



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA



TRABAJO ACADÉMICO
PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE
CON POLITRAUMATISMO, TEC LEVE, FRACTURA DE TIBIA
PERONÉ EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE
ESSALUD III JULIACA 2022

PRESENTADO POR
ELIZABETH YACKELIN VILCA LANZA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERIA CUIDADO ENFERMERO EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES

JULIACA – PERÚ
2022



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO

**PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE
CON POLITRAUMATISMO, TEC LEVE, FRACTURA DE TIBIA
PERONÉ EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE
ESSALUD III JULIACA 2022**

PRESENTADO POR

ELIZABETH YACKELIN VILCA LANZA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

APROBADA POR:

PRESIDENTE

:

Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO

:

Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

SEGUNDO MIEMBRO

:

Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIO SEG 09



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0113-2022-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 2022 Noviembre 24

VISTO:

El Expediente N° 039447 de la Egresado (a) **VILCA LANZA ELIZABETH YACKELIN**, con Dni N° 45715445 y Código N° 1610101128 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **Enfermería en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres**, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **Enfermería en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres** de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Especifico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Especifico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los **miembros de Jurado** que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) **VILCA LANZA ELIZABETH YACKELIN**, con Dni N° 45715445 y Código N° 1610101128 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **Enfermería en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres**, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA
Primer Miembro	:	Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
Segundo Miembro	:	Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO.- DETERMINAR que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Lugar	:	Plataforma Virtual Cisco Webex
Fecha	:	Miércoles 30, Noviembre del 2022
Hora	:	08:00 a.m.

TERCERO.- AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Caj/Rev. EPG 2022 (03)
CARGO: (01)
NFV/RMG



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

[Signature]
Dra. María Angélica del Pozo Cuentas
DIRECTORA (e)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

[Signature]
Dra. Graciela Bernal Salas
SECRETARIA ACADEMICA



PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APACADO EN UN PACIENTE CON POLITRAUMATISMO, TEC LEVE, FRACTURA DE TIBIA PERONÉ EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ESSALUD III JULIACA 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Tecnologica del Peru Trabajo del estudiante	2%
2	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
3	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
4	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	www.revistas.unam.mx Fuente de Internet	1%



Título	
PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON POLITRAUMATISMO, TEC LEVE, FRACTURA DE TIBIA PERONÉ EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ESSALUD III JULIACA 2022	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	Elizabeth Yackelin Vilca Lanza
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	45715445
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-6853-1134
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Silvia Natividad Cruz Colca
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02422707
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7121-0588
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Ingrid Liz Quispe Ticona
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7619-9592
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Mariluz Cruz Colca
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos de investigación	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09



Grupo de Investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Ubicación</p> <p>País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Coordenadas Latitud: 15° 29' 35.655" S Longitud: 70° 9' 48.415" W</p> <p>Geolocalización https://maps.app.goo.gl/CmmDvKntoYAYdNcv6</p>
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Setiembre 2022 – Mayo 2023
<p>URL de disciplinas OCDE https://purl.org/pe-repo/ocde/ford https://purl.org/pe-repo/ocde/ford (concytec-pe.github.io) - Librería</p>	<p>Cuidado crítico y de emergencia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.08</p> <p>Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</p> <p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</p>



UNIVERSIDAD ANDINA "INIGOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Segundo Ortiz Cansaya
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ELIZABETH YACKELIN VILCA LANZA, identificado con DNI Nro. 45715445 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERIA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

PROCESO DEL CUIDADO DE ENFERMERIA APLICADO A PACIENTE CON POLITRAUMATISMO, TEC LEVE, FRACTURA DE TIBIA PERONE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA ESSALUD III - JULIACA 2022

Asesorado por: _____

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 25 de OCTUBRE del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Encomiendo este trabajo por encima de todo a Dios por permitirme cumplir mis objetivos y metas.

Con mucho cariño y amor a mis viejos por toda la ayuda, comprensión, penitencia que me brindaron durante estos largos periodos de mi vida para tener la opción de culminar mi pretensión de fama..

Elizabeth Yackelin



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez -
Escuela de Postgrado por brindarme las astutas
lecciones en mi preparación de Particularidad
Posterior.

A mis queridos tutores por su ayuda, personas de
extraordinaria perspicacia que me enviaron su
sobrenatural información que permitió el cenit de mi
trabajo académico.

A las personas del jurado por sus ideas y
comentarios positivos.

Elizabeth Yackelin

.



INDICE

INDICE i
INTRODUCCIÓN iii
OBJETIVOS v

CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE AFILIACIÓN: 1
1.2. MOTIVO DE CONSULTA: 2
1.3. ENFERMEDAD ACTUAL: 2
1.4. ANTECEDENTES: 2
1.5. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS: 3
1.6. EXAMEN FISICO: 3
1.7. EVALUACION DE LA ENFERMEDAD: 7
1.8. VALORACION SEGÚN DOMINIOS Y CLASE: 7
1.9. ESQUEMA DE VALORACION: 11

CAPÍTULO II

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS: 14
2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN ANALISIS DE DATOS
SIGNIFICATIVOS: 14

CAPITULO III

PLANIFICACIÓN

3.1 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES: 17
3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACION: 19



CAPITULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA SOAPIE.26

CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. DEFINICION:.....31

5.2. ETIOPATOGENIA:31

5.3 FISIOPATOLOGIA:31

5.4 CLASIFICACION:33

5.5 FACTORES DE RIESGO:.....33

5.6 CUADRO CLINICO:33

5.7 DIAGNOSTICO:34

5.8 EXAMENES DE AYUDA DIAGNOSTICA:34

5.9 TRATAMIENTO:35

5.10 CUIDADOS DE ENFERMERIA:.....38

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS



INTRODUCCIÓN

El cuidado es una necesidad humana fundamental, y es asimismo la sustancia de la enfermería. Los cuidados comprenden las manifestaciones de ayuda, respaldo o asistencia dirigidas a mejorar o reducir el entorno cotidiano de otro individuo.

Cuidados de enfermería Interacción. El uso de una estructura generalmente hipotética para la práctica de la enfermería. Es una forma deliberada de abordar el pensamiento crítico que requiere habilidades mentales, especializadas y relacionales y que se adapta a los requisitos particulares del marco cliente/familia.

Es una manera eficaz y coordinada de abordar la preparación y la transmisión de los cuidados de enfermería. La motivación detrás de la evaluación es decidir el estado de bienestar del paciente y los problemas actuales y esperados para fomentar técnicas que aborden las necesidades distinguidas y ejecutar intercesiones de enfermería explícitas para abordar esos problemas.

Debido a la capacidad de utilizar el proceso de cuidado de enfermería en el paciente politraumatizado en la rama de crisis de salud III Juliaca 2022, el proyecto de consideración se ha destinado a llevar a cabo las medidas vitales.

El paciente politraumatizado se presenta con diferentes heridas horribles extremas, algunas de ellas peligrosas, que pueden provocar una afección que requiera una pronta mediación.

El objetivo de la atención al paciente politraumatizado es distinguir y tratar rápidamente las condiciones que representan una inminente puesta en peligro de la vida del paciente. Depende de una valoración convencional y general, empezando por la evaluación de las funcionalidades fundamentales, que son la razón de la inclusión y la atención individualizadas en vista de que la vida del paciente podría depender de ello, y siguiendo una solicitud grave de necesidad.

Este documento se centra en los cambios en la utilización del sistema de



enfermería, que proporciona una estrategia coherente y juiciosa para que el asistente clasifique los datos para una consideración ideal, descomponga la información y reconozca el análisis de enfermería exacto, proporcionando posteriormente una consideración productiva y convincente. Por lo tanto, el asistente médico realmente querrá clasificar y mejorar los esfuerzos dedicados a cada paciente politraumatizado para ofrecer una atención rápida y adecuada, reduciendo así la gravedad y la mortalidad.

El proceso de cuidados de enfermería consta de cinco etapas: valoración, conclusión de enfermería que establece una conexión entre los cambios existentes o esperados en el estado de bienestar del paciente, organización que establece los objetivos de la mediación, ejecución de la mediación de enfermería y evaluación de los cuidados de enfermería. La conciliación de las clasificaciones científicas NANDA, NIC y NOC hace avanzar el lenguaje de la disciplina.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Para proporcionar una atención integral al paciente politraumatizado en el servicio de urgencias, se deben aplicar las intervenciones de enfermería y el Proceso de Atención de Enfermería (PCN). de Essalud Juliaca 2022.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar las intervenciones de permeabilidad de las vías respiratorias realizadas por la enfermera en el paciente politraumatizado.
- Determinar los efectos de las intervenciones de la enfermera en el estado neurológico del paciente politraumatizado.
- Identificar las intervenciones realizadas por la enfermera en el control de la circulación y la hemorragia del paciente politraumatizado.



CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE AFILIACIÓN:

- ✓ Apellidos y Nombres : T. T. I.
- ✓ Sexo : Masculino
- ✓ Edad Cronológico : 47 años
- ✓ Fecha de Nacimiento : 15/11/1972
- ✓ Lugar de Nacimiento : Moho
- ✓ Grado de Instrucción : Superior
- ✓ Lugar de Procedencia : Moho
- ✓ Estado Civil : Soltero
- ✓ Idioma : Aimara y castellano
- ✓ Religión : Católico
- ✓ Ocupación : Docente
- ✓ Fuente de Información : Paciente
- ✓ Fecha de Ingreso : 18/11/ 2021
- ✓ Hora de Ingreso :18: 30



1.2. MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente fue trasladado al centro de traumatología en camilla por facultativos de serenazgo, que revelaron que había sufrido un accidente de tráfico. El paciente detalló migraña, arcadas, mareos, deterioro cognitivo durante un par de momentos, tormento en el punto más alejado inferior derecho, VAS = 9, problemas para mover el pie derecho y excepcionalmente reseco como consecuencia del percance.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:

En la división de crisis de salud, un paciente varón de 47 años se encuentra en un catre en posición decúbito dorsal con algic facie y determinación de lesión craneoencefálica leve y rotura de tibia y peroné derechos.

1.4. ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

CLINICOS:

- HTA: No
- DM: No
- TBC: No
- VIH: No
- ASMA: No
- QUIRURGICOS: No



ENFERMEDAD QUE PADECE:

- Traumatismo encéfalo craneano leve.
- Fractura de tibia y peroné derecho.

FAMILIARES:

- Padres: Fallecidos.
- Hijo: 3
- Hermanos: 2

1.5. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS:

Carga familiar: Paciente refiere vivir con esposa e hijos.

Vivienda: Es propia de material noble (cemento/ladrillo).

Servicios básicos:

Agua: Red pública en la vivienda (agua potable).

Luz: Red pública.

Desagüe: Red pública.

Crianza de animales: Perro

1.6. EXAMEN FISICO:

CABEZA: Normocéfalo, buena motilidad.

OJOS:

- Estructuras del ojo: Simétrica, pupilas isocóricas foto reactivas 2.5.
- Conjuntiva: No presenta ictericia.
- Secreción: Sin presencia.
- Visión: Conservado.



OIDO:

- Simétricos.
- Permeable.
- Conservado.
- Niega dolor.
- Sin alteraciones, presencia normal de cerumen.

FOSAS NASALES:

- Simétricos.
- Permeables.

BOCA:

- Simétricos.
- Semi húmedos.

CUELLO:

- Cilíndrico móvil.
- Glándulas tiroides: No palpable.

TORAX Y PULMONES:

- Percusión: Sonoridad auscultación.

CORAZON:

- Inspección y palpación: P/A: 90/50mmgh FC: 95 por min.
- Auscultación: Rítmicos ninguna presencia de soplo.
- Simetría: Normal.
- Forma tórax: simétricos.

ABDOMEN:

- Abdomen: Globuloso distendido blando depresible.



- A la auscultación: presenta RHA disminuidos en frecuencia e intensidad.

GENITURINARIO:

- Meato urinario: normal.
- Escroto: no presenta edema, dolor.
- Recto y ano: Sin alteraciones.
- Uretra: conservado.
- Vejiga: conservado.

SISTEMA NERVIOSO:

- LOTEPE.
- Escala de Glasgow 15/15 puntos.
- Lenguaje: Castellano.

RESULTADOS DE LABORATORIO

Hematológicos:

Examen	Resultados	Valores Normales	Interpretación
Hemoglobina	15.5	M: 11 – 15 g/dL	Normal
		F: 12 – 16 g/dL	
Hematocrito	41 %	M: 40 – 54 %	Normal
		F: 37 – 47 %	
Rec. Leucocitos	5300	4.000-10.000/mm ³	Normal
Rec. Glóbulos blancos	8.410	4.000-10.000/mm ³	Normal



Segmentados	65.2%	50 – 70	Normal
Linfocitos	26.3	20 – 40 %	Normal
Monocitos	3.3 %	3 – 12	Normal
Eosinófilos	1 %	0.5 – 5%	Normal
Basófilos	0 %	0 – 0.1 %	Normal

Bioquímico:

Exámenes	Valores Encontrados	Valores Normales	Interpretación
Glucosa	103	70 – 110 mg/dL	Normal
T.G.O.	35	Menor o igual a 38	Normal
T.G.P.	40	Menor o igual a 44	Normal
Fosfatasa Alcalina	110	30 – 125 UI/L	Normal
Urea	43 mg/Dl	10 – 50 mg/dL	Normal
Creatinina	0.7 mg/Dl	0.7 – 1.3 mg/dL	Normal

DIAGNOSTICO MEDICO:

- Politraumatismo.
- Traumatismo encéfalo craneano leve.
- Fractura de tibia y peroné derecho.



TRATAMIENTO MEDICO:

- NPO.
- Cl. Na 0.9 % 1000 cc XXX gotas por minuto.
- Ketorolaco 60 mg. E.V. C/ 8 horas.
- Dexametasona 4 mg. E.V. C/8horas.
- Ceftriaxona 2g. E.V. C/24 horas.
- Oxígeno por cánula binazal a FiO₂ %.
- Monitorización de funciones vitales.
- Balance hídrico.

1.7. EVALUACION DE LA ENFERMEDAD:

Paciente varón de 47 años con politraumatismo, TEC suave, roturas de tibia y peroné, se encuentra en el centro de trauma, con T° 36,5 °C, frecuencia respiratoria 22 cada momento, latido 95 cada momento, P/A: 90/50 mmHG, SatO₂: 91%, presentando tormento tenaz en el apéndice inferior derecho que disminuye en fuerza VAS: 9, en estado general regular, difícil a la activación del apéndice inferior derecho, permaneciendo con signos imperativos comprobando.

1.8. VALORACION SEGÚN DOMINIOS Y CLASE:

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD:

- El paciente informa de que está preocupado por su bienestar.
- No refiere sensibilidad a medicamentos o alimentos.
- Propensión al alcohol: no bebe alcohol ni fuma.



DOMINIO 2: NUTRICION:

- Mucosas orales secas.
- Sed aumentada.
- Pero 76 kg.
- Talla 1.62 cm.
- IMC. 28.9 (sobre peso)

DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO:

- Sonda vesical de larga duración con saco surtidor.
- Diuresis 430 ml en 2 horas y 15 minutos de changelessness, amarillo dorado.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO:

- Está en decúbito dorsal en un catre en la consulta de crisis.
- Problemas para activar el apéndice inferior derecho.
- Dolor cerebral espantoso.
- Pérdida fulgurante de conciencia durante el percance.
- Pulso 95 a cada momento.
- Frecuencia respiratoria 22 a cada momento.
- Inmersión en oxígeno 91%.
- Catéter venoso en el antebrazo izquierdo con llave de tres vías.



DOMINIO 5: PERCEPCION / COGNICION:

- Glasgow 14 (AO = 4, RV = 4, RM = 6).
- Pupilas OD = 2 mm, OI = 2 MM.
- La facies se nota griposa de agonía y muestra problemas para prepararse en el catre.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION:

- Paciente LOTEPE, ansiosa y quejumbrosa.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES:

Tolerante adulto, de 47 años, está en la división de crisis y forma equipo con el personal de enfermería.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD:

Órganos sexuales acorde con la edad y sexo.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Paciente inquieto y estresado por la enfermedad (debido a la falta de medios económicos y al accidente de coche).

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES:

Paciente de religión católico.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION:

- Paciente en decúbito dorsal sobre catre.
- - Piel caliente e hinchada.



- Mucosa oral seca.
- Con línea de flecos en antebrazo derecho.
- Sonda vesical muy resistente.

DOMINIO 12: CONFORT:

- Paciente refiere dolor EVA = 9.
- Expresión facial de dolor, quejumbroso.
- Presenta nauseas.

DOMINIO 13: CONFORT:

- Paciente a partir de ahora peso: 76 kg y talla: 1,62 cm, IMC: 28,9 lo que demuestra que tiene sobrepeso.



1.9. ESQUEMA DE VALORACION:

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Paciente refiere " tengo sed y ganas de vomitar"	DOMINIO 2: NUTRICIÓN Código de clase 5 para la hidratación: 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	Sistemas de regulación deficientes.	Probabilidad de déficit de volumen de líquidos Mecanismos reguladores deficientes.

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Paciente refiere: "tengo dolor de cabeza, ganas de vomitar, perdí el conocimiento por algunos minutos"	DOMINIO 4: ACTIVIDAD / DESCANSO CLASE 4: Cardiovascular / Pulmonar reacciones pulmonares CÓDIGO: 00201 Riesgo de ineficacia de la perfusión del tejido cerebral	Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz.	Lesión cerebral (traumatismo)	Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz R/C Lesión cerebral (traumatismo)



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Paciente refiere:” Estar preocupado por su enfermedad y no contar con medios económicos. (Accidente de tránsito)	DOMINIO 8: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS. CLASE 2: Respuestas de afrontamiento. Código: 00146 Ansiedad	Ansiedad	Grandes cambios (estatus económico, estado de salud)	Ansiedad R/C Grandes cambios (estatus económico, estado de salud) E/P Preocupación.

