UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL MANEJO INICIAL EN PACIENTES ADULTOS POLITRAUMATIZADOS DE UN ESTABLECIMIENTO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DE SALUD, CHUQUIBAMBILLA - APURIMAC

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

ZENON SUCAPUCA QUINTO

Callao - 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ PRESIDENTA
- DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ SECRETARIA
- MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO VOCAL

ASESORA: DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 08

Nº de Acta: 134-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 16 de Agosto del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 100-2016-CU/FCS, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

El presente trabajo académico está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mí amada esposa e hijos, por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

A mis estimados docentes, que con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por ofrecernos expertos en el adiestramiento universitario.

INDICE

INTRODUCCIÓN 2
CAPÍTULO I 4
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA 4
CAPÍTULO II 7
MARCO TEÓRICO 7
2.1 ANTECEDETES DEL ESTUDIO 7
2.2 BASE TEORICA 14
2.3 BASE CONCEPTUAL 17
CAPÍTULO III. 29
3.1. JUSTIFICACIÓN 29
3.2. OBJETIVOS: 32
4. PROGRAMA DE ACTIVIDADES: 33
5. RECURSOS 36
6. EJECUCION 36
7. EVALUACION. 37
CONCLUSIONES 38
RECOMENDACIONES 39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 40
ANEXOS 43

INTRODUCCIÓN

La intervención de los profesionales de Enfermería en el manejo inicial de pacientes politraumatizados es de primordial importancia los momentos iniciales cuando se debe tomar decisiones, puesto que el traumatismo afecta a dos o más órganos poniendo en peligro la existencia de la persona, en la actualidad el traumatismo se encuentra dentro de las principales fuente de mortandad, teniendo como las más usuales las eventualidades de transporte, accidentes laborales y caseros, tales resultados acrecentan el fallecimiento de la persona en la mayoría de sucesos y en terceros dejan efectos irreversibles.

Asimismo, tener en cuenta que, en el Perú, todos los establecimientos de salud privados o estatales están en la obligación de prestar atención de emergencia, la misma que se realizara de acuerdo a su capacidad resolutiva, utilizando todo el recurso técnico, de diagnóstico y terapéuticos que sean necesarios, mientras persista el estado grave de riesgo para su vida y salud del paciente.

Por lo mencionado, los profesionales de enfermería como parte del equipo multidisciplinario de salud, deben estar preparados, tener un amplio conocimiento, y acrecentar constantemente sus técnicas de cuidado, poseyendo como base como principio herramientas que ayuden la valoración y cuidado preliminar de la persona afectada con politraumatismo, así mismo operar con pericia y habilidades para manejar y abordar a la persona afectada y que técnicas se tiene que ejecutar para salvaguardar la existencia y prevenir lesiones que pongan en riesgo la vida en este tipo de casos.

En el presente trabajo académico se realizara un plan de intervención se va estandarizar, protocolizar y fortalecer las capacidades del profesional de enfermería del C. S. San Camilo de Lellis, categoría I-4, sobre el manejo y valoración inicial en los pacientes politraumatizado. Que por ser un establecimiento de primer nivel solo

se realizar capacitaciones preventivos promocionales de las diferentes estrategias como: inmunizaciones, diagnóstico y tratamiento de anemia, crecimiento y desarrollo, etc. y no se prioriza las capacitaciones en emergencias, por otro lado tampoco se cuenta con enfermeros especialistas en emergencias y desastres, lo cual engrandece la escasa pericia y practica para socorrer a la persona con politraumatismo, la falta de guías y/o protocolos estrictos de trabajo seguro (PETS) que unifiquen criterios para el cuidado del afectado que acuden la sección de emergencia.

Nuestra finalidad del presente cometido académico, es el plan de participación para el profesional de la salud (enfermería) del servicio de emergencia vinculado a la evaluación preliminar de la persona politraumatizado, lo cual va permitir poseer los criterios y herramientas adecuadas para atender prontamente con aptitud, eficacia, protocolizada y dar un cuidado humano, haciendo una evaluación preliminar integrada y especializada y así prevenir y/o minimizar en su totalidad los riesgos que amenazan la existencia del enfermo. Para ello muy importante que los enfermeros (as) estén preparados y ser idóneo que permitirá ejecutar con los patrones de evaluación preliminar del enfermo politraumatizado, y de preferencia tener la especialidad de Emergencias y Desastres y de esta manera fortalecer o mejorar la capacidad resolutiva del servicio de emergencia

Finalmente, se precisa presentes secciones: Sección I: Descripción de la situación problemática, Sección II: Marco teórico, Sección III: Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de Anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Un paciente politraumatizado es aquella persona que presenta dos o más lesiones traumáticas graves ya sean periféricas o viscerales, que conlleva a una consecuencia respiratoria o circulatoria y ponen en riesgo la vida; Así mismo el trauma se define como una lesión severa a nivel orgánico, producto de la exposición aguda a un tipo de energía (mecánica, térmica, eléctrica, química o radiante), en cantidades que exceden el umbral de la tolerancia fisiológica.

En la actualidad cerca del 60% de todas las personas politraumatizados son producto de eventos posteriores a un accidente del tránsito, con un incremento en la medida de mortandad, en consecuencia, ha relegado a otras enfermedades infectocontagiosas, de este modo el traumatismo ha cambiado de lugar, del noveno a un tercer o cuarto lugar entre las consecuencias de muerte según la valoración global, considerándose en una pandemia mundial.

Este acontecimiento es tan espinoso que ocasiona un promedio 3,5 millones de defunciones y un aproximado de 50 millones de heridos durante todo el año a nivel mundial, con daños que van desde heridas leves o llegar a ocasionar consecuencias graves discapacitantes, por otro lado se tiene el deterioro psíquico que padecen los superviviente al trauma, un total del 90% de fallecidos o heridos se ve en países en vías de desarrollo, lo cual crea un impacto en el entorno familiar y de la comunidad que ocasionalmente no está presto para el cuidado de este tipo de pacientes. (1)

En el día a día en el planeta, un aproximado de 16000 individuos fallece a causa de todo tipo de lesiones mostrando el 12% de mortalidad de la carga mundial, la tercera fuente más significativa de mortandad general y la primordial causa de fallecimiento en enfermos de grupo etario de 1 a 40 años; en todo el planeta prevalecen los traumatismos ocasionados por choques en la vía pública. Según la referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las defunciones por

traumatismos ocasionados por el tránsito es un 25% de todas las defunciones por traumatismo.
Un total de 85% de las muertes son atribuidos al transporte, 90% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos a causa del transporte, y 96% de los niños que fallecen por esta misma causa en el planeta se conglomeran en los países en vías de desarrollo. Más de 50% de los fallecidos perjudican a adultos jóvenes de grupo etario entre los 15 y los 44 años. Entre los niños de 5 a 14 años y los jóvenes de 15 a 29 años, los traumatismos causados por el transporte son la segunda causa de fallecimiento en el mundo. (2)

El Ministerio de Salud del Perú, reportó que la tasa de mortalidad anual por politraumatismos en nuestro país es alarmante, ya que ocupan un funesto tercer lugar con un 10%, registrándose 97,870 casos (100%), siendo producido 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%); esto ocurre en la población de las edades comprendidas entre los 16 a 45 años; es decir, la población económicamente activa, ve truncada su existencia debido a los accidentes y la violencia (3)

Según los estudios nacionales de carga de enfermedad elaborado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, las lesiones no intencionales (que incluyen principalmente a los accidentes de tránsito) ocasionaron 756 878 años de vida saludable perdidos, es decir, el 13% de la carga de enfermedad nacional. Según subcategoría, los accidentes de tránsito representaron la tercera causa de la carga de enfermedad nacional con una pérdida de 215 905 años de vida saludable perdidos (3.7% de la carga nacional). El 56.2% de la carga se debió a la muerte prematura y el 43.8% restante a la discapacidad.
En el año 2007 se notificaron y registraron en el sistema 8643 heridos derivado de 16 Regiones de Salud. En el año 2009 la cifra se aumentó a 22 658 (26 regiones de Salud) y en 2011 a 28 549 casos notificados (30 regiones de Salud). Para el año 2012, el sistema se había implementado en las 34 Regiones de Salud y en 217

establecimientos de salud priorizados por cada departamento. Cabe resaltar que este sistema no está implementado en todos los establecimientos de las regiones, pero sí en aquellos que están situados en lugares estratégicos y que recogen la mayor cantidad de heridos por accidentes de transporte. (4)

