humanas, recursos, ambiente que encierran la capacidad de brindar cuidados oportunos y eficientes a todos los pacientes que presentan politraumatismos.

A. Factor Laboral: Se entiende como las características mismas de la función profesional y que se mantienen independientes del lugar donde se trabaja. Las Enfermeras(os) está sujeta a múltiples factores laborales, algunas de estas características hacen que no se brinde una atención adecuada a los pacientes.

En la indagación de información se ha encontrado que existen factores que sobresalen y que aparecen en la organización como los que se presentan a continuación: Pacientes en estado crítico, exceso de demanda de paciente que ocasionan en el personal estrés, agotamiento, tensión, ansiedad, y esto puede ocasionar a consumir energizantes, nicotina que puede ocasionar perjuicio en la salud del personal, esto con el propósito de lograr atender la sobre exigencia de trabajo. Todo esto desde el punto de vista laboral se observa que estas atenciones pueden producir que no tenga un pensamiento crítico, un juicio clínico inadecuado, por tal razón se pueden cometer errores, y estas a su vez ocasionar accidentes laborales, malas relaciones en el personal e incremento del ausentismo.

La sobredemanda del paciente en los servicios de emergencia, puede ocasionar serios problemas con en la atención adecuada y personalizada, sin dejar de lado el sector público muchas veces existe ausencia o falta de profesionales y el tipo de atención a pacientes que se encuentran en estado crítico, esto puede ocasionar perjuicios a la salud del personal a largo plazo, por el estrés excesivo que muestra en estas áreas.

La salud es un derecho fundamental de las personas, como también del personal de enfermería, por eso tiene un valor indispensable, para mantener el equilibrio de sus actividades, el cual demuestra en sus acciones, actitudes y comportamiento, que no debería interferir en los cuidados que ellas brindan a sus pacientes.

B. Factor cognitivo: Menciona las características que permite que el profesional de enfermería cuente con mayor conocimiento acerca del cuidado de enfermería en pacientes con múltiples traumas, y que es una herramienta para que el personal pueda encontrar respuestas de la realidad lo que le valdrá de base para ofrecer solución a los tantos problemas que se puedan presentar específicamente en el área de emergencia, afirmando de esta manera la atención integral para satisfacer los requerimientos del individuo como ser integral u holístico. Se deben aplicar las guías de procedimientos donde está la expresión escrita del conocimiento científico para garantizar un cuidado adecuado.

El enfermero integra la unidad del cuidado por lo Enfermería es una disciplina que cuenta con conocimientos empíricos y científicos, consistentes en conceptos paradigmáticos, basado en el método científico, y le brinda ciencia a la profesión. El personal de enfermería enfrenta muchas situaciones de diversas complejidades que conllevan al profesional a desarrollar un juicio clínico, que le permite cumplir las necesidades que requiere cada persona para el cuidado correspondiente. Por eso el enfermero(a) se encuentra en la capacidad de resolver situaciones de gran complejidad, basada en el pensamiento crítico, identificando los requerimientos de los pacientes, aceptando sus necesidades para realizar la planificación del cuidado y ejecutarlo de la manera más apropiada que permitirá un trabajo en equipo y multidisciplinario con una mejora continua. (21)

Para la enfermera que brinda cuidado en la unidad de emergencia, debe tener la característica de estar capacitada y actualizándose con frecuencia. La experticia del profesional de enfermería que labora en esta unidad crítica, se basa en determinados criterios de evaluación, como las habilidades, lo que le permiten a la enfermera demostrar que es competente para desarrollar las actividades que implican ocupar dicho cargo. Por lo que la profesional debe contar con un perfil especial ya que requiere de una exigencia por el tipo de trabajo que debe ejecutar. El éxito del cuidado del paciente en estado crítico se basa en conocimientos científicos y cuidado humanizado, siendo la misma el objetivo primordial de la enfermera. Por ello, se determina que los profesionales de enfermería logran brindar cuidados adecuados para la atención del paciente, destacando sus

habilidades, capacitándose constantemente y la experiencia ganada que le ofrecen los años de trabajo en el área.(22)

2.3. BASE CONCEPTUAL

A.-POLITRAUMATIZADO

Se define politraumatizado como aquel individuo que presenta dos o más lesiones traumáticas graves en un mismo accidente ya sean periféricas o viscerales, que conllevan una repercusión respiratoria, circulatoria y / o neurológica que pone en riesgo la vida.

A.1.TIPOS DE POLITRAUMATISMO

De acuerdo a su gravedad los politraumatismos se clasifican:

- Leves. - paciente cuyas lesiones solo son superficiales superficiales como contusiones sin heridas ni fracturas; politraumatismos y que no ponen en riesgo su vida.
- Moderados. - paciente con lesiones que produzcan alguna incapacidad funcional mínima y politraumatismos y deben ser tratadas dentro de las 24 - 48 horas.
- Graves. -donde el paciente tiene un compromiso hemodinámico, un aumento o disminución de la frecuencia respiratoria (taquipnea o bradipnea), pérdida de la conciencia, dos o más fracturas (huesos largos), o heridas penetrantes en la cabeza, cuello o tórax. Y tienen que ser tratadas inmediatamente.

A.2. CAUSAS DE UN POLITRAUMATISMO

La mayor causa de politraumatismo es ocasionado por accidentes de tránsito, relacionados a automóviles, motocicletas, bicicletas y peatones en la vía. Seguida de los accidentes en el hogar, accidentes laborales y durante una práctica deportiva, además las caídas y agresiones físicas, que también suelen ser valoradas como politraumatismos, pero en menor situación de gravedad.