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Paciente refiere:” No puedo mover mi pie derecho”	Dominio 4: ACTIVIDAD/ REPOSO CLASE 2: Actividad/ ejercicio Código: 00085 Deterioro de la movilidad física.	Deterioro de la movilidad física.	Alteración de la integridad de la estructura ósea.	Deterioro de la movilidad física R/C Alteración de la integridad de la estructura ósea E/P Alteración de la marcha y dificultad para girarse.



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Paciente refiere: "me duele mi pie derecho"	DOMINIO 12: CONFORT CLASE 1: Confort físico. Código: 00132 Dolor agudo.	Dolor agudo.	Agente lesivo físico	Dolor agudo R/C Agente lesivo físico E/P Expresión facial de dolor.

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
paciente refiere: "estoy preocupado por mi salud"	DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION CLASE 1: Infección Código: 00004 Riesgo de infección	Riesgo de infección	Procedimientos invasivos	Riesgo de infección R/C Procedimientos invasivos



CAPÍTULO II

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:

- Paciente LOTEK Glasgow =15/15 focos.
- Pérdida de conocimiento durante un par de momentos durante el percance.
- Enfermedad.
- Paciente preocupado, facie triste, comunica tormento.
- Paciente con estrategias intrusivas (catéter venoso marginal).
- Paciente inquieto, teme por su estado de bienestar.
- Apéndice inferior derecho insoportable con problemas para armarlo VAS = 9.

2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN ANALISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS:

DOMINIO 2: NUTRICION

CLASE 5: Hidratación

CÓDIGO: 00028

Peligro de déficit de volumen líquido R/C Instrumentos administrativos comprometidos.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

CLASE 4: Respuestas cardiovasculares /pulmonares



CODIGO: 00201

Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz **R/C** Lesión cerebral (traumatismo)

DOMINIO 8: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS.

CLASE 2: Respuestas de afrontamiento.

CÓDIGO: 00146

Inquietud **R/C** Cambios significativos (situación financiera, estado de bienestar) **E/P** Estrés.

Dominio 4: ACTIVIDAD/REPOSO

CLASE 2: Actividad/ejercicio

CÓDIGO: 00085

Polivalencia real debilitada **R/C** Confiabilidad inhabilitada del diseño óseo **E/P** Zancada debilitada y problemas para girar.

DOMINIO 12: CONFORT

CLASE 1: Confort físico.

CÓDIGO: 00132

Dolor agudo **R/C** Agente lesivo físico **E/P** Expresión facial de dolor.

DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION

CLASE 1: Infección

CÓDIGO: 00004

Riesgo de infección **R/C** Procedimientos invasivos





CAPITULO III

PLANIFICACIÓN

3.1 ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES:

- Tormento provocado por una lesión real intensa (lesión) Mirada insoportable.
- Peligro de perfusión tisular cerebral incapacitada R/C lesión (herida) mental.
- Probabilidad de déficit de volumen de líquido debido a sistemas de actividad comprometidos.
- Límites en la versatilidad real R/C confianza obstaculizada del diseño óseo E/P marcha extraña y problemas para girar.
- Probabilidad de enfermedad relacionada con estrategias intrusivas.
- Tensión acelerada por acontecimientos importantes que alteran la vida (monetarios, bienestar) acelerados por el estrés.

3.2 ESTABLECIMIENTOS DE OBJETIVOS:

- Valorar el grado de cognición del paciente, aplicando el patrón de la escala de Glasgow.



- Examinar los signos imperativos y observar al paciente.
- Percibir la presencia y cumplimiento de la agravación del paciente y controlarla (según la escala VAS).
- Prestar ayuda hasta que el paciente esté completamente preparado para esperar su estado de bienestar.
- Mantener un flujo sanguíneo satisfactorio mediante la hidratación.
- Se utilizarán medidas de bioseguridad.
- El paciente controlará los efectos secundarios relacionados con el nerviosismo (estímulo diario).



3.3 ESQUEMA DE PLANIFICACION:

Nombre del paciente: T. T. I.

Edad: 47 Años.

Servicio: Emergencia Essalud III Juliaca.

Diagnóstico Médico actual: Politraumatismo, TEC Leve, fractura de tibia y peroné MII.

Puntuación Diana: Aumentar a 15: ninguno.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION DE LOS RESULTADOS (NOC)																																																
DOMINIO 12: CONFORT CLASE 1: Confort físico. Código:00132 Dolor agudo R/C Agente lesivo físico E/P Expresión facial de dolor	NIVEL DEL DOLOR (2102) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>210201 Dolor referido</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>210206 Expresiones faciales de dolor.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>210223 Irritabilidad</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	1	2	3	4	5	210201 Dolor referido	X					210206 Expresiones faciales de dolor.		X				210223 Irritabilidad			X			Manejo de dolor 1400 <ul style="list-style-type: none"> Realice una evaluación exhaustiva de la localización e intensidad del dolor. Esté atento a las señales no verbales de malestar. Asegúrese de que el paciente reciba analgésicos: Ketorolac 60mg E.V. C cada ocho horas. Evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento del 	El dolor es una experiencia sensorial y emocional subjetiva desagradable que todos los organismos con sistema nervioso central son capaces de experimentar. Es una experiencia asociada o expresada como si existiera una lesión tisular.	Nivel del dolor (2102) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>210201 Dolor referido</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>210206 Expresiones faciales de dolor.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>210223 Irritabilidad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	1	2	3	4	5	210201 Dolor referido				X		210206 Expresiones faciales de dolor.				X		210223 Irritabilidad					X
	INDICADORES	1	2	3	4	5																																														
	210201 Dolor referido	X																																																		
	210206 Expresiones faciales de dolor.		X																																																	
210223 Irritabilidad			X																																																	
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
210201 Dolor referido				X																																																
210206 Expresiones faciales de dolor.				X																																																
210223 Irritabilidad					X																																															
Puntaje basal: 6		Puntaje final: 13 Puntaje Diana: 15 Puntaje basal: 6 15.....100% 12..... X X = 87% Interpretación: No se cumplió el puntaje Diana, pero se obtuvo 13 puntos. Ninguno.																																																		



		dolor..		
--	--	---------	--	--

Puntuación Diana: Aumentar a 15: ninguno.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION DE LOS RESULTADOS (NOC)																																												
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO CLASE 4: Respuestas cardiovasculares / pulmonares CODIGO: 00201 Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz R/C Lesión cerebral (traumatismo)	PERFUSION TISULAR CEREBRAL (0406) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040603 Cefalea</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040605 Inquietud</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040607 Ansiedad inexplicada</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 8	INDICADORES	1	2	3	4	5	040603 Cefalea			X			040605 Inquietud			X			040607 Ansiedad inexplicada		X				Motorización neurológica 2620 <ul style="list-style-type: none"> Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow. Comprobar el nivel de orientación. Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulsioximetría, frecuencia y esfuerzo. Observar si el paciente refiere cefalea. 	La exploración neurológica del paciente neurocrítico no solo permite establecer una valoración basal adecuada sino también detectar los cambios que produce en el paciente. Esta exploración incluye siempre valoración de la conciencia y el examen de las pupilas.	Perfusión tisular cerebral (0406) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040603 Cefalea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>040605 Inquietud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>210223 Ansiedad inexplicada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje final: 13 Puntaje Diana: 15 Puntaje basal: 8 15.....100% 12..... X X = 87% Interpretación: No se cumplió el puntaje Diana, pero se obtuvo 13 puntos. Ninguno.	INDICADORES	1	2	3	4	040603 Cefalea				X	040605 Inquietud				X	210223 Ansiedad inexplicada				
		INDICADORES	1	2	3	4	5																																									
		040603 Cefalea			X																																											
		040605 Inquietud			X																																											
040607 Ansiedad inexplicada		X																																														
INDICADORES	1	2	3	4																																												
040603 Cefalea				X																																												
040605 Inquietud				X																																												
210223 Ansiedad inexplicada																																																



Puntuación Diana: Aumentar a 15: No comprometido.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION DE LOS RESULTADOS (NOC)																									
DOMINIO 2: NUTRICION Clase 5: Hidratación código: 00028 Riesgo de déficit del volumen de líquidos R/C Mecanismos de regulación comprometidos.	HIDRATACION (0602)																												
	INDICADORES	1	2	3	4	5																							
	060202 Membranas mucosas húmedas.			X																									
	060212 Perfusión tisular			X																									
	060205 Sed			X																									
	Puntaje basal: 9																												
	Manejo de líquidos 4120 <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de hidratación. • Monitorizar los signos vitales. • Monitorizar el estado hemodinámico. • Administrar terapia intravenosa: dexametasona 4mg E.V. C/24 horas. • Administración de líquidos: Cl. Na 0.9 % 1000 cc xxx gotas por minuto. 																												
	El déficit volumétrico es el resultado de la perdida de líquidos corporales y tiene lugar con mayor rapidez cuando se acompañan de disminución de la ingesta de líquidos. Sus causas abarcan las perdidas anormales de líquidos, horas de disminución en la ingesta de los propios líquidos como ocurre en presencia de nauseas o cuando no se tiene acceso a ello.																												
	Hidratacion (0602) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>060202 Membranas mucosas húmedas.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>060212 Perfusión tisular.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>060205 Sed</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>					INDICADORES	1	2	3	4	5	060202 Membranas mucosas húmedas.				X		060212 Perfusión tisular.				X		060205 Sed					X
INDICADORES	1	2	3	4	5																								
060202 Membranas mucosas húmedas.				X																									
060212 Perfusión tisular.				X																									
060205 Sed					X																								
	Puntaje final: 13 Puntaje Diana: 15 Puntaje basal: 9 15.....100% 12..... X X = 87% Interpretación: No se cumplió el puntaje Diana, pero se obtuvo 13 puntos. Ninguno.																												



