

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO
VERTEBRO MEDULAR CERVICAL, SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL
CENTRAL POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, LUIS NICASIO SAENZ, 2017

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

Lic. CESAR DANIEL JUSCAMAITA VERA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERO ESPECIALISTA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES

ASESOR:

Dr. EDGAR L. ALVIZURI GÓMEZ

LIMA – PERÚ

2017

Dedicatoria

A mi esposa e hijo, por ellos soy lo que soy, sus consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles. Ellos son el motor y motivo, pilares de mis valores, principios, carácter, empeño, perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

Agradecimiento

Agradezco en primer lugar a Dios porque está conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi familia para seguir adelante y cumplir mis sueños, a todos los colegas, que gentilmente me apoyaron en el peregrinaje del estudio y trabajo enfermero. A esta casa de estudios, por acogerme en sus aulas, a los docentes por nutrirnos de sus vastos conocimientos.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Bases Teóricas	9
1.2 Teorías de Enfermería.....	16
1.3 Cuidados de Enfermería.....	18
1.4 Estudios Relacionados con el tema	23

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PAE - EBE

2.1 Valoración Según Dominios	32
2.2 Diagnostico de Enfermería	40
2.3 Planeamiento de Objetivo y Prioridades.....	41
2.4 Ejecución de las Intervenciones.....	42
2.5 Evaluación De Los resultados	43

CAPITULO III

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Conclusiones del Trabajo	50
3.2. Recomendaciones.....	51
Referencias Bibliográficas.....	52
Anexos.....	54

RESUMEN

El presente trabajo académico, Cuidados de enfermería en paciente con traumatismo vertebro-medular cervical, servicio de Emergencia, Hospital Central Policía Nacional Del Perú, Luis Nicasio Sáenz, 2017; con una revisión detallada de biografía y la aplicación en el proceso de atención de enfermería en el traumatismo vertebro medular cervical, donde se detalla la presentación clínica, métodos de diagnósticos, tratamiento y los cuidados básicos de enfermería. La finalidad es establecer protocolos de intervención de enfermería en las Emergencias. Se ejecutó en el Hospital Central Luís Nicasio Sáenz, PNP, 2017.

El principio más importante frente a una emergencia de lesiones de columna vertebral es evitar movimientos innecesarios que podrían causar un daño mayor de carácter irreparable. Los traumatismos de columna vertebral afectan principalmente a adultos jóvenes en edad productiva. El cuidado de enfermería para éste tipo de pacientes tiene como meta prevenir complicaciones. Sin embargo, es brindar un cuidado humanizado al doliente con una valoración minuciosa, la utilización de sus potencialidades apoyar al paciente y motivarlo para que aproveche al máximo sus capacidades y habilidades en busca de su independencia. Finalmente se presenta un proceso de atención de enfermería que inicia con una valoración utilizando sus técnicas de recolección de datos, previo análisis y síntesis se formulan diagnóstico de enfermería priorizada, planear los cuidados enfermeros, las intervenciones de enfermería con rigor científico y una buena evaluación de enfermería. Concluyendo: que los traumatismos vertebro medulares, son lesiones agudas que afecta la columna vertebral y/o la medula espinal produciendo un cambio, temporal o permanente es este momento que se constituye de vital importancia en proteger la columna vertebral en cualquier tipo de lesión el uso de estabilizadores o collarines cervicales es de vital importancia, en la función normal a nivel sensorial, motor y/o autonómica.

PALABRAS CLAVE: Cuidado enfermero, traumatismo, vertebro medular, cervical.

ABSTRACT

The present academic assignment, Nursing care for patient with trauma cervical medullary vertebra, emergency Services, Central Policia Nacional of Peru, Luis Nicasio Sáenz, Hospital, 2017;with detail review of biography and the application in the nursing care process with cervical medullary vertebra trauma; which the presentation contain a details of diagnostic methods, treatment and Basic nursing care. The purpose is to establish protocols for nursing intervention in emergencies. It was carry out at Central PNP, Luís Nicasio Sáenz,Hospital , 2017.

The most important principle in the face for emergency of spinal injuries is to avoid unnecessary movements that could cause a major irreparable damage. Spinal injuries mainly affect young adult's productive age. Nursing care for this type patient is to prevent complications. However, it is to provide a humanized care for bereaved patient with a good assessment, provide their potential to support and motivate them to take advantage, maximum capacity and ability for looking forward of their independence. Finally, there is a nursing care process that begins with an assessment by using a data collection techniques, prior analysis , synthesis , formulate , prioritize nursing diagnosis , planning nurse care, nursing interventions with scientific rigor and nursing evaluation. Concluding: The cervical medullary vertebra traumatism is acute injury that affects the spine and/or the spinal cord producing a change, temporal or permanent injury. It is a vital importance to protect the spine for any type of injury using of cervical stabilizers or collars are vital importance for normal function in sensory, motor and/or autonomic level.

KEY WORDS: Nurse care, trauma, spinal vertebra, cervical.

Introducción

En los últimos años ha venido aumentando la incidencia de trauma como consecuencia de la violencia, es así como hoy en día constituye una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en PERU. Otros factores que influyen son los accidentes automovilísticos y los laborales. De ésta forma la incidencia de trauma de columna, también se ha incrementado afectando principalmente a los hombres en edad productiva. Los traumatismos de columna vertebral ocasionan lesiones y fracturas vertebrales cuya principal complicación son las lesiones de médula espinal que por sus características tienen efectos devastadores para la vida del paciente y su familia. Este tipo de lesiones son irreversibles y comprometen funciones corporales que no permiten a las personas ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria. Estas personas deben recibir el apoyo necesario para lograr enfrentar, aceptar y controlar esta situación que necesariamente implica un cambio en su estilo de vida. La única posibilidad que le queda a este tipo de pacientes es emplear al máximo sus capacidades residuales para enfrentar su invalidez y será si personas útiles para sí mismas y para la sociedad. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado de este tipo de pacientes, son las personas que permanecen en la mayor parte del tiempo con ellos y son quienes en un momento dado pueden ayudar a aliviar temores, demostrar las capacidades residuales de las personas y prevenir complicaciones que retardan el proceso de recuperación y rehabilitación.

Por lo tanto podríamos decir que la función principal del personal de enfermería es cuidar a los pacientes, y las metas son:

1. Prevenir complicaciones relacionadas con la fractura como son las lesiones medulares, y las secundarias al reposo en cama

2. Participar en la rehabilitación y tratamiento del paciente para ayudarlo a recuperar su máxima funcionalidad e independencia en el menor tiempo posible

Aplicando cada uno de los pasos del proceso de enfermería, las enfermeras lograrán en planear sus intervenciones con base en los diagnósticos prioritarios

Valoración: La historia de enfermería permite identificar los problemas reales y potenciales del paciente, así como las capacidades residuales y los recursos con que cuenta el paciente. Uno de los esquemas que se recomiendan es la valoración de Patrones Funcionales de Salud, por permitir identificarlos problemas que son específicos de enfermería, facilitando así su diagnóstico. En el examen físico se recomienda hacer énfasis en funciones vitales, controlando signos vitales, puesto que por una parte se trata en muchos casos de pacientes poli traumatizados con riesgos ó en estado de shock y por otro, las lesiones cervicales traen como consecuencia compromiso respiratorio, y una complicación frecuente en los pacientes con trauma requimedulares la disreflexia autonómica, con un alto riesgo de muerte cuando no se identifica a tiempo. En pacientes poli traumatizados es importante descartar la presencia de signos de shock ocasionado por lesiones en órganos abdominales y torácicos. Se debe hacer una valoración neurológica completa, haciendo énfasis en estado de conciencia, sensibilidad (superficial y profunda) y motilidad (fuerza muscular, tono y reflejos osteotendinosos). Otro aspecto que debe incluirse es la eliminación urinaria e intestinal, evaluando la frecuencia de la micción, la presencia de globo vesical, y estreñimiento. Se deben tomar los exámenes de laboratorio de rutina y radiografías de columna vertebral. No sobra recomendar la importancia de inmovilizar adecuadamente al paciente (con o sin déficit neurológico) antes de ser transportado a Rayos X para prevenir lesiones ó el agravamiento de las mismas. En la valoración de enfermería del paciente con traumatismo de columna debe incluirse la valoración de la familia, es importante conocer cómo son las relaciones del paciente con las personas con quien vive, quienes son las más significativas y las que en un momento dado constituyen el principal recurso de apoyo.

También vale la pena conocer el rol que desempeña la persona en su hogar, y la forma como hasta ahora la persona ha manejado

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1. Bases Teóricas

1.1.1. Estructura y Función de la Columna Vertebral y la Médula Espinal

Roy C. (1991) Está formada por 26 huesos de tipo irregular articulados entre sí de tal forma que dan lugar a una estructura curvada y flexible. Constituye el apoyo axial del tronco y se extiende desde el cráneo, al que sujeta, hasta su punto de anclaje en la pelvis, en donde transmite el peso del tronco a los miembros inferiores. Recorriendo su cavidad central está la médula espinal, a

la que rodea y protege. Además, la columna es el punto de anclaje de las costillas y los músculos de la espalda.

Divisiones y curvaturas

La columna mide unos 70 cm de largo en el adulto medio y tiene 5 divisiones principales:

- CERVICAL: Formada por las 7 vértebras cervicales.
- DORSAL (TORACICA): 12 vértebras dorsales.
- LUMBAR: 5 vértebras lumbares.
- SACRO: Se articula con la pelvis. Formado por la fusión de 5 vértebras sacras.
- COXIS: Fusión de las vértebras coxígeas, habitualmente 4

Características Vertebrales Regionales

Además de las características generales mencionadas, las vértebras de las distintas regiones de la columna presentan modificaciones que reflejan las funciones específicas y movilidad que tienen.

Vértebras cervicales Nombradas C1 a C7, son las más pequeñas y ligeras. Las 2 primeras, atlas y axis, son diferentes a las demás.

Las típicas, de C3 a C7 tienen las siguientes características específicas:

1. Cuerpo oval, de diámetro lateral mayor.
2. Apófisis espinosa corta, horizontal y bífido (salvo C7).
3. Foramen vertebral grande y triangular.
4. Cada una de las apófisis transversas tiene un AGUJERO TRANSVERSO, por donde pasan los vasos sanguíneos que van y vienen al cerebro.