También se pueden clasificar de acuerdo a los órganos comprometidos como politraumatismo craneoencefálico, de tórax, abdominal, músculo esquelético y mixtos.(23)

B. ABORDAJE INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EMERGENCIA

B.1.LA VALORACIÓN INICIAL. – La valoración inicial de paciente politraumatizado consiste en realizar una rápida evaluación y/o exploración que implica el conocimiento y puesta en práctica de una metodología sistemática de valoración y tratamiento en el servicio de urgencias, cuya exploración no debe oscilar entre uno y dos minutos con la que deberemos identificar las situaciones de amenaza vital del paciente. El desarrollo de esta valoración debe evitar que alguna lesión pase desapercibida. Con un modelo de actuación que sólo se verá modificada cuando concorra alguna situación como: peligro vital inminente para el paciente traumático, parada cardiorrespiratoria presenciada o imposibilidad de prestar asistencia en el lugar en el que se encuentra el accidentado. En estos casos se procederá a la movilización inmediata de la víctima, procurando mantener la inmovilización cervical controlando cérvico-cefálico. Una vez accedamos al accidentado, realizaremos la valoración inicial siguiendo las etapas del ABCDE descritas por primera vez en el Manual ATLS del American College of Surgeons. Evitaremos desnudar al paciente si se encuentra alteraciones evidentes de las funciones vitales también tener en cuenta condiciones climatológicas o estado del asfalto de lugar del accidente el cual se puede posponer .(24)

B.1.1. ABCDE DEL TRAUMA:

El tiempo es esencial y primordial para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones que peligran la vida del paciente cuando acude al servicio de urgencias. Es necesario seguir un esquema ordenado, sencillo, rápido, fácil de recordar y de aplicar. Este esquema ha sido publicado por el Colegio Americano de Cirujanos a través del Curso Advanced Trauma Life Support (ATLS), se conoce como Evaluación Inicial y comprende tres fases:

- I. Revisión Primaria
- II. Resucitación
- III. Revisión Secundaria

Estas tres fases solo se separan con fines didácticos, en la práctica estos procesos se realizan en forma simultánea y se repiten clínicamente, la evaluación primaria debe reiterarse con frecuencia durante el proceso de atención, con el fin de encontrar cualquier condición de desperfecto del paciente y establecer su tratamiento inmediato.

C. REVISIÓN PRIMARIA Y RESUCITACIÓN

Su objetivo es examinar de forma precisa y rápida las funciones vitales y de inmediato proceder al tratamiento de cualquier lesión que ponga en peligro la vida. Siguiendo las etapas A, B, C, D, E descritas ATLS y comprende:

A. Manejo de la Vía Aérea con control cervical.

B. Respiración y Ventilación.

C. Circulación con control de la hemorragia.

D. Daño neurológico.

E. Exposición, quitar la ropa del paciente con prevención de la hipotermia.

La secuencia A, B, C, D, E debe regirse estrictamente; sólo cuando se ha examinado y tratado completamente la secuencia A se debe seguir la secuencia B y así secuencialmente. Si durante esta secuencia ocurre una falla en uno de los pasos anteriores, el proceso deberá iniciar de nuevo. Teniendo en cuenta que los mecanismos del trauma y las características anatómicas y fisiológicas del niño son distintas a la de los adultos y necesitan una evaluación especial, las prioridades de evaluación y manejo continúan siendo las mismas. También existen cambios fisiológicos y anatómicos que modifican la atención en la mujer embarazada, pero en el adulto al igual que en el niño las prioridades son exactamente iguales. Durante la evaluación Primaria el personal de salud y las enfermeras no utiliza otro recurso diagnóstico que sus cinco sentidos: esto implica estar atento, observar, palpar, y escuchar; no emplea otros exámenes auxiliares como de imagen y laboratorio.

C.1. VÍA AÉREA CON CONTROL DE LA COLUMNA CERVICAL

La principal causa de muerte en los pacientes traumatizados es la incapacidad para proporcionar oxígeno al cerebro y demás estructuras vitales. Por esta razón la primera prioridad consiste en lograr una vía aérea permeable y segura, que permita suministrar oxígeno y asegurar que llegue a los pulmones para un adecuado intercambio gaseoso.

Todo paciente que presente un trauma múltiple es subsidiario de sufrir una lesión cervical hasta que se demuestre lo contrario. Todas las maniobras tendientes a evaluar y asegurar la vía aérea deben hacerse con protección de la columna cervical. Esta protección consiste en evitar los movimientos de flexión, extensión y rotación de la cabeza, se logra mediante el empleo de un collar cervical semi-rígido, o en su defecto, con un asistente que sujete firmemente con las manos la cabeza por los lados, evitando cualquier movimiento del cuello. Es suficiente para sospechar lesión de la columna cervical cuando el traumatismo ha ocurrido por encima de los hombros o por mecanismo de aceleración o desaceleración. La ausencia de signos neurológicos, espasmo muscular, dolor, crepitación o escalones óseos, no permite excluir lesión. La inmovilización cervical debe mantenerse hasta que las condiciones del paciente permitan hacer estudios radiológicos y evaluación por el neurocirujano.

- **DIAGNÓSTICO DE LA VÍA AÉREA**

El diagnóstico del compromiso de la vía aérea hay que tener en cuenta dos situaciones: pacientes que muestran obstrucción ya establecida, con la sintomatología correspondiente, y pacientes que presentan riesgo de desarrollarla. Debe procederse a la reparación inmediata en ambos casos.

Signos de Obstrucción de la Vía Aérea:

- Alteración de la conciencia
- Agitación.
- Retracciones intercostales y empleo de los músculos accesorios.
- Respiración ruidosa: ronquidos o estridor.

Preguntar al paciente algo sencillo, por ejemplo su nombre, permite valorar el estado de la conciencia, el esfuerzo respiratorio, la calidad de la voz y la presencia de ruidos respiratorios anormales. Cuando la vía aérea no está comprometida el paciente hablara claramente.

Pacientes con Riesgo de Obstrucción de la Vía Aérea:

- Paciente inconsciente con trauma craneoencefálico.
- Trauma cervical.
- Trauma maxilo-facial severo
- Trauma torácico
- Paciente bajo efectos de drogas o alcohol.
- Negativa para acostarse en decúbito supino.