Puntuación Diana: Aumentar a 15: Levemente comprometido.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION DE LOS RESULTADOS (NOC)																																																
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/ REPOSO CLASE 2: Actividad/ ejercicio Código: 00085 Deterioro de la movilidad física R/C Alteración de la integridad de la estructura ósea E/P Alteración de la marcha y dificultad para girarse.	MOVILIDAD (0208) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>020801 Mantenimiento del equilibrio.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>020810 Marcha</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>020806 Ambulación</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 6	INDICADORES	1	2	3	4	5	020801 Mantenimiento del equilibrio.		X				020810 Marcha		X				020806 Ambulación		X				Ayuda con el autocuidado 1800 <ul style="list-style-type: none"> Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente. Considerar la cultura al fomentar actividades de autocuidado. Considerar la edad del paciente al promover actividades de autocuidado. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir. 	El deterioro de la movilidad física es la situación en la que la persona ve limitada su capacidad para moverse de manera independiente e intencionada, ya sea todo el cuerpo o una de las extremidades.	Movilidad (0208) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>020801 Mantenimiento del equilibrio.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>020810 Marcha.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>020806 Ambulación.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje final: 11 Puntaje Diana: 15 Puntaje basal: 6 15.....100% 11..... X X = 73% Interpretación: Se cumplió el puntaje Diana, se obtuvo 11 puntos. Levemente comprometido.	INDICADORES	1	2	3	4	5	020801 Mantenimiento del equilibrio.				X		020810 Marcha.				X		020806 Ambulación.			X		
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
020801 Mantenimiento del equilibrio.		X																																																		
020810 Marcha		X																																																		
020806 Ambulación		X																																																		
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
020801 Mantenimiento del equilibrio.				X																																																
020810 Marcha.				X																																																
020806 Ambulación.			X																																																	



Puntuación Diana: Aumentar a 15: ninguno.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION DE LOS RESULTADOS (NOC)																																																
DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCION CLASE 1: Infección Código: 00004 Riesgo de infección R/C Procedimientos invasivos	SEVERIDAD DE LA INFECCION (0703) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>070311 Malestar general.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>070333 Dolor.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>070334 Hipersensibilidad.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 11	INDICADORES	1	2	3	4	5	070311 Malestar general.				X		070333 Dolor.				X		070334 Hipersensibilidad.			X			Control de infecciones 6540 <ul style="list-style-type: none"> Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiados y a los familiares. Usar guantes estériles. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado. Garantizar una manipulación séptica de todas las vías intravenosa. 	La bioseguridad es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objeto proteger la salud y la seguridad del personal de salud, de los pacientes y de la comunidad, frente a los diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.	Integridad tisular piel membranas y mucosas (1101) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>070311 Malestar general.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>070333 Dolor.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>070334 Hipersensibilidad.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje final: 14 Puntaje Diana: 15 Puntaje basal: 11 15.....100% 14..... X X = 93% Interpretación: No se cumplió el puntaje Diana, pero se obtuvo 14 puntos. Ninguno.	INDICADORES	1	2	3	4	5	070311 Malestar general.					X	070333 Dolor.					X	070334 Hipersensibilidad.				X	
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
070311 Malestar general.				X																																																
070333 Dolor.				X																																																
070334 Hipersensibilidad.			X																																																	
INDICADORES	1	2	3	4	5																																															
070311 Malestar general.					X																																															
070333 Dolor.					X																																															
070334 Hipersensibilidad.				X																																																



Puntuación Diana: Aumentar a 15: ninguno.

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	DE	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFICO	EVALUACION DE LOS RESULTADOS (NOC)																																																
DOMINIO AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS. CLASE 2: Respuestas de afrontamiento. Código: 00146 Ansiedad R/C Grandes cambios (estatus económico, estado de salud) E/P Preocupación.	8:	NIVEL DE ANSIEDAD (1211) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR ES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>121102 Impaciencia.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>121105 Inquietud.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>121117 Ansiedad verbalizada.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje basal: 6	INDICADOR ES	1	2	3	4	5	121102 Impaciencia.		X				121105 Inquietud.		X				121117 Ansiedad verbalizada.		X				Disminución de la ansiedad 5820 <ul style="list-style-type: none"> Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. Explicar todos los procedimientos. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. Apoyo emocional. 	La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido. La ansiedad es una emoción de alarma que da lugar a una hiperactivación fisiológica, donde todo se vive con miedos y temores.	Nivel de ansiedad (1211) <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>121102 Impaciencia.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>121105 Inquietud.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>121117 Ansiedad verbalizada.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Puntaje final: 13 Puntaje Diana: 15 Puntaje basal: 6 15.....100% 12..... X X = 87% Interpretación: No se cumplió el puntaje Diana, pero se obtuvo 13 puntos. Ninguno.	INDICADORES	1	2	3	4	5	121102 Impaciencia.					X	121105 Inquietud.				X		121117 Ansiedad verbalizada.				X	
		INDICADOR ES	1	2	3	4	5																																														
		121102 Impaciencia.		X																																																	
		121105 Inquietud.		X																																																	
121117 Ansiedad verbalizada.		X																																																			
INDICADORES	1	2	3	4	5																																																
121102 Impaciencia.					X																																																
121105 Inquietud.				X																																																	
121117 Ansiedad verbalizada.				X																																																	





CAPITULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1 REGISTRO DE ENFERMERIA SOAPIE.

SOAPIE N° 1

Nombre del paciente: T. T. I.

Paciente con determinación de confirmación clínica de politraumatismo, TEC leve, rotura de tibia y peroné.

S: El paciente dice: "Me desmayé un par de momentos durante el percance, actualmente tengo mareos y un poco de migraña".

O: En percepción paciente en posición decúbito dorsal, en AREG, REN, REH, LOTEPE, con escala de Glasgow 15/15 focos, piel pálida cálida, inquieta, mucosas orales secas húmedas, tórax parejo expansible a la respiración, región media b/d RHA positiva, con línea de flecos en MSD perfundiendo CI Na 0,9% xxx gotas cada momento, punto extremo inferior derecho con fisura de tibia y peroné, versatilidad real disminuida. Con capacidades indispensables: FC: 95 por cada



min. FR: 24 por cada min. P/A:

100/60mmHg, T°: 36.5 °C, SatO2: 86 %, FiO2: 21%.

A: Riesgo de la perfusión tisular cerebral ineficaz R/C lesión cerebral (traumatismo)

P: El paciente disminuirá la posibilidad de perfusión del tejido cerebral durante su estancia en la clínica.

I: Monitorización neurológica.

- pantalla de los patrones de la escala de Glasgow.
- Observación real del grado de dirección.
- comprobación de las capacidades imperativas.
- batir oximetría, recurrencia y esfuerzo.
- observar si el paciente alude dolor cerebral.

E: Paciente logra hidratación adecuada, mucosas orales húmedos y función hemodinámica normal.

Elizabeth Yackelin VILCA LANZA
LIC. EN ENFERMERIA
CEP: 76356



SOAPIE 2

S: Paciente refiere: " Me duele mucho mi pie derecho, no lo puedo mover"

O: En percepción paciente en posición decúbito dorsal, en AREG, REN, REH, LOTEPE, con escala de Glasgow 15/15 focos, piel cálida pálida, inquieta, facies quejumbrosa de agonía VAS = 9, mucosa oral seca, tórax uniforme expandible a la respiración, región media b/d RHA (+), con línea de franja en MSI perfundiendo CI Na 0.9 % xxx gotas cada momento, límite inferior derecho difícil al montaje y palpación, versatilidad real disminuida. Con capacidades cruciales: FC: 95 por cada min. RR: 22 por cada min. P/A: 90/50mmHg, T°: 36,5 °C, SatO₂: 91 %, FiO₂: 21%.

A: Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos (traumatismo) E/P expresión facial de dolor.

P: Paciente manifestara alivio de dolor y sentirse cómodo tras la aplicación de medida de analgesia y de confort.