La apófisis espinosa de C7 no es bífida y es mucho más larga que las del resto. Se palpa fácilmente a través de la piel ("vértebra prominente" que sirve como punto de inicio para contar el resto de las vértebras).

Las dos primeras vértebras cervicales, el ATLAS y el AXIS, no tienen disco intervertebral entre ellas, y son muy diferentes al resto.

1.1.2. Luxofractura de Columna Cervical

García A. (2012) Refiere que una fractura cervical es la rotura de una o más de las siete vértebras cervicales (huesos) en su cuello. Las siete vértebras cervicales son llamadas C1 a C7. Las vértebras cervicales sostienen su cabeza

y permiten que su cuello se doble y gire. Las vértebras encierran y protegen la médula espinal, que controla la capacidad de moverse. Como una fractura cervical puede dañar la médula espinal, puede ser una lesión muy grave.

Las lesiones de columna cervical son de gran importancia, por su gravedad y por las implicancias neurológicas que ellas conllevan. Estas lesiones neurológicas provocan graves limitaciones e invalidez en la vida de personas en plena actividad laboral.

Causas

Según Halsworth (1970) Una fractura cervical es causada generalmente por un impacto repentino y fuerte.

Las siguientes son las causas más comunes de fracturas cervicales:

- Accidentes automovilísticos.
- Caídas.
- Clavados en aguas poco profundas.
- Lesiones ocasionadas durante deportes de contacto, como fútbol americano, rugby, y fútbol.
- Lesiones ocasionadas mientras monta una patineta.

Signos Y Síntomas

Usted podría ver o sentir estos u otros signos y síntomas cuando tiene una fractura cervical:

- Dolor, sensibilidad, hinchazón, o espasmos musculares en el cuello.
- Dificultad para moverse
- Dificultad para tragar
- .Pérdida de la sensación o pinchazos en sus brazos o piernas.
- Entumecimiento, dolor, u hormigueo en la base de su cabeza.
- Visión doble o pérdida del conocimiento (pareciera que está dormido pero no se le puede despertar

Procedimientos A Realizarse Según Leal de Pedro (2008)

- **Examen neurológico:** Los médicos mantienen su columna vertebral y su cabeza alineados (en línea recta). Ellos revisarán en busca de problemas con los músculos, los reflejos y el sentido del tacto.

- **Rayos X:** Los rayos X toman imágenes de su columna cervical, cabeza y cara.
- **Tomografía computarizada:** La tomografía computarizada es también llamada TC. Esta prueba utiliza computadoras para tomar imágenes de la columna cervical. Una TC puede ayudar a los médicos a encontrar huesos rotos en el cuello y otras partes de la columna vertebral.
- **Imagen por resonancia magnética:** Una imagen por resonancia magnética es también llamada RM, Esta prueba toma imágenes de su cuello para mostrar daños o presión adicional sobre la médula espinal. La RM también mostrará cualquier daño a los ligamentos, tejidos, y discos
- **Medicamentos para el dolor:** Los médicos, previa evaluación indican los analgésicos adecuados, los que se administrará medicamento para suspender o reducir su dolor.
- **Tracción:** La tracción utiliza pesas para jalar los huesos de vuelta en su lugar y enderezar la columna cervical.
- **Inmovilización:** El tratamiento de inmovilización impide que la cabeza y el cuello se muevan a medida que se sana su fractura cervical. Es posible que tenga estos u otros tipos de inmovilización:
- **Cirugía:** Usted podría necesitar cirugía para reparar su fractura cervical. Usted también podría tener que someterse a una operación después de la inmovilización, si la fractura no ha sanado
- **Fisioterapia:** Un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional pueden ejercitar sus brazos, piernas y manos.

Tratamiento

El tratamiento inmediato de las lesiones de la columna vertebral incluye reforzar la columna vertebral para evitar que se mueva y lesione posteriormente la médula ósea. Se pueden usar esteroides (por ejemplo, cortisona) y otros medicamentos para aminorar el daño a los nervios y tejidos adyacentes.

Por lo general, la recuperación y la rehabilitación comienzan de 1-4 semanas después. Se emplea una combinación de medicamentos, cirugía, fisioterapia intensiva y asesoría psicológica dependiendo de la causa y extensión de la cuadriplejía y paraplejía. Durante este tiempo, a los pacientes se les hacen auxiliares a medida para moverse, a menudo incluyendo sillas de ruedas. Para la mayoría de las personas, la mayor parte de la recuperación comienza en el lapso del primer año.

Es posible que después de salir de la sala de emergencia a usted le lleven a la unidad de cuidados intensivos. Mientras permanezca en la unidad de Shock Trauma, usted será monitoreado cuidadosamente. Algunas de las cosas que los enfermeros harán para vigilarlo a usted cuidadosamente son las siguientes:

Gases de la sangre: El examen se hace para medir la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono en su sangre. Los resultados indican a su médico como están funcionando sus pulmones.

Exámenes de sangre: Usted podría tener extracción de sangre para proveer información sobre su hemograma, Glucosa, urea y creatinina, perfil de coagulación, GS, Factor RH, etc

Monitor cardiaco multiparametro: También se conoce como ECG o EKG. Registran la actividad eléctrica de su corazón y los otros signos vitales según información requerida.

Balance hídrico: Los enfermeros es el profesional que observa, cuantifica van a vigilar la cantidad de líquido que usted está recibiendo. También podrían necesitar saber la cantidad de líquido que usted está saliendo.

Sonda nasogástrica: Se puede administrar medicamento o alimento a través de la sonda nasogástrica, si usted no puede tomar nada por la boca. El tubo también podría estar a gravedad si hay gasto gástrico alto y necesitan mantener su estómago vacío.

Medicamentos

Puede ser necesario que usted tome uno o más de los siguientes medicamentos:

1. **Medicamentos para la ansiedad** ayudar a que usted se sienta más calmado y relajado.
2. **Anticonvulsivos:** Se administra este medicamento para controlar las convulsiones.
3. **Medicamentos anti náuseas:** administrados para calmar su estómago y prevenir vómitos.
4. **Medicamentos antiúlceras:** Estos medicamentos ayudan a disminuir la cantidad de ácido que su estómago normalmente produce.
5. **Medicamentos para la presión arterial:** Se administra para bajar su presión sanguínea. La presión controlada ayuda a proteger sus órganos como su corazón, pulmones, cerebro, y riñones.
6. **Anticoagulantes:** Estos medicamentos ayudan a prevenir la formación de coágulos de sangre.
7. **Diuréticos:** Es posible que le administren estos medicamentos para ayudarle a prevenir la hinchazón en la médula espinal. También son administrados para disminuir la hinchazón que pueda estar presionando su médula espinal.
8. **Medicamentos para el dolor:** Los médicos le podrían administrar medicamento para suspender o reducir su dolor.

9. **Laxantes:** Este medicamento le hace más fácil tener una evacuación intestinal. Usted podría necesitar este medicamento para ayudar o tratar o prevenir estreñimiento.
10. **Esteroides:** Este medicamento podría ser administrado para disminuir inflamación.

1.1.3. Traumatismo Vertebral Medular Cervical

Se realizará un trabajo académico con un caso clínico de una paciente que llegó a la unidad de Trauma Shock, tras un accidente de tránsito. Valoraremos la importancia de los cuidados en pacientes poli traumatizados, con lesión en columna cervical, haciendo especial mención a la importancia de evitar daños iatrogénicos.

Dirección General de Tránsito, del Ministerio del Interior (2016) En 2015, hubo 89519 accidentes de tráfico con víctimas, un total de 126400 víctimas a lo largo del año, de las cuales 10086 fueron víctimas graves.

García A. (2012) manifiesta que los accidentes de tráfico son la causa más frecuente de lesión medular traumática (38,5%). La lesión medular es un tipo de discapacidad física caracterizada por su complejidad, puesto que afecta a todos los ámbitos y facetas de la vida de la persona y que requiere un abordaje multidisciplinar, en el que los aspectos psicológicos y sociales juegan un papel central en el proceso de adaptación e integración. Por eso, en nuestro trabajo como enfermeras, lo más importante será evitar que nuestra paciente derive en una lesión medular. Presentamos un caso de una paciente con una fractura cervical inestable.

Dominguez, J. (2005) Resalta el término politraumatizado se suele utilizar indiscriminadamente para referirse a diversas contusiones o fracturas cuando las mismas no representan un riesgo vital para el sujeto, por lo que intentaremos delimitar un poco más exactamente el concepto. Politraumatizado es todo herido que presenta dos o más heridas traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan una repercusión respiratoria

o circulatoria que suponen riesgo vital para el paciente. A modo de resumen, podemos decir que en un politraumatizado coexisten lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo incidente que comportan, aunque sea una sola de ellas, riesgo vital para el sujeto. El poli traumatizado siempre conlleva riesgo vital, en otros casos hablaremos de policontusionado o poli fracturado.

Según La Dirección General de Tránsito, Ministerio del Interior (2015) Las causas de muerte en el poli traumatizado, tienen una distribución modal en tres picos, (trimodal):

PRIMER PICO: la muerte aparece de forma inmediata o en los minutos siguientes al accidente, ocurren por rotura de grandes vasos, lesiones de órganos vitales, obstrucción vías respiratorias... este tipo de lesiones tienen difícil prevención, poco se puede hacer por salvar al paciente.

SEGUNDO PICO: pasados los minutos iniciales hasta las 3-4 horas después del accidente. Las muertes en este pico se dan por, hematomas o hemorragias cerebrales, hemo neumotórax, rotura de vísceras, y lesiones o fracturas asociadas a grandes hemorragias. Son estas lesiones las susceptibles a tratamiento, necesitaran una asistencia sanitaria inmediata. Se habla así de “la hora dorada”, para que esta hora alcance su máxima eficacia y con ello, la mínima mortalidad se debe cumplir tres condiciones:

1. Inicio del tratamiento de forma inmediata.
2. Reducir al máximo el tiempo de transporte desde el lugar del traumatismo hasta el centro adecuado.
3. Transporte en un medio adecuado y con personal cualificado y competente.

