

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso de atención de enfermería a paciente politraumatizado del servicio de
emergencia de un centro hospitalario de Lima 2025**

Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de enfermería:

Emergencia y Desastres

Autores:

Veronica Felicita Suarez Pachas

Ana Mercedes Conque Flores

Asesor:

Dra. María Güima Reinoso Huerta

Lima, 13 de setiembre de 2025

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, María Güima Reinoso Huerta, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE POLITRAUMATIZADO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO DE LIMA 2025”** de las autoras Veronica Felicita Suarez Pachas y Ana Mercedes Conque Flores tiene un índice de similitud de 20% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 13 días del mes de setiembre del año 2025.

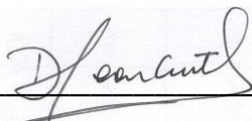


Dra. María Güima Reinoso Huerta

**Proceso de atención de enfermería a paciente politraumatizado del
servicio de emergencia de un centro hospitalario de Lima 2025**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional
de enfermería: Emergencia y Desastres



Dra. Delia Leon Castro

Dictaminador

Lima, 13 de setiembre de 2025

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Metodología	6
Valoración	7
Planificación.....	9
Ejecución.....	12
Evaluación.....	13
Resultados	15
Discusión.....	16
Conclusiones	24
Referencias Bibliográficas	26
Apéndices.....	30

Proceso de atención de enfermería a paciente politraumatizado del Servicio de Emergencia de un centro hospitalario de Lima 2025

Lic. Ana Mercedes Conque Flores^a Verónica Felicita Suarez Pachas^b Dra. María Guima Reinoso Huerta^c

^{a y b} *Autoras del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^c *Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

El politraumatismo es un conjunto de lesiones que ocurren en traumas de alta energía y es una de las situaciones más graves dentro de las lesiones por causas externas, representando la principal causa de muerte en personas de 5 a 40, donde el objetivo principal fue identificar y gestionar los problemas de salud más relevantes mediante un proceso de cuidado integral, para la realización de este trabajo se utilizó un enfoque cualitativo y un diseño de caso único., así mismo se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería a un hombre de 52 años con diagnóstico de politraumatismo, lo que permitió identificar y priorizar cinco diagnósticos de enfermería clave. Los problemas más urgentes fueron: Deterioro del intercambio gaseoso, dolor agudo y riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, para eso se realizó la planificación con la taxonomía NOC_ NIC donde la atención se centró en la persona, tomando en cuenta su situación clínica y emocional; Durante la ejecución, se proporcionaron los cuidados necesarios, realizando las intervenciones planeadas con el objetivo de aliviar el dolor y mejorar la respiración del paciente. Gracias a estas intervenciones, se observó una mejoría notable en los parámetros clínicos, con un aumento positivo en las puntuaciones de +2 en las áreas evaluadas Al final se llegó a la conclusión que la gestión del proceso de Atención de Enfermería, abordando tanto las necesidades físicas como emocionales del paciente, permitió ofrecer un cuidado de calidad, adaptado a sus necesidades específicas. Este estudio destaca la importancia de la atención integral y continua en el manejo de los pacientes politraumatizados

Palabras clave: politraumatizado, proceso de atención de enfermería, urgencias.

Abstract

Polytrauma is a set of injuries that occur in high-energy trauma and is one of the most serious situations within injuries from external causes, representing the leading cause of death in people aged 5 to 40, where the main objective was to identify and manage the most relevant health problems through a comprehensive care process, to carry out this work, a qualitative approach and a single case design were used. Likewise, the Nursing Care Process was applied to a 52-year-old man diagnosed with polytrauma, which allowed the identification and prioritization of five key nursing diagnoses. The most urgent problems were: Impaired gas exchange, acute pain, and risk of ineffective cerebral tissue perfusion. For this, planning was carried out with the NOC_ NIC taxonomy where attention was focused on the person, taking into account their clinical and emotional situation; during the execution, the necessary care was provided, carrying out the planned interventions with the aim of relieving pain and improving the patient's breathing. Thanks to these interventions, a notable improvement was observed in clinical parameters, with a positive increase in scores of +2 in the assessed areas. Ultimately, it was concluded that managing the nursing care process, addressing both the physical and emotional needs of the patient, allowed for the provision of quality care tailored to their specific needs. This study highlights the importance of comprehensive and continuous care in the management of polytrauma patients.

Keywords: Polytrauma, nursing care process, emergency care.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) ha señalado que los pacientes politraumatizados se han convertido en una pandemia silenciosa que sigue creciendo, estimándose que más de 100 millones de personas han sufrido accidentes. En la sociedad globalizada, existen más riesgos, siendo los accidentes automovilísticos, los que causan lesiones y ponen en peligro la vida y provocan discapacidad o muerte. A nivel mundial, entre 1,25 y 1,3 millones de muertes, son causadas por accidentes automovilísticos. La población más afectada es de 18 a 29 años, pero en el grupo de personas de 15 y 45 años, el trauma es la principal causa de muerte, tal como ocurre en el caso de los politraumatizados (Casal et al., 2019). En países de Latinoamérica, el número de politraumatismos es superior a la de los países desarrollados, y ha aumentado un 2,6% en los últimos años (Bustillo et al., 2020).

En Perú, las lesiones encéfalo-craneales representan el 46,1% de los casos, y los accidentes automovilísticos son la principal causa de politraumatismo durante el período de 2007 a 2012 (León-Palacios et al., 2021), En estudios se han confirmado la gravedad, como en el Hospital de Trujillo, se encontró que el Revised Trauma Score (RTS) posee una capacidad predictiva de mortalidad intrahospitalaria en pacientes politraumatizados (Macedo Pinedo & Villena Ruiz, 2023). Según Saavedra-Camacho et al. (2023), en un estudio descriptivo entre los años 2012 y 2018, se registraron un total de 560,745 accidentes de tránsito, en el año 2012, se documentaron 94,923 accidentes, resultando en 54,572 personas heridas y 3,313 fallecidas, lo que representó una tasa de letalidad de 3.49%.

El paciente politraumatizado es aquel que ha sufrido varias lesiones graves a causa de un trauma, donde al menos una de estas lesiones es potencialmente mortal. La valoración inicial de estos pacientes es fundamental, y debe realizarse de manera rápida y exhaustiva, en menos de 30

segundos, para poder identificar las lesiones que ponen en peligro la vida y tratarlas lo antes posible. Para esto, se sigue un protocolo conocido como ABCDE (Ballesteró Díez, 2024). Donde las principales causas de politraumatismo entre 2020 y 2025 incluyen accidentes de tránsito, caídas, donde Los accidentes de tránsito son responsables de un alto porcentaje de lesiones graves, con factores como la imprudencia del conductor, el exceso de velocidad y el consumo de alcohol (Defensoría del Pueblo, 2023).