I: Manejo de dolor:

- - Realizar una evaluación exhaustiva del tormento que incluya la zona, las cualidades, el inicio, la duración, la recurrencia, la calidad, la fuerza o la gravedad de la agonía.
- - Observar los indicios no verbales de molestia.
- - Procurar que el paciente reciba atención analgésica: Ketorolac 60mg E.V. C/8horas.
- - Evaluar el nivel de satisfacción del paciente con el control del tormento, durante la estancia.

E: Paciente manifestara alivio de dolor EVA = 4.

Elizabeth Yackelin VILCA LANZA
LIC. EN ENFERMERIA
CEP: 76356



SOAPIE 3

S: Paciente refiere: "Tengo sed y nauseas".

O: En percepción paciente en posición decúbito dorsal, en AREG, REN, REH, LOTEPE, con escala de Glasgow 15/15 focos, piel pálida cálida, inquieto, facie quejido de agonía VAS = 9, mucosa oral seca, tórax uniforme expandible a la respiración, sección media b/d con línea de flecos en MSD perfundiendo CI Na 0,9 % xxx gotas cada momento, punto extremo inferior derecho excruciante a la activación y palpación, portabilidad real disminuida. Con capacidades esenciales: FC: 95 por cada min. RR: 22 por cada min. P/A: 90/50mmHg, T°: 36,5 °C, SatO₂: 91 %, FiO₂: 21%.

A: Peligro de déficit de volumen de líquido R/C sistemas de actividad comprometidos.

P: paciente logrará una hidratación suficiente, disminuyendo así el riesgo de escasez de volumen de líquido.

I: Manejo de líquidos:

- Comprobar el estado de hidratación.
- Examinar las capacidades imperativas.
- Supervisar tratamiento intravenoso: Dexametasona 4 mg. E.V. C/8 horas, ceftriaxona 2 gr. E.V. C/24 horas.
- Supervisar líquidos: CI Na % 1000cc xxx gotas cada momento.

E: El paciente logra una hidratación satisfactoria y la perfusión de volúmenes de líquido suficientes.

Elizabeth Yackelin VILCA LANZA
LIC. EN ENFERMERIA
CEP: 76356



SOAPIE 4

S: El paciente alude: "No puedo mover el pie derecho".

O: Al percibir paciente en posición decúbito dorsal, en AREG, REN, REH, LOTEP, con escala de Glasgow 15/15 focos, piel cálida pálida, inquieta, facie quejosa de agonía EVA = 9, tórax equilibrado expandible al respirar, sección media b/d, con línea de flecos en MSD perfundiendo CI Na 0,9 % xxx gotas cada momento, límite inferior derecho, por fisura en tibia y peroné, portabilidad real disminuida. Con capacidades imperativas: FC: 95 por cada min. RR: 22 por cada min. P/A: 90/50mmHg, T°: 36,5 °C, SatO2: 91 %, FiO2: 21%.

A: versatilidad real debilitada R/C confiabilidad inhabilitada del diseño óseo E/P zancada impedida y problemas para girar.

P: Paciente trabajará en versatilidad real durante estancia en clínica médica.

I: Ayuda para cuidar de sí mismo:

- Observar la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
- Tener en cuenta la cultura a la hora de avanzar en los ejercicios de autocuidado.
- Tener en cuenta la edad del paciente al realizar los ejercicios de autocuidado.
- Dar ayuda hasta que el paciente sea completamente apto para aceptar.

E: El paciente puede activarse con la ayuda de sus familiares.

Elizabeth Yackelin VILCA LANZA
LIC. EN ENFERMERIA
CEP: 76356



CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. DEFINICION:

Un paciente politraumatizado es visto como aquel que presenta más de una lesión horrible grave, no menos de una de las cuales puede ser peligrosa, o que causará secuelas. Posteriormente, la consideración en la mediación y tratamiento del paciente politraumatizado requiere profunda información, experiencia, pericia, método y límite de autoridad, es uno de los pacientes más problemáticos mirados por el grupo multidisciplinar en crisis, la consideración incita a una disminución de la mortalidad en pacientes politraumatizados. Al darse cuenta de que es la principal fuente de muerte.

5.2. ETIOPATOGENIA:

Según la edad, la mortalidad tiene dos máximos de ocurrencia. A causa de colisiones automovilísticas y armas de fuego, la edad típica de la



víctima es de unos 20 años. A causa de accidentes de tráfico y caídas (osteoporosis, responsable de las caídas), la mortalidad en el paciente politraumatizado se produce en tres etapas: rápida, temprana y diferida. La etapa pronta ocurre en un par de momentos y es provocada por heridas contrarias a la vida, como heridas cerebrales extremas del tronco cerebral medular superior. La fase inicial se produce en las cuatro horas siguientes a la afirmación y se debe principalmente a dos causas: traumatismo craneoencefálico grave. El periodo diferido o tardío del shock hemorrágico tiene lugar días o semanas después de la confirmación y se debe principalmente a lesiones cerebrales, trastornos multiorgánicos y encefalopatías espongiiformes. En esta diseminación trimodal, hay dos picos de mortalidad: antes de lo previsto, a los 60 segundos, y más tarde, a las 24 y 48 horas, con un 50-70 por ciento de fallecimientos antes de la confirmación de la clínica de urgencias (antes de la confirmación de la clínica de urgencias). Estas son las razones de esta mortalidad: de más destacable a menos frecuente lesión del SNC 50 - 70 por ciento (primera razón de muerte) exanguinación alta 10 - 25 por ciento , sepsis 3 - 17 por ciento y decepción multiorgánica 1 - 9 por ciento.

5.3 FISIOPATOLOGIA:

La fisiopatología del individuo politraumatizado depende de la mejora de una reacción provocadora fundamental como SIRS, que puede ser desequilibrada, y se compensa con una reacción atenuante que se promulga al mismo tiempo para aligerar esta irritación. La lesión es el choque primario para la forma de vida, causando una lesión tisular vaga subyacente que provoca un daño



endotelial (con adhesión de leucocitos atómicos polimorfos a las células endoteliales).

5.4 CLASIFICACION:

A continuación, una orden de pacientes politraumatizados: Los pacientes politraumatizados suaves tienen heridas poco profundas. No presentan heridas o roturas, heridas El politraumatismo moderado se describe por heridas o roturas que causan impedimentos utilitarios discretos. Es necesario distinguir el tipo de politraumatismo acompañante: Se considera que un paciente tiene un politraumatismo extremo o grave si presenta alguna de las circunstancias siguientes (13).

5.5 FACTORES DE RIESGO:

En definitiva, podemos expresar que un paciente politraumatizado tiene numerosas heridas horribles producidas por un episodio similar, independientemente de que sólo una de ellas sea peligrosa. Un paciente politraumatizado representa generalmente una apuesta esencial para sí mismo; en condiciones diferentes, se habla de policontusiones o policontusiones.

Paciente con lesiones extremas: Necesidad I: Víctimas de colisiones automovilísticas callejeras

- Se inflama con una expansión superior al 20%.
- Precipitación.
- Al menos dos fisuras de huesos largos proximales.
- Lesión de límites con asociación vascular.
- Herida de bala o herida cortante.
- Lesión vertebro-medular.
- Destrucción.



- Extirpación unida por muerte salvaje.
- Lesión cerebral.

5.6 CUADRO CLINICO:

PERÍODO I: envuelve a los segundos o minutos subyacentes tras un horrible percance. Es decir, el paciente se muere rápida o inmediatamente después del impacto debido a heridas letales en órganos o diseños importantes: en la mayoría de los casos, rotura de importantes vías de riego sanguíneo o del corazón, o heridas mentales irreversibles.

EI PERÍODO II comprende los minutos y horas siguientes al percance. Durante este lapso de tiempo, el control de la ruta de aviación, el neumotórax o la distensión, el shock hipovolémico y el hematoma epidural son motivos de muerte que pueden evitarse.

Abarca las semanas siguientes al terrible accidente. Entre los motivos de mortalidad durante este periodo se encuentran la decepción multiorgánica, los inconvenientes de cuidado y la sepsis (14).

5.7 DIAGNOSTICO:

El hallazgo de politraumatismos debe pensarse en cualquier individuo herido que presente unas cuantas heridas, alguna de las cuales sea posiblemente peligrosa (14).

5.8 EXAMENES DE AYUDA DIAGNOSTICA:

Cuando se piensa en un paciente politraumatizado, se realiza la evaluación adjunta (14)

Las solicitudes de exámenes radiológicos y otras investigaciones recíprocas son obligatorias:



- Proyección paralela de la columna cervical.
- Proyección anteroposterior del tórax.
- Proyección posterior de la pelvis.
- Aseguramiento en apéndices superiores e inferiores para detectar posibles roturas.
- Exigencia de ecografía: para descartar lesiones estomacales obtusas.
- TAC: Para descartar hematoma intracraneal.
- Centro de investigación: Hemoglobina por muerte interna concebible. ⁽¹⁴⁾

5.9 TRATAMIENTO:

- a) El tratamiento de un paciente politraumatizado se desarrolla en diferentes etapas: ABCDE del surtido a la clínica. Evaluación para procedimiento médico concluyente o control de daños tras la confirmación. Tratamiento tardío: Giro auxiliar.
- b) **Desde la recogida hasta el hospital:** El objetivo de esta etapa, que incorpora la hora brillante, es realizar movimientos de reanimación y equilibrar al paciente. Los ejecutivos se realizan utilizando la terminología ABCDE propuesta por las normas ATLS.