Tercer Pico: muerte tardía, días o semanas después del politraumatismo. Suele deberse a sepsis, trombo embolismo pulmonar o fallo multiorganico.

1.2. Teoría de Enfermería Investigación Relacionado con el estudio De Dorothea Orem

El autocuidado en el paciente con lesión de medula espinal es una herramienta fundamental que permite su abordaje integral en las diferentes etapas desde la

prevención, identificación de los factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, básicamente en la rehabilitación. Por todo ello, el autocuidado va enfocado o dirigido a los familiares en cuanto a la rehabilitación en el hogar al paciente con lesión de la columna vertebral, en cuanto a su cuidado integral como alimentación, eliminación, movimiento, etc.

La teoría de Orem, es un modelo aplicable clínicamente y que provee guías para el cuidado de pacientes. El núcleo o la base de la teoría de Orem es la creencia de que cada uno de los familiares tiene la habilidad innata de cuidar al familiar con limitación, llamado agencia de autocuidado, durante cambios en la salud, como el diagnóstico de traumatismo vertebral medular, el paciente se vuelve dependiente del cuidado y guía de otros. Orem muestra el déficit del autocuidado que ha resultado de la falta de conocimiento hacia cada situación, en este caso con relación cuadriparesia, la incompetencia en desarrollar actividades específicas o el daño a una persona debido a consecuencias emocionales o físicas relacionadas con la enfermedad.

El estudio trabajo académico muestra, que los familiares del paciente materia de estudio muestran su interés de contribuir y capaces de reconocer los síntomas, sopesar las opciones de acciones, iniciar conductas de autocuidado y evaluar la eficacia de las actividades de autocuidado. Los resultados sugieren que el protocolo proporciona un enfoque global y sistemático en el cuidado del paciente basado en la Teoría de Orem, por la cual la familia cuidadores de los pacientes con traumatismo vertebral medular conocen como se debe alimentarse, vestir, eliminar, etc.

Teoría de los sistemas enfermeros.- La teoría del autocuidado de Dorothea Orem, señala que la profesión de enfermería está basado en el cuidado holístico; es decir, es la esencia del cuidado humano; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado. Según la relación entre acción del paciente y enfermera, de la siguiente manera: sistema completamente compensador, sistema parcialmente compensador y sistema de apoyo.

Teoría del déficit de autocuidado.- Las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. Es un término que expresa la relación entre capacidades de acción de las personas y necesidades de cuidado.

Teoría del autocuidado.- Es una función reguladora del hombre que deben llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada, continua, y conforme a requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría establece un marco general para dirigir las acciones de enfermería y establece como se aplican las acciones por sistemas, dirige la práctica hacia una meta basada en la cantidad y tipo de agencia de enfermería (capacidades y habilidades de la enfermera).

1.3. Cuidados o Intervención de Enfermería

Como ya hemos comentado, en el paciente poli traumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales es fundamental para la valoración, tratamiento y cuidados específicos del paciente. Cuando atendemos a un poli traumatizado, se debe valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Esta primera fase se denomina valoración primaria, en ella identificaremos y valoran los problemas que comprometen la vida del paciente, y poder así corregir estos de forma precisa e inmediata. Es conocida como la etapa ABC. Esta etapa se divide en:

- A. Control vía aérea y control cervical.
- B. Respiración.

- C. Circulación y control hemorragias
- D. Estado neurológico.
- E. Exposición.

A. Control Vía Aérea:

Melgarejo A. (2002) Refiere en su trabajo que la permeabilidad y estabilidad de la vía aérea es el primer punto a valorar. Se debe comprobar ya que en el paciente inconsciente puede aparecer caída de la lengua hacia atrás y/o una bronca aspiración. La cabeza y el cuello no deben ser hiperextendidos, se utilizara la maniobra frente mentón con control cervical como maniobra de elección para apertura de la vía aérea. Si no fuera permeable, se debe buscar si existen objetos que la obstruyan y extraerlos, en caso de no ser posible, valorar la punción cric tiroidea.

Domínguez J. (2005) Incide que ante un paciente con bajo nivel de consciencia y/o traumatismo por encima de la clavícula, deberemos considerar siempre, hasta que se demuestre lo contrario, la existencia de una lesión de columna cervical. Por lo que deberemos colocar un collarín cervical.

Leal de Pedro, (2008) Señala que los collarines cervicales, son instrumentos imprescindibles para una inmovilización primaria de la columna cervical, y como ya hemos comentado, se utilizan ante la mínima sospecha de lesión cervical. Lo más importante, es elegir el tamaño adecuado. Su función es evitar los movimientos de flexo-extensión (blando y semirrígido) y algunos también la rotación del cuello (tipo Philadelphia). Son permeables a los rayos X, y no debe retirarse hasta descartar la lesión cervical.

Para la colocación del collarín cervical, son necesarias 2 personas y seguiremos los siguientes pasos:

- Seleccionaremos el collarín del tamaño apropiado para el paciente.
- El primer profesional, situado en la cabeza del paciente, realizara la tracción cervical colocando las palmas de las manos sobre el cráneo del paciente (las manos sobre las orejas, con el dedo índice y medio bajo la mandíbula) y traccionará suavemente de forma longitudinal.

- El segundo profesional procederá a la colocación del collarín por uno de los lados del paciente.
- Comprobar que el collarín no permite movimientos de flexión, extensión o rotación.
- Se debe tener en cuenta que debe quedar ajustado pero no dificultar la respiración.

B. Respiración:

Melgarejo Ávila, D. (2002) Señala que es importante valorar la correcta ventilación y el adecuado aporte de oxígeno, por medio del pulsiosímetro, respiraciones por minuto, ruidos respiratorios... Buscaremos las causas que alteran la respiración y emprenderemos las medidas adecuadas.

LESIONES que pueden comprometer la ventilación y la respiración:

- Neumotórax a tensión o abierto.
- Hemotórax
- Neumohemotórax
- Taponamiento cardíaco
- Volet costal con fractura esternal.

Domínguez, J. (2005) En estos casos, sobretudo en neumotórax a tensión, se debe realizar una toracocentesis de urgencia, y el personal de enfermería deberá tener preparado todo el material necesario.

C. Circulación y control de hemorragias:

Melgarejo Ávila, (2002) La hemorragia es la principal causa de muerte tras el traumatismo. Cuatro son los puntos a valorar: 1. Nivel de consciencia 2. Coloración de la piel 3. Pulso 4. Hemorragias

Domínguez J. (2005) Es importante una monitorización del paciente con Tensión Arterial, pulso y saturación de oxígeno, para vigilar el estado de shock del paciente. Se deben canalizar una o dos vías periféricas de grueso calibre, para poder administrar gran cantidad de fluidos en el menos tiempo posible y la controlar los puntos de hemorragia externa mediante la compresión directa.

D. Valoración Neurológica:

Domínguez J. (2005) Refiere que tras solucionar los problemas vitales, se realizara una valoración neuronal básica y rápida que sirva para tener una idea inicial de la situación neurológica del paciente y será nuestro punto de referencia para exploraciones posteriores. Valoraremos en este examen, consciencia, respuesta estímulos verbales, dolorosos y sensitivos, no respuesta, y tamaño y reactividad pupilar. Posteriormente, realizaremos una exploración neurológica más completa complementada por la escala de Glasgow.

E. Exposición/ Control Ambiental.

Según Domínguez J. (2005) el paciente debe ser desnudado por completo. Teniendo en cuenta que el riesgo de hipotermia en estos pacientes es muy alto, por ellos se deben tomar las medidas oportunas para evitar la hipotermia. A la hora de desnudar al paciente, debemos evitar los movimientos bruscos, inadecuados y peligrosos, por ello, se debe realizar esta maniobra cortando la ropa.

Melgarejo D. (2002) Al desnudar al paciente podremos encontrar lesiones no visibles hasta entonces, dando paso así a una segunda valoración más detallada, con pruebas complementarias, y diagnósticos más sofisticados con vistas al tratamiento definitivo.

López B, (2015) Tras ser estabilizada la paciente pasará a Sala de Operaciones luego a la unidad de cuidados intensivos, UCI, y nos encontramos en la fase aguda del tratamiento, que definiremos como el periodo desde que el paciente sufre el accidente, hasta un mes después, aproximadamente, de la intervención quirúrgica de la fractura vertebral. El estado del paciente dependerá de la localización de la lesión. Inicialmente, en la mayoría de las afectaciones de la medula espinal, existe un periodo de parálisis flácida y

perdida completa de los reflejos por debajo del nivel de la lesión. Además, se pierden las funciones sensoriales y autónomas. Este periodo se denomina “Shock espinal, neural o arreflexia”, es de carácter transitorio. Durante este periodo, los pacientes presentan inflamación de la medula espinal, produciendo como consecuencia, alteraciones respiratorias (pudiendo necesitar en algunos casos ventilación asistida temporal), cardiológicas, digestivas, evacuarías... Estas alteraciones irán remitiendo y adaptándose. Una vez acabado este periodo, que puede durar horas, días o semanas, será el momento de evaluar el daño sufrido y las expectativas de recuperación.

Para que el estudio del paciente sea más sencillo dividiremos la etapa aguda en tres etapas:

- A. Etapa preoperatoria: abarca desde que el ingreso del paciente hasta el momento de la intervención quirúrgica.
- B. Etapa peri operatoria: abarca el preoperatorio inmediato, transoperatorio, y postoperatorio inmediato.
- C. Etapa posoperatoria: abarca desde que el paciente regresa a la unidad hasta la fase de rehabilitación o fase crónica.

En el presente trabajo Académico se tiene en cuenta la primera etapa sobre todo, por ello debemos conocer en profundidad las posibles complicaciones que se presentan con más frecuencia.