El C.S. de Salud San Camilo de Lellis es un establecimiento de salud del primer nivel de atención de categoría I-4, está ubicada en el distrito de Chuquibambilla, provincia de Grau, de la región de Apurímac, es la puerta de ingreso hacia 13 distritos de la provincia de Grau y 1 distrito de la provincia de Antabamba, este establecimiento de salud es la cabecera de la Micro Red Chuquibambilla y centro de referencia de 19 establecimientos de salud, donde el servicio de emergencia atiende un número aproximado de 780 personas de una población asignada 5402 habitantes, en su mayoría pacientes politraumatizados productos de accidentes vehiculares, accidentes laborales, domésticos etc. Los pacientes politraumatizados más complicados son referidos al nosocomio Referencial Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay – Apurímac.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDETES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

García, en Madrid, el 2020. Se ejecuta una revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos. Al final se eligieron 72 artículos que en parte cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. De las cuales fueron analizados 24. Resultados: De la lección de los diferentes artículos dio la producción de las siguientes unidades de análisis: características y complicaciones del paciente politraumatizado; evaluación y atención inicial del paciente politraumatizado; evaluación y manejo del paciente con daño neurológico y medicación de la persona politraumatizado. Conclusiones: Es de suma importancia una formación especializada de los profesionales de enfermería con respecto al cuidado específico de los heridos politraumatizados críticos dada su complejidad. Esto conllevara a un mayor discernimiento y mejor destreza de estos tipos de pacientes. Asimismo, es imprescindible seguir investigando sobre los cuidados de enfermería específicos que necesita cada paciente. (5)

El presente estudio nos permite entender la importancia que debe tener el personal de enfermería con respecto a la atención del politraumatizado, desde el manejo hospitalario antes que ingrese a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y previa valoración tener en cuenta la atención que debe brindarse en UCI en función a las complicaciones que presente el paciente; esto nos permitirá aplicar desde el establecimiento de primer nivel hasta que el paciente pueda ser transferido a un hospital.

Juncal, el 2020, En cuidado preliminar es decisivo el elemento tiempo, porque es significativo lograr que el politraumatizado esté en manos de los profesionales de la salud en el menor tiempo posible. La gravedad del herido requiere que estos pacientes sean ingresados en unidades de cuidados intensivos, debido a la complejidad de su atención. Objetivo: Acrecentar el caso clínico de un paciente politraumatizado en la unidad de cuidados intensivos empleando los diagnósticos NANDA, NOC y NIC. Desenvolvimiento: La planificación de los cuidados se establece en dos periodos. En el primer periodo, los cuidados se dirigen a conservar las funciones vitales sistemáticas y la atención de las diferentes lesiones. En el segundo periodo, post sedación, los cuidados de enfermería se implanta en la atención de las necesidades que presentan el paciente y los diferentes problemas identificados. Los resultados de la evolución del paciente indican la efectividad de los cuidados planificados. Discusión y conclusiones: Existen diferencias en el desarrollo de este plan de cuidados con respecto a otras publicaciones encontradas de situaciones de salud similares. Principalmente, las diferencias son el periodo de atención incluido en el plan de cuidados y el enfoque de la planificación del periodo de sedación y ventilación mecánica invasiva. (6)

La presente investigación nos da a entender la importancia de aplicar las taxonomías de NANDA, NOC y NIC, y como personal de enfermería debemos aplicar estas taxonomías que se basa en principios científicos, orden de prioridad según el manejo inicial y complicaciones que el paciente politraumatizado presenta. Pese que en el primer nivel de atención se prioriza la parte preventivo promocional, como enfermeros profesionales no debemos de olvidarnos de hacer un proceso de atención de enfermería.

Satán, en Ecuador, el 2019. Objetivo: examinar los planteamientos de diferentes autores que investigaron con relación a la atención de enfermería en pacientes politraumatizados, y reconocer las

características de evaluación y las acciones, a través del proceso de enfermería como método científico en la atención de cada una de sus etapas. Para la verificación bibliográfica se eligieron un total de 110 apartados científicos de desiguales fundamentos bibliográficos, que al ser examinados se aplicó criterios de inclusión y exclusión, por lo que la averiguación está integrada por 66 bibliografías, que se examinó en lo que respecta a los cuidados de enfermería en personas con politraumatismo. Teniendo como producto que los cuidados de enfermería se hacen a partir de la evaluación preliminar, continuada de la evaluación secundaria ya sea por aparatos y sistemas, patrones funcionales, según las necesidades de Virginia Henderson y jerarquía de necesidades de Abraham Maslow. (7)

En la investigación se debe priorizar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), considerando como un método científico, en la atención del paciente politraumatizado, tanto en la etapa de la valoración inicial y secundaria, también considerando los patrones funcionales de Virginia Henderson.

Sanjuan, el 2019 Objetivos: El presente proyecto de investigación tiene como meta valorar las capacidades de personal de enfermería que laboran en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de A Coruña (CHUAC) para la atención inicial de personas politraumatizados, así como sobre movilización e inmovilización. El estudio también permitirá confrontar las distintas mallas curriculares de estudio de las Universidades gallegas en lo que se refiere a esta materia así como su empleo por el personal de enfermería. Metodología: Será un estudio descriptivo transversal. El producto se lograran aplicando una encuesta ad hoc previamente validado, con preguntas sociodemográficas, laborales y de conocimiento sobre del atención inicial del paciente politraumatizado que se pasará a una muestra representativa ajustada de 72 profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias del CHUAC. La encuesta será validad por

15 profesionales a través de un formulario de validación de pertinencia y adecuación. Se hará una comparación descriptiva de los datos, las variables cuantitativas o categóricas y se representarán con su frecuencia, porcentaje y la estimación del intervalo de confianza al 95%. Aplicabilidad: Los resultados permitirán distinguir la insuficiente capacitación que reciben los enfermeros (as) del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de A Coruña y atenuar con una mejor instrucción con el objetivo de aumentar la calidad asistencial referente al paciente politraumatizado. Así mismo el estudio nos permitirá confrontar los distintos planes de estudio de las Universidades gallegas con lo que respecta a esta materia así como su aplicación por los profesionales de enfermería. (8)

Álvarez, et al, en Cuba, el 2020, realizo un estudio con el Objetivo de decidir cómo incidió el factor tiempo en la priorización de las acciones para la atención de emergencia a la persona politraumatizado. Materiales y método: se realizó un estudio observacional, conformado por 183 enfermos politraumatizados, atendidos en la división de Cuidados Intensivos Emergentes del Hospital Provincial". José R. López Tabrane " de Matanzas, durante el año 2014. Las variables a considerar fueron: edad, sexo, periodo en que recibieron las primeras atenciones, periodo de llegada al nosocomio, y factores asociados predominaron en el empeoramiento del paciente. Se utilizó la técnica estadística de análisis de distribución de frecuencias. Resultados**:** el mayor porcentaje de los enfermos (82,6 %) asistieron 4-6 h después de sufrido el traumatismo. Se presentaron factores como la hipotensión, la hipoxia (66,1 y 50,2 %) respectivamente, que tuvieron lesiones asociadas y fueron evaluadas durante la primera hora del traumatismo. Conclusiones**:** el trauma severo es una de las complicaciones prevenibles que más muertes produce. Los varones y edades más productivas de la vida fueron los que más morbimortalidad presentaron. Los pacientes que llegaron al

nosocomio una hora después, propició un mayor número de complicaciones por el no control a tiempo de los elementos que forman las complicaciones secundarias. (9)

La investigación demuestra que el factor tiempo juega un papel importante en el manejo inicial del paciente politraumatizado, para evitar complicaciones y sobre todo salvaguardar la vida del paciente, lo cual se debe tener en cuenta también en los establecimientos del primer nivel

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Flores, en Lima Perú (2022). Objetivo: Explicar los cuidados brindados por el profesional de enfermería en el paciente politraumatizado atendido en el área de emergencia. Metodología: Estudio monográfico, descriptivo, retrospectivo, mediante revisión bibliográfica de literatura científica. La investigación se encuentra orientada a los cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado. Resultados: tras la indagación de diferentes bibliografías se hallaron un total de 29 artículos. Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión y, tras la verificación del título y resumen, y los excluidos por no facilitar un texto completo, se incorporaron en el estudio un total de 20 artículos de revistas de enfermería. Conclusión: Los cuidados de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de urgencias en su generalidad se realiza de manera correcta, existe oscilación de recursos básicos en los servicios y en entrenamiento del personal de enfermería. (10)

Si bien es cierto que una adecuada capacitación del profesional de enfermería conlleva a una atención adecuada en el manejo inicial del paciente politraumatizado, también juega un papel importante contar personal especialista, ambientes adecuados, equipamiento e insumos disponibles; la cual va garantizar un adecuado manejo de los

pacientes, lo cual tiene que poner en práctica en los establecimientos de primer nivel, puesto que las emergencias ocurren en todo lado.