En esta clase de pacientes el personal médico y enfermería debe estar vigilante para detectar cualquier signo que indique inminencia de compromiso de la vía aérea y proceder a su corrección inmediata. En pacientes con trauma maxilofacial y cervical, es preferible adelantarse a los signos clínicos y, el manejo inicial “preventivo” de la obstrucción de la vía aérea puede ser relativamente fácil, pero una vez establecida la obstrucción se hace extremadamente difícil.

- **MANEJO DE LA VÍA AÉREA**

En las medidas iniciales el manejo de la vía aérea sigue una secuencia bien establecida estas medidas consisten en la administración inmediata de oxígeno, la cavidad oral se explora con los dedos y mediante un aspirador, preferiblemente rígido, se limpia completamente vómitos, detritos, sangre, secreciones, y remover piezas dentales u otros cuerpos extraños que puedan obstruir la vía aérea superior.

- **Las medidas de mantenimiento:** en pacientes con compromiso de la conciencia, la lengua cae hacia atrás y obstruye el hipo faringe; en ellos es útil la elevación anterior del mentón, el levantamiento de la mandíbula desde los ángulos maxilares. O el empleo de cánulas naso u orofaríngeas. El uso de cánulas nasofaríngeas debe evitarse cuando se sospecha fractura de la lámina cribiforme (existencia de equimosis peri

orbitaria, hemorragia nasal o rinoliquia), por el riesgo de producir lesión cerebral. No se utilizan cánulas oro faríngeas en pacientes conscientes por la posibilidad de inducir vómito y bronco aspiración.

- **Vía aérea definitiva:** el establecimiento de una vía aérea definitiva consiste en colocar un tubo dentro de la tráquea, inflar el balón para prevenir la aspiración de contenido gástrico, asegurarlo debidamente y conectarlo a una fuente de oxígeno. Existen tres formas de conseguirla y la escogencia de una u otra depende de cada situación clínica particular:

- **Intubación oro traqueal:**

Es la ruta con la cual el médico se encuentra más familiarizado y la de elección en la mayoría de los pacientes. Es útil en casi todas las situaciones, pero puede ser difícil cuando existe trauma de las estructuras de la boca, del maxilar inferior o sangrado de la cavidad oral.

- **Intubación naso traqueal:**

Es una técnica útil cuando se confirma o sospecha lesión de columna cervical y en aquellos pacientes con traumatismo extenso de las estructuras de la boca y el maxilar inferior. Sin embargo, no es posible practicarla en pacientes apneicos y es peligrosa cuando existe evidencia de lesión de la lámina cribiforme.

- **Vía aérea quirúrgica:**

Cuando no ha sido posible establecer una vía aérea por los métodos anteriores, cuando existe un traumatismo facial extenso o sangrado orofaríngeo profuso, es necesario instaurar una vía aérea por métodos quirúrgicos. Inicialmente puede practicarse punción con aguja de la membrana cricotiroidea para administrar oxígeno, y posteriormente realizar cricotiroidotomía quirúrgica. La traqueostomía es un procedimiento complejo, con alta incidencia de complicaciones; por esta razón su empleo

Durante la fase inicial de manejo del paciente traumatizado ha sido abandonado.

C.2 VENTILACIÓN Y OXIGENACION

En esta etapa se valora la suficiencia respiratoria, la permeabilidad de la vía aérea no asegura el adecuado suministro de oxígeno a los tejidos. También es

necesario que exista intercambio gaseoso normal, el cual implica el adecuado funcionamiento del aparato respiratorio.

- **DIAGNÓSTICO DE LA VENTILACIÓN**

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

- **MANEJO DE LA VENTILACIÓN**

La administración de oxígeno es fundamental en todo paciente politraumatizado Se debe verificar la permeabilidad de la vía aérea y continuar el suministro de oxígeno.

C.3 CIRCULACIÓN CON CONTROL DE HEMORRAGIA

El control hemodinámico es fundamental para evitar o recuperar una situación de Shock del paciente poli traumatizado entre las causas de muerte precoz en el servicio de urgencias se destaca por esta causa, la cual puede responder al tratamiento. Debe suponerse que cualquier grado de hipotensión en un paciente traumatizado es secundario a hemorragia, hasta que se demuestre lo contrario. Asegurada la vía aérea y la ventilación, se continúa con la evaluación del control hemodinámico.

- **DIAGNÓSTICO DE LA CIRCULACIÓN**

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

1. Estado de conciencia: a medida que defiende el volumen circulante, la perfusión cerebral se compromete y el estado de conciencia se altera provocando una hipoxia cerebral en el paciente poli traumatizado manifestándose con agitación psicomotora y no atribuirlo a tóxicos.

2. Color de la piel: Una piel rosada especialmente en la cara y las extremidades, prácticamente excluye hipovolemia crítica después de un trauma.

3. Examen de las venas del cuello: la ingurgitación de las venas del cuello sugiere que el colapso circulatorio se debe a taponamiento cardíaco o a neumotórax a tensión; la hipovolemia indica unas venas vacías.

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

- **MANEJO DE LA CIRCULACIÓN**

En el manejo del paciente politraumatizado tiene dos componentes esenciales: Restitución de la volemia: se deben canalizar al menos dos venas periféricas con catéteres plásticos cortos y de grueso calibre (No. 14 ó 16 Fr). Siempre evitando canalizar las venas lesionadas y por lo general y de preferencia canalizar en las venas de los miembros superiores. En caso de tener dificultades para canalizar una vena por punción percutánea, se debe recurrir a la disección de las venas de los miembros superiores o de la safena en la región pre maleolar o inguinal. Después de canalizadas las venas, se extraen muestras para pruebas cruzadas y hemoclasificación las pruebas de embarazo en la mujeres de edad reproductiva, estudios de laboratorio clínico y toxicológico. Inicialmente se manejó el concepto según recomendaciones del curso ATLS, de colocarle a la víctima de trauma 2 litros de solución electrolítica balanceada (Lactato de Ringer o Solución Salina Normal) y se vigila la respuesta clínica: mejoría del estado de conciencia, disminución de la frecuencia y mayor amplitud del pulso, mejoría de la coloración de la piel y del gasto urinario. Si la respuesta es favorable se puede disminuir la infusión de líquidos; si es transitoria o no existe, debe continuarse la administración de líquidos. Todo esto en el paciente extremadamente grave donde el profesional está haciendo lo imposible para salvar la vida al paciente. Para los otros pacientes de trauma, está demostrado que la aplicación o no de líquidos, depende del grado de descompensación de su