Como en todo Proceso de Cuidados de Enfermeros Basado en Evidencias, la primera parte será la valoración, la valoración en pacientes poli traumatizados es esencial y se debe revalorar cada vez que aparezca una nueva situación, si bien, como hemos dicho, el alcance de las lesiones no se podrá evaluar hasta que no termine el periodo de “shock espinal”, no podemos esperar hasta ese momento para comenzar con nuestros cuidados. Así, comenzaremos nuestra valoración incluyendo datos objetivos y subjetivos. Subjetivos como: circunstancias del accidente, conocimientos del paciente sobre la lesión, conocer si ha tenido pérdida de consciencia o pérdida de sensibilidad. Objetivas como: estado respiratorio, nivel de consciencia, nivel neurológico, control de signos vitales, valoración de la integridad de la piel, y presencia de fracturas.

Melgarejo Ávila, (2002) dice que una vez que se conoce el estado de nuestra paciente, debemos estar preparados y prevenir las posibles complicaciones,

para ello debemos conocerlas en profundidad. En esta etapa preoperatoria, podemos encontrar estas complicaciones a nivel de cualquier sistema. A nivel respiratorio, al aparecer lesión medular debemos vigilar la capacidad respiratoria, para evitar la hipoxemia. Otra de las complicaciones respiratorias más frecuentes, es la neumonía, que se da en este tipo de pacientes a consecuencia de la inmovilidad en cama y acumulación de secreciones. Dentro de las complicaciones cardiovasculares, por respuesta vegetativa, aparece bradicardia, hipotensión y disminución del gasto cardíaco. Dentro de las complicaciones urinarias, la más importante es la retención urinaria. Y dentro de último sistema, el sistema musculo esquelético, encontramos la lesión medular, en esta etapa, en la que la fractura vertebral aún no está estabilizada, nos encontramos con una fractura muy sensible y que puede derivar en lesión medular permanente.

1.4 Estudios Relacionados al Tema

A Nivel Internacional

Carvajal C. España (2015) Introducción: El trauma raquimedular (TRM) es una entidad potencialmente catastrófica y la información acerca de las características del TRM penetrante relacionadas con violencia, particularmente heridas por arma de fuego, es escasa. Diseño del estudio: Estudio de cohorte retrospectiva. Objetivos: Determinar las características clínicas y demográficas de la población con TRM atendidas en un hospital de tercer nivel. Métodos: Revisamos las historias clínicas de los pacientes admitidos con diagnóstico de TRM entre Enero de 2005 y Diciembre de 2010. Se recolectaron datos con respecto a estancia hospitalaria y en la unidad de cuidados intensivos (UCI), el estado vital y la recuperación neurológica al egreso. Resultados: Tuvimos 68 casos de TRM con una frecuencia de 12 casos por 1,000 pacientes admitidos a la UCI. La edad media fue de 28 años y el 91% fueron del sexo masculino. La principal causa de TRM fue herida por arma de fuego (57%) seguido por

accidentes de tránsito (32%). La estancia media de UCI fueron 6 días, el 56% de los pacientes requirió ventilación mecánica y el 37% requirió traqueotomía. El nivel de lesión medular más frecuente fue cervical. La mortalidad hospitalaria fue del 21%, todos estaban con ventilación mecánica y entre más alto fue el nivel de lesión medular mayor era la mortalidad. Conclusiones: Nuestra investigación muestra que la población principalmente afectada por el TRM en nuestro medio son los jóvenes y la mortalidad, así como la estancia, complicaciones infecciosas y discapacidad tienen relación directa con el nivel de lesión medular.

Daccarett, C. Chile (2015) presentó su trabajo de investigación titulado Malestar psicológico en familiares de pacientes con daño neurológico durante la fase subaguda de Neuro Rehabilitación, introducción: Durante la última década la Neurorehabilitación ha comenzado a prestar mayor atención a las familias de personas que adquieren un daño neurológico. Este giro parece responder a un creciente número de estudios describiendo importantes niveles de malestar psicológico en dichas familias y advirtiendo de su impacto en el proceso de rehabilitación. En Chile, lamentablemente, no contamos con estudios que exploren el estado emocional de familiares en ninguna de las etapas de rehabilitación, esto, a pesar de existir guías clínicas que sugieren el abordaje familiar como meta central. Dicha falta de información limita tanto la capacidad diagnóstica como interviniente de los equipos de rehabilitación. El objetivo de este artículo es describir, y comparar, el perfil de malestar psicológico en familiares de personas con lesión cerebral y medular en etapa subaguda de rehabilitación. Método: 89 familiares de personas con daño neurológico (Lesión Cerebral Adquirida = 50; Trauma Raquimedular = 39) respondieron el General Health Questionnaire-28 como medida de malestar psicológico. Este instrumento que se compone de cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Resultados: En ambas poblaciones el puntaje total del GHQ-28 se observó por encima de los estándares poblacionales, sugiriendo niveles clínicos de malestar psicológicos en 90% de la muestra. No se observaron diferencias entre ambas poblaciones en términos de puntaje total o puntaje de sub escalas, sugiriendo similares

perfiles de malestar psicológico. Dicho perfil se caracterizó por altos niveles de ansiedad e insomnio, seguido en menor grado de síntomas somáticos

Jaramillo Herrera D. Colombia (2016). Análisis retrospectivo descriptivo sobre complicaciones trombóticas y trombo profilaxis en adultos con trauma raquí medular agudo ASIA E. Objetivos: Describir las complicaciones trombóticas y la trombo profilaxis en pacientes con trauma raquí medular agudo (TRMA) ASIA E, admitidos en la Clínica Universidad de La Sabana. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de series de casos retrospectivo observacional descriptivo de pacientes con diagnóstico de TRMA con clasificación ASIA E durante el periodo 2014, 2015 y primeros 5 meses del 2016, con seguimiento a los tres meses. Resultados: Se detectaron 13 pacientes con TRMA clasificación ASIA E. El promedio de edad de los pacientes estaba en 50 años $[+/-18,95]$. La distribución por género fue de 4 mujeres y 9 hombres ($n=13$). Con relación al mecanismo de trauma de los pacientes con lesión medular ASIA E, 2/13 (15,38%) fue por aplastamiento y 11/13 (84,62%) por caídas. A los pacientes que recibieron trombo profilaxis se les formuló enoxaparina, con una dosis de 40 mg SC día. Se realizó trombo profilaxis farmacológica en 10/13 (76,92%) de los casos de pacientes con TRMA ASIA E. Ninguno presentó complicaciones durante la hospitalización, ni al seguimiento a los 3 meses. Conclusión: En la actualidad existe poca evidencia científica que determine los factores de riesgo trombocitos y la prevención de los mismos en los pacientes con TRMA ASIA E, haciendo que exista una falta de claridad y escasez de guías basadas en la evidencia para este grupo de pacientes. Este artículo es una aproximación para estudios futuros sobre la necesidad y eficacia de la aplicación o no del trombo profilaxis farmacológica en ASIA E.

Ortiz H. Ecuador (2015) Análisis de trauma de columna cervical en víctimas por accidentes de tránsito atendidos por el personal pre hospitalario del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito de la zona centro-norte en el período marzo del 2015 a septiembre del 2015. El presente trabajo tiene como objetivo analizar el trauma de columna cervical en víctimas por accidentes de tránsito atendidos por el personal Pre hospitalario del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito de la zona centro-norte en el período Marzo del

2015 a Septiembre del 2015 ,94%, siendo en el mes de mayo de más incidencia con un porcentaje de 20.83%. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, los datos fueron recolectados de las hojas 002 en las oficinas del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito que concluye con 144 casos atendidos. Se comprobó que la incidencia de trauma de columna cervical por accidentes de tránsito en personas de 15 a 35 años son más frecuentes con un porcentaje de 64.58% que representan a 93 casos. Presentando el género masculino con mayor frecuencia con 82 casos atendidos con un porcentaje de 56% que representa a 30 casos. De lo cual los tipos de accidentes que mayor porcentaje presentó fueron colisiones vehiculares con 114 casos atendidos que corresponde a 79.16%.

A nivel Nacional

Torre Negrillo Julio Cesar Lima (2016) Diagnóstico por Imágenes en Pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano y cervical en el Tópico de Emergencia de Cirugía del Hospital Carlos LAN Franco la Hoz de Julio 2016 – Noviembre 2016
Objetivo: Determinar el examen de diagnóstico por imágenes de preferencia que se utiliza en los pacientes TEC atendidos en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Diseño metodológico: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se usó una ficha de datos para la recolección de información. Análisis estadístico: Incidencia y porcentajes. Material y métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 20 años que fueron atendidos con el diagnostico de TEC. La variable estudiada fue el examen de diagnóstico por imágenes utilizado para el TEC. Resultados: Se estudiaron 45 pacientes, se encontró mayor frecuencia de TEC en adultos jóvenes y varones. El 44.4% de los pacientes fue TEC leve; 28.9% TEC moderado; 26.7% TEC. Se les pidió como examen de diagnóstico de imagen inicial la radiografía de cráneo al 95.6% del total de pacientes, y se pidió la tomografía de cráneo al 4.4% del total de pacientes. Se encontró fractura de cráneo diagnosticado por radiografía a el 18.6% de los pacientes y no se encontró fractura de cráneo al 81.4%. Se le pidió una tomografía de cráneo al 46.7% de los pacientes después de habersele realizado una radiografía de cráneo. De estos pacientes que se realizaron una TAC el 14.2% presentaron solo fractura de cráneo, 42.9%

presentaron fractura de cráneo más lesión intracraneal y 42.9% no presentaron alguna lesión o fractura. Conclusión: El examen de diagnóstico por imagen de preferencia que se utiliza en los pacientes con TEC es la radiografía de cráneo.