Ovalle, et al, Ayacucho Perú (2020). Objetivo: Explicar la participación de enfermería en el enfermo Politraumatizado en la división de Emergencia Hospital de Huanta Ayacucho, Perú – 2020. Diseño metodológico: Tipo observacional descriptivo: para explicar y evaluar el fenómeno del aprendizaje, sin grupo de confrontación. Diseño no empírico, sección transversal; la medición de la variable se realiza una sola vez. Métodos de búsqueda. Cuantitativo por proceso secuencial analítico real. Población: Población: 21 Personal de enfermería del servicio de urgencias. Muestras: Trabajamos con muestras enteras. Técnicas y herramientas para la recogida de información. Se aplica el método observacional (lista de cotejo según los parámetros de la técnica mnemotécnica “ABCDE”). Entre el 100% (21) de los profesionales de enfermería, después de la aplicación del cuestionario, el 100% (21) evaluó ventilación/oxígeno inadecuado y el 0% (00) evaluó ventilación/oxígeno adecuado. Del 100% (21) profesionales de enfermería, después de la aplicación del cuestionario, el 100% (21) verificó control circulatorio y sangrado inadecuado, y el 0% (00) verificó control circulatorio y sangrado completo. Del 100% (21) profesionales de enfermería que aplicaron el cuestionario, el 100% (21) evaluó estado neurológico inadecuado y el 0% (00) evaluó estado neurológico adecuado. Del 100% (21) profesionales de enfermería que aplicaron el cuestionario, el 100% (21) realizó control y/o exposición ambiental inadecuada y el 0% (00) realizó exposición y/o control ambiental inadecuado. Entre el 100% (21) profesionales de enfermería, después de aplicar el cuestionario, el 100% (21) realizó la intervención inadecuada y el 0% (00) no realizó la intervención completa. CONCLUSIÓN: Podemos concluir del estudio realizado durante la intervención de enfermería en el servicio

de urgencias del Hospital de Apoyo de Huanta, Ayacucho - 2020, que en pacientes politraumatizados fue inadecuado. (11)

El estudio demuestra que del 100% de la muestra no realizan un manejo adecuado de acuerdo a la nemotecnia ABCDE, de ahí la importancia de realizar capacitaciones permanentes, para fortalecer las capacidades, unificar criterios atreves de los protocolo de atención, si es posible contar con profesional de enfermería especializado, lo cual va garantizar una atención adecuada en el manejo inicial del paciente politraumatizado.

Belaunde, et al, Lima, el 2018. Objetivo: Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del paciente politraumatizado en el personal de enfermería del Servicio Móvil de Emergencia. Diseño metodológico: El tipo de estudio fue cuantitativo, correlacional, transversal, área de estudio 33 unidades de servicios ambulatorios de emergencia, la población considerada fue de 165 enfermeras tituladas. Técnicas y herramientas de recolección de datos: se utilizarán encuestas y listas de observación. Plan de Recopilación de Datos: Durante las reuniones mensuales, se evaluará a través de cuestionarios y una lista de verificación de los no participantes para determinar, respectivamente, la comprensión y la práctica en el manejo de pacientes politraumatizados en la unidad móvil. Análisis de datos: los datos serán recolectados a través de herramientas de validación y aprobados por evaluación de expertos, determinando su confiabilidad, un cuestionario que consta de 28 preguntas, una lista de verificación La encuesta consta de 1 ítems, ambos incluyen preguntas cerradas que se aplicarán a las enfermeras que cumplan con los criterios de inclusión, se considerarán los criterios éticos de acuerdo con la Declaración de Helsinki II. (12)

La presente investigación enfoca primero si el personal está capacitado, y segundo si aplica sus conocimientos en las prácticas de atención en el paciente politraumatizado, la realidad nos muestra que

podemos tener personal capacitado pero que no pone en práctica sus conocimientos, por lo que es recomendable realizar simulacros de atención donde se pueda pulir estas dificultades y brindar una adecuada atención.

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 Teoría de Virginia Henderson: Modelo Conceptual.

Virginia Henderson (1960) en su libro “Fundamentos de los Cuidados de Enfermería” planteó que estas necesidades son comunes a todos, aunque cada cultura y cada persona las exprese de manera diferente. Este es un modelo que se considera de tendencia y ayuda humanista, es un modelo muy utilizado por sus características de ser general, sencillo y claro. (13)

Paradigmas

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con sus paradigmas.

Salud: Es elemental para el funcionamiento de la persona, y se le considera como tal, a la habilidad de la persona para poder realizar las 14 necesidades básicas.

Persona: Es aquel individuo que requiere apoyo para obtener salud e independencia o una muerte en paz, es un ser corporal y mental que está constituida por los siguientes componentes: biológicos, psicológico, sociales y espirituales.

Entorno: El individuo sano tiene la capacidad de controlar su entorno, pero la alteración en su salud puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación de la persona con la familia, y el compromiso de la comunidad de proporcionar cuidados.

Enfermera (cuidados o rol profesional): La competencia de enfermería incluye ayudar a personas sanas o enfermas, realizar actividades que contribuyan a la salud o recuperarse de actividades que pueden hacer sin necesidad de asistencia si tienen la energía, la voluntad o el conocimiento

para hacerlo y hacer de una manera que les ayude a lograr la independencia lo antes posible.

a) Necesidades humanas

Para Virginia Henderson, infirió de esto que el concepto de necesidad no representa un sentimiento de necesidad, sino una exigencia. Cada una de las 14 necesidades constituye una combinación de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Ver todas las personas

1. Respiración normal.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por las diferentes vías corporales.
4. Deambular y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Conservar la temperatura corporal.
8. Conservar la higiene y la integridad de la piel.
9. Eludir peligros ambientales y lesionar a otros individuos.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

b) Aplicación a la práctica:

Intervenciones enfermeras dirigidas a aumentar, perfeccionar, reforzar o reponer la fuerza, el conocimiento o la voluntad; Aunque no todos los procedimientos de intervención son aplicables a todos los ámbitos de la adicción (por ejemplo, la fuerza de voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse), las consecuencias de una intervención pueden ser satisfacer necesidades básicas (proporcionarles autonomía o ayudarles a aumentar, mantener o recuperar su capacidad máxima nivel potencial de desarrollo)(14)

2.2.2 Marjory Gordon: Valoración de patrones funcionales

Marjory Gordon ha creado una escala de calificación que brinda a los profesionales de enfermería una plataforma que se puede aplicar en cualquier área de su práctica profesional para ayudarlos a realizar una evaluación precisa y efectiva del individuo, sus familias y su entorno. En él analiza 11 modelos de salud funcional:

1. Apreciación manejo de salud: Es una evaluación de cuánto valoran los individuos la salud y el bienestar, en relación a su cuidado o recuperación considerando métodos de tratamiento y prevención. Todos ellos incluyen hábitos de higiene, cuidados y conocimientos, existencia o no de hábitos nocivos, existencia o no de cambios en la salud, accidentes de trabajo y accidentes de trabajo así como hospitalización.

2. Nutricional y Metabólico: La ingesta de alimentos y líquidos está relacionada con las necesidades metabólicas y la ingesta de nutrientes, teniendo en cuenta los horarios de alimentación, las preferencias y los suplementos, así como los problemas de alimentación; Además, se debe tener en cuenta el estado de la piel, mucosas y mucosas y de la cavidad oral (caries, pérdida de dientes, úlceras, etc.). De lo contrario, se debe considerar la evaluación de dificultades o trastornos digestivos (náuseas, vómitos).

3. Eliminación: Se deben tener en cuenta las funciones excretora, urinaria e intestinal. Por lo que se evaluó a nivel intestinal, regularidad, consistencia, malestar o dolor intestinal, sangre en las heces, uso de laxantes, presentación intestinal e incontinencia. A nivel urológico se evaluó frecuencia de micción por día, características de la orina, problemas urinarios y uso de sonda o dispositivo de recolección, pañal, piel y electroforesis.