A: Permeabilidad de las vías aéreas y protección de la columna cervical: Decidir si la vía aérea es patente y salvaguardar la columna cervical con una vía aérea concluyente (cilindro de Guedel y cubierta de ventilación o ambú o intubación orotraqueal).

B: Ventilación y respiración: Organización de alto flujo de oxígeno para una ventilación y oxigenación ideales. El neumotórax por distensión, el

hemotórax monstruoso, el neumotórax abierto y el tórax inestable con herida neumónica pueden alterar intensamente el comercio de gases a nivel alveolar fino y deben agotarse o tratarse del mismo modo.

C: Circulación y control de las hemorragias: En estos pacientes, es fundamental reconocer y tratar rápidamente el shock. En pacientes politraumatizados, el principio hipovolémico relacionado con el drenaje es la razón más ampliamente reconocida del shock, a pesar de que también puede ser neurológico o cardiogénico. Si se observa un drenaje externo, se debe intentar realizar un torniquete o un taponamiento. Hay que pensar en un drenaje interno. Por cada unidad de sangre perdida, se suelen reponer tres unidades de líquido cristalinoide.

D: estado neurológico: Evaluación neurológica utilizando la escala de Glasgow.

E: Exposición y control ambiental: El vestido debe ser eliminado para llevar a cabo una evaluación total para mantenerse alejado de la hipotermia.

c) **Al ingreso en el hospital:** A la hora de la confirmación de la clínica médica, se debe realizar una evaluación clínica, del centro de investigación y de imágenes para concluir si el paciente requiere un procedimiento médico autorizado o el control de daños de un procedimiento médico.

d) **A: Valoración clínica: se utilizan diferentes escalas:** Escala ISS (injury seriousness score): Depende de la cuantía de los cuadrados de los tres cuadros más gravemente lesionados entre los puntuados: superficie corporal, cabeza y cara, cuello, tórax, sección media y elementos pélvicos,



columna vertebral, puntos más alejados y pelvis. Se sitúan del uno al seis, siendo uno moderado y seis mortal. Habitualmente, las lesiones graves se caracterizan cuando los valores del ISS son superiores a 16 y la tasa de mortalidad no es inferior al 10%. La escala RTS (overhauled injury score) puntúa la frecuencia respiratoria, la tensión circulatoria y la escala de estado de trance de Glasgow.

B: Estudio de laboratorio: Límites fundacionales, glicemia, estudios de coagulación, estimación de acidosis (falta de base) y, si es potencial, citoquinas y suplemento son recordados para la evaluación científica.

C: Imagen: Las pruebas de imagen de estilo antiguo (radiografías por zonas físicas) han sido suplantadas por la reverberación Quick (Sonografía de Evaluación Comprometida en Lesiones) y la TC multicorte de cuerpo entero, que reducen el tiempo y aumentan la certeza demostrativa, especialmente en heridas encefálicas. En el momento en que los medicamentos de reanimación han sido eficaces y las capacidades cruciales del paciente han vuelto a la normalidad, se procederá a una encuesta intensiva de la multitud relativa de los distritos físicos del paciente como un componente de la evaluación opcional. En el caso de las heridas musculares externas, los objetivos restauradores son los siguientes.

- o Roturas pélvicas con precariedad hemodinámica (contando este tratamiento dentro de los movimientos de reanimación).
- o Ajuste de roturas de huesos largos.
- o Disminución de desacoples articulares importantes.
- o Limpieza de roturas abiertas y extirpaciones horribles.
- o Tratamiento del trastorno compartimental.



Tratamiento de los puntos más alejados con compromiso neurovascular El tipo y la gravedad del daño provocado por la primera lesión (primer efecto) demostrarán qué personas están indefensas ante la desintegración si se inicia un tratamiento de rotura exhaustivo (segundo efecto). De esta forma, la gravedad de las heridas y el estado clínico del paciente son las reglas definitivas para el mejor tratamiento en cada circunstancia. Podemos clasificar a los pacientes politraumatizados en cuatro grupos según ciertos indicadores fisiológicos, y en función de la clase a la que pertenezca el paciente, se realizará el tratamiento completo de las heridas óseas o el control del daño mediante un procedimiento médico.

C: Tratamiento tardío: Se lleva a cabo una vez que el paciente ya no está en peligro por el SRIS, por ejemplo en el momento en que recupera un estado fisiológico típico. Durante este tiempo, se realizan procedimientos médicos reconstructivos opcionales, en su mayor parte el vigésimo primer día tras la lesión. Pueden incluir un cambio de fijadores externos a osteosíntesis, que incluye la recuperación de todas las secciones óseas no tratadas previamente.

5.10 CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Administración severa del balance hídrico.
- Canular dos líneas de borde de tipo más prominente para controlar los volúmenes de líquido.
- Realizar pruebas de laboratorio, por ejemplo, hemoglobina y hematocrito.
- Examine la desgracia líquida como dren.
- Perfuse los líquidos según lo indicado por el remedio clínico.



- Prestar atención al inicio de la parquedad, por ejemplo, turgencia cutánea deficiente, latidos cardíacos débiles, sequedad de la mucosa oral, disminución de la orina e hipotensión.
- Mantener un flujo de perfusión intravenosa constante.
- Regular el paquete globular, plaquetas, plasma congelado nuevo, etc. Según indique el remedio clínico.
- Preparar al paciente para el procedimiento médico.
- Cerca de casa y ayuda mental con respecto a la cirugía.
- El paciente debe estar NPO.
- Asegurarse de que se ha acordado el asentimiento cuidadoso.
- Auditar las secuelas de las pruebas del centro de investigación.
- Comprobar en caso de que el paciente tenga un electrocardiograma.
- Comprobar en caso de que el paciente sea hipersensible a algún medicamento.
- El paciente debe estar con sonda nasogástrica y sonda Foley.
- Utilizar medidas de bioseguridad.
- Ofrecer ayuda y consuelo profundo.
- Evaluar la cognición.
- Manejar implantes intravenosos y diferentes prescripciones según se demuestre.



CONCLUSIONES

PRIMERO: Se distinguieron los medicamentos a realizar por el paciente en la permeabilidad de la vía aérea del paciente politraumatizado, propiciando una atención que aborda los problemas y la recuperación del paciente.

SEGUNDA: En la evaluación del estado neurológico del paciente, las medicaciones se consideraron realizadas por el paciente, lo que supuso una evolución útil.

TERCERA: A lo largo de la visita del paciente en la división de crisis de Essalud, la breve actividad para distinguir drenajes plausibles contribuyó a la mejora de su estado.



RECOMENDACIONES

PRIMERO: La administración primaria del paciente politraumatizado requiere el uso de información y habilidades para trabajar en la comprensión del bienestar a través de la permeabilidad de la vía aérea y el transporte de oxígeno para mejorar las mediaciones y lograr la recuperación.

SEGUNDO: Considerando que oportunamente se avanzó en la evaluación del estado neurológico, limitando en general los enredos, se prescribe mantener la evaluación incesante con la Escala de letargias extremas de Glasgow y notar su avance en los cuidados de referencia del paciente.

TERCERO: Percibir los posibles drenajes durante los cuidados a tiempo, previniendo los problemas, adquiriendo la fortaleza del paciente, así como ejecutando un potente plan de cuidados de enfermería y logrando una adaptación adecuada al ciclo del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:



El cuidado Madeleine Leininger disponible en:

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/madeleinleininger.html>

Dra. Lili Fernández Mocho. Dr. Flor Contreras Castro. Mg. Nitzzy Ramos Flores.
Fortalecimiento de capacidades en la elaboración de proceso de atención de enfermería y la interrelación taxonomía NANDA – NOC – NIC. UPeU 2018.

José M. Javier R. Xavier J. Título: "Enfermero Critico y Emergencias" (Elvier) – España.
Año (2011)

Enfermería en Urgencias y Emergencias – Fundamentos para Enfermería, (internet),
pág. 1.2. (Citado el 10 de octubre del 2016) Disponible en:
<https://agocorretto.wordpress.com/enfermeria-en-urgencias-y-emergencias/>

Asociación para el fomento de la investigación y la docencia en Neuro traumatología y neurocirugía. Curso de cuidados a paciente neuro crítico, celebrando en Barcelona el 13 y 14 de noviembre del 2012. Segunda edición revista 2013 página 24

Dolor disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Dolor>.

Sualy Ruiz Morera, Maricela Ríos Rodríguez, Idalberto Almeida Calzado y Jorge Torrecilla Rojas. Unidad 5: Líquidos y electrolíticos: Disponible en:
<https://es.scribd.com> > Mobile > documento.



Almeida. Elsa Lcda. Castro, De y Rosa "Manual de enfermería" Ed. Cultural s.a.
Mostoles-Madrid. (2008).