Hilario Huaccho Gilmer. Huancayo (2016) presentó un trabajo de investigación “Fractura de Cadera, en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, Enero a Diciembre 2016” OBJETIVO: Describir las características clínico epidemiológicas de la fractura de cadera, en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, enero a diciembre 2016. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Donde se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de fractura de cadera tratadas durante el año 2016. RESULTADOS: Se reportaron 58 ingresos al servicio de ortopedia y traumatología con el diagnóstico de fractura de cadera, de los cuales 46 cumplieron con los criterios de inclusión. El promedio de edad fue de 73,43 años; con una mediana de 76 años, el género femenino fue el más afectado 71,74%; el 69,56% tenían como ocupación ama de casa, la mayoría de los pacientes 67,39% sufrieron la fractura dentro de casa, el mecanismo de lesión más frecuente fue el directo (95,65%), el 67,39% tuvieron fracturas transtrocantéricas, la mayoría 95,65% recibieron tratamiento quirúrgico, el tiempo preoperatorio en promedio fue 16,20 días, el promedio de la estancia hospitalaria fue de 22,87 días. El 68,18% tenían mayor o igual a 71 años; 6,82% tenían tres o más comorbilidades, 34,09% fueron fracturas cervicales, ningún paciente fue operado antes de las 72 horas, el 6,82% de los pacientes tuvieron complicaciones respiratorias, 25% de los pacientes tuvieron ASA III. CONCLUSIONES: La fractura de cadera es más frecuente: en los adultos mayores, en el género femenino y sucede principalmente en casa; el tratamiento principal es el quirúrgico, teniendo tiempo preoperatorio y estancia hospitalaria prolongados, además de estar asociado a distintas comorbilidades.

López Hidalgo Fred Van Rubens Iquitos – Perú (2016) Accidentes de Tránsito Atendidos en el Hospital Regional de Loreto de Octubre a Diciembre de 2015 Durante los últimos cinco años en nuestro país, la mortalidad por accidentes de tránsito ascendió considerablemente, según datos registrados por la Policía

Nacional del Perú; así como el alto costo socioeconómico que demanda la atención de esta realidad sanitaria, considerada como un problema de salud pública. Cada año más de 5 millones de personas mueren por lesiones, principalmente por vehículos automotores, es impactante que el 25% de mortalidad por lesiones corresponda a los accidentes de tránsito. Los accidentes de tránsito cada día matan a 2000 personas en todo el mundo, y 30 millones sufren lesiones cada año; cada día 120 americanos dejan la vida en las carreteras. En el año 2000, 13 mil personas murieron a causa de la velocidad excesiva y 17 mil por culpa del alcohol. Cada año se matan 42 mil americanos y según estudios mencionan que esta cifra va en descenso en Norteamérica, debido a mejores condiciones de las carreteras, equipos de emergencia más rápido y por supuesto mejores vehículos; los cuales son factores externos que en los países en vías de desarrollo no son fáciles de adquirir. El informe anual denominado Accidentes de Tránsito en la Comunidad Andina 2013, recoge estadística descriptiva sobre los accidentes de tránsito sucedidos. Mencionando que en el año 2013, los accidentes de tránsito en la Comunidad Andina registraron un ligero aumento de 0,2 por ciento, respecto al año anterior al pasar de 346 mil 153 en el año 2012, a 347 mil 18 accidentes de tránsito en el año 2013. Es de señalar que los accidentes de tránsito ocurridos en la Comunidad Andina ocasionaron 13 mil muertos y 141 mil heridos en el año 2013.

Torres Picón Cyntia Iquitos (2014) Traumatismo por accidente de Tránsito en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto, durante los meses de Abril a Junio del año 2014. Introducción Las lesiones sufridas por accidente de tránsito son predominantemente debido a la alta energía de un traumatismo cerrado, como una caída a velocidad, por carretera o trauma mientras se trabaja. Los pacientes con múltiples lesiones son frecuentes, lo que aumenta la complejidad de la atención y tratamiento de los traumas. Una mejor comprensión de la naturaleza del riesgo de trauma y el resultado podría conducir a estrategias de prevención y tratamiento más eficaces. El presente estudio se plantea conocer y describir cuáles son las características del traumatismo por accidente de tránsito en pacientes atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Regional de Loreto

durante los meses de abril a junio del año 2014. Metodología Es un estudio observacional, transversal, retrospectivo. Participando del estudio Pacientes traumatizados admitidos por atención primaria o por referencias, atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Regional de Loreto, refiriendo como causa un accidente de tránsito directamente o por testigos. Resultados El total de pacientes considerados en el estudio fueron 269 pacientes. En la clasificación por grupos etarios relacionados el 75,09% de la población estaba en edad laboral y el 22,3% eran menores de edad. El 63,2% de la población fue de sexo masculino. El modo de transporte usado para el traslado de los pacientes fue encabezado por los motocarros (74,7%), seguido de las ambulancias (14,9%), carro (5,2%) y el resto por motocicletas y otros medios de transporte. El 37,2% de los pacientes sufrió algún tipo de lesión en la cabeza, de la cuales las contusiones representaron el 41,7% (16,3% del total), las laceraciones el 21%, las fracturas el 7,4% y las lesiones mixtas el 29,6%. El 40,1% de los pacientes presentó algún tipo de lesión en el miembro superior. El 47,2% de la población presentó algún tipo de lesión en el miembro inferior. Entre los diagnósticos realizados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), los más frecuentes fueron Traumatismo intracraneal no especificado (S06.9) con un 13,4%, seguido de Herida del cuero cabelludo (S01.0) con 8,9%, Edema cerebral traumático (S06.1) 7,4% y Traumatismo superficiales múltiples del miembro superior e inferior (T00.6) 7,1%. Se hospitalizó al 21,9% de pacientes atendidos. El 14,8% de los pacientes fue hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI Cirugía, UCI Pediatría o UCI Medicina), 5,2% de los pacientes fue hospitalizado en el servicio de Cirugía (área de Traumatología y Cirugía General), 3,3% fueron hospitalizados en el servicio de Pediatría y el 66,4% de la población atendida fue dada de alta. Conclusiones Los accidentes continúan afectando a la población joven y en edad laboral. Predominantemente se afecta al sexo masculino. El modo de traslado de pacientes heridos es en su mayoría en motocarros y menos del 15% llega en ambulancias. Las lesiones más graves se encuentran en la cabeza y las frecuentes en las extremidades inferiores y superiores. Se hospitalizó al 21,9% de la población y más de la mitad de estos pacientes terminaron el servicio de UCI del hospital.

Ique Chujutalli Brenda, Iquitos (2017) Incidencia, Factores De Riesgo Y Prevención De Lumbalgia Por Método Pilates En Dos Asociaciones De Moto taxistas De Iquitos, 2016 Se incorporaron al estudio 52 conductores de dos asociaciones de motocarristas de Iquitos. La media de edad fue de 39.25 años. Todos varones. Trabajan como motocarristas; hasta diez años el 51.9 %, entre 11 y 20 años el 30.7 %, mientras que el 17.3 %, entre 21 y 30 años. La media del número de años trabajando como motocarrista es 11.8 años. La incidencia de lumbalgia encontrada fue de 82.7 %. El estrés es factor de riesgo asociado a lumbalgia entre motocarristas ($p = 0.002$). No encontramos que sea factores de riesgo la vibración del vehículo ($p = 0.14$), el esfuerzo en mantener una sola postura ($p = 0.201$), ni la falta de entrenamiento de musculatura de la espalda ($p = 0.508$). La aplicación del programa Pilates fue muy satisfactoria para el 19.2 % de los motocarristas, satisfactoria para el 59.6 %, mientras que para el 21.2 % fue poco satisfactorio. Consideramos útil el conocimiento adquirido sobre posturas a mantener en la actividad laboral y en la vida diaria el 96.2 % de los motocarristas. El 94.2% cree que disminuyeron los episodios de estrés presentes en su actividad laboral, el 73.1% considera que mejoró el rendimiento laboral. El 98.1% estuvo de acuerdo en que el programa Pilates contribuyó a su bienestar físico y al mejoramiento postural.

Claudia Victoria del Rosario Rabanal Carrillo Lima (2016) "Efectos que genera la técnica de Stretching, en pacientes con cervicalgia del servicio de terapia física y rehabilitación de la clínica San Juan de Dios de Iquitos, año 2016" Introducción Nuestra investigación se realizó por una necesidad y preocupación en el servicio de Terapia Física de la Clínica San Juan de Dios de la Ciudad de Iquitos, ya que son frecuentes los casos de cervicalgia que acuden a la clínica, en los últimos años según reportes de la institución han sido más frecuentes los casos de cervicalgia tanto en hombres como mujeres, nuestra investigación busco determinar los efectos que genera la técnica de stretching en pacientes de ambos sexos entre 30 a 70 años ya que es el grupo de edad más común asistente al servicio. Como sabemos el dolor cervical es una queja relativamente frecuente, llegando a afectar al 70 % de los individuos en algún momento de sus vidas. La cervicalgia se encuentra en segundo lugar, Después del dolor lumbar. Objetivo Determinar los efectos que genera la técnica de

Stretching, en pacientes con cervicalgia del servicio de terapia física y Rehabilitación de la clínica San Juan de Dios de Iquitos, año 2016. Metodología Se realizó una investigación de tipo no experimental, el diseño de la investigación es descriptivo transversal de tipo cuantitativo. Resultados Según grupo de edad y sexo al 100.0% de la muestra entre hombres y mujeres, el grupo con mayor asistencia de pacientes con cervicalgia está entre 30 a 40 años en hombres con un 40.79%(11) y en mujeres en el grupo de 41 a 50 años con un 35.29%(12). Con relación al Tipo de actividad u ocupación, la mayor frecuencia de pacientes asistentes al servicio corresponden a administrativos y funcionarios públicos con 22.90%(14) seguido de obreros con 19,70%(12) . Cuando nos referimos a la actividad laboral que le genera estrés o tensión ,se concluye que el 78.69% (48) equivale al grupo de pacientes hombres y mujeres que afirman positivamente que la actividad laboral les genera tensión y estrés a nivel 7 cervical, Con relación al diagnóstico del cual fueron derivados los pacientes ,el 45.90%(28) tienen como diagnóstico dolor cervical, respecto a las causas del dolor de cuello, Se concluye el 50.81% (31) afirman que la actividad laboral es la causa de su dolor cervical, seguido de la mala postura al dormir con el 22.96%(14). con relación al nivel de satisfacción por la aplicación de la técnica de Stretching un 66.67%(18) en hombres y un 79.41%(45) mujeres afirma como excelente el grado de satisfacción ;respecto al nivel de alivio del dolor después del tratamiento, Se concluye que el 45.90%(28) se aliviaron del dolor después de la aplicación de la técnica. Con relación a la aplicación de la técnica de stretching y sus resultados terapéuticos, el 45.90% (28) equivale al grupo de pacientes hombres y mujeres que afirman alivio del dolor después de los procedimientos de terapia, el 21.31%(13) sienten relajamiento, el 14.76%(9) manifiesta disminución de mareos y nauseas, el 18.03%(11) mejora el movimiento de su cuello, respecto al número de sesiones requeridas para el alivio de la cervicalgia, el 45.90% (28) equivale al grupo de pacientes que requirieron 3 a 5 terapias, el 36.07%(22) requirieron de 6 a 9 terapias, el 14.75%(9) de 1 a 2 terapias y un 3.28%(2) requirieron más de 10 terapias. Con relación a la aplicación de la técnica de stretching en casa se concluye el 60.66% (28) de los hombres y mujeres, les parece muy fácil, al 36.06%(22) les parece fácil, al 3.28%(2) les parece difícil y un 0.0%(0) corresponde a muy difícil. Conclusión Se Concluye que con la aplicación de la técnica de

stretching, se generan numerosos efectos que ayudan considerablemente en el alivio del dolor y la funcionalidad de los músculos que intervienen en los diversos movimientos que realiza la cabeza y el cuello, sin importar la edad y el sexo en el paciente. Después de haber concluido satisfactoriamente esta investigación sugerimos la práctica de esta técnica como un procedimiento más en los protocolos de intervención fisioterapéutica para la intervención en pacientes con cervicalgia, es sabido que muchos profesionales en Terapia física y Rehabilitación aplican este procedimiento obteniendo buenos resultados en sus pacientes, de igual manera existen muchos centros u hospitales de nuestra región y de nuestro país que no lo practican.