4. Actividad - Ejercicios: Se evalúa el tipo, la cantidad y la calidad de las asignaciones. Considere su estado cardiovascular (presión arterial y frecuencia cardíaca anormales en respuesta a la actividad), tipo de actividad, tolerancia a la actividad y tiempo dedicado a ella.

5. Sueño y Descanso: Representa la capacidad de la persona para conciliar el sueño las 24 horas del día y descansar y relajarse.

6. Cognitivo – Perceptivo: Explicar los patrones sensoriales-perceptivos y cognitivos. Existe una gama completa de formas sensoriales (órganos de los sentidos de la vista, el gusto, el tacto, el olfato) y se utilizan complementos o prótesis. Percepción del dolor, si lo hay, y forma de tratar a cada paciente. Habilidades/habilidad funcional cognitiva (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones).

7. Auto concepto – autopercepción: Evalúa la percepción del estado de ánimo, la actitud hacia uno mismo, la percepción de las capacidades físicas o emocionales, así como la imagen corporal, el movimiento, la postura, el contacto visual, la conversación y los patrones de voz al hablar.

8. Rol – Relaciones: La relación de una persona con su entorno o con otras personas, su papel en la familia y con la sociedad, las responsabilidades de su estado actual se toman en serio.

9. **Sexualidad y Reproducción:** Califique la satisfacción o insatisfacción sexual por edad (pre menopáusica, posmenopáusica y/o clímax).

10. **Adaptación tolerancia al Estrés:** Se evalúan las estrategias o patrones generales de afrontamiento de la persona y las respuestas indicadas por la persona bajo estrés.

11. Valores y Creencias: Los valores y creencias que elige la persona se tienen en cuenta para determinar decisiones o elecciones sobre lo que se considera correcto o adecuado, malo y bueno en relación con la salud. También incluye las prioridades de salud, ya sea para acomodar o no los tratamientos, la vida o la muerte y las prácticas religiosas. (15)

2.3 BASE CONCEPTUAL

A. POLITRAUMATIZADO

Un paciente politraumatizado es alguien que ha sufrido una lesión a raíz de una lesión que afecta a dos o más órganos, o que ha tenido al menos una lesión que pone en peligro su vida. (16)

A.1. TIPOS DE POLITRAUMATISMO

Es muy importante que el personal de salud que realizara la atención inicial del enfermo politraumatizado, determinar prioritariamente de qué tipo de lesión se trata en función a la gravedad, de acuerdo al triaje se clasifican en:

Leve: Paciente que presenta lesiones o heridas superficiales, contusiones no tienen heridas ni fracturas, y que no ponen en peligro la vida.

Moderada: Paciente con lesiones o heridas que producen algún tipo de incapacidad funcional mínima.

Grave o Severo: Paciente que presenta un compromiso hemodinámico (hipotensión, bradipnea o taquipnea, Glasgow < 13 y fractura de dos o más huesos largos), y que tienen que ser tratados inmediatamente. O pacientes con las siguientes condiciones:

- Eyección de paciente de vehículo cerrado.
- Caída mayor a dos veces la altura del paciente.
- Impacto a gran velocidad > 50 km/h.
- Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle
- Que presente las siguientes características agravantes como: edad > de 60 años, embarazo, patologías grave preexistente.

Los eventos de muerte de pacientes politraumatizados se distribuyen en tres etapas, lo que se conoce como distribución tri modal de muertes accidentales:

Inmediatos: El periodo en el que fallece el 50% de los pacientes politraumatizados, lo hacen inmediatamente después del evento o al poco tiempo, esto se debe a que el traumatismo es muy severo y es muy poco probable que respondan al tratamiento de rescate. (Lesión del corazón o de los vasos principales, lesión grave de la médula espinal de alto grado)

Precoz: Mueren el 30% del total de heridos que sobreviven a la etapa inmediata y estas defunciones ocurren minutos u horas posteriores al suceso

y pueden deberse a: Traumatismo craneoencefálico, traumatismo viscerales, de Hígado, bazo, riñón y Traumatismo torácico, hemotórax, neumotórax, taponamiento cardiaco.

Tardío: Mueren el 20% de los pacientes que entran a esta etapa y estos individuos mueren luego de presentar infecciones severas, shock séptico o disfunciones orgánicas múltiples. (17)

A.2 CAUSAS DE UN POLITRAUMATISMO

El politraumatismo se produce principalmente por accidentes de tráfico (coches, motos, bicicletas y peatones en la vía), accidentes en el trabajo, en el hogar y durante la práctica deportiva, además de las caídas y las agresiones físicas también suelen calificarse como politraumatizados pero de menor gravedad. (18)

B. TRATAMIENTO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

El tratamiento del paciente politraumatizado se desarrolla en varios periodos, incluso se debe considerar y es de mucha importancia la atención pre hospitalario, ABCDE Hospitalaria, Valoración definitiva o de control de daños, y el tratamiento tardío.

B.1. VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO:

Esta fase exploratoria debe realizarse inmediatamente después de los primeros 30 segundos. Detectar lesiones importantes e incorporarlas siempre con el tratamiento inicial. Se sigue el principio de "diagnosticar la herida, tratar la herida". En consecuencia, se establecerá una secuencia de actuación protocolaria, en etapas sucesivas. A B C D E

A. AIRWAY. **Vía aérea con control cervical:**

- Inmovilización de columna cervical (collarín)
- Tracción de mandíbula para facilitar la ventilación
- Retirar cuerpo extraño de cavidad oral
- Nunca hiperflexión o hiperextensión del cuello

Lo importante es asegurar la permeabilidad de la vía aérea, inmovilizando la columna cervical y realizar la tracción mandibular. Se evalúa el nivel de

conciencia, se pregunta al paciente qué le pasa. Si está inconsciente, escuche los sonidos de la respiración y abra la boca para verificar si las vías respiratorias están despejadas. Si existe obstrucción de la vía aérea, realizaremos una tracción mandibular con el cuello en posición neutra y procederemos a la extracción manual del cuerpo extraño de la cavidad oral, aspirando si es necesario con sonda rígida. Se colocará una cánula orofaríngea. Todas estas manipulaciones se realizarán con un estricto control de la columna cervical. Siempre se pondrá collarín si dejamos de realizar la tracción cervical.

B. BREATHING. Control respiración:

- Descubrir el tórax, se recomienda partir la ropa de tórax. Cerciorarse movimientos, expansión y simetría.
- Observar ventilación. Si es inapropiado poner mascarilla de reservorio con aporte de oxígeno en alto flujo (Fi O2 50%, 8-10 litros por minuto) o considerar intubación endotraqueal conectado a respirador volumétrico.
- Desechar los traumas potencialmente vitales: neumotórax a tensión, neumotórax abierto, y tórax inestable con contusión pulmonar y hemotórax masivo. Se aplicara drenaje con tubo torácico como tratamiento.

C. CIRCULATION. Circulación:

C.1 gasto cardiaco:

- Pulso: mide la frecuencia, amplitud y regularidad de los latidos del corazón.
- Color de la piel: nuestra guía para la oxigenación de los tejidos.
- Relleno capilar: nos orienta de la perfusión tisular. (Normal es 2 segundos). Si es alargado o ausente indica hipoxia tisular. Se mide en lecho ungueal de 1º dedo de mano o pie.
- No tomar Tensión Arterial en esta fase.

C.2 sangrado:

- Controla el sangrado masivo. El sangrado externo se puede tratar con la aplicación directa en el área o con un vendaje de compresión, no se recomienda hacer torniquete.

D. DISABILITY. Valoración neurológica inicial:

D.1 Nivel de conciencia: Medir el nivel de conciencia en el test de coma de Glasgow

- Apertura ocular.
- Respuesta verbal
- Respuesta motora

Escala de Glasgow		
	Respuesta	Puntaje
Apertura Ocular	Espontánea A la palabra Al dolor No abre los ojos	4 3 2 1
Respuesta Verbal	Orientado Confundido Palabras inapropiadas Articulación ininteligi-ble Sin articulación	5 4 3 2 1
Respuesta motora	Obedece a órdenes Localiza dolor Retiro ante el dolor Flexiona los miembros Extiende los miembros Sin movimiento	6 5 4 3 2 1

D.2 Estado de pupilas: Valorar tamaño, simetría y reactividad a la luz

E. EXPOSURE. Desnudar el paciente: se debe retirar la ropa para llevar a cabo una evaluación completa evitando la hipotermia.