Manual de bioseguridad en el laboratorio. Organización mundial de la salud ginebra
1994.

Enrique Rojas "como superar la ansiedad". 1era Edición pagina 23. noviembre 2014.

Guía de atención: Paciente politraumatizado. "EMED(Emergencias médicas del oriente)"
Disponibile en URL: <http://emedoriente.com/nuestros-servicios/area-protegida/2-paciente-politraumatizado>.

Enrique Peces García, Dr. López – Duran. Politraumatizado. 25Nov. 2011. Disponible
en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-Trauma-Politraumatizado.pdf>

José Miguel Espinoza. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta med.
Peruana v. 28 n.2 Lima abr./ jun. 2011. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007

Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnostica y protocolos de actuación
4°Edicion. Página 874. 2009.

Interpretación de exámenes de laboratorio. Disponibles en:
http://www.seeof.es/archivos/articulos/adjunto_28_1.pdf



Ministerio de salud Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas – DIGEMID.

Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales. Lima – Perú Tercera edición
2011.

Vázquez Robles M. Proceso de atención de enfermería en la enfermedad vascular
cerebral isquémica. RMEC. 2002 Jan; 10(1).

Mamani Valeriano DM. Proceso del cuidado de enfermería aplicado a paciente con
Obstrucción Intestinal atendido en centro Quirúrgico Hospital Regional “Manuel
Núñez Butron” Puno, 2017 – 2018. Repositorio Institucional -UANCV.

Adolfo OA. DOCPLAYER. Online; 2011 cited 2020 03 12. Available from:

[https://docplayer.es/22561414-Politraumatizado-1-introduccion-
conceptoepidemiologia-mortalidad-periodos.html](https://docplayer.es/22561414-Politraumatizado-1-introduccion-conceptoepidemiologia-mortalidad-periodos.html).



ANEXOS



ANEXO N° 1

EXAMENES DE LABORATORIO:

HEMOGRAMA: Es una tabla de ecuaciones donde se comunican cantidad, extensión y variedades de componentes sanguíneos.

Reúne:

- Recuento de eritrocitos, hematocrito, hemoglobina y registros eritrocitarios.
- Recuento y ecuación de leucocitos.
- Recuento de plaquetas (en algunos centros de investigación se excluye del hemograma y debe mencionarse de forma independiente).

LEUCOCITOS: La ecuación leucocitaria se utiliza para reconocer anomalías localizadas en la serie blanca de la sangre. En función del estado de sus núcleos, los leucocitos pueden denominarse polimorfoatómicos (neutrófilos, eosinófilos y basófilos) y mononucleares (linfocitos y monocitos). Las anomalías consideradas leucocitarias se agrupan en sobreabundancia y carencia. Cuando hay abundancia de leucocitos se denomina leucocitosis y cuando la modificación es por defecto de disminución se denomina leucocitopenia..

TP: El tiempo de protrombina (TP) es un análisis de sangre que mide el tiempo que tarda el fluido de la sangre (plasma) en agruparse. El intervalo normal para los resultados del TP es de 11 a 13,5 segundos.

TPT: por regla general, el engrosamiento debe producirse en un plazo de 25 a 35 segundos. Suponiendo que el individuo esté tomando anticoagulantes, la coagulación tarda hasta 2 ½ veces más. El valor ordinario alcanza puede fluctuar marginalmente entre varios centros de investigación. Algunos utilizan diversas estimaciones o pueden probar diferentes tipos de pruebas.

INR: Un INR = 1 implica que el paciente no es actualmente enemigo de engrosamiento de ninguna manera. El riesgo de drenaje aumenta si el INR es superior a 4. Cuanto más alto sea el INR, mayor será el riesgo de engrosamiento. Cuanto mayor sea el INR, mayor será el riesgo de muerte. Los valores de INR entre 2 y 4 tienen el riesgo conjunto más bajo de apoplejía o muerte.

PLAQUETAS: Las plaquetas o trombocitos son células que se producen en la



médula ósea y cuya capacidad es coagular la sangre cuando se produce un drenaje para que el individuo no muera.

La cantidad normal de plaquetas en un individuo sólido oscila entre 150.000 y 450.000 por cada litro de sangre.

Las plaquetas se forman cuando una célula más grande llamada megacariocito se separa. La fractura de un megacariocito produce unas 1.000 plaquetas. Esta interacción discontinua se denomina trombopoyetina..

GLUCOSA: La glucosa es el principal azúcar presente en la sangre. La sangre transporta la glucosa a todas las células del cuerpo para que la utilicen como fuente de energía. La diabetes es una enfermedad descrita por el aumento de los niveles de glucosa.

Se expande en pacientes con diabetes, para ser visto como un individuo diabético es importante tener dos lecturas de glucosa en sangre en ayunas por encima de 126 mg / dl, o uno por encima de 200 mg / dl, incluso en la estela de comer. Cifras superiores a 100 mg/dl, pero inferiores a 126 mg/dl podrían mostrar estrechez de glucosa, lo que por regla general demuestra prediabetes. A estos pacientes se les puede hacer una prueba de sobrecarga de glucosa, por ejemplo, se les da azúcar y se comprueba si las cifras suben excesivamente, para intentar averiguar su inclinación a fomentar la diabetes. Unos pocos fármacos favorecen el incremento de la glucosa, sobre todo en individuos con inclinación. Por ejemplo, los corticosteroides elevan los niveles de glucosa en sangre y los pacientes que los toman deben ser observados o incluso tratados. Algunas enfermedades que producen corticosteroides en exceso pueden aumentar la glucosa en sangre, como la enfermedad de Cushing. Las personas con una inclinación igualmente puede tener azúcar expansiones en diferentes circunstancias como contaminaciones. En estas personas comúnmente cifras volver a ordinario cuando se han recuperado de la enfermedad.

CREATININA: La creatinina es una sustancia que se produce en el marco de la sangre por la creatina. Es un suplemento muscular importante. Esto surge como resultado final de la digestión y es la manera por la cual el marco resistente nos muestra el trabajo que se está terminando en nuestros riñones los niveles de creatinina en la sangre demuestran directamente cómo están funcionando los



riñones. Un general implica que tenemos una descompensación en el trabajo renal que debe ser tratada. Es esencial tener en cuenta que los valores de creatinina están relacionados con el volumen de la persona.

En otras palabras, un individuo que hace más juegos y trabajo real podría estar inclinado a mayores niveles de creatinina que un individuo no hacer como tal. Asimismo pueden ampliar debido a la utilización de fuentes de alimentos específicos y píldoras que directamente dañan los riñones y su trabajo. Los riñones son responsables de la retención de creatinina en la última etapa metabólica, a continuación, la descarga a través de la orina. En el momento en que este ciclo no se realiza como se esperaba, la cantidad de creatinina en la sangre aumenta. A partir de ahora, comprendemos que el reconocimiento de la creatinina en la sangre marco pasos a través de varias etapas y exámenes para recordarlo.

GRUPO FACTOR: Un grupo sanguíneo es un orden de la sangre según las cualidades presentes en las plaquetas rojas y el suero sanguíneo. Las dos caracterizaciones más significativas en las personas son los antígenos (A, B, O) y el factor Rh.

HEMOGLOBINA: La hemoglobina forma parte de las plaquetas rojas y su capacidad fundamental es trasladar el oxígeno de los órganos respiratorios a los tejidos del cuerpo. La hemoglobina está compuesta por el grupo hemo que está enmarcado por el hierro.

Una hemoglobina baja puede mostrar problemas, por ejemplo,

- Anemia.
- Cirrosis.
- Linfoma.
- Leucemia.
- Hipotiroismo.
- Insuficiencia renal.
- Deficiencia de hierro y vitaminas.

Los valores de referencia de la hemoglobina son:

- Niños de 2 a 6 años: 11.5 a 13.5g/dl.
- Niños de 6 a 12 años: 11.5 a 15.5 g/dl.



- Hombres: 14 a 18 g/dl.
- Mujeres: 12 a 16 g/dl.

URODIALISIS: El análisis de orina es una prueba demostrativa que se utiliza regularmente en la medicación y consiste en recoger una cantidad limitada de orina y después diseccionarla en el laboratorio. Gracias a ello se obtienen datos que ayudan a determinar patologías normales o serias.

PRUEBA DE 24 HORAS: Es una investigación de la orina recogida durante 24 horas para evaluar la capacidad de los riñones, incluso utilizado por diferentes médicos, principalmente el especialista en general.

Esta prueba se muestra principalmente para medir la capacidad de los riñones o para evaluar la cantidad de proteínas o sustancias diferentes en el pis como el sodio, calcio, oxalato o corrosivo úrico, por ejemplo: Como método para reconocer enfermedades de los riñones y de la trama urinaria.

Para llevar a cabo esta prueba es importante recoger todo el pis en un soporte legítimo durante un tiempo de 24 horas, y debe ser llevado al centro de investigación que descompone las cualidades.