CAPITULO II

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ENFERMERÍA BASADO EN EVIDENCIAS

2.1. Valoración Según Necesidad:

Búsqueda información: Los datos del caso clínico han sido recogidos en el Servicio de Emergencias, Unidad de Shock Trauma del hospital Luis N Sáenz, de la Policía Nacional del Perú

Valoración: se realizó una valoración integral de la paciente a la entrada a la unidad de Trauma Shock, recogiendo su historia clínica, y siguiendo el Proceso de cuidados Enfermeros, basado en evidencia según el modelo de Virginia Henderson. Es uno de los modelos que mayor aceptación tiene en nuestro país, uno de los motivos de ello es que es totalmente compatible con el lenguaje estandarizado, (NANDA, NIC, NOC). Al basarse en el las necesidades humanas, se incluye dentro de la categoría de enfermería humanista. La misión de la enfermera en la enfermería humanista es la de realización de las actividades que en ese momento de la vida no puede realizar por sí mismo debido a la enfermedad.

Bellido Vallejo, j. (2015) manifiesta que el modelo de Virginia Henderson se compone de 14 necesidades básicas que son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Todas las necesidades tienen un componente biológico, psicológico, sociocultural y espiritual. Aunque estas necesidades aparecen en todas las personas, cada persona tiene su propia forma de satisfacerlas. Por último, el plan de cuidados se apoya en la taxonomía NANDA, NIC y NOC, el cual conceptúa como sigue:

NANDA: “es una clasificación sistemática de juicios clínicos enfermeros o diagnósticos según unas reglas y procedimientos. La taxonomía NANDA es el primer lenguaje enfermero reconocido y aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil.”

NIC: “Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual”

NOC: “Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados.”

Valoración según Necesidades Básicas de Virginia Henderson

Necesidad 1: respirar normalmente.

La paciente se encuentra respirando con la ayuda de una mascarilla con reservorio con bolsa, 12LPM, Mantiene unas saO₂ buenas, entre 98-100%. Control de gases Arteriales PO₂ 78 mmhg, PCO₂ 48 mmhg, por el momento no requiere ventilación mecánica.

Necesidad 2. Comer y beber de forma adecuada.

Se establece NPO, parenteral. S. Fisiológico a 60ml/h, Presencia de vómitos de restos alimentarios, No presenta patologías que le afecten a la nutrición. Peso de unos 60 kg y talla 1.65. Adecuado para su talla, sin embargo esta con SNG gravedad, por riesgo de macro aspiración.

Necesidad 3. Eliminar los desechos corporales.

Control de diuresis horaria. Diuresis dentro de los parámetros normales, unos 60 ml a la hora. Presencia de Sonda vesical a circuito cerrado.

Necesidad 4. Moverse y mantener la postura adecuada.

Paciente en camilla en decúbito dorsal, Fractura laminar de dos cervicales, c2 y c3. Necesario collarín cervical en todo momento, Las movilizaciones de la paciente serán en bloque y no se le elevara el cabecero más de 30°, Utiliza la escala de Braden para evaluar el riesgo que tiene de que aparezcan úlceras por presión. Resultado: 12. Alto riesgo de aparición de UUP

Necesidad 5. Dormir y descansar.

Dificultad para conciliar el sueño por el dolor, uso de mascarilla y los ruidos que genera los equipos en la Unidad ambiente terapéutico hostil con gran movimiento.

Necesidad 6. Elegir ropa adecuada.

No valorable en la Unidad de Shock trauma.

Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal.

Movilidad alterada, puede tener la temperatura corporal alterada. No presenta fiebre ni hipotermia en este momento. Se vigila cada hora.

Necesidad 8. Mantener higiene corporal.

Paciente inmovilizada, necesita que se le realice la higiene. Resultado de 20 según la escala de Barthel. Dependencia total.

Necesidad 9. Evitar peligros del entorno.

Necesita que se le vigilen los peligros. Se valora el Glasgow: que presenta un 13/15.

Necesidad 10. Comunicación con otros.

No se encuentra alterada. Buenas relaciones con sus familiares, están pendiente de su tratamiento y evolución, colaboran con el equipo de salud por requerimiento.

Necesidad 11. Actuar de acuerdo con su propia fe.

No valorable.

Necesidad 12. Trabajar para sentirse realizado.

La paciente está preocupada si recuperará su movimiento y sensibilidad, por cuándo podrá volver a trabajar. Y como podrán llevar a cabo su trabajo. Aunque sabe que lo más importante ahora es recuperarse.

Necesidad 13. Participar en formas de entretenimiento.

La paciente antes del accidente realizaba actividades de ocio, entretenimiento con frecuencia.

Necesidad 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Está informada sobre su estado de salud y de los días que le quedan en el hospital y cómo van a ir procediendo.

Diagnostico Medico

1. Politraumatismo

2. Fractura Cervical C2 y C3 Lineal del Laminar sin sección medular

Tratamiento

1. NPO SNG a gravedad
2. Cloruro de sodio al 9/1000 cc a razón de 30 gotas por minuto
3. Ceftriaxona 2gr EV C/ 24 horas
4. Petidina 100mg 30mg EV C/8 horas
5. Dexametasona 8 mg EV C/ 8 horas
6. Ranitidina 50 mg. EV C/ 8 horas
7. Deminhidratro 50 mg EV PRN de nausea y vómito.
8. Movilización en bloque
9. Cabecera a 30°
10. Soporte oxigenatorio a 12 LPM, Mascara con bolsa de reservorio.
11. CFV
12. BHE.
13. OSA

Funciones Vitales:

- PAM : 70 mm/hg
- T° : 37.3° C
- FR : 29 x`
- Pulso : 115 x`.
- Sat O2 : 92%

Exámenes Auxiliares

Parámetro	Valor de Referencia Pcte.
Hematocrito	33 %
Hemoglobina	11.1
Leucocitos	6,200

HEMOGRAMA

PERFIL BIOQUÍMICO

Parámetros	Valor de Referencia Pcte.
Ácido Úrico	2,3 mg/dL
Albúmina	4.0 gr/dL
Calcio	7,4 mg/dL
Colesterol Total	185 mg/dL
Triglicéridos	211 mg/dL
Creatinina	0.99 mg/dL
Fosfatasas Alcalinas Totales	30 U/L
Fósforo	2,38 mg/dL
Glicemia	128 mg/dL (+)
Nitrógeno Ureico	21,1 mg/dL
DHL	110 U/L
Bilirrubina Total	0.29 mg/dL

ENZIMAS CARDIACAS

Parámetro	Valor de Referencia Pcte.
Creatinquinasa CK	42 U/L
Creatinquinasa MB	14 U/L
GOT	8 U/L

EXAMEN DE DESHIDROGENASA LACTICA Y TROPONINA

Deshidrogenasa Láctica

127 U/L

Troponina

NIGATIVO

EKG NORMAL



EXAMEN DE ORINA

Parámetros

Color: Amarillo

pH: 6.0

Densidad: 1,025

Glucosa: (-)

Cetona: (-)

Urobilinógeno: 0,2 EU/Dl

Bilirrubina: (-)

Nitritos: (-)

Células Descamadas 1-2

Mucus: Regular cantidad

Leucocitos y piocitos 0-1 por campo

AGA Y ELECTROLITOS

Parámetro	Valor de Referencia Pcte.
Sodio	146 mEq/L
Potasio	3.13 mEq/L
Cloro	105 mEq/L
PO2 78	
PCO2 48	
HCO3 22	
PH. 7.33	

PRESENTACION DE UN CASO CLINICO: APLICACIÓN DEL PAE- EBE

Mujer de 27 años, con iniciales AGR, miembro activo de la Policía Nacional, ingresa al servicio de Emergencia Unidad de Shock Trauma, el día 03 de Julio del año en curso, a las 15.44 pm, trasladada por una ambulancia de los Bomberos, tras sufrir un accidente de tráfico con traumatismos múltiples, A la llegada se encuentra consciente, orientada y sin pérdida de consciencia en ningún momento. No Moviliza las 4 extremidades hipostesia, sensación de

hormigueo y pesadez, Dolor profundo e intenso en las partes distales de las extremidades, portador de un collarín cervical tipo philadelphia y es necesaria la movilización en bloque. Se coloca sondaje vesical a circuito cerrado con débito urinario de 1cc/kg/hora, y dos vías periféricas una en cada brazo pasando solución salina a razón de 30 gotas / Minuto, por el momento en NPO, por haber presentado vómito alimenticio de aprox. 80 cc en una sola oportunidad, Se completa con los exámenes auxiliares del pre quirúrgicos para descomprimir y fijar tracción esquelética por parte del neurocirujano y traumatólogo.