Según la fisiopatología, el politraumatismo desencadena la activación de una respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), se desencadena como consecuencia del trauma severo y se manifiesta clínicamente con signos como taquicardia, hipotensión, vasoconstricción periférica, mala perfusión tisular, oliguria, taquipnea, sudoración y alteraciones del estado de conciencia. Por ello, la detección precoz y el manejo oportuno son esenciales (García et al., 2000)

El politraumatismo no solo representa una amenaza inmediata para la vida del paciente, sino que también puede generar una serie de síntomas físicos y neurológicos que afectan su bienestar y su capacidad funcional. En muchos casos, el paciente experimenta un dolor intenso en las zonas afectadas, así como cefaleas persistentes, no es raro que haya sangrados visibles o internos, lo que genera un riesgo significativo a nivel neurológico, asimismo, en el plano motor, es común encontrar problemas para mover extremidades, sensación de hormigueo, en casos más graves, pérdida total o parcial de la sensibilidad en ciertas partes del cuerpo. Además, el trauma puede desencadenar cuadros de shock: el hipovolémico, debido a una pérdida masiva de sangre o cardiogénico, cuando el corazón no logra mantener un gasto adecuado (Gonzales Peralta, 2025).

El tratamiento del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia debe ser abordado de manera continua, coordinada y sistemática, ya que cualquier omisión puede poner en riesgo su vida. La atención de enfermería en estos casos requiere no solo una evaluación

inicial precisa mediante el enfoque ABCDE, sino también una reevaluación constante para detectar un posible deterioro clínico (Marsden & Tuma, 2023).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se convierte en una herramienta fundamental, que orienta la práctica profesional con enfoque lógico, metódico basado en evidencias, investigaciones en hospitales de Lima confirman que la implementación adecuada del PAE mejora la toma de decisiones clínicas y la calidad del cuidado en situaciones de emergencia (Vigo Puican & Ojeda García, 2023). La etiología del PAE tiene como propósito promover el bienestar del paciente, y favorecer su recuperación integral. Para el proceso de valoración se utilizó el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon, el cual permitió explorar de manera holística las respuestas humanas ante los problemas de salud y facilita la identificación de diagnósticos de enfermería precisos (González al., 2023).

La intervención de la licenciada en enfermería, especialmente cuando cuenta con formación especializada en el Servicio de Emergencias, resulta esencial para garantizar la eficiencia y calidad del cuidado brindado. Esta preparación profesional le permite aplicar protocolos basados en evidencia científica, actuar de manera metódica y tomar decisiones que prioricen la supervivencia del paciente, reduciendo así las secuelas a largo plazo. Su rol no solo se limita al cuidado directo, sino también a la gestión y coordinación del equipo de salud, lo que contribuye a una atención integral centrada en el bienestar del paciente (Alcázar Marcillo, 2024). La intervención de la enfermera es indispensable y esencial en el equipo de salud.

Metodología

El presente estudio tuvo un enfoque cualitativo de estudio caso y la metodología se basó en el proceso de atención de enfermería, que se sostiene en la prestación de cuidados basados en conocimientos y técnicas específicas, que le permiten desarrollar métodos de trabajo eficientes. Proceso de Enfermería (PAE), es lógico, dinámico y sistemático de procedimientos de atención de cuidados sustentados en la ciencia y evidencia científica (Miranda et al., 2019). El enfoque debe interpretarse como la resolución de un problema, un proceso estructurado siguiendo ciertos principios o normas para una llegada segura. Este es el producto de la creación de nueva teoría y todas las actividades prácticas de investigación que tienen como objetivo orientar las habilidades humanas hacia un propósito concreto, proporcionando de esta manera un servicio de enfermería más eficaz.

El paciente de 52 años, diagnosticado con politraumatismo, fue el participante de nuestro estudio, seleccionado de manera conveniente por los investigadores. Para la valoración, se emplearon diversas técnicas, tales como la observación directa, entrevistas y revisión documental (historia clínica). El instrumento utilizado para la valoración fue la Guía basada en los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon. Tras realizar un análisis crítico de los datos relevantes, se procedió a la formulación de los diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía II de NANDA-I. Para la fase de planificación, se emplearon las taxonomías NOC y NIC. Posteriormente, se ejecutaron los cuidados de enfermería, se finalizó el proceso con la etapa de evaluación, la cual se realizó comparando las puntuaciones finales con las iniciales.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: A.C.T

Sexo: Masculino

Edad: 52 años

Días de atención de enfermería: 5

Fecha de valoración: 02/01/2020

Motivo de ingreso: Paciente ingresa al servicio de emergencia es traído por los bomberos en camilla, refieren que ha sufrido accidente de tránsito se le observa piel pálida somnoliento con escoriaciones en ambos brazos, abdomen distendido con herida en pierna.

Valoración según los Patrones Funcionales de Salud.

Patrón Funcional I: Percepción-Control de la Salud. El paciente presenta hipertensión desde hace 10 años, con tratamiento de Losartan 50 mg cada 12 horas. Fue operado de apendicectomía en el año 2000 y se encuentra en un estado de higiene regular.

Patrón Funcional II: Nutrición Metabólico.

Actividad Respiratoria. El paciente tiene respiración superficial (12 respiraciones por minuto) y está recibiendo oxígeno a través de una máscara de reservorio a 15 litros por minuto. Su saturación de oxígeno es del 95%, con un pH de 7.38, PCO₂ de 46 mm Hg y PO₂ de 72 mm Hg, a la auscultación se escucha ruidos respiratorios disminuidos, sobre todo en base del pulmón derecho, al momento presenta secreciones en poca cantidad.

Actividad Circulatoria. La presión arterial es de 90/50 mm Hg, con una frecuencia cardíaca de 130 latidos por minuto. El llenado capilar es superior a 2 segundos. Se encuentran instaladas 2 vías periféricas en ambas manos, con catéter N° 18.

Capacidad de autocuidado: El paciente presenta un grado de dependencia 3, debido a una fractura en el fémur con tracción cutánea.

Patrón Funcional III: Eliminación.

Eliminación Vesical. Se ha colocado una sonda Foley y se obtiene orina colúrica.

Eliminación Intestinal. El paciente presentaba deposiciones normales antes del accidente.

Patrón Funcional V: Perceptivo-cognitivo. El paciente está somnoliento, con pupilas isocóricas de 2 mm, reactivas a la luz, y una escala de Glasgow de 11 puntos. Presenta hematoma temporal derecho, con dolor evaluado en 8/10 en la EVA y facies de dolor.

Patrón Funcional III: Nutricional-metabólico. La piel del paciente está pálida poco hidratada, afebril, presenta una herida en el cuero cabelludo en la zona parietal derecha de aproximadamente 5 cm, además de escoriaciones en ambos brazos. El abdomen está distendido y doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos disminuidos. También presenta vómitos explosivos en 2 ocasiones (200cc). Piel hidratada, con temperatura 37,2 °C.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados.

Primer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. (0003) Deterioro del intercambio gaseoso.

Características Definitivas. Valores de AGA alterados (un pH de 7.38, PCO₂ de 46 mm Hg y PO₂ de 72 mm Hg).

Factor relacionado: Patrón respiratorio ineficaz.

Condiciones asociadas: Desequilibrio ventilación-perfusión

Enunciado Diagnóstico. Deterioro del intercambio de gases relacionado con Patrón respiratorio ineficaz asociado a desequilibrio en la ventilación-perfusión, evidenciado por valores de AGA alterados: pH: 7.38, PCO₂: 46 mm Hg y PO₂: 72 mm Hg.