B.2 Tratamiento inicial o fase de resucitación

Siempre se realiza al mismo tiempo que la evaluación inicial. Se trata principalmente de un tratamiento de choque. Siempre que se inicie la reanimación con choque, se deben considerar las posibles causas del choque en un paciente politraumatizado:

- Hemorragia. - Neumotórax comprimido.
- Taponamiento cardíaco.
- Shock neurogénico por lesión aguda de la médula espinal.

- Traumatismo craneoencefálico grave por traumatismo del tronco encefálico.
- Ataque cardíaco grave. - Quemaduras graves.
- Rotura aórtica postraumática.
- Hemorragia.
- Neumotórax a tensión.
- Taponamiento cardiaco.
- Shock neurogénico por lesión medular aguda.
- Traumatismo craneoencefálico grave por lesión tronco encéfalo.
- Contusión cardiaca severa.
- Quemaduras graves.
- Rotura traumática de aorta.

Se realizara una secuencia ordenada de medidas:

B.2.1. Aporte de oxigeno siempre:

- Con mascarilla si hay respiración espontánea mantenida
- Con intubación orotraqueal o nasotraqueal en paciente consciente, con respiración límite o ventilación insuficiente. Previamente se procederá a sedación.
- Si el paciente esta inconsciente (Glasgow <8), apnea o inestabilidad respiratoria se procederá a intubación endotraqueal y ventilación mecánica.

B.2.2. Colocar dos vías venosas periféricas de grueso calibre (16,18G) siempre inicialmente.

Si hay hipotensión o signos de hipoperfusión tisular infundir 1000-3000 ml de suero salino al 0,9% en 10-15 minutos, o bien 30 ml/Kg. en adultos y 20 ml/Kg. en niños y valorar respuesta., sacar además muestra de sangre para estudio analítico:

- Hemograma.
- Bioquímica
- Pruebas de coagulación
- Gasometría arterial
- Pruebas cruzadas y reserva del número de unidades de sangre en relación a las pérdidas estimadas.

- Tóxicos en sangre

Primero infundir solución salina, y si el shock se debe a una hemorragia administrar sangre cruzada. Usar expansores de volumen, solo en caso grave de shock inicial.

- Cristaloides: duran un corto tiempo en espacio intravascular. Solo un 20-25% a los 20-30 minutos de la infusión. Los principales son: El suero fisiológico al 0,9% es ligeramente hipertónico, en cambio cuando se administra en grandes cantidades, empeora la acidosis metabólica por su exceso de cloro. El lactato de ringer es ligeramente hipotónico, por lo que es adecuado en los TEC. Además aporta potasio, por lo que no está indicado en acidosis. No se debe infundir sueros glucosados en TEC.
- Coloides: producen gran incremento del espacio intravascular y más sostenido. Pero afectan a la función renal, coagulación y tienen riesgo anafiláctico.

Así pues se prefiere la reanimación con cristaloides, pues no se ha demostrado que haya más supervivencia en reanimación con coloides

B.2.3. Parámetros de seguimiento:

- Frecuencia cardiaca: el descenso de la taquicardia nos indica una mejoría.
- Frecuencia respiratoria: se estable entre 14-20 respiraciones por minuto.
- Presión arterial. Mantener parámetros normales, con paciente ligeramente hipotenso.
- Presión del pulso: el pulso lleno orienta a la mejoría
- Gases arteriales: conseguir su normalización.
- Diuresis: lograr una diuresis de 50 ml/h en adultos y de 2 ml/kg /h en niños.

B.2.4. Monitorización electrocardiográfica:

Son se evidencias en mayor frecuencia las arritmias, fibrilación auricular, extrasístoles ventriculares y alteraciones ST. Si aparecen asistolia, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso/disociación electromecánica o una bradicardia extrema, a lo anterior sumar protocolos de reanimación cardiopulmonar avanzada y soporte vital avanzado.

B.2.5. Pulsioximetria: Medir el nivel de oxígeno en sangre con el pulsioximetro.

B.2.6. Colocar catéteres o sondas:

- Cateterismo vesical, si no hay riesgo de rotura uretra. Si se sospecha de tal rotura, primero hacer un tacto rectal. Estará contraindicado en los casos de sangre en uretra o recto, sangre en escroto y si la próstata no se palpa o esta desplazada.
- Sonda nasogástrica: si hay fracturas faciales importantes, coloca la sonda por la boca.

Cualquier maniobra de tratamiento se ejecutara al identificar el problema y no al final de la evaluación inicial.

B.3. VALORACIÓN SECUNDARIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Después de completar la evaluación inicial, diagnosticar lesiones potencialmente mortales y brindar tratamiento inmediato, el médico de emergencia realizará una revisión sistemática en busca de lesiones relacionadas con el trauma. Es la denominada fase de evaluación secundaria, que siempre estará asociada al tratamiento definitivo de las lesiones detectadas, aunque la aplicación del tratamiento no siga el cuadro de la lesión diagnosticada, se trata la lesión. Siempre estará presidida por la actuación del médico, será una fase más lenta en el tiempo, de unos dos minutos, y durante la cual se detectarán lesiones no críticas y otras lesiones significativas no detectadas en la valoración inicial; por ejemplo, neumotórax progresivo, ruptura esplénica, etc. Esta etapa garantiza una atención de calidad a los pacientes traumatizados. Requiere unidades específicas, con personal capacitado, formado únicamente en detectar lesiones y tratarlas, priorizando las múltiples opciones de tratamiento que se ofrecen frente a otras lesiones relacionadas que se producen en pacientes politraumatizados. La metodología a seguir será el método clásico de exploración: exploración, palpación, percusión y auscultación. Cada vez que

se observa una posibilidad patológica, se decide realizar una interconsulta o solicitar un nuevo examen. Priorizar siempre la atención para preservar la estabilidad del paciente.

B.3.1. Cabeza: Se examina el contorno en busca de lesiones externas evidentes, como hematomas, deformidades, heridas, etc. Se palpa el cráneo en busca de fracturas y depresiones. Si encontramos el cuero cabelludo un scalp, se palpara posible fractura dentro de él, y se comprimirá el sangrado. Las lesiones faciales no respiratorias se tratarán al finalizar la investigación secundaria. Si aparece sangre en la nariz, las orejas o hematomas en los anteojos o en el hueso mastoideo, se sospecha una fractura de cráneo.

B.3.2. Cuello: Observe la posición media de la tráquea, observando que se desviará en caso de traumatismo directo y durante la fase de tensión del neumotórax. Observar la distensión venosa cervical, que es evidente en el neumotórax por compresión y el taponamiento cardíaco, se puede observar con normovolemia, por el contrario, se reduce mucho en pacientes con hipovolemia.

La observación de laceración y/o hematoma, evaluación de la arteria carótida, su asimetría orienta a un aneurisma torácico, y la existencia de enfisema subcutáneo es sugestivo de neumotórax o rotura traqueal. En la parte posterior del cuello, busque crepitación o sensibilidad, también palpe las apófisis espinosas en busca de fracturas cervicales. Lo más importante es realizar pruebas de evaluación secundaria, que dan como resultado que el paciente salga de la sala de exploración de politraumatismo, realizadas al final de la evaluación secundaria y siempre con el paciente hematológicamente estable.

B.3.3. Tórax: Se realiza exploración y palpación buscando signos de traumatismo externo, como hematoma y/o herida, dolor, crepitación, etc. Observe si sale burbuja sanguinolenta de la herida que conduce a neumotórax, hematoma en la base del tórax, lo que lleva a la ruptura del bazo o la ruptura del hígado. Palpitaciones con movimiento asimétrico muestran daño en las costillas y enfisema subcutáneo, lesiones del árbol bronquial. La auscultación cardiovascular y/o torácica para ayudar a evaluar

el neumotórax, la inestabilidad torácica, el infarto pulmonar o cardíaco y el taponamiento cardíaco también pueden ocurrir durante esta fase exploratoria. Ausencia de murmullo vesicular en el vértice pulmonar sugiere neumotórax; La ausencia de soplo vesicular en la base del pulmón indica hemotórax. Solicitar primero una radiografía de tórax. Valora contractilidad pulmonar, hemotórax, neumotórax, fractura de costilla. Se valora dilatación mediastínica y es importante descartar rotura aórtica mediante TAC o ecografía transesofágica. Evalúe ambos diafragmas. Su elevación resultó en la ruptura del diafragma.