estado de shock, expresado por alteración del sensorio o nivel de conciencia y principalmente por la hipotensión arterial, manifestada por la ausencia de un pulso radial palpable o de una presión arterial sistólica por debajo de 90 mmHg. Si se ha descompensado el paciente, y fuera este el caso antes mencionado, inicie de inmediato a transfundir bolos de 250 cc de lactato de ringer o solución salina isotónica tibias a temperatura corporal, tantas veces como sea necesaria hasta recuperar los parámetros arriba mencionados que están descompensando el estado del paciente. No es indicación que el paciente este en estado de shock, para la indicación de infusión de líquidos. Si el paciente no recupera requiere un componente sanguíneo, o una intervención en un quirófano e identificar de inmediato la fuente de hemorragia para proceder a controlarla.

- Control de las pérdidas sanguíneas(hemorragias) en un paciente poli traumatizado, pueden tener solamente uno de los siguientes cinco orígenes:
 - Hemorragia externa.
 - Trauma en abdomen
 - Trauma en tórax
 - Trauma Pélvica
 - Fracturas de huesos largos.

El control de la hemorragia externa debe hacerse por presión directa con la mano. El manejo de la hemorragia intratorácica e intraabdominal requiere intervención quirúrgica inmediata. El sangrado pélvico se puede auto controlar dentro de los tejidos blandos y musculares de la región pélvica. Sin embargo, las decisiones pueden ser complejas y requerir manejo multidisciplinario, durante el manejo circulatorio deben insertarse sondas vesical y gástrica.

La colocación de sonda vesical: tiene como finalidad principal facilitar la medición de la diuresis, que es el mejor parámetro indicador de la volemia. No se debe colocar sonda uretral mientras no se haya inspeccionado el meato urinario en búsqueda de sangre en los hombres también se examina el periné para evaluar la presencia de equimosis y practicado tacto rectal para evaluar la

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

La colocación de sonda gástrica: la sonda nasogástrica reduce la distensión del estómago y provocar una bronco aspiración. La presencia de equimosis peri orbitaria debe advertir sobre la existencia de fractura de la lámina cribosa y contraindica el paso de la sonda por la nariz pues hay riesgo de introducirla en la cavidad craneana. Si fuera este el caso se debe colocar la sonda oro gástrica.

C.4 DAÑO NEUROLÓGICO

La Valoración Primaria termina con una rápida evaluación neurológica, y se valora de acuerdo al estado de consciencia cuya finalidad es establecer el estado de consciencia, debe comprobarse si el paciente esta alerta si hay respuesta a estímulos verbales y al dolor, observar el tamaño y la reacción de las pupilas, La calificación en la Escala de Coma de Glasgow se lleva a cabo durante la evaluación secundaria. Determinar signos de focalización.

El traumatismo craneoencefálico, la hipoxia cerebral ocasionan una alteración del estado de la consciencia. Razón por el cual un paciente con cambios de consciencia debe reevaluarse frecuentemente el estado de la vía aérea, la ventilación y el compromiso hemodinámico. Una variación secundaria a intoxicación para el diagnóstico se debe incluir siempre, primero las causas más frecuentes: hipoxia cerebral y trauma craneoencefálico. La evaluación de las pupilas se limita durante la revisión primaria a evaluar su tamaño, simetría y la respuesta a la luz. Tener en cuenta siempre para la valoración neurológica la inmovilización cervical.

C.5 EXPOSICIÓN DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DE LA HIPOTERMIA

Se expone al paciente retirando toda la vestimenta, si es posible cortando la ropa para facilitar su evaluación completa. Una vez descubierto el cuerpo debe cubrirse con mantas tibias y secas para prevenir la hipotermia. La mejor medida en la prevención de la hipotermia, y lo ideal es la administración de las soluciones electrolíticas tibias (39°C). No descuide que una vez finalizada esta valoración primaria, su paciente debe tener una medición de la oximetría, monitorización

cardiaca y se debe haber ya indicado el paso de una sonda vesical así como una sonda nasogástrica. No olvidar que en la ausencia de alteraciones vitales evitaremos desnudar al paciente Recuerde solicitar radiografías portátiles de pelvis y tórax como parte de la valoración inicial. (25)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE INTERVENCIÓN EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL MANEJO INICIAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO SALUD SANTA ROSA

3.1. JUSTIFICACIÓN

El politraumatismo ya por sí compone uno de las preocupaciones más grandes de la actualidad siendo un problema de salud pública, que afecta a un grupo preferentemente joven y del género masculino y las consecuencias que conlleva como el impacto socioeconómico grave, secuelas y consecuencias con alto costo económico y social que obliga a las autoridades a contar con una acertada organización y procesos asistenciales para el cuidado inicial del paciente poli traumatizado.