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. (0012) Dolor agudo.

Características Definitorias. Referencia de dolor, escala numérica de 8 puntos, facies de dolor, taquicardia.

Factor Relacionado. Agente lesivo físico.

Enunciado Diagnóstico. Dolor agudo relacionado con agente lesivo físico, evidenciado por referencia de dolor en la escala numérica de 8 puntos, facies de dolor y taquicardia.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. (00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

Factor de riesgo: Lesión cerebral.

Enunciado Diagnóstico. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz según se evidencia por lesión cerebral.

Planificación

Primer Diagnóstico. Deterioro del intercambio de gases.

Resultados de Enfermería. NOC [402]: función respiratoria: Intercambio gaseoso.

Indicadores.

- ✓ PH arterial.
- ✓ Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO₂).
- ✓ Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO₂).

Intervenciones de Enfermería. NIC [3350] Monitorización Respiratoria.

Actividades.

- ✓ Colocar al paciente en posición semifowler.
- ✓ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones
- ✓ Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de CheyneStokes.
- ✓ Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.
- ✓ Monitorear el estado respiratorio y los niveles de oxigenación.
- ✓ Monitorizar gasometría arterial (pH, PaO₂, PCO₂, HCO₃).

Segundo Diagnóstico. Dolor agudo.

Resultados de Enfermería. NOC [2102]: Nivel de dolor.

Indicadores.

- ✓ Expresiones faciales de dolor
- ✓ Cambio en la frecuencia cardíaca
- ✓ Dolor referido.

Intervenciones de Enfermería. NIC [1400] Manejo del dolor.

Actividades.

- ✓ Monitorizar el dolor utilizando un método de valoración adecuado que permita hacer seguimiento de los cambios en el dolor y ayude a identificar los factores desencadenantes.
- ✓ Administrar analgésicos para proporcionar un alivio óptimo del dolor, administrando Ketoprofeno de 100mg EV cada 8 horas.

- ✓ Seleccionar y aplicar medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor.
- ✓ Monitorear los signos vitales del paciente.
- ✓ Asegurarse de que el paciente este en una posición que minimice la tensión y el dolor.

Tercer Diagnóstico. Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.

Resultados de Enfermería. NOC [0909]: Estado neurológico.

Indicadores.

- ✓ Conciencia
- ✓ Función neurológica: control motor central
- ✓ Tamaño pupilar
- ✓ Reactividad pupilar
- ✓ Ausencia de cefalea.

Intervenciones de Enfermería. NIC [2620] Monitorización neurológica.

Actividades.

- ✓ Vigilar el nivel de conciencia del paciente.
- ✓ Observar las tendencias en la Escala de Coma de Glasgow.
- ✓ Evaluar el tamaño, forma, simetría y la capacidad de reacción de las pupilas.
- ✓ NIC [2590] Monitorización de la presión intracraneal.

Actividades.

- ✓ Colocar al paciente en posición semifowler.
- ✓ Evitar maniobras de Valsalva.

Ejecución**Tabla 1**

Ejecución de la intervención oxigenoterapia para el diagnóstico Deterioro del intercambio de gases

Fecha	Intervención: Monitorización respiratoria	
	Hora	Actividades
04/01/2025	8:00	Se colocó al paciente en posición semifowler.
	9:00	Se monitorizó y vigiló el estado respiratorio y la oxigenación.
	10:00	Se controló la respiración: (bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne Stokes)
	12:00	
	13:00	Se realizaron análisis de gases arteriales (AGA) y electrolitos. Se llevó a cabo la aspiración de secreciones según lo requirió el paciente.

Tabla 2

Ejecución de la intervención Manejo del dolor para el diagnóstico Dolor Agudo

Fecha	Intervención: Manejo del Dolor	
	Hora	Actividades
04/01/2025	8:00	Se monitorizó el dolor utilizando un método de valoración adecuado que permitió el seguimiento de los cambios en el dolor.
	10:00	
	11:00	Se administró Ketoprofeno 100 mg por vía intravenosa.
	12:00	Se monitorizaron los signos vitales. Se aplicó medidas no farmacológicas e interpersonales que facilitaron el alivio del dolor.
	13:00	Se colocó al paciente en posición antálgica

Tabla 3

Ejecución de la intervención Monitorización neurológica y Monitorización de la presión intracraneal para el diagnóstico Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz

Fecha	Intervención: Monitorización neurológica	
	Hora	Actividades
04/01/2020	8:00	Se observó el nivel de conciencia utilizando la escala de Glasgow.
	10:00	Se colocó al paciente en posición semifowler y se evitaron maniobras de Valsalva.
	11:00	Se comprobó el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.
	12:00	Colocar al paciente en posición a 30°
	13:00	Evitar maniobras de Valsalva.

Evaluación

Resultado: Función Respiratoria: Intercambio gaseoso.

Tabla 4

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado función respiratoria: intercambio gaseoso

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
PH arterial.	2	4
Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO ₂).	2	4
Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO ₂).	2	3

La Tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado Función Respiratoria: Intercambio gaseoso seleccionados para el diagnóstico *Deterioro del intercambio gaseoso* antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (moderadamente comprometido). Después de las intervenciones, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora en los

valores del PH arterial y la Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial. La puntuación de cambio fue de 2, mientras que para la Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial la puntuación de cambio fue 1.

Resultado: Nivel del Dolor.

Tabla 1

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado nivel del dolor

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Expresiones faciales de dolor	2	4
Cambio de la frecuencia cardíaca	2	4
Dolor referido	2	4

La Tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado *Nivel del Dolor* seleccionados para el diagnóstico *Dolor agudo* antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (moderadamente comprometido). Después de las intervenciones, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora en los valores de las expresiones faciales de dolor, el cambio en la frecuencia cardíaca y el dolor referido. La puntuación de cambio fue de 2.

Resultado: Estado Neurológico.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado estado neurológico

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Función neurológica: control motor central	2	4
Conciencia, tamaño y reactividad de las pupilas	2	4
Ausencia de cefalea	2	4

La Tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado Estado Neurológico seleccionados para el diagnóstico *Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz*, antes de las

intervenciones de enfermería fue de 2 (moderadamente comprometido). Después de las intervenciones, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora en los valores de la función neurológica, el estado de conciencia, el tamaño y reactividad de las pupilas, y la ausencia de cefalea. La puntuación de cambio fue de 2.

Resultados

En la fase de valoración, la recopilación de información se basó principalmente en la historia clínica del paciente, siendo esta la fuente primaria de datos, mientras que algunos aspectos adicionales fueron obtenidos de otras fuentes secundarias. Para la recolección de los datos, se utilizó predominantemente la exploración física como herramienta principal. Posteriormente, la información fue organizada en la Guía de Valoración basada en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Un obstáculo en esta etapa surgió debido a que el paciente requería oxígeno a través de una máscara de reservorio, lo que dificultó la realización de la entrevista.