A nivel respiratorio se encuentra ventilando con ayuda de una mascarilla con bolsa reservorio. Y ante la posibilidad de aspiración se coloca Sonda Nasogástrica.

El resultado de exámenes auxiliares a la vista expresa: AGA y Electrolitos PO 78 mmhg, PCO₂ de 48 mmhg, PH de 7.33, HCO₃ 22, Glucosa de 128 mg/dl, Rx. De columna cervical con trazos de lineal en zona laminar de la C2 y C3, los mismos que de confirma con la TAC, así mismo se evidencia edema de medula cervical con algunas colecciones de sangre.

Paciente manifiesta su pérdida de control e independencia, le molesta el ambiente terapéutico extraño, tiene poca disposición a colaborar, llega con facilidad al llanto, sus familiares se muestran muy colaboradores.

Paciente permaneció en Shock trauma 2 Horas, luego pasa a la Unidad de Vigilancia Intensiva, concluido los pre quirúrgicos a las 18.22 minutos pasa a Sala de operaciones, por el momento no se requería de ventilación mecánica.

1.3. Diagnóstico De Enfermería:

2. Deterioro del intercambio gaseoso R/C con Cambios en la membrana alvéolo-capilar. E/P: Hipoxemia PO₂ 78 mmhg, PCO₂ de 48 mmhg, HCO₃ de 22 mmhg, soporte de oxígeno por máscara con bolsa de reservorio a 12 litros por minuto, manifiesta no tener fuerza.

3. Dolor agudo R/C factor biológico Fractura de vértebra cervical C2, C3cervical y lesiones de partes blandas *E/P*: Facies y verbalización del dolor EVA 8/10, palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 106 latidos por minuto, inquietud, disturbios sensoriales, sobrecarga sensorial.
4. **Deterioro de la movilidad física** R/C compresión medular *E/P* Fractura laminar de la vértebra C2 y C3, hipostesia, sensación de disminución de la fuerza motora, Informe tomo grafico compresión medular, Hematoma y edema de médula en región cervical, Babinsky positivo.
5. Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida *E/P*: Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea 26 respiraciones por minuto, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, no puede movilizar las cuatro extremidades, hipostesia, EVA 8/10, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas.
6. Riesgo de infección R/C Procedimientos invasivos.
7. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física prolongada

2.3. Planteamiento de objetivos; 2.4. Ejecución de las Intervenciones; 2.5. Evaluación de las intervenciones.

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Datos objetivos Hipoxemia PO2 78 mmhg, PCO2 de 48 mmhg, HCO3 de 20 mmhg, soporte de oxígeno por máscara con bolsa de reservorio a 12 litros por minuto, FR 22 X', saturación de oxígeno 92 X'</p> <p>Datos subjetivos disminución de la fuerza motora</p>	<p>Deterioro del intercambio gaseoso R/C con Cambios en la membrana alvéolo-capilar. E/P: Hipoxemia PO2 78 mmhg, PCO2 de 48 mmhg, HCO3 de 20 mmhg, soporte de oxígeno por máscara con bolsa de reservorio a 12 litros por minuto, manifiesta disminución de la fuerza motora, FR 22 X'</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente logrará un adecuado intercambio gaseoso durante el turno, con apoyo del personal.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Mejorar el intercambio gaseoso.</p> <p>Mejorar la saturación de oxígeno</p>	<p>Se Administra O2 por mascarilla con bolsa de reservorio, Durante la base aguda, para garantizar una adecuada oxigenación</p> <p>Valorar la respuesta a la administración de O2.</p> <p>Proporcionar reposo absoluto en cama durante las primeras 12 horas siempre y cuando no haya habido complicaciones.</p> <p>Brindar soporte emocional al paciente y la familia.</p> <p>Controlar gases arteriales e interpretar el reporte cada 6 horas o según necesidad.</p> <p>Gestionar el examen de AGA y electrolitos Monitorizar FR, ritmo, y características cada hora.</p> <p>Auscultar ruidos cada 4 horas o según necesidad.</p> <p>Valorar el aumento de la presencia de estertores.</p> <p>Valorar coloración de la piel, mucosa oral, región peri bucal y uñas.</p> <p>Asistir al paciente en el desarrollo de los cuidados básicos durante su permanencia en Emergencia.</p> <p>Enseñar al paciente a exhalar lentamente mientras se moviliza.</p> <p>Evaluar estado neurológico cada hora o según necesidad.</p>	<p>PO2 control antes del SOP 84 PCO2Control antes de SOP 47 Saturación de Oxígeno 95% con soporte oxigenatorio.</p> <p>Mantiene la ventilación espontánea y continua con hipostesia.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
DE OLIVEIRA	2015	http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0269-2581.pdf	DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO	III

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Datos Objetivos</p> <p>Facies de dolor palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 106 latidos por minuto, inquietud. Seños fruncidos</p> <p>Datos Subjetivos</p> <p>Verbalización del dolor EVA 8/10, disturbios sensoriales, sobrecarga sensorial, verbaliza dolor profundo distal.</p>	<p>Dolor agudo R/C factor biológico Fractura de vértebra cervical C2, C3cervical y lesiones de partes blandas E/P: Facies y verbalización del dolor EVA 8/10, palidez, diaforesis profusa, piel fría, taquicardia 106 latidos por minuto, inquietud, disturbios sensoriales, sobrecarga sensorial, seños fruncidos.</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente verbalizará disminución de la intensidad del dolor, con ayuda del personal de enfermería durante su permanencia en la unidad de Shock trauma.</p> <p>Objetivo específico</p> <p>Valorar adecuadamente el dolor. Administrar Medicamentos Evaluar y registrar la respuesta al tratamiento</p>	<p>Intervención: Administrar analgésico de acuerdo a prescripción médica: Petidina 100mg, 1/3 de ampolla cada 8 horas.</p> <p>Controlar signos vitales especialmente PA y FC mientras se administra narcótico.</p> <p>Valorar efecto y respuesta a la administración del narcótico.</p> <p>Monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente</p> <p>Monitorizar el dolor: aumento, disminución o recurrencia durante el tiempo que el paciente permanezca en la Emergencia, shock trauma.</p> <p>Proporcionar medio ambiente favorable para el descanso y disminuir el ruido. Evaluar el estado neurológico del paciente cada hora.</p> <p>Orientar frecuentemente al paciente respecto al sitio que se encuentra y la situación que está pasando utilizando un reloj y un calendario visibles, tratar de que tenga una ventana cerca para orientarse en el día y la</p>	<p>Paciente antes de SOP de operaciones.</p> <p>Verbaliza disminución del dolor EVA 3/10. Continúa con taquicardia 99 X, palidez, sobrecarga y disturbio sensorial</p>

			<p>noche.</p> <p>Explicar el ruido que producen los equipos que se utilizan especialmente el monitor y sus alarmas</p> <p>Fomentar para que el personal médico y de enfermería hable suavemente y disminuir el ruido.</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
RUÍZ PALOALTO, Laura	2013	http://int.search.myway.com/search/GGmain.jhtml	Cuidado de Enfermería al paciente con dolor	II

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Datos Objetivos</p> <p>Fractura laminar de la vértebra C2 y C3, Informe tomo grafico compresión medular, Hematoma y edema de médula en región cervical, deterioro de las habilidades motoras finas y gruesas, babinzky positivo.</p> <p>Datos Subjetivos</p> <p>Hipostesia, disminución sensorial y táctil.</p>	<p>Deterioro de la movilidad física R/C por prescripción de restricción de movimientos secundario a compresión medular E/P deterioro de las habilidades motoras finas y gruesa, Fractura laminar de la vértebra C2 y C3, hipostesia, Informe tomo grafico compresión medular, Hematoma y edema de médula en región cervical, disminución sensorial y táctil y babinzky positivo.</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente se mantendrá inmovilizado, con cabecera de 20°, por prescripción médica mientras dure su fijación de la columna vertebral cervical, con apoyo de un collarín, durante su permanencia en la unidad de Shock trauma.</p> <p>Objetivo Especifico</p> <p>Mantener en decúbito dorsal obligado.</p> <p>Mantener estricto del eje axial</p>	<p>Mantener en una posición decúbito dorsal, anatómico manteniendo su propio eje, con soporte de una camilla Back Board y collarín cervical Phidadelphia.</p> <p>Evaluar permanentemente dignos clásicos que pueden determinar aumento de la presión intracraneal a través de la Hipertensión arterial, taquicardia, cefalea en relación a disreflexia.</p> <p>Administrar glucocorticoide por su efecto antiinflamatorio.</p> <p>Movilizar en bloque conservando su eje anatómico.</p> <p>Valorar el nivel del estado de conciencia</p> <p>Evaluar los reflejos de respuesta sensitivos y motores</p> <p>Coordinar con terapia física y de rehabilitación para su apoyo en terapia física y de rehabilitación</p>	<p>Paciente se mantiene inmovilizado, alineado, con collarín cervical, continúa con deterioro de las habilidades motoras y finas, recibe protector antiinflamatorio de glucocorticoide, continúa con babinzky positivo.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Ngozi Oguejiofo	2007	http://muyfitness.com/un-diagnostico-de-enfermeria-de-movilidad-limitada_13103022/	Un diagnóstico de enfermería de movilidad limitada	II