Por consiguiente es impensable la injerencia del profesional de enfermería en la atención de los pacientes politraumatizados del primer nivel de atención que afrontan la demanda de paciente sin protocolos y guías, por ello sea capaz de enfrentar y proceder acorde a las prioridades estipuladas en las guías y normas de atención inmediata del paciente politraumatizado, donde se establece el uso del abcde, criterios que organizan la atención según necesidad. El presente trabajo académico aportará a mejorar la aptitud protagónica y la calidad de atención del profesional de enfermería del Centro Salud Santa Rosa. con una propuesta que se basa en la unificación de criterios de atención de pacientes con politraumatismo de acuerdo a las guías y protocolos vigentes, adquiriendo destrezas y habilidades para prevenir o reducir complicaciones y secuelas e inclusive la muerte. en nuestro trabajo diaria se observó que el profesional de enfermería no están capacitadas para abordar la valoración inicial del paciente poli traumatizado, se propone fortalecer la valoración inicial de enfermería en pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia que servirá para

perfeccionar la atención integral , favoreciendo a las profesionales de enfermería que mediante este protocolo ejecutaran las actividades de forma rápida, oportuna y así reducir las secuelas y complicaciones.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION INICIAL DEL POLITRAUMATISMO.

A.- PERMEABILIDAD DE LA VIA AEREA CON PROTECCION DE LA COLUMNA CERVICAL.

- Permeabilización de la vía aérea mediante elevación del mentón por tracción de la mandíbula, sin hiperextensión, hiperflexionar ni rotar el cuello; quitar cuerpos extraños y aspirar secreciones, vómito y sangre.
- Inmovilización del cuello con un collar cervical rígido.
- Administrar oxígeno a concentraciones altas mediante un dispositivo de bolsa y válvula (100 %) o con máscara de Venturi (50%).
- Valoración y monitorización de la función respiratoria por medio de la saturación percutánea asegurando la Fio2 prescindible para mantener la saturación a más del 90%.
- Valoración constante de la respiración en niños pequeños (se utiliza la sonda endotraqueal sin manguito en ellos) por el riesgo de desplazamiento o desalojo.

B.- VENTILACION Y OXIGENACION

- Exponer del tórax del paciente e inspeccionar los movimientos respiratorios; evaluar la frecuencia respiratoria.
- Constatar la permeabilidad de la vía aérea.
- Realizar la reanimación básica y avanzada si no hay respiración espontánea. Apoyar al médico en la intubación endotraqueal.
- Palpar y Observar en la búsqueda de signos de neumotórax a tensión, tórax inestable, neumotórax abierto.
- asistir al médico en la colocación de un tubo de tórax.
- Controlar continuamente del patrón respiratorio.

C.- CIRCULACION Y CONTROL DE LA HEMORRAGIA

- Valoración y evaluación: estado de conciencia, coloración de la piel, llenado capilar y la temperatura corporal.
- canalización de dos venas de calibre grueso.
- Mantención de la temperatura del cuerpo y prevenir la hipotermia por exhibición prolongada.
- administración de soluciones cristaloides, como lactato de ringer. La dosis inicial es de 2.000 ml en bolo en un adulto.
- Recolección de muestras de sangre para hemoclasificación y reserva, hemoglobina y hematocrito. Es aconsejable que las muestras sean tomadas después de iniciar la reposición de líquidos endovenosos.
- en caso de hemorragia externa, aplicar presión directa sobre el sitio sangrante con una compresa estéril o un vendaje compresivo.
- inserción de sonda vesical nº 16 ó 18 para controlar el estado de la volemia, sin antes de realizar la evaluación de contraindicaciones del procedimiento, tales como, trauma pélvico o sangrado genital.

D.- EVALUACION NEUROLOGICA

- la primera evaluación neurológica facilita establecer la seriedad de la lesión por medio de la escala de coma de Glasgow en adultos, y de la escala de coma de Glasgow modificada en la población pediátrica.
- mantenimiento lineal de la médula espinal por medio de la tabla para inmovilización espinal.
- Se proporciona oxigenación a concentraciones altas con un dispositivo de bolsa y válvula (100%) o con máscara de venturi (50%).
- administración de analgésicos según indicación médica.

E.- EXPONER LAS LESIONES LESIONES

- desvestir toda la ropa del paciente con sumo cuidado cuidando su integridad y pudor del paciente.
- Indagar fracturas expuestas, laceraciones, hematomas.
- Examinar fracturas de torax, miembros inferiores y superiores.
- Abrigar al paciente con cobertores calientes para evitar la hipotermia.

3.2. OBJETIVOS

3.2.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar un plan de intervención para fortalecer la valoración inicial de enfermería en el paciente politraumatizado del servicio de emergencia del centro salud Santa Rosa.

3.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a.) Garantizar la operividad y abastecimiento de insumos y materiales para la adecuada atención al paciente politraumatizado.
- b.) Actuacion de manera oportuna, sistemática y secuencial con las etapas del ABCDE en la atención inicial del paciente politraumatizado.

3.3. META

Salvaguardar la vida del paciente politraumatizado reduciendo, severas incapacidades y secuelas invalidantes mediante la aplicación del plan para una rápida valoración inicial aplicada por el personal de Enfermería de forma sistemática y secuencial.

4. PROGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | UNIDAD DE MEDIDA | INDICADOR | META | CRONOGRAMA | RESPONSABLE |
|---|---|--|--|------------------------|---|
| <p>Garantizar la operatividad y abastecimiento de insumos y materiales para la adecuada atención al apaciente politraumatizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión metódica y continua de equipos de atención e insumos y sistema de referencias (ambulancia, equipada, teléfonos o celulares operativos) - Activación de alarma - Recopilación de datos - Portar equipo de protección personal (EPP) | Lista de chequeo de operatividad y equipamiento de materiales e insumos en el servicio de emergencia. | Materiales e insumos disponibles y operativos | 100% de equipos operativos e insumos abastecidos | Julio a diciembre 2021 | Jefatura y Licenciadas(os) en enfermería que se encuentren de turno en el servicio de emergencia del centro salud santa rosa. |
| <p>Actuación de manera oportuna, sistemática y secuencial con las etapas del ABCDE en la atención inicial del paciente politraumatizado.</p> <p>A). Manejo de la vía aérea.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspección de la vía oral - Apertura de la vía aérea usando técnica adecuada. - Colocación de collarín según técnicas adecuadas. - Limpieza o aspiración de secreciones. - Colocación de sonda oro gástrica o nasogástrica. | Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: A | <p>Evaluación de las intervenciones realizadas.</p> <p>Permeabilidad de vías aéreas según técnicas adecuadas</p> | Permeabilidad y estabilidad de la vía aérea al 100 de pacientes. | Julio a diciembre 2021 | Licenciadas(os) en enfermería que se encuentren de turno en el servicio de emergencia del centro salud santa rosa. |