En la etapa de diagnóstico, se analizaron los datos más relevantes siguiendo los criterios de la NANDA, priorizando tres diagnósticos principales: *Disminución del intercambio de gases* relacionada con un desequilibrio en la ventilación-perfusión, *Dolor agudo* vinculado a un agente lesivo físico y riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz

La fase de planificación se llevó a cabo utilizando las taxonomías NOC y NIC, con el propósito de definir los resultados de enfermería más pertinentes a los diagnósticos establecidos, y de diseñar intervenciones alineadas con estos resultados. Es importante realizar una reevaluación y ajustes en los indicadores de resultado. Un desafío en esta etapa consistió en determinar la calificación de los indicadores tanto en la evaluación inicial como en la final, debido a la subjetividad que implicaba la calificación.

En la fase de ejecución, las actividades planificadas fueron implementadas sin dificultades significativas, gracias a la experiencia del equipo en la realización de las intervenciones correspondientes.

Finalmente, en la fase de evaluación, se procedió con la retroalimentación de cada una de las etapas del cuidado brindado al paciente en este estudio. Los resultados de la evaluación de los cuidados de enfermería se detallan en la sección de resultados.

Discusión

Deterioro del Intercambio de Gases

El diagnóstico Deterioro del intercambio de gases se refiere a la incapacidad del paciente para mantener una ventilación adecuada, lo que afecta la oxigenación del cuerpo. Esta condición es común en pacientes con lesiones en las vías respiratorias o traumatismos torácicos, lo que se ve afectado el equilibrio ácido base (Herdman et al., 2024).

Este diagnóstico se presenta cuando el paciente tiene dificultad para realizar un intercambio adecuado de gases, lo que pone en riesgo la saturación de oxígeno en el organismo. Los traumatismos en la región torácica pueden generar esta alteración respiratoria (Marsden & Tuma, 2023).

De otro lado la incapacidad del sistema respiratorio para mantener un adecuado intercambio gaseoso de O₂ y CO₂ entre el gas inspirado y el capilar pulmonar, lo que además requiere un transporte apropiado de oxígeno desde el capilar pulmonar hasta los tejidos, es muy importante monitorizar los valores de los gases respiratorios en la sangre arterial (Bañuelos, 2020).

Las características definitorias que presentó el paciente en estudio fueron Valores de gasometría alterados.(pH: 7.38, PCO₂: 46 mm Hg y PO₂: 72 mm Hg) más comunes de este

diagnóstico incluyen respiración irregular, dificultad para respirar, y baja saturación de oxígeno, alteraciones en los valores de AGA. En los pacientes politraumatizados, es vital una evaluación constante de los signos respiratorios, ya que las lesiones en el tórax pueden obstruir las vías respiratorias y comprometer la oxigenación (Gómez et al., 2021).

Y el factor relacionado fue Patrón respiratorio ineficaz en el paciente politraumatizado, una de las prioridades de atención es evaluar la respiración y el ingreso de aire, para esto se tiene que auscultar los sonidos respiratorios lo que nos alerta de un potencial riesgo de presentar lesiones torácicas graves como son el hemitórax o neumotórax como es el caso de los pacientes de gravedad, de tener la necesidad de recibir oxigenoterapia con presión positiva en las vías aéreas como fue el caso de nuestro paciente que tuvo oxígeno por máscara de reservorio a 15 litros por minuto, considerando que el oxígeno es la medicación prioritaria en pacientes con múltiples traumatismos (Marsden & Tuma, 2023).

El Patrón respiratorio ineficaz se caracteriza por presentar fatiga, uso de la musculatura accesoria comprometiendo las vías aéreas debido a secreciones y también disminución de la expansión pulmonar esto nos demuestra el intento del organismo por restablecer un patrón respiratorio normal (Rezende Do Prado et al., 2019).

Para este Diagnóstico se consideró el NIC Monitorización Respiratoria con las siguientes actividades:

Se colocó al paciente en posición semifowler: Esta posición ayuda a facilitar la expansión pulmonar, favoreciendo la respiración y reduciendo la presión sobre el diafragma. Esta técnica se recomienda para mejorar el patrón respiratorio (Guía Práctica Clínica, 2020),

De otro lado se monitorizó la oxigenación y el estado respiratorio: se controlaron los signos vitales y la saturación de oxígeno para detectar cualquier alteración en la respiración del

paciente. La monitorización continua es clave para actuar ante cualquier cambio (Rodríguez Seminario, 2020).

Se administró oxígeno a través de una máscara de reservorio a 15 litros por minuto. Para mantener los niveles adecuados de saturación de oxígeno en sangre. Este tratamiento es esencial para prevenir la hipoxia y sus complicaciones, también se monitorizó la gasometría arterial para el manejo del medio interno (López Martín, 2020).

Se llevó a cabo la aspiración de secreciones según lo requirió el paciente. La necesidad de aspirar secreciones en un paciente politraumatizado se evalúa en función de la evaluación de la vía aérea, la presencia de secreciones, presencia de ruidos respiratorios marcados, dificultad para respirar, crepitantes en la auscultación y se debe realizar con una técnica que asegure un adecuado intercambio gaseoso manteniendo las vías aéreas permeables (López Martín, 2020).

Se realizaron análisis de gases arteriales AGA y electrolitos. Utilizar la gasometría arterial como herramienta de tamización también ha permitido manejar de forma óptima a los pacientes de alto riesgo como es el caso del politraumatizado donde se tiene que evaluar los valores de gases arteriales y prevenir la insuficiencia respiratoria hipóxica donde la presión arterial parcial de oxígeno (PaO₂) por debajo de 60 mm Hg, y la insuficiencia respiratoria hipercapnia aguda, la cual se da por un aumento agudo de la PaCO₂ mayor de 50 mm Hg. Por lo general, se asocia con un pH de acidosis respiratoria de <7.35 (Solano-Arboleda & Bernardo, 2021).

Dolor Agudo

El Diagnóstico de dolor agudo, es una respuesta fisiológica que ocurre tras una lesión reciente, como las que se presentan en los pacientes politraumatizados. Este tipo de dolor es intenso y está localizado en las áreas lesionadas (Herdman et al., 2024).

Según McCaffery y Pasero (2020) citado por González Prieto (2020) se caracteriza por una sensación intensa y breve que está asociada con un trauma o lesión. Su manejo es fundamental en pacientes con múltiples fracturas o lesiones internas para mejorar su confort;

Este dolor es una respuesta natural del cuerpo para alertar de una lesión, y su intensidad puede ser debilitante en pacientes con trauma severo. El control adecuado es crucial para evitar que el paciente sufra aún más complicaciones (Martínez et al., 2023).

Siendo las características definitorias referencia de dolor, escala numérica de 8 puntos, facies de dolor, taquicardia, donde el dolor agudo causado por una lesión en los tejidos, en este caso por un traumatismo, provoca la activación de las fibras nerviosas y los receptores periféricos del dolor, es decir, los nociceptores específicos de las fibras A delta y C. Además, el dolor agudo provoca hiperactividad del sistema nervioso simpático, lo que provoca un incremento en la tensión arterial y frecuencia cardíaca, diaforesis y pupilas dilatadas, así como ansiedad, en el caso de nuestro paciente presentó taquicardia 130 latidos por minutos y facies de dolor. Siendo otra Característica la valoración de escala numérica de 8 puntos, se aplicó esta escala para cuantificar la intensidad del dolor sirve como estrategia para objetivar el dolor, y constituyen un elemento esencial para la valoración de la terapia a usar, siendo la Escalda Visual Analógica (EVA), la más utilizada debido a que es muy fiable y práctica por eso se utiliza a nivel global, en el caso de nuestro paciente presentó 8 puntos en la escala EVA (Dávila et al., 2020).