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Datos Objetivos</p> <p>Ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas, Facies de angustia, monitoreo no invasivo y equipos desconocidos</p> <p>Datos Subjetivos</p> <p>sensación inminente de muerte, disnea no puedo movilizar las cuatro extremidades, hipostesia EVA 8/10</p>	<p>Ansiedad R /C Amenaza en cambios de estilo de vida E/P. Facies de angustia, sensación inminente de muerte, disnea, refiere no puedo respirar, monitoreo no invasiva y equipos desconocidos, no puedo movilizar las cuatro extremidades, hipostesia, EVA 8/10, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia, ambiente terapéutico desconocido con sus propias normas.</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente adquirirá gradualmente recursos para concentrarse y elaborar razonamiento de forma objetiva y desarrollará una actitud mental positiva con apoyo del personal de enfermería.</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>Mantener soporte emocional permanente.</p>	<p>Proporcionar empatía y escucha activa</p> <p>Enseñarle a ser receptivo y aceptar la dificultades para adquirir una mejor adaptación y aprender de las mismas</p> <p>Se enseña algunas técnicas de relajación Se valorar su nivel de ansiedad</p> <p>Explicar al paciente y a su familia su situación actual de salud, proceso de la enfermedad, tratamiento, normas del servicio.</p> <p>Se le explica al paciente y a la familia todo procedimiento que se le realice y el porqué de cada uno de ellos, buscando brindarle seguridad.</p> <p>Se organiza el trabajo enfermero para garantizar la atención y el cuidado oportuno de parte del personal y enfermera a fin de garantizar un cuidado de calidad.</p> <p>Se hace partícipe del personal y la familia tiempo disponible para interactuar con el paciente y su familia, teniendo en cuenta que el aspecto emocional no debe dejarse de lado.</p> <p>Proporcionar al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su situación actual de salud.</p> <p>Identificar las etapas emocionales de negación, ira, negociación, depresión y aceptación, en el paciente para que las actividades planeadas se logren los objetivos planeados.</p>	<p>Paciente recibe una escucha activa, enfermería genera empatía y acepta su ingreso a sala de operaciones, colabora con exámenes auxiliares, acepta su limitación de dominio de su habilidad de motor fino y grueso.</p>

			<p>Permitir al paciente tomar decisiones sobre el plan de cuidado para proveerle un sentimiento de control.</p> <p>Informar al paciente y a su familia sobre la ansiedad que produce el cambio de emergencia a sala de operaciones para su intervención quirúrgica</p> <p>Coordinar con el equimultidisciplinario, médico y Psicólogo para el soporte psicológico.</p> <p>Brindar el soporte emocional de parte del profesional de enfermería manteniendo una comunicación fluida que genere empatía.</p> <p>Disminuir los efectos estresores que pudieran general exacerbar su ansiedad</p>	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
CANO	2011	http://www.ansiedadystres.org/que-es-el-trastorno-de-ansiedad-generalizada	REVISTA ANSIEDAD Y ESTRES	III

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
Datos Objetivos Reposo absoluto obligado en decúbito dorsal Datos Subjetivos	<i>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilización física.</i>	OBJETIVO GENERAL Paciente permanecerá con la integridad cutánea en vigilancia y reposo absoluto y protección cutánea por indicación médica hasta su fijación, estabilización externa de la fractura, con apoyo sostenido de la enfermera en la unidad de shock trauma. OBJETIVO ESPECIFICO Paciente utilizará un Back Board en la Unidad. Paciente se movilizará en bloque con protección cervical de collarín Philadelphia.	Evitar los factores mecánicos de inmovilización. Desarrollar estrategias de control de riesgo. Cuidados y vigilancia de la integridad de la piel. Promover una higiene meticuloso de la piel y faneras Mantener alisadas la ropa de cama. Movilizar en bloque cuidadosamente, evitando fricción y cizallamiento Informar al paciente sobre cada procedimiento. Aplicar sustancias lenoloicas de la piel. Registrar el trabajo enfermero.	Paciente por el momento sin lesión alguna de tejidos blandos durante su permanencia en la Unidad de Shock trauma, con limitación de movimientos de la línea axial.

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Morrilla Herrera, Juan Carlos	2005	http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0281.pdf	Guia de Deterioro de la Integridad Cutanea	IV

Valoración	Diagnostico	Planificación	Intervención	Evaluación
<p>Datos Objetivos</p> <p>Catéter venoso periférico Sonda Nasogástrica, Sonda Vesical, Ven punción, ambiente terapéutico</p> <p>Reposo absoluto obligado en decúbito dorsal.</p> <p>Datos Subjetivos</p>	<p><i>Riesgo de infección</i> R/C <i>Procedimientos invasivos</i></p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente estará libre de efectos de la infección durante su permanencia en la unidad de Shock trauma, con apoyo del personal</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Se protegerá al paciente durante los procedimientos invasivos</p>	<p>Se pone en práctica las medidas universales de las medidas de bioseguridad, en la atención directa del paciente en el lavado de mano, uso de mascarilla, guantes y mandilones.</p> <p>Observa las técnicas y las condiciones asépticas en los procedimientos invasivos</p> <p>De existir, identificar precozmente los factores de riesgo de infección.</p> <p>Monitorea fundamentalmente la temperatura. Administra antibiótico profiláctico.</p> <p>Observar cuidadosamente los signos y síntomas de infecciones sistémicas y locales.</p> <p>Se debe promover el uso de jabón hospitalario (clorhexinina)</p> <p>Promover la limpieza meticulosa del ambiente terapéutico.</p> <p>Ordenar y limitar la visita y el lavado de manos entre todo los inter actores del cuidado paciente.</p>	<p>Por su permanencia muy corta en la Unidad de Shock trauma y las extremas medidas de bioseguridad que se practicó no se evidencia signos clínicos de infección, sin embargo se deja constancia que existe la gran posibilidad de exposición en el ambiente y los procedimientos invasivos. Por cuanto su evaluación no responde ser objetivo.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
MAGALLANES	2009	http://www.monografias.com/trabajos100/proceso-atencion-de-enfermeria/proceso-atencion-de-enfermeria.shtml	Monografías de riesgo de infección	II

CAPITULO III
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. CONCLUSIONES DEL TRABAJO

La naturaleza de los pacientes que se atienden en la unidad de Shock trauma, son pacientes muy críticos que lindan entre la vida y la muerte, donde el profesional que labora, tiene que tener habilidad cognitiva, procedimental y sobretodo actitudinal

Como resultado del presente trabajo académico presentado, es posible concluir que existen escasos trabajos de gestión, protocolos y manual o guías de procedimiento en los establecimientos de salud, para atender a los pacientes en el Servicio de Emergencia, básicamente en la Unidad de Shock trauma.

Debo señalar con énfasis que al margen de lo dispuesto por el colegio de Enfermeros que es obligatorio la utilización del proceso de cuidado enfermeros como evidencia del trabajo enfermero, con absoluta pesar manifiesto que aún la enfermeras continúan con la anotaciones posponiendo el uso de los registros, como tal es imperativo la socialización.

El sistema organizativo de las instituciones castrenses de orden cerrado, no se toma en cuenta lo relevante que trabajo enfermero, no se cuenta con el Registro de trabajo Enfermero, se continúa con las notas de Enfermería, porque siempre los médicos tienen la hegemonía en la toma de decisiones

3.2. RECOMENDACIONES

Poner a disposición del Director del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, los resultados del trabajo académico que en esa unidad debe trabajar profesionales calificados y con especialidad, Por la naturaleza y la alta complejidad de paciente en shock trauma, en este caso con traumatismo vertebro medular, requiere una importante especialización en los cuidados. La familiarización con la monitorización así como con la fisiopatología, son fundamentales para proporcionar una asistencia de calidad y asegurar la seguridad del paciente, pudiendo minimizar efectos adversos de consecuencias fatales.

Plantear la propuesta a la Enfermera jefa de la División de Enfermería, a que gestione con suma urgencia, guías de atención, protocolos, manual de procedimientos para cada caso, según prioridad en alianza estratégica con sus enfermeros asistenciales, dejando evidencia de trabajo enfermero.

El colegio de enfermeros como una entidad rector del ejercicio de la profesión debe busca la unidad de criterio el uso del lenguaje enfermero, acercando a las entidades formadoras y a los centros asistenciales, de tal forma que todo lo que se aprende tenga su espacio en la práctica.

A las autoridades de enfermería en los diferentes establecimientos donde se presta cuidados enfermeros, y todo los enfermeros en ejercicio debemos asumir una responsabilidad social y moral de generar registros de enfermería como una evidencia del cuidado que nos respalden de nuestro trabajo enfermero como humano, continuo, seguro y oportuno, como señala los preceptos de la ley del Enfermero.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. **Bellido Vallejo, JC. y Lendinez Cobo, JF.** Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén : Ilustre Colegio Oficial de Enfermería Jaén p. (17-20)(209)
2. **Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y Dochterman, J McCloshey.** Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Barcelona: ELSEVIER, 2009. 5º edición.
3. **Dirección General de Tráfico, DGT. Ministerio del interior.(internet)** Anuario estadístico de accidentes de trafico 2016 p.5
4. **Domínguez, J.V.** Atención al poli traumatizado en un servicio de urgencias hospitalarias..., Enfermería integral 2005, diciembre págs. 23-26.
5. **García, A. Hueste y Alonso, E. Díaz Velázquez: E. Ortega.** Análisis Lesión Medular en España. ASPAYM. 2012 p.4-6.
6. **Holdsworth FW:** Fractures, dislocations and fracture-dislocations of the spine. J Bone Joint Surg 52 A: 1534-1542, 1970.
7. **Internacional, NANDA.** Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. s.l.: ELSEVIER Edición Hispanoamericana, 2012-2014.
8. **Leal de Pedro, E. Domínguez Pérez, L. Blázquez Rodríguez, MC. Chozas García, Prada Martí, A. Sánchez Juan, A.** Cuidados de enfermería en urgencias traumatológicas: tracciones e inmovilizaciones específicas. . Madrid: Ilustre Colegio de Enfermería de Madrid. Codem.es, julio, 2008.

9. **López Martin, B.** Atención de enfermería al lesionado medular. Fase aguda 2-6
10. **Melgarejo Ávila, D.** Cuidados de enfermería en el paciente poli traumatizado.. Nº15, Albacete: UME Villa robledo, Abril, 2002.p 2-4
11. **Roy-Camille:** Rationale and techniques of internal fixation in trauma of the cervical spine, p. 163-189. En: Errico TJ: Spinal Trauma. J.B. Lippincott Co. Philadelphia. 1991.
12. **S. Moorhead, y otros, y otros.** Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de resultados de salud. Barcelona: Elsevier, 2014. 5º edición

ANEXOS

Escala de coma de Glasgow

Respuesta motriz	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Se retira al dolor	4
Flexiona al dolor (decorticación)	3
Extiende al dolor (descerebración)	2
Sin respuesta	1
Apertura ocular	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
Al dolor	2
Sin respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Sin respuesta	1
Máxima puntuación posible	15
Mínima puntuación posible	3

RIESGO DE UPP

BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO

BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO

BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