| | | | | | |
|--|---|---|--|-------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Colocar cánula orofaringuea. | | | | | |
| <p>B.) Manejo de la ventilación y oxigenación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exponer el pecho del paciente. - Palpar el tórax para descartar fracturas - Verificar la permeabilidad de la vía aérea. - Colocar y valorar el Pulsioxímetro. - Administrar oxígeno - Valorar y monitorizar frecuencia respiratoria. | <p>Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: B</p> | <p>Evaluación de las intervenciones realizadas.</p> <p>Respiración espontánea</p> <p>Ventilación asistida no invasiva</p> <p>Ventilación adecuada < a 95%</p> <p>Frecuencia respiratoria > a 16 o < 18 por minuto.</p> | <p>Evitar una hipoxia con una ventilación y respiración adecuada al paciente en un 90 %</p> | <p>Julio a diciembre 2021</p> | <p>Licenciadas(os) en enfermería que se encuentren de turno en el servicio de emergencia del centro salud santa rosa.</p> |
| <p>C.) Manejo de la circulación y control de hemorragias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de la frecuencia cardíaca. - Control de la presión arterial. - Control de la hemorragia aplicando presión directa en la zona sangrante. - Valorar coloración de la piel. - Control de temperatura - Canalización de dos vías periféricas - Valorar relleno capilar y perfusión tisular. | <p>Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: C</p> | <p>Evaluación de las intervenciones realizadas.</p> <p>Frecuencia cardíaca > 60 y < a 100 por minuto</p> <p>Precian arterial > 65 y < a 110 mmhg.</p> <p>Control total de las hemorragias.</p> | <p>Control hemodinámico y evitar situaciones de Shock conservando el flujo sanguíneo cerebral al 90%</p> | <p>Julio a diciembre 2021</p> | <p>Licenciadas(os) en enfermería que se encuentren de turno en el servicio de emergencia del centro salud santa rosa.</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| <p>D.) Manejo del estado neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar según escala de coma de Glasgow. - Observar apertura ocular - Estimar respuesta verbal - Estimular respuesta motora - Usar linterna para evaluación ocular. - Observa apertura ocular (movimientos derecho izquierdo tamaño simetría y reactividad.) - Observar el estado de alerta. | <p>Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: D</p> | <p>Evaluación de las intervenciones realizadas.</p> <p>Nivel de conciencia con según escala de Glasgow</p> <p>Puntuación > 3</p> <p>Puntuación < 15</p> | <p>Valorar y descartar traumatismo encefalocraneano (TEC) al 100 de pacientes.</p> | <p>Julio a diciembre 2021</p> | <p>Licenciadas(os) en enfermería que se encuentren de turno en el servicio de emergencia del centro salud santa rosa</p> |
| <p>E.) Manejo de la exposición del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desvestir al paciente completamente con sumo cuidado cuidando su integridad y pudor del paciente. - Indagar fracturas expuestas, laceraciones, hematomas. - Examinar fracturas de tórax, miembros inferiores y superiores - Abrigar al paciente con cobertores calientes para evitar la hipotermia | <p>Intervención de enfermería realizada secuencialmente al paciente según la etapa: E</p> | <p>Evaluación de las intervenciones realizadas.</p> <p>Inspección completa del paciente.</p> <p>Temperatura > a 36.5°C a 37 °C</p> | <p>localización y extensión de las lesiones y evitar la hipotermia al 100%de los pacientes politraumatizados</p> | <p>Julio del 2021 a junio del 2022</p> | <p>Licenciadas(os) en enfermería que se encuentren de turno en el servicio de emergencia del centro salud santa rosa</p> |

5. RECURSOS

5.1 INSTRUMENTOS DE ELABORACIÓN

En la elaboración del trabajo académico se utilizarán como instrumentos: la observación, la entrevista y la búsqueda documentada, aplicando el uso de guías de intervención y procedimientos de enfermería, Reglamento de Organización y Funciones (ROF), Manual de Organización y Funciones (MOF), Guías de Procedimientos, Indicadores de calidad, número de atenciones, número de atendidos, inventario de equipos. Materiales: manual de organización de funciones, guías de plan de atención.

5.2 RECURSOS HUMANOS

- 1 enfermera jefa del servicio de enfermería
- 1 enfermera jefa del servicio de emergencia
- 8 licenciados de enfermería asistenciales
- 8 técnicos en enfermería

6. EJECUCIÓN

La ejecución del presente plan de intervención se empezó a elaborar a partir del mes de julio del presente año, iniciando las coordinaciones con la jefatura del Centro Salud Santa Rosa, jefa Enfermera de urgencias, las actividades de intervención para el área de emergencia, se realizada con la finalidad de actuar de forma oportuna sistemática y secuencial según las etapas del ABCDE del profesional de Enfermería que labora durante sus turnos y guardias de acuerdo a la demanda de paciente poli traumatizado demostrando su capacidad de repuesta frente a una emergencia por traumatismos donde el enfermero(a) capacitado y entrenado abordara al paciente de forma oportuna y eficiente reduciendo riesgos que puedan afectar la vida del paciente ,fomentando siempre la integración del quipo multidisciplinario para la atención de calidad.

7. EVALUACIÓN

Con el plan de intervención para el fortalecimiento de la valoración inicial de pacientes poli traumatizados se espera aplicar y realizar todas las actividades al 100% de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Centro Salud Santa Rosa con este diagnóstico.