B.3.4. Abdomen y pelvis: Esta exploración es importante, ya que muchas veces conduce a una cirugía necesaria y rápida. Nos permitirá valorar la necesidad de cirugía. Enfatizar que al examinar a un paciente traumatizado, siempre debe tenerse en cuenta la existencia de hemorragia interna hasta que se demuestre lo contrario, y que el examen debe apuntar a detectar estas condiciones inmediatamente.

Se valora abultamiento, buscando erosiones y/o hematoma, “Lesiones en banda” por cinturón, que hagan sospechar lesiones internas, se palparon dolor abdominal y defensa abdominal, y se realiza percusión para evidenciar timpanismo o matidez, sospechar presencia de aire o sangre.

La presencia o ausencia de ruidos en auscultación indica la presencia de sangre, que tiene un efecto paralizante en los intestinos. La compresión en ambos lados de la pelvis provoca dolor cuando hay fracturas de la pelvis, hematoma en la ingle nos remiten a estas lesiones. Son de extrema gravedad porque pueden llegar a provocar un shock hipovolémico, aunque se trate de una lesión única. A menudo se asocia con hematoma retroperitoneal sin hemoperitoneo. El examen perineal y el examen rectal digital revelan la presencia de sangre Solicite siempre una radiografía pélvica anterior cuando evalúe a un paciente por traumatismo.

B.3.5. Extremidades y espalda: Durante el examen, buscamos heridas, deformidades, fracturas, etc. La palpación ayuda a identificar áreas de dolor y crepitación, hinchazón y movimientos anormales.

Es muy importante la existencia de pulsos arteriales en las extremidades. Radial en las extremidades superiores; pedio y tibial posterior en las extremidades inferiores. Su ausencia es indicativa de una reducción inmediata de fracturas o dislocaciones.

Durante esta fase se tratan las heridas, se suturan por capas, se dejan canales de drenaje, y se anotan las características y mecanismos de la herida en la historia clínica. Administración de vacuna antitetánica, antibioticoterapia protocolizado. Se realiza inmovilización de fracturas y reducción previa administración de anestesia local.

Para examinar la espalda, se colocará al paciente en decúbito lateral en bloque y permitirá la visualización de lesiones externas severas, como herida punzante, hematoma en la fosa renal, etc.

B.3.6. Neurológico: Se realizará una exploración motora y sensitiva de las extremidades superiores e inferiores, detectándose parálisis o paresias por lesión central o medular. Se reevaluará el nivel de conciencia y pupilas.

Aplicación de la Evaluación de la Escala de Coma de Glasgow. Los cambios en el daño del sistema nervioso central producen cambios en el nivel de conciencia. Los hematomas epidurales, los hematomas subdurales y las fracturas depresivas se consideran lesiones de emergencia.

B.3.7. Papel el médico de urgencias: La labor coordinadora del médico de urgencias, en un servicio de traumatología, es fundamental en esta etapa. “Es responsable del orden en que se ensamblan las piezas” Las soluciones no siempre dependen del médico de urgencias, sino también de los demás especialistas que intervendrán a petición del primero. De lo contrario, la atención conduce al desorden sin la coherencia proporcionada por el médico coordinador.

B.3.8. Información y registro: Un aspecto importante es la recopilación y transmisión de información sobre el accidente. Es muy importante conocer los mecanismos de lesión (cinemática), para poder predecir las lesiones esperadas. La información de los familiares del paciente es fundamental, ya que nos brindan datos previos (Antecedentes), para brindar una atención adecuada. Se debe informar el estado del paciente, sin olvidar la evolución

de las primeras horas en este tipo de patología. El médico de urgencias en la unidad de trauma es responsable de documentar la historia clínica, datos, hallazgos físicos, problemas observados, soluciones aplicables, exámenes adicionales y el estado actual del paciente.

B.3.9. Reevaluación: Intente revisar la evaluación preliminar y corregir lo que se descubrió o abordar lo que no se hizo. Debe realizarse tantas veces como sea necesario para corroborar el estado hemodinámico del enfermo.

a) Asegurar el despeje de la vía aérea, con cánula orofaríngea y control columna cervical, con collarín cervical.
b) Asegurar una adecuada ventilación y oxigenación.
c) Control de circulación y sangrado:
- Identificar de puntos de sangrado y compresión
- Existencia de pulsos (radial, femoral y carotidea) y calidad de los mismos. Color y temperatura de la piel, relleno capilar.
- Medir la presión arterial.
- Canalización de dos vías venosas periféricas con abocath N° 16 o 18, solicitar exámenes de hemograma, bioquímica, coagulación, gases sanguíneos y hacer de pruebas cruzadas. Si no se hubiese hecho antes
- Se ejecutara inicialmente pasar de solución salina en cantidades de 1000-1500 ml y observar funciones vitales y diuresis.
- Monitorear al enfermo.
d) Evaluación neurológica
- Tamaño y respuesta de la pupila
- Estado de conciencia. Inmediato con de test de coma de Glasgow completo.
e) Si el paciente mantiene estable, se continúa tratando los cambios detectados, así como realizar las suturas, inmovilizaciones etc. o bien pedir más exámenes complementarias o bien solicitar interconsultas con otros especialistas.

Finalmente, el paciente será asignado a una sala de observación, o admitido en hospitalización, o referido a otra instalación de mayor capacidad resolutiva, o dado de alta.(19)

CAPÍTULO III.
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

3.1. JUSTIFICACIÓN

El paciente politraumatizado ha sido uno de las preocupaciones mayores en la actualidad considerado como un problema de salud pública, que afecta a la población especialmente joven o población económicamente activa y varones, y las consecuencias que conlleva son el impacto socioeconómico grave, secuelas y consecuencias con altos costos económicos y social que obliga a las autoridades a tener una adecuada organización y procesos de apoyo para brindar atención inicial del paciente politraumatizado.

Por lo tanto es imprescindible la intervención del profesional de enfermería en la atención del paciente politraumatizado del primer nivel de atención, por ello es fundamental la capacidad de hacer frente y proceder acorde a las prioridades establecidas en los procedimientos y normas de atención inmediata del paciente politraumatizado, donde se instaura el uso del ABCDE.

El presente trabajo académico contribuye al mejoramiento de las habilidades de liderazgo y la calidad de atención del personal de enfermería en el primer nivel de atención, en esta oportunidad consideraré parte de mi experiencia como profesional el área de emergencia del Centro de Salud San Camilo de Lellis, de categoría I-4. Con una propuesta basada en la unificación de criterios para la atención del paciente politraumatizado según las guías y protocolos vigentes, adquiriendo las habilidades y competencias para prevenir o minimizar las complicaciones y secuelas e incluso la mortalidad, en nuestro trabajo diario se observó que el profesional de enfermería no hay un consenso de criterios, actualización de

conocimientos para la atención inicial del paciente politraumatizado, se recomienda proponer las capacitaciones del profesional de Enfermería, estandarizando los protocolos de atención para actuar con rapidez y prontitud y así minimizar las secuelas y complicaciones.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION INICIAL DEL POLITRAUMATIZADO.

A. PERMEABILIDAD DE LA VIA AREA CON PROTECCION DE LA COLUMNA CERVICAL:

- Permeabilizar la vía aérea a través de levantamiento del mentón o desplazamiento mandibular, realizar tracción mandibular, no se debe hiperextender, ni rotar el cuello.
- Retirar cuerpos extraños de la boca y aspiración de secreciones, vómitos y sangre.
- Estabilización de la columna cervical, inmovilizar el cuello con un collarín cervical (Prioridad en accidentes de tránsito).
- Si es necesario colocar cánula nasofaríngea o orofaríngea
- Valorización y monitoreo de la función respiratoria a través de la saturación de oxígeno, importante mantener una saturación de más del 90%
- Suministrar oxígeno en altas concentraciones a través de un dispositivo de mascara de reservorio o mascara de Venturi a razón de 10 a 12 litros por minuto.
- Evaluar daño de la vía aérea, preparar el equipo para intubación endotraqueal, preparar resucitador manual conectado a una fuente de oxígeno y dispositivo de succión.