Se relacionó con lesiones físicas como fracturas o heridas abiertas, que son comunes en los pacientes politraumatizados donde se observan una serie de eventos seriados que originan diversas respuestas neuroendocrinas y metabólicas, dentro de las cuales se incluye: aumento de hormona adrenocorticotrópica (ACTH), hormona antidiurética (AHD), aumento de cortisol adrenal, renina, catecolaminas elevación de niveles plasmáticos de glucosa, lactato y ácidos

grasos libres. Los estímulos aferentes nociceptivos que proceden de la zona lesionada producen aumento del gasto cardíaco y consumo de oxígeno, vasoconstricción, aumento en la producción de insulina y trastornos inmunológicos (Malizia et al., 2021).

Para este diagnóstico se consideró el NIC nivel de dolor con las siguientes actividades: se monitorizó el dolor utilizando una escala adecuada:

Se utilizó la escala visual analógica (EVA) para valorar la intensidad del dolor. Esto permitió realizar ajustes en el tratamiento para mantener el dolor bajo control (Gómez et al., 2021); la aplicación de escalas para cuantificar la intensidad del dolor sirve como estrategia para objetivar el dolor, y constituyen un elemento esencial para la valoración de la terapia a usar, siendo la Escala Visual Analógica (EVA), la más utilizada debido a que es muy fiable y práctica por eso se utiliza a nivel global, en el caso de nuestro paciente presentó 8 puntos en la escala EVA (Dávila et al., 2020).

Se administró medicamentos analgésicos adecuados en el caso del paciente (Ketoprofeno 100 mg IV). Según Sánchez-Monge (2024) se administra para aliviar el dolor y la inflamación. Este medicamento es eficaz para controlar el dolor agudo en pacientes traumatizados. En cuanto a las medidas farmacológicas La fisiopatología y valoración del dolor influyen en la respuesta terapéutica a través de métodos farmacológicos, esta última es la más utilizada. Existe una gran variedad de medicamentos con fines analgésicos que se agrupan en los analgésicos no esteroideos (AINES), que son los más usados (Dávila et al., 2020).

De otro lado las medidas no farmacológicas para aliviar el dolor, también se incluyen técnicas como manejo del estrés, distracción, hipnosis, acupresión, acupuntura, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) y terapias físicas como calor/frío, masaje, fisioterapia, entre otras. Además, se consigue el alivio del dolor colocando al paciente en una posición de

confort, colocando férulas, tranquilizar verbalmente para reducir la ansiedad (Schwerin & Mohny, 2023).

Monitorear los signos vitales del paciente: ya que mediante el control de los signos vitales que son parámetros objetivos que incluyen la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial, nos damos cuenta que el paciente esta presentado dolor y podemos actuar y administrar analgésicos según prescripción médica (Ramírez Garrido, 2023).

Otra intervención que realizamos fue asegurarnos de que el paciente esté en una posición que minimice la tensión y el dolor, El reposo en una posición cómoda ayuda aliviar el dolor. En cuanto a lesiones de tejidos blandos u óseos (Merchán, 2020).

Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral Ineficaz

En cuanto al diagnóstico Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz el manejo del traumatismo craneal, se deben controlar aspectos claves como los tejidos cerebrales, la sangre y el líquido cefalorraquídeo, que juntos generan presión intracraneal (PIC). Cuando la PIC supera los 15 mm Hg, se puede generar hipertensión intracraneal (HIC), aunque existen mecanismos de compensación para descompensaciones menores. Si el cuadro empeora, estos mecanismos fallan, lo que puede ocasionar graves consecuencias (Uribe et al., 2019).

El contenido intracraneal se divide en 3 componentes: el parénquima cerebral, el líquido cefalorraquídeo y la sangre. Cuando alguno de los 3 componentes intracraneales aumenta debido a alguna condición patológica, se produce una compensación con la disminución de uno o ambos de los dos componentes restantes con el fin de mantener la PIC constante. Si se sobrepasan los mecanismos compensadores del organismo se produce una elevación de la presión intracraneal. La hipertensión intracraneal se define como una elevación sostenida por más de 10 minutos de la PIC por encima de 20mm Hg (Acosta et al., 2020).

Además, el riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz se determina como la desigualdad entre la presión arterial media (PAM) y la presión intracraneal (PIC) o la presión venosa central de la yugular, cualquiera que sea la mayor de ellas (Torres & Calle, 2023).

El factor de riesgo que se consideró fue lesión cerebral este suele producirse como consecuencia de un fuerte golpe en la cabeza que provoca que el cerebro choque con las paredes del cráneo. Los TCE pueden clasificarse según su gravedad (leves, moderados o graves), la localización de la lesión (frontal, occipital, etc.) y según el mecanismo de acción (lesiones abiertas o cerradas). Este daño suele producirse por accidente de moto, de coche, atropello, caídas, etc. (Sánchez, 2022).

Las intervenciones NIC en nuestro paciente incluyen:

Se vigiló el nivel de conciencia, se monitorizó a través de la escala de coma de Glasgow, se evaluó el tamaño, forma, simetría y reactividad de las pupilas, y controlar la presión intracraneal (PIC) es esencial en pacientes con puntuaciones en la escala de coma de Glasgow inferiores a 8. La PIC está compuesta en un 80% por parénquima y agua cerebral, un 10% por sangre arterial y venosa, y un 10% por líquido cefalorraquídeo. El aumento del volumen de cualquiera de estos componentes provoca cambios compensatorios, pueden ocasionar hipertensión intracraneal (Bañuelos-Huerta et al., 2021). Es esencial en pacientes neurocríticos monitorizar parámetros sistémicos estrictos, como la temperatura, el metabolismo, la hemodinámica y el intercambio de gases para identificar lesiones mediante intervención quirúrgica (Bañuelos-Huerta et al., 2021).

La evaluación pupilar es una herramienta diagnóstica valiosa, ya que permite obtener datos directos sobre el estado encefálico, indicando posibles alteraciones debido a medicamentos, enfermedades o trauma, asimismo en los pacientes con TCE, la aspiración de

secreciones debe realizarse solo cuando sea estrictamente necesario, ya que esta intervención podría alterar la presión intracraneal (Bañuelos-Huerta et al., 2021).

Por otra parte, se debe colocar al paciente en posición 30° se debe asegurar que el paciente está posicionado con la cabecera de la cama cabeza elevada a 30 °, también es importante aclarar que, si existe duda acerca de alguna lesión lumbar, se debería elevar la cabecera de la cama y no la cabeza. Esta posición mejora drenaje venoso cerebral mediante la gravedad, lo cual ha demostrado un impacto positivo en reducir la PIC (Val-Jordán et al., 2023).