En el mes de diciembre al concluir el año se realizara un balance del total de pacientes atendidos por traumatismos recabando datos: total de pacientes atendidos, recuperados, referidos a otros establecimientos y fallecidos. Para así obtener cifras que nos demuestren si este plan de intervención fue efectivo o no y reevaluar cada año e implementar en el plan operativo del servicio de emergencias.

CONCLUSIONES

1. Mediante el presente plan de intervención de enfermería se espera mejorar el equipamiento y abastecimiento de materiales e insumos en el servicio de emergencias para minimizar los tiempos de atención y brindar un servicio de salud de calidad al paciente politraumatizado.
2. En el paciente politraumatizado la secuencia lógica de prioridades del plan de intervención deberá establecerse sobre la base de la valoración global del paciente.
3. La estabilidad de los signos vitales y el mecanismo de lesión son prioridades en el plan de intervención de enfermería.
4. En el plan de intervención del manejo inicial del politraumatizado se requiere una rápida valoración de las lesiones y la instauración de las medidas adecuadas puesto que el factor tiempo es esencial.

RECOMENDACIONES

1. A la jefatura y al equipo de enfermería del servicio de emergencia coordinar e implementar de manera sistemática programas de actualización mediante capacitaciones y simulacros de intervención al paciente politraumatizado.
2. A las colegas del servicio de emergencia actualizar y profundizar continuamente sus conocimientos con el fin de mejorar nuestra capacidad de respuesta en la intervención de emergencias y ofrecer una atención eficiente y calidad.
3. A la jefatura y colegas del servicio de emergencia programar y realizar reuniones mensuales para intercambiar experiencias y analizar nuestras falencias con el objetivo de seguir mejorando nuestros servicios aplicando el plan de intervención.
4. A la jefatura y a las colegas implementar y aplicar una lista de chequeo de los equipos y materiales abastecidos y operativos.
5. A la jefatura y colegas del servicio en emergencia fomentar e integrar siempre el trabajo en equipo con las demás áreas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Buitrago-Jaramillo J. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA. 2019.
2. Aero-Thomas A, Astrop A, Jacobs G. ESTIMATING GLOBAL ROAD FATALITIES. TRL Rep 445 [Internet]. 2000 [citado 21 de julio de 2021]; Disponible en: <https://trid.trb.org/view/653303>
3. Registro prospectivo en politraumatismos graves. Análisis de 1.200 pacientes [Internet]. [citado 21 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X15000676>
4. accidentes_discapacidad_WEB.pdf [Internet]. [citado 21 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/accidentes_discapacidad_WEB.pdf
5. Breijo AG, Puentes AB. Caracterización clínica epidemiológica del politraumatizado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Univ Médica Pinareña. 2 de julio de 2014;10(1):64-76.
6. Medina PYR. Situación de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú 2° Trimestre 2019. 2016;9.
7. 2930.pdf [Internet]. [citado 21 de julio de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2930.pdf>
8. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. :8.
9. 2930.pdf [Internet]. [citado 21 de julio de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2930.pdf>
10. Cárdenas-Arévalo J, Escobedo-Palza E. Perfil epidemiológico de los accidentes de tránsito. Hospital Regional Docente de Trujillo 2016 – 2018. Rev Médica Trujillo [Internet]. 9 de marzo de 2021 [citado 22 de julio de 2021];16(1). Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/3329>

11. Quintana MCC. EPIDEMIOLOGICO 48 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC. :11.
12. CD 290- IBUJES GUERRERO LUISA ALEXANDRA.pdf [Internet]. [citado 22 de julio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/47058/1/CD%20290-%20IBUJES%20GUERRERO%20LUISA%20ALEXANDRA.pdf>
13. Baltar AS. Evaluación de los conocimientos de enfermería ante el manejo inicial, movilización e inmovilización del paciente politraumatizado en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. :55.
14. Álvarez MV, Pérez AD. Factor tiempo en la atención inicial del paciente politraumatizado. :11.
15. González JLA, Alonso JRC, González HA, Rodríguez YG, Esquijarosa YR. MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: U Investiga. 31 de diciembre de 2015;2(2):9-16.
16. Quispe Churapa M, Vilca Coila ZJ. Conocimientos del manejo inicial del paciente politraumatizado y engagement, enfermeras servicio de emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017. Univ Nac San Agustín Arequipa [Internet]. 2018 [citado 22 de julio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6589>
17. Nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y su relación con los cuidados de enfermería en el servicio de emergencia de clínica Limatambo Cajamarca, 2018 [Internet]. [citado 22 de julio de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/4024>
18. Obando Zegarra R. Intervención inicial del enfermero en el paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia Hospital Nacional Lima, Perú - 2018. Univ Peru Cayetano Heredia [Internet]. 2018 [citado 22 de julio de 2021];

- Disponible en:
<http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/2504292>
19. valoracion_de_enfermeria.pdf [Internet]. [citado 22 de julio de 2021].
Disponible en:
https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
 20. Santiago A. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON [Internet]. *yoamoenfermeria.com*. 2018 [citado 23 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/03/patrones-funcionales-marjory-gordon/>
 21. Hernández Cortina A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cuba Enferm.* agosto de 2004;20(2):1-1.
 22. Avilés Reinoso L, Soto Núñez C. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enferm Glob.* abril de 2014;13(34):323-9.
 23. Politraumatismo [Internet]. [citado 26 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://www.fisioterapia-online.com/glosario/politraumatismo>
 24. Acha L, Paola B. “Intervención de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneal en el servicio de emergencia del Hospital Luis Negreiros Vega, Callao 2019”. *Repos Inst – UNAC* [Internet]. 2019 [citado 22 de julio de 2021];
Disponible en:
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4096>
 25. ABORDAJE INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN URGENCIAS.pdf [Internet]. [citado 22 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/1545/1/ABORDAJE%20INICIAL%20DEL%20PACIENTE%20POLITRAUMATIZADO%20EN%20URGENCIAS.PDF>

ANEXOS

ESCALA DE COMO DE GLASGOW PARA LA VALORACION NEUROLOGICA DEL
PACIENTE

| Escala de coma de Glasgow | | | | | |
|---------------------------|-----------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------------|
| Apertura de ojos | | Respuesta motora | | Respuesta verbal | |
| 4 | espontáneamente | 6 | Cumple órdenes | 5 | Orientado |
| 3 | A la voz | 5 | Localiza el dolor | 4 | Confuso |
| 2 | Al dolor | 4 | Solo retira | 3 | Palabras inapropiadas |
| 1 | No responde | 3 | Flexión anormal | 2 | Sonidos incomprensibles |
| | | 2 | Extensión anormal | 1 | No responde |
| | | 1 | No responde | | |

@tecnicotertsid

Puntuación máxima: 15 puntos.
Puntuación mínima: 3 puntos.