B. RESPIRACIÓN Y VENTILACION:

- Exponer el tórax del paciente y valorar la respiración espontanea, expansión torácica, frecuencia respiratoria
- Verificar la permeabilidad de la vía respiratoria, los ruidos respiratorios aumentados, disminuidos o irregulares, uso de músculos accesorios.
- Desviación de la Tráquea e ingurgitación yugular

- Palpar y buscar signos de neumotórax a tensión, tórax inestable, neumotórax abierto.
- Prepararse para realizar reanimación básica avanzada si no hay respiración espontanea
- En caso de neumotórax alistar el equipo y ayudar al médico en la colocación de un tubo torácico para una descomprensión del tórax
- Evaluar continuamente los patrones de respiración.

C. CIRCULACIÓN Y CONTROL DE LA HEMORRAGIA

- Evaluar parámetros hemodinámicos, el nivel de conciencia, color de la piel, estado de llenado capilar y temperatura corporal.
- Evidencia de sangrado externo, valoración del pulso radial.
- Canalización de vía endovenosa periférica con catéter venoso N° 16 o 18 (2 vías si hay shock). Simultáneamente se recolecta muestras de sangre para hemoclasificación y reserva.
- Suministrar soluciones cristaloides como lactato de ringer o solución salina de preferencia tibios. (1000 a 2000ml en bolo pacientes adultos)
- En caso de sangrado externo realizar compresión directa o vendaje compresivo sobre la zona sangrante con un apósito estéril; no realizar torniquete.
- Evaluar referencia a un nosocomio de salud de mayor capacidad resolutiva.

D. EVALUACION NEUROLOGICA:

- Evaluación de nivel de conciencia a través de la escala de coma de Glasgow. La evaluación inicial neurológica ayuda establecer la gravedad de la lesión, Glasgow menor o igual a 8 preparar equipo para entubar.
- Evaluación de pupilas: forma, reactividad, tamaño y asimetría.
- Mantener en forma lineal de la medula espinal por medio de la tabla rígida para inmovilización espinal o chaleco ked.
- Suministrar analgésicos según prescripción médica.
- Revaluar continuamente.

E. EXPOSICIONES DE LESIONES:

- Desvestir al paciente, proteger contra la hipotermia, tener cuidado con la integridad y pudor del paciente.
- Realizar una evaluación general en busca de fracturas expuestas, laceraciones, hematomas (Cefalocaudal)
- Cobijar al paciente con mantas calientes para prevenir la hipotermia

3.2. OBJETIVOS:

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar y socializar un plan de intervención de enfermería en el manejo inicial de pacientes adultos politraumatizados en el servicio de emergencia del Centro de Salud San Camilo

3.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

a) Garantizar la implementación, operatividad de equipos biomédicos y suministro de insumos y materiales para una oportuna atención del paciente politraumatizado
b) Fortalecimiento de capacidades del personal de Enfermería en la atención inmediata, oportuna, sistemática y secuencial con la etapas del ABCDE en la atención inicial del paciente politraumatizado

3.3 META:

Preservar la vida del pacientes politraumatizados, minimizando las graves complicaciones y secuelas incapacitantes mediante la aplicación de este plan; con una rápida valoración inicial aplicada por parte del personal de Enfermería de manera integral, secuencial y sistemática.

4. PROGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Garantizar la implementación, operatividad de equipos biomédicos y suministro de insumos y materiales para una oportuna atención del paciente politraumatizado: - Revisión diaria y continua de equipos biomédicos, abastecimiento de insumos, sistema de referencia y contrareferencia. - Reportar a la jefatura inmediata de los equipos inoperativos. - Abastecimiento de equipos de protección personal (EPP).	Lista de checklist de operatividad, funcionabilidad de equipos y abastecimiento de materiales e insumos en el servicio de Emergencia.	Equipos operativos, materiales e insumos disponibles	Equipos al 100% operativos e insumos abastecidos	Julio a diciembre 2022	Profesional de Enfermería que ingresen de turno al servicio de Emergencia. Jefe del servicio del Centro de Salud San Camilo
Fortalecimiento de capacidades del personal de Enfermería en la atención inmediata, oportuna, sistemática y secuencial con la etapas del ABCDE en la atención inicial del paciente politraumatizado: **A.- MANEJO DE LA VIA AEREA:** - Permeabilización de la vía aérea mediante tracción mandibular. - Retirar cuerpos extraños de la boca y aspirar secreciones, vómitos y sangre. - Estabilización de la columna cervical con un collarín cervical. - Valorización y monitorización de función respiratoria. - Administrar oxígeno. - Evaluar si hay compromiso de la vía aérea. - Colocar cánula orofaríngea o nasofaríngea.	Intervención del profesional de Enfermería, realizada en forma secuencial al paciente politraumatizado según la etapa: A	Evaluación de los procedimientos Realizados. Permeabilización de las vías aéreas según técnicas adecuadas	Permeabilidad y equilibrio de la Vía aérea.	Julio a diciembre 2022	Profesional de Enfermería que estén de turno en el servicio de Emergencia del Centro de Salud San Camilo.

B.- MANEJO DE LA VENTILACIÓN Y OXIGENACIÓN: - Exponer el tórax del paciente. - Palpar el tórax para descartar fracturas. - Verificar la permeabilidad de la vía aérea - Colocar y valorar la saturación de oxigeno con el pulsioximetro - Valorar y monitorizar la frecuencia respiratoria - Administrar oxígeno.	Intervención del profesional de Enfermería, realizada en forma secuencial al paciente politraumatizado según la etapa: B	Evaluación de los Procedimientos realizados. Respiración Espontanea Ventilación asistida no invasiva adecuada > a 95% de Saturación de O_2 Frecuencia Respiratoria 16 a 20 por minuto.	Evitar la hipoxia, con un patrón respiración y ventilación adecuada.	Julio a diciembre 2022	Profesional de Enfermería que estén de turno en el servicio de Emergencia del Centro de Salud San Camilo.
C.- MANEJO DE LA CIRCULACION Y CONTROL DE HEMORRAGIAS: - Control y evaluación de la frecuencia cardiaca. - Control y evaluación de la presión arterial - Control de la hemorragia aplicando presión directa en el área sangrante. - Valorar coloración de la piel - Control y evaluación de la temperatura - Canalización de dos vías endovenosas periféricas - Valorar el llenado capilar y perfusión tisular.	Intervención del profesional de Enfermería, realizada en forma secuencial al paciente politraumatizado según la etapa: C	Evaluación de los procedimientos realizados. Frecuencia cardiaca 60 a 100 por Minuto Precian arterial 65 a 110 mmHg. Control integral de las Hemorragias.	Control y monitoreo Hemodinámico. Evitar shock hipovolémico conservando el flujo sanguíneo y oxigenación Cerebral.	Julio a diciembre 2022	Profesional de Enfermería que estén de turno en el servicio de Emergencia del Centro de Salud San Camilo.

D.- MANEJO DEL ESTADO NEUROLOGICO: - Evaluación neurológica según escala de coma de Glasgow: • Valorar apertura Ocular • Valorar respuesta verbal • Valorar respuesta motora - Evaluación de pupilas: forma, reactividad, tamaño y asimetría - Observar y valorar el nivel de alerta.	Intervención del profesional de Enfermería, realizada en forma secuencial al paciente politraumatizado según la etapa: D	Evaluación de los procedimientos realizados. Nivel de alerta según escala de coma de Glasgow: - Leve ≥ 13 puntos. - Moderado 9-12 puntos - Grave o severo ≤ 8 puntos	Adecuada valorización neurológica para descartar traumatismos encefalocraneanos a todos los pacientes politraumatizados.	Julio a diciembre 2022	Profesional de Enfermería que estén de turno en el servicio de Emergencia del Centro de Salud San Camilo.
E.- MANEJO DE LA EXPOSICIÓN DEL PACIENTE: - Desvestir completamente con su sumo cuidando, teniendo en cuenta la integridad, y privacidad del paciente. - Examinar en forma cefalocaudal para encontrar fracturas expuestas, laceraciones y hematomas. - Abrigar al paciente con cobertores calientes para evitar hipotermia	Intervención del profesional de Enfermería, realizada en forma secuencial al paciente politraumatizado según la etapa: E	Evaluación de los Procedimientos realizados. Inspección completa del paciente. Temperatura > a 36.5°c a 37°c	Localización de otras lesiones y evitar la Hipotermia de los pacientes politraumatizados	Julio a diciembre 2022	Profesional de Enfermería que estén de turno en el servicio de Emergencia del Centro de Salud San Camilo.