Evitar maniobras de Valsalva, que son medidas complementarias para evitar el aumento de la PIC, por tal motivo el personal enfermero deberá evaluar frecuentemente el estado neurológico del paciente, así también en los procedimientos como la toma de imágenes, higiene del paciente y aspiración de secreciones para lo cual es indispensable monitorizarlo por ser un paciente grave como es el politraumatizado (Mamani, 2022).

Las intervenciones NIC del paciente incluyen:

Vigilar el nivel de conciencia y monitorizar las tendencias en la escala de coma de Glasgow. En condiciones normales, la PIC está compuesta en un 80% por parénquima cerebral y agua cerebral, un 10% por sangre arterial y venosa, y un 10% por líquido cefalorraquídeo. El aumento del volumen de cualquiera de estos componentes provoca cambios compensatorios que, si superan los 120 ml adicionales, pueden resultar en hipertensión intracraneal y subsecuente hipoperfusión cerebral. Es esencial en pacientes neurocríticos monitorizar parámetros sistémicos estrictos, como la temperatura (37 °C), el metabolismo, la hemodinámica (PAM 70-110 mmHg) y el intercambio de gases para identificar lesiones tratables mediante intervención quirúrgica (Ballesteros Díez, 2024).

Evaluar el tamaño, forma, simetría y reactividad de las pupilas, y controlar la presión intracraneal, donde la vigilancia de la PIC es esencial en pacientes con traumatismo craneoencefálico severo o con puntuaciones en la escala de coma de Glasgow inferiores a 8. La evaluación pupilar es una herramienta diagnóstica valiosa, ya que permite obtener datos directos sobre el estado encefálico, indicando posibles alteraciones debido a medicamentos, enfermedades o trauma, asimismo en los pacientes con TCE, la aspiración de secreciones debe realizarse solo cuando sea estrictamente necesario, ya que esta intervención podría alterar la presión intracraneal (Bañuelos-Huerta et al., 2021).

Por otra parte, se debe colocar al paciente en posición 30° se debe asegurar que el paciente está posicionado con la cabecera de la cama cabeza elevada a 30 °, también es importante aclarar que, si existe duda acerca de alguna lesión lumbar, se debería elevar la cabecera de la cama y no la cabeza. Esta posición mejora drenaje venoso cerebral mediante la gravedad, lo cual ha demostrado un impacto positivo en reducir la PIC (Val-Jordán et al., 2023).

Evitar maniobras de Valsalva, que son medidas complementarias para evitar el aumento de la PIC, por tal motivo el personal enfermero deberá evaluar frecuentemente el estado neurológico del paciente, así también deberá llevarlo a la toma de imágenes (tomografía) para lo cual es indispensable monitorizarlo por ser un paciente grave como es el politraumatizado (Mamani, 2022).

Conclusiones

El proceso de enfermería permitió ofrecer una atención personalizada, humanizada y de alta calidad al paciente.

Es esencial realizar una evaluación exhaustiva, objetiva y precisa, ya que esta es la base para identificar los diagnósticos de enfermería más pertinentes.

La gestión de la interrelación entre NANDA, NOC y NIC por parte de los profesionales de enfermería facilita el uso de un lenguaje común, lo que simplifica las tareas y procesos de atención. En última instancia, los cuidados proporcionados por el equipo de enfermería contribuyeron significativamente a la recuperación del paciente, garantizando una atención integral y de calidad.

Es fundamental que el equipo de enfermería esté debidamente capacitado en diversas áreas, poseyendo una amplia gama de conocimientos sobre cuidados. Además, es imprescindible que los profesionales estén preparados física y emocionalmente para afrontar las distintas situaciones que puedan surgir, especialmente en el caso de pacientes politraumatizados, lo que incluye la supervisión y formación del equipo de enfermería, así como ofrecer consuelo tanto físico como emocional, asegurando siempre una atención humanizada.

Referencias Bibliográficas

- Alcázar Marcillo, G. R. (2023). *Rol de enfermería en los servicios de emergencias*. Ciencia Latina: Revista Científica Multidisciplinar, 7(2), 15627–15639.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.9058
- Alas, C. U. (2021). *Politraumatizados atendidos en el servicio de cirugía general de un hospital de tercer nivel de Honduras: Caracterización clínico-epidemiológica*. Ciencia e Investigación Médico Estudiantil Latinoamericana, 25(2).
<https://doi.org/10.23961/cimel.v26i1.1343>
- Arbour, C., & Gélinas, C. (2014). *Behavioral and Physiologic Indicators of Pain in Nonverbal Patients with a Traumatic Brain Injury: An Integrative Review*. Pain Management Nursing, 15(2), 506-518. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.03.004>
- Ballesteros, Y. (2024). *Manejo del paciente politraumatizado*. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Recuperado de https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/19_Politrauma_4ed.pdf
- Canabal, R., Gema, B., Elena, P., Medina, G., Fernández, V., Joaquín, G., Corral, H., Pacheco, A., Juan, R., Lara Sánchez, J., Caamiña, M., Luis, G., Carrasco, A. A., Gómez, S., Marín, C., Sánchez, E., Fernando, G.-P., Rupérez, G., Sánchez, M., ... Moreno, G. (2014). *Guía asistencial urgencias y emergencias extrahospitalarias* Comité Clínico Asistencial.
- Castillo, D., Pérez, L., & Rodríguez, C. (2022). *Infecciones en pacientes politraumatizados: Factores de riesgo y estrategias de prevención*. Revista de Enfermería y Salud, 19(3), 37-45.
- Córdova, J., & Herrera, L. (2023). *Conocimiento y práctica de atención a pacientes politraumatizados en el personal de enfermería del Hospital Cayetano Heredia – Lima*. Repositorio UNAC. <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8244>
- Delgado, T., Lee, Y., Nora Luisa Mendoza Fonseca, & Cuba Martínez, L. (2015). *Manejo del paciente politraumatizado en Belice*. Tratamiento inicial. 92, 807-818.
- Duque, P. (2014). *Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso de Atención de Enfermería*. 16, 93-104.

- García de Lorenzo, A., López Martínez, J., & Sánchez Castilla, M. (2025). *Respuesta inflamatoria sistémica: fisiopatología y mediadores*. *Medicina Intensiva*, 49(1), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(00\)79622-7](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(00)79622-7)
- Gonzales, E., & Ríos, A. (2023). Aplicación del modelo de Marjory Gordon en la valoración de pacientes críticos en servicios de emergencia. *Revista Enfermería Actual en Salud*, 25(1), 58–65.
- González, M., Rodríguez, J., & Pérez, A. (2022). *Estudio epidemiológico de caídas en adultos mayores en Lima Metropolitana*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(3), 456-463. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.393.12345>
- Gómez, M., Fernández, R., & Vargas, J. (2021). *Valoración del dolor en pacientes críticos y politraumatizados: Uso de escalas de dolor en el entorno hospitalario*. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 29(4), 23-30.
- Gutiérrez, J., Martínez, P., & Rodríguez, A. (2021). Traumatismos en la región torácica y su relación con la insuficiencia respiratoria. *Medicina Intensiva*, 45(6), 350-356.
- Launizar, M. (2011). *Desequilibrio ácido-base en el paciente con trauma*. www.inegi.gob.mx/est/contenidos
- López, M., Vargas, D., & Jiménez, A. (2022). Manejo del patrón respiratorio en pacientes politraumatizados: Estrategias de intervención y monitoreo. *Revista de Cuidados Intensivos*, 39(2), 102-108.
- Macedo Pinedo, C., & Villena Ruiz, M. Á. (2023). Puntuación de trauma revisado como predictor de mortalidad intrahospitalaria en pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, Perú. *Acta Médica Peruana*, 40(3), 229-234. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v40n3/1728-5917-amp-40-03-229.pdf>
- Martínez, L., Gómez, R., & Fernández, S. (2023). *Lesiones intencionadas en adolescentes: un análisis de casos en hospitales de Lima*. *Revista Peruana de Cirugía General*, 40(1), 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.rpcg.2023.01.012>
- Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). *Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado*, significado para estudiantes de