ACCIDENTE DE TRANCITO EN EL COOREDOR VIAL SANTA ROSA - LIMA



CUADRO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS SEGÚN NANDA

| Dominio | Clase | Código | Diagnósticos de enfermería | n | % |
|---|--|--------|---|-----|------|
| 12: Confort | 1: Confort físico | 00132 | Dolor agudo | 102 | 97,1 |
| 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés | 2: Respuesta de afrentamiento | 00146 | Ansiedad | 94 | 89,5 |
| 11: Seguridad/ protección | 2: Lesión física | 00046 | Deterioro de la integridad cutánea | 83 | 79 |
| | | 00044 | Deterioro de la integridad tisular | 37 | 35,2 |
| | | 00031 | Limpieza ineficaz de las vías aéreas | 3 | 2,9 |
| 4: Actividad/reposo | 2: Actividad/ejercicio | 00085 | Deterioro de la movilidad física | 61 | 58,1 |
| | 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares | 00029 | Disminución del gasto cardiaco | 21 | 20 |
| | | 00032 | Patrón respiratorio ineficaz | 18 | 17,1 |
| | | 00033 | Deterioro de la ventilación espontanea | 15 | 14,3 |
| 5: Percepción/ cognición | 5: comunicación | 00051 | Deterioro de la comunicación verbal | 8 | 7,6 |
| 2: Nutrición | 1: Ingestión | 00103 | Deterioro de la deglución | 8 | 7,6 |
| | 5: Hidratación | 00027 | Déficit de volumen de líquidos | 1 | 1 |

| Diagnósticos de enfermería | n | % | Diagnósticos de enfermería | n | % |
|---|-----|------|---|----|------|
| Dolor agudo | | | Disnea | 9 | 8,6 |
| Expresión facial de dolor | 100 | 95,2 | Piel fría y sudorosa | 5 | 4,8 |
| Postura antiálgica | 68 | 64,8 | Tos | 3 | 2,9 |
| Conducta expresiva al dolor | 66 | 62,9 | Fatiga | 2 | 1,9 |
| Conducta de autoexpresión | 63 | 60 | Patrón respiratorio ineficaz | | |
| Conducta defensiva | 59 | 56,2 | Patrón respiratorio anormal | 17 | 16,2 |
| Auto informe de intensidad de dolor | 41 | 39 | Taquípnea | 14 | 13,3 |
| Cambio de parámetros fisiológicos | 17 | 16,2 | Disnea | 11 | 10,5 |
| Ansiedad | | | Sonidos respiratorios anormales | 6 | 5,7 |
| Inquietud | 88 | 83,8 | Uso músculos accesorios para respirar | 5 | 4,8 |
| Angustia | 87 | 82,9 | Color de la piel anormal | 2 | 1,9 |
| Irritabilidad | 56 | 53,3 | Bradipnea | 2 | 1,9 |
| Nerviosismo | 44 | 41,9 | Deterioro de la ventilación espontanea | | |
| Voz temblorosa | 16 | 15,2 | Aumento de la frecuencia cardiaca | 15 | 14,3 |
| Alteración del patrón respiratorio | 13 | 12,4 | Inquietud | 12 | 11,4 |
| Arrepentimiento | 6 | 5,7 | Disnea | 9 | 8,5 |
| Insomnio | 2 | 1,9 | Uso músculos accesorios para respirar | 5 | 4,8 |
| Fatiga | 1 | 1 | Deterioro de la comunicación verbal | | |
| Deterioro de la integridad cutánea | | | Dificultad para hablar | 6 | 5,7 |

| Diagnósticos de enfermería | n | % | Diagnósticos de enfermería | n | % |
|---|----------|----------|---|----------|----------|
| Alteración de la integridad de la piel | 83 | 79 | Dificultad para verbalizar palabras | 5 | 4,8 |
| Materias extrañas que perforan la piel | 40 | 38,1 | Incapacidad para hablar | 4 | 3,8 |
| Deterioro de la movilidad física | | | No habla | 3 | 2,9 |
| Inestabilidad postural | 50 | 47,6 | Dificultad para expresar pensamientos | 1 | 1 |
| Disconfort | 48 | 45,7 | Deterioro de la deglución | | |
| Movimientos descoordinados | 45 | 42,9 | Cierre incompleto de los labios | 8 | 7,6 |
| Dificultad para girarse | 42 | 40 | Babeo | 3 | 2,1 |
| Disnea de esfuerzo | 9 | 8,6 | Los alimentos se caen de la boca | 2 | 1,9 |
| Temblor inducido por el movimiento | 5 | 4,8 | Limpieza ineficaz de las vías aéreas | | |
| Deterioro de la integridad tisular | | | Alteración del patrón respiratorio | 2 | 1,9 |
| Lesión tisular | 31 | 29,5 | Inquietud | 2 | 1,9 |
| Destrucción tisular | 28 | 26,7 | Disnea | 2 | 1,9 |
| Disminución del gasto cardíaco | | | Déficit de volumen de líquidos | | |
| Taquicardia | 20 | 19 | Alteración de la turgencia de la piel | 1 | 1 |
| Ansiedad | 16 | 15,2 | Aumento de la frecuencia cardíaca | 1 | 1 |