5. RECURSOS

5.1 INSTRUMENTOS DE ELABORACIÓN

Para realizar el presente trabajo académico utilizaremos instrumentos como la: Observación, Entrevista, Socialización y la investigación de documentos; de aplicación de protocolos de intervención de Enfermería, Manual de Organizaciones y Funciones (MOF), Reglamento de Organización y Funciones (ROF), Reglamento Interno del Trabajo (RIT), Indicadores de calidad, datos estadísticos del HIS MINSA, Registro del cuaderno de Emergencias.

5.2 RECURSOS HUMANOS:

- 01 Licenciada en Enfermería jefa de Enfermeras.
- 01 Licenciado de Enfermería jefe del área de Emergencia.
- 10 Licenciados de Enfermería asistenciales.
- 06 Técnicos de enfermería
- 01 Interna de Enfermería.

6. EJECUCION

El plan de intervención se empezara a ejecutar desde el mes de julio del presente año en curso, se inicia realizando solicitando la autorización de la jefatura de la Micro Red Chuquibambilla, y director del Centro de Salud San Camilo de Lellis – Chuquibambilla, previa autorización se realizara las coordinaciones con el jefe del servicio de emergencia, para realizar las actividades de intervención y socialización con todo el personal profesional y técnicos de enfermería, con la finalidad de fortalecer sus capacidades, unificar criterios y actuar de forma oportuna, sistémica y secuencial según las etapas de la evaluación inicial ABCDE. El profesional de Enfermería capacitado que se encuentre de turno en el área de emergencia aplicara todas las etapas de forma oportuna y eficiente en los pacientes politraumatizados demostrando su capacidad de respuesta frente a estos tipos de pacientes, reduciendo las complicaciones y salvaguardando la vida del paciente, y fomentando la integración del equipo multidisciplinario de salud, para una atención de calidez y calidad.

7. EVALUACION.

Con este plan de intervención para la atención inicial de paciente politraumatizado, se espera aplicar y realizar todos los procedimientos necesarios a todos los pacientes politraumatizados que asisten al servicio de emergencia del Centro de Salud San Camilo de Lellis.

En el mes de diciembre del presente año, se evaluara del total de pacientes politraumatizados atendidos, recogiendo datos: del total de pacientes atendidos, recuperados, hospitalizados, referidos a otros establecimientos de mayor capacidad resolutiva, y también fallecidos. Para así obtener datos que nos permitan demostrar si el presente plan de intervención fue productivo o no, si mismo realizar una revaluación y corrección de algo que se obvio e implementar en forma continúa de acuerdo a la experiencia y avances tecnológicos, e implementar o considerar dentro del plan operativo del área de emergencia.

CONCLUSIONES

1. A través de plan de respuesta de enfermería se pretende mejorar el equipamiento, operatividad y abastecimiento de materiales e insumos en el área de emergencia, de esta manera minimizar los tiempos y mejorar la funcionalidad en la atención que se brinda al paciente politraumatizado.
2. Una adecuada atención del paciente politraumatizado que asiste al servicio de emergencia, es necesario tener personal especializado o capacitado, una infraestructura adecuada, equipos para el diagnóstico y medicamentos que facilite una oportuna atención, evitar complicaciones y su pronta recuperación.
3. El profesional especializado sumado a su experiencia laboral en la atención del paciente politraumatizado en el área de emergencia, es de suma importancia para brindar una adecuada atención.
4. En los pacientes politraumatizados es indispensable la secuencia de las prioridades del plan de intervención, deberá establecerse sobre la base de la valoración integral del paciente
5. La atención inicial del paciente politraumatizado se requiere una ágil evaluación de las lesiones y aplicación de las medidas adecuadas, teniendo en cuenta que el factor tiempo juega un papel muy importante.

RECOMENDACIONES

1. Al jefe del servicio de emergencia ejecutar las coordinaciones para la programación de actividades de capacitación permanente y la realización de simulacros de intervención del paciente politraumatizado.
2. A la jefatura de la Micro Red Chuquibambilla, reorganizar la rotación de personal de Enfermería especializado en emergencias y desastres al Centro de Salud San Camilo de Lellis de categoría I-4.
3. A la Jefatura realizar las gestiones para la implementación y equipamiento de equipos que no se cuenta el establecimiento de salud (Rayos X, Desfibrilador externo automático, electrocardiógrafo, etc.)
4. Al profesional de enfermería del área de emergencia, coordinar, dirigir, planificar, implementar y ejecutar las actividades frente a la evaluación inicial de los pacientes politraumatizados.
5. A los profesionales de enfermería actualizar y profundizar sus conocimientos con el fin de potenciar nuestra capacidad de respuesta para intervenir en urgencias y emergencias.
6. A la jefatura y profesionales de enfermería implementar la lista de chequeo de cada equipo para ver el mantenimiento, operatividad y funcionalidad y reporte de inoperatividad.
7. Realizar reuniones mensuales para realizar evolución de casos, intercambio de experiencias, corrección de falencias, con el único objetivo de brindar una mejor atención al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodriguez ae. Ocronos - Editorial Cientifico - Técnica. [Online].; 2021 [cited 2022 Mayo 25. Available from: https://revistamedica.com/politraumatismo-primer-nivel-atencion/.

2. México O. Organización Panamericana de la Salud. [Online]. [cited 2022 Mayo 25. Available from: https://www3.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=490:marco-conceptual&Itemid=380.

3. Peña ea. https://repositorio.uwiener.edu.pe/. [Online].; 2019 [cited 2022 Mayo 25. Available from: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3181/TRABAJO%20ACAD%C3%89MICO%20Tinedo%20Gisella%20-%20Pe%C3%B1a%20Gisella.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=El%20Ministerio%20de%20Salud%20del,por%20atropellos%2022%2C503%20casos%20(23.

4. Salud Md. bvs.minsa.gob.pe. [Online].; 2013 [cited 2022 Mayo 25. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2930.pdf.

5. Garcia. repositorio.uam.es. [Online].; 2020 [cited 2022 Mayo 28. Available from: https://repositorio.uam.es/handle/10486/691491.

6. Juncal. ruc.udc.es. [Online].; 2020 [cited 2022 Mayo 28. Available from: https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/27474.

7. Machado ea. dspace.unach.edu.ec. [Online].; 2019 [cited 2022 Mayo 28. Available from: http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5680.

8. Sanjuán. ruc.udc.es. [Online].; 2019 [cited 2022 Mayo 29. Available from: https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/24135.

9. Álvarez ea. Factor tiempo en la atención inicial del paciente politraumatizado. Revista Medica Electronica. 2020 Mayo-Junio; 42(3).

10. Flores. repositorio.upch.edu.pe. [Online].; 2022 [cited 2022 Mayo 30. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11429/Cuidados_FloresMauricio_Magaly.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

11. al Oe. repositorio.unac.edu.pe. [Online].; 2020 [cited 2022 Mayo 30. Available from: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5465/OVALLE%2c%20FLORES%20FCS%202DA%20ESPEC%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

12. al Be. repositorio.upch.edu.pe. [Online].; 2018 [cited 2022 Mayo 30. Available from: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3914/Conocimiento_BelaundeGarcia_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

13. Observatorio Metodologia Enfermera NdSdVH. www.ome.es. [Online]. [cited 2022 Junio 01. Available from: https://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=11.

14. Hernández. uvadoc.uva.es. [Online].; 2016 [cited 2022 Junio 1. Available from: https://uvadoc.uva.es/handle/10324/17711.

15. Gordón PfdM. yoamoenfermeriablog.com. [Online]. [cited 2022 Junio 1. Available from: https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/03/patrones-funcionales-marjory-gordon/.

16. Ballestero. www.aeped.es. [Online].; 2020 [cited 2022 Junio 2. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_paciente_politraumatizado.pdf.

17. Espinoza. www.scielo.org.pe. [Online].; 2011 [cited 2022 Junio 2. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007#:~:text=ENFOQUE%20INICIAL%20DEL%20PACIENTE%20POLITRAUMATIZADO%3A&text=Politraumatismo%20leve%3A%20Paciente%20cuyas%20lesiones,tipo%20de%20incapacidad%20funcional%20minima.

18. online F. www.fisioterapia-online.com. [Online]. [cited 2022 Junio 3. Available from: https://www.fisioterapia-online.com/glosario/politraumatismo.

19. [Online]. [cited 2022 Junio 3. Available from: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:pVLJBuK_Ne0J:https://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/politraumatizado.pdf+&cd=10&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe.

ANEXOS