- último curso. *Enfermería Universitaria*, 16(4).
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
- Ministerio de Salud del Perú. (2023). *Informe anual sobre accidentes de tránsito en Perú*. Recuperado de <https://www.gob.pe/minsa/accidentes-transito-2023>
- Muñoz, J., & Ramón, Y. (2007). *El tratamiento del dolor agudo postoperatorio, una oportunidad de mejora*. <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n1/editorial.pdf>
- NANDA International. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification (11th ed.)*. Thieme.
- OMS. (2023). Traumatismos causados por el tránsito. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Ramón, J., Codesido, C., Capilla, R., Fernández, A., & Borobia, A. (2019). *Guía rápida del manejo del dolor en Urgencias*. <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/10/GU%C3%8DA-DOLOR-GdT-SEMES-DOLOR.pdf>
- Rodríguez, M., Sánchez, V., & García, L. (2023). Monitorización de la oxigenación en pacientes críticos: Recomendaciones y tecnologías utilizadas en unidades de emergencia. *Enfermería Intensiva*, 28(2), 144-151.
- Rodríguez, -Vegas, & Javier, F. (2018). Valoración del paciente politraumatizado.
- Romano, O. A., Magi, G., Amadei, R., & Fernández, C. A. (2023). *Politraumatismo*. Libros de Cátedra. https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/177960/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Saavedra-Camacho, J., Iglesias-Osores, S., Alcántara-Mimbela, M., Córdova-Rojas, L., & Acosta-Quiroz, J. (2023). *Accidentes de tránsito en el Perú, 2012-2018: un problema de importancia para estudiar*. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 9(1), 1-4. <https://doi.org/10.37065/rem.v9i1.642>
- Sánchez, J., López, E., & Torres, F. (2024). *Quemaduras en niños: incidencia y tratamiento en hospitales de Lima*. *Revista Peruana de Pediatría*, 41(4), 234-240. <https://doi.org/10.1016/j.rped.2024.04.009>

- Sánchez, P., García, J., & Rodríguez, S. (2022). *Uso de antiinflamatorios no esteroides en pacientes con dolor agudo por trauma múltiple*. *Revista de Farmacología Clínica*, 40(3), 215-220.
- Sánchez, S., Pérez, G., & Fernández, A. (2022). *Prevención y tratamiento de infecciones en pacientes politraumatizados: Guía de buenas prácticas*. *Enfermería en Emergencias*, 25(6), 51-58.
- Torres, V., & Díaz, P. (2022). *Accidentes laborales en la construcción: análisis de casos en Lima Metropolitana*. *Revista Peruana de Medicina del Trabajo*, 38(2), 112-118.
<https://doi.org/10.17843/rpmt.2022.382.65432>
- Tua Saúde. (2023). *Politraumatismo: qué es, síntomas, causas y tratamiento*. Recuperado de:
<https://www.tuasaude.com/es/politraumatismo/>
- Uribe, P., & Montiel, H. (2019). *El ABC de las Urgencias Neurológicas*.
- Vega, L., Torres, M., & Huamán, K. (2024). *Impacto del Proceso de Atención de Enfermería en la calidad del cuidado en unidades hospitalarias de alta complejidad*. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 18(2), 102–110.

Apéndices

Apéndice A: Plan de cuidados

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Deterioro del intercambio de gases relacionado con Patrón respiratorio ineficaz asociado a desequilibrio en la ventilación-perfusión, evidenciado por valores de AGA alterados: pH: 7.38, PCO2: 46 mm Hg y PO2: 72 mm Hg.	Resultado NOC: Cód. [402] Escala:		Mantener en: 3	Intervención: Monitorización Respiratoria			
			Aumentar a: 5	Actividades			
	Escala: Desviación grave del rango normal(1) sin desviación del rango normal(5)			Colocar al paciente en posición semifowler	M-T-N	2	4
				Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones	M-T-N	2	4
	Indicadores			Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de CheyneStokes.	N M-T-	2	4
	PH arterial			Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.	N M-T-	2	5
	Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO2).	2	4	Monitorear el estado respiratorio y los niveles de oxigenación.	C/2 horas	3	5
	Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO2)	2	4	Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación,	M-T-N	2	4
				Monitorizar gasometría arterial (pH, PaO2, PCO2, HCO3).	C/ 24 horas	2	4
				Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones	N C/hora M-T-	2	4
				Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire	C/2hrs	3	4
				Colocar al paciente en decúbito lateral, según se indique, para evitar aspiración	C/4hrs	3	4

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Dolor agudo relacionado a Agente lesivo físico evidenciado por escala numérica de 8 puntos y fascies de dolor.	Resultado NOC Código: [2102]:		Mantener en: 2	Intervención: Manejo del dolor			
	Nivel del Dolor		Aumentar a: 4	Actividades			
	Escala: Intenso (1) Ninguno(5)			Monitorizar el dolor Utilizando un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes.	C/2hrs	2	4
				Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.	c/6hrs	3	5
	Indicadores			Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.	C/6hrs	2	4
	Expresiones faciales de dolor.	2		Utilizar un enfoque multidisciplinar al manejo del dolor, cuando corresponda.	cond	2	4
	Cambio de la frecuencia cardiaca	2		Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que facilite el alivio del dolor	C/6hrs	3	4
	Dolor referido.	2		Monitorizar signos vitales.	C/2 hrs	1	4
				Intervención: Administración de Analgésicos			
				Actividades			
				<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. - Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. - Controlar signos vitales antes y después de administrar los analgésicos según protocolo de la institución. 	C/6hrs C/6hrs	3 4	5 5
					C/2hrs		

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades		Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz según se evidencia por lesión cerebral.	Resultado NOC Código: [0909] Estado Neurológico		Mantener en: 3	Intervención: Monitorización neurológica			
			Aumentar a: 5	Actividades			
	Escala: Extremadamente comprometido(1) no comprometido(5)			Vigilar el nivel de conciencia	C/hora	2	5
				Vigilar las tendencias en la Escala de Coma de Glasgow	C/hr	2	5
	Indicadores			Vigilar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones	c/hr	2	5
	Función neurológica: conciencia. Función neurológica: control motor central	3		Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas	c/h	2	5
		3					
	Tamaño pupilar						
	Reactividad pupilar	4					
	Ausencia de cefalea	4		Intervención: Mejora de la perfusión cerebral			
		2		Actividades			
				Administrar fármacos vasoactivos, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicas	C/6h	2	5
				Mantener el nivel de hematocrito alrededor del 33% para la terapia de hemodilución hipervolémica	C/24hrs	2	5
				- Mantener el nivel de glucosa en suero dentro del margen normal. - Observar si hay signos de hemorragia	C/6hr	2	5

Apéndice B: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Universidad Peruana Unión – Escuela Profesional de Enfermería - UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES

Nombre del usuario: _____ Arturo..... Fecha nacimiento: _____ Edad: 52 años
 Fecha de ingreso al servicio: 02 /01/20 Hora: 17:00 Persona de referencia: Telf. _____
 Procedencia: Admisión Emergencia Otro _____
 Forma de llegada: Ambulancia Silla de ruedas _____ Camilla
 Peso: 65 Kg aprox Estatura: _____ PA: 74/ 50 mmHg FC: 123x" FR: 12x" Tº 36°C
 Fuente de Información: Paciente Familiar/amigo Otro: SAMU
 Motivo de ingreso: Dx. Médico: POLITRAUMATIZADO
 Fecha de la valoración: 02 DE Enero 2020

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:
 HTA DM Gastritis/úlceras TBC Asma
 Otros _____ Sin problemas importantes

Intervenciones quirúrgicas No Si (fechas)
 Apendicitis Año 2000

Alergias y otras reacciones Ninguna

Fármacos: ninguno

Alimentos: _____

Signos-síntomas: _____

Otros _____

Factores de riesgo

Consumo de tabaco	No	Si
Consumo de alcohol	No	<input checked="" type="checkbox"/> Si
Consumo de drogas	No	Si

Medicamentos (con o sin indicación médica)

¿Qué toma actualmente?	Dosis/Frec.	Última dosis
Losartan	50mg	8am
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Estado de higiene

Buena Regular Mala

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?

¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?

PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: Obrero
 Estado civil: Soltero Casado/a
 Conviviente Divorciado/a Otro _____
 ¿Con quién vive?
 Solo Con su familia Otros _____
 Fuentes de apoyo: Familia Amigos Otros _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS

Religión: Católica

Restricciones religiosas: _____

Solicita visita de capellán: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Estado emocional:

Tranquilo ansioso Negativo

Temeroso Irritable Indiferente

Preocupaciones principales/comentarios: _____

PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño: _____

Problemas para dormir: Si No

Especificar: _____

¿Usa algún medicamento para dormir? No Si

Especificar: _____

PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Despierto Somnoliento Soporoso inconsciente

Orientado: Tiempo Espacio Persona

Presencia de anomalías en:

Audición: _____

Visión: _____

Habla/lenguaje: _____

Otro: _____

Dolor/molestias: No Si

Descripción: EVA 8/10

Escala de Glasgow:

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta motora
4 Espontáneamente	5 Orientado mantiene una conversación	6 Obedece órdenes
3 A la voz	4 Confuso	5 Localiza el dolor
2 Al dolor	3 Palabras inapropiadas	4 Sólo se retira
1 No responde	2 Sonidos incomprensibles	3 Flexión anormal
	1 No responde	2 Extensión anormal
		1 No responde

Puntaje total: 11

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas
 Reactivas No reactivas

Tamaño: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: superficial profunda

Disnea: en reposo al ejercicio

Tos ineficaz: No Si
 Reflejo de la tos: presente x disminuido ausente
 Secreciones: No Si
 Características: _____
 O2: No Si x Modo: Mascara de reservorio
 l/min/FiO2: 15 litros
 TET: Traqueostomía: VM: Sat O2: _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: _____ Regular x Irregular
 Pulso periférico: normal disminuido ausente
 Edema: No Si Localización: _____

+(0-0.65cm) ++(0.65-1.25cm) +++(1.25-2.50cm)

Riego periférico:

MI I Tibia Fría Caliente
 MID Tibia Fría Caliente
 MSI Tibia Fría Caliente
 MSD Tibia Fría Caliente

Presencia de líneas invasivas:

Cateter periférico: 2 en dorso de mano derecha e Izquierda .

Cateter central: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente
 2= Parcialmente dependiente

1 2 3

Movilización en cama			X
Deambula			
Ir al baño/bañarse			X
Tomar alimentos			
Vestirse			

Aparatos de ayuda: ninguno muletas andador
 bastón S. ruedas Otros _____

Movilidad de miembros: Conservada Flacidez
 Contracturas Parálisis

Fuerza muscular: Conservada Disminuida x

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

Piel:

Coloración: Normal Pálida x
 Cianótica Ictérica

Hidratación: Seca Turgente

Integridad: Intacta Lesiones Escoriaciones

Especificar: herida en cuero cabelludo

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa Ausente
 Incompleta Prótesis

Mucosa oral: Intacta x Lesiones

Estado de higiene bucal: Mala Regular Buena

Hidratación: Si x No

Cambio de peso durante los últimos días: Si No

Especificar: _____

Apetito: Normal Anorexia Bulimia

Dificultad para deglutir: Si No

Nauseas Pirois Vómitos x Cantidad: 200

SNG: No Si Alimentación Drenaje

Abdomen: Normal Distendido x Doloroso x

Ruidos hidroaéreos: Aumentados Normales

Disminuidos x Ausentes

Drenajes: No Si Especificar: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales

Nº de deposiciones/día: _____ Normal

Estreñimiento Diarrea Incontinencia

Hábitos vesicales

Frecuencia: _____ / día

Oliguria: _____

Anuria: _____

Otros: _____

Sistema de ayuda:

Sondaje x Colector Pañal

Fecha de colocación: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en genitales: No Si

Especifique: _____

Otras molestias: _____

Comentarios adicionales: _____

Observaciones:

Tratamiento Médico Actual:

Nombre del enfermero: Ana Con que Flores
 Verónica Suarez Pachas

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Apéndice C: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Establecimiento de Salud =

Señor (a) Buenos días (tardes o noches); usted viene a este Establecimiento de Salud para recibir atenciones sanitarias, las mismas que serán brindadas por un profesional médico y/o de las ciencias de la salud que a la vez es docente; este profesional se encuentra acompañado de sus alumnos, quienes debieran aprender sobre la enfermedad que usted tiene; sólo observarán, tal vez podrán entrevistarlo (a) o participar en algún procedimiento médico que realice el profesional docente; siempre y cuando usted autorice que ellos estén presentes o conversar con usted o participar en el procedimiento que le realice el profesional de la salud tratante.

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA; sobre el cual aclararemos toda duda o inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013- JUS; resguardaremos en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su CONSENTIMIENTO si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para REVOCAR o DESAUTORIZAR en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: de del 2023 . Hora:
Yo, con DNI. N° e Historia Clínica N°
, declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-200~A; Si () No () doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención, bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no seré identificado (a):

SI consiento que sea grabado: Video ()
No consiento que sea grabado: Video ()

--	--

Firma o huella digital del paciente o representante legal.

Firma y sello del profesional de la salud docente

Apéndice D: Escalas de valoración

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Escala Analógica del Dolor