Corrosivo úrico: es un catalizador y compuesto natural que se crea a través del procesamiento de las proteínas. Es igualmente un efecto secundario del cuerpo que se rastrea en la sangre y salvaguarda el cuerpo, lo hace mediante la eliminación de purinas, hace un viaje de la sangre a los riñones y después se elimina a través de la orina.

En el momento en que los niveles se elevan, lo hace como tal para hacer frente a las articulaciones y el marco de la sangre.



ANEXO N° 2

TARJETAS FARMACOLOGICAS

CLORURO DE SODIO 0.9 %

Nombre genérico: CLORURO DE SODIO 0.9 %

Nombre comercial: CLORURO DE SODIO 0.9 %

Clasificación: Electrolitos y minerales.

Indicaciones:

- Aporte hidroelectrolítico en estados de deshidratación hipotónica.
- Hiponatremia hiperosmolar asociado a hiperglucemia. Acidosis hipoclorémica.
- Corrección del déficit de volumen extracelular (gastroenteritis, cetoacidosis diabética, íleo y ascitis) Hiponatremia, alcalosis hipoclorémica, hipercalcemia, para inducir diuresis, irrigación de piel y mucosas por vía tópica, fluidificación de secreciones mucosas.
- Como diluyente de medicamentos para administración parenteral.

Mecanismos de acción: controla la distribución del agua en el organismo y mantiene el equilibrio de líquidos.

Reacciones adversas/ efectos adversos: Raras: En altas dosis: Hipernatremia, hipovolemia y acidosis metabólica (hipoclorémica).

En caso de sobredosificación que el paciente evoluciones con insuficiencia renal o cardiaca, deberá tratarse como intoxicación hídrica, por lo que se debe suspender la administración de la solución y tratar las complicaciones de acuerdo con cada caso en particular, ya que las manifestaciones no son las mismas en todos los pacientes. Tratamiento sintomático y de sostén.

Dosis: 1000 a 1500 ml/día a razón de 60-80 gotas/minuto.

Cuidados de enfermería:

- Antes de administrar el fármaco tener en cuenta las 10 correctas.
- Conservar a temperatura ambiente a no más de 30°C y en lugar seco.
- Se debe tener cuidado al administrar al paciente viendo efectos colaterales.
- Preguntar al paciente si es sensible al CLNa.
- Observar antecedentes de insuficiencia renal.



- Precauciones en pacientes hipertensos o problemas de edemas.
- Administra lentamente, registrar en el frasco la cantidad que se va a perfundir, y el conteo de gotas, la hora y fecha que se está colocando.
- Observar signos de hipovolemia.
- Mantener medidas de asepsia.
- Evitar flebitis.

METAMIZOL

Nombre genérico: Metamizol 1gr.

Nombre Comercial: ANTÁLGINA."REPRIMAN"

Clasificación: Antipirético y analgésico

Indicaciones:

- Dolor tipo cólico.
- Dolor de origen tumoral.
- Fiebre alta que no responda a otros antitérmicos.
- Dolor agudo post operatorio o post traumático.

Mecanismo de acción:

El metamizol actúa sobre el dolor y la fiebre reduciendo la síntesis de prostaglandinas pro inflamatoria al inhibir a la actividad de la prostaglandina sintetiza. A diferencia de otros analgésicos no opiáceos que actúan sobre la síntesis de la prostaciclina, el metamizol no produce efectos gastro lesivos significativos.

Reacciones adversas/efectos adversos:

- La administración de metamizol puede aumentar el riesgo de reacciones anafilácticas y agranulocitosis.

Dosis:

- Vía oral: de 1 a 2 gr cada 8 horas.
- Vía parenteral: una ampolla de 2gr de metamizol por vía IM profunda o intravenosa lenta (3 minutos) cada 8 horas, salvo criterio médico, sin sobrepasar las 3 ampollas por día.



Cuidados de enfermería:

- Antes de administrar el medicamento tener en cuenta los 10 correctos.
- Preguntar al paciente si es alérgica a este medicamento y notificar.
- Registrar en la hoja de enfermería a que medicamento es alérgico el paciente, así como en la hoja médico.
- Colocar en el expediente del paciente un membrete con letra roja y grande a que medicamento es alérgico.
- Al primer síntoma de reacción (Anafilaxia) dejar de administrar el medicamento.
- La administración vía endovenosa debe ser diluido y lento ya que su administración rápida produce hipotensión, palpitaciones y nauseas.
- Prepara inmediatamente antes de su administración ya que su dilución pierde estabilidad en 20 -30 minutos.
- Tener en cuenta que el uso prolongado de este fármaco aumenta el riesgo de aparición de efectos adversos como hemorragia sobre todo en enfermos anticoagulantes.
- Verificar que el paciente no tenga hipotensión arterial antes de administrar el fármaco, si es así notificar al médico para que le indique otro analgésico.

ACIDO TRANEXAMICO

Nombre genérico: ACIDO TRANEXAMICO

Nombre Comercial: TRANEXAM, TRANEXAL.

Clasificación:

- Es un medicamento antifibrinolítico ampliamente usado en la medicina.

Indicaciones:

- Es un medicamento que actúa inhibiendo la ruptura de los coágulos sanguíneos. Es útil en el tratamiento de procesos hemorrágicos severos, especialmente tras intervenciones quirúrgicas.
- Profilaxis y tratamiento de hemorragias por aumento de fibrinólisis. tratamiento de edema angioneurotico hereditario.

Mecanismo de acción:



- El ácido tranexámico bloquea el punto de enlace de la lisina en la enzima de la fibrinólisis plasmina, esencial para el enlace de la plasmina a la fibrina. De este modo se bloquea el efecto normal de la plasmina, la disolución de coágulos (fibrinólisis). En dosis reducidas, el ácido tranexámico actúa como inhibidor competitivo de la plasmina, en dosis elevadas como inhibidor no competitivo.

Reacción adversa/ efectos adversos:

- Náuseas, vómitos, diarreas; malestar con hipotensión, con o sin pérdida de la conciencia (tras inyección IV rápida, de forma excepcional después de una administración oral), trombosis venosa o arterial en cualquier localización; reacciones de hipersensibilidad incluyendo anafilaxia.

Cuidados de enfermería:

- Antes de administrar el fármaco tener en cuenta las 10 correctas.
- Al administrar por EV diluir con 80cc de Cl al 9% y el tiempo infusión tiene una duración de 30 minutos.
- La administración se realiza previa asepsia de la ampolla y de la zona de la inyección.
- Durante la administración controlar la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria porque puede presentar uno de los efectos adversos como disnea y otros.
- No administrar a pacientes alérgicos.

CEFTRIAXONA

Nombre genérico: Ceftriaxona

Nombre Comercial: ROCEPHIN, CEFIZOX, CEFTIN

Clasificación:

- Es un antibiótico de la clase cefalosporinas de tercera generación.

Indicaciones:

- Sepsis, meningitis, peritonitis, infección biliar; gastrointestinal; ósea; articular; de piel y tejido blando, de heridas, renal, urinaria, respiratoria,



- neumonía, de garganta, nariz y oídos, genital, gonocócica, infección con mecanismo defensivo disminuido. Profilaxis peri operatoria.

Mecanismo de acción:

- Como todos los antibióticos beta-lactámicos bactericidas, inhibe la síntesis de la pared bacteriana al unirse específicamente a unas proteínas llamadas "proteínas ligandos de la penicilina" que se localizan en dicha pared.

Reacción adversa/ efectos adversos:

- Diarrea, náuseas, vómitos, estomatitis, glositis; eosinofilia, leucopenia, granulocitopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia; exantema, dermatitis alérgica, prurito, urticaria, edema y edema multiforme.

Dosis:

- Sepsis: 50 mg/kg cada 24 horas. Meningitis: Dosis de carga 100 mg/kg, seguido de 80 mg cada 24 horas.
- Infección gonocócica diseminada: 25-50 mg/kg/día cada 24 horas durante 7 días, 10-14 días si se documenta meningitis.
- Profilaxis infección gonocócica: 25-50 mg/kg (máximo 125 mg) en una sola dosis.

Cuidados de enfermería:

- Antes de administrar el fármaco tener en cuenta las 10 correctas.
- Al administrar por EV diluir con 80cc de Cl al 9% y el tiempo infusión tiene una duración de 30 minutos.
- La administración se realiza previa asepsia de la ampolla y de la zona de la inyección.
- Durante la administración controlar la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria porque puede presentar uno de los efectos adversos como disnea y otros.
- No administrar a pacientes alérgicos a cefalosporinas.
- No se usará si la solución esta turbia o contiene precipitaciones.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 25-10-23

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Elizabeth Yackelton Vilca Lanza
 Dirección: Jr. Lambayegue N° 337
 DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 45715445
 Teléfono: 981297482 email: YackeltonV@Gmail.com

Nombres y Apellidos: _____
 Dirección: _____
 DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____
 Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Ciencias de la Salud
 Escuela Profesional o Mención: Enfermería
 Título o Grado Académico a optar: Enfermería en Cuidado Enfermero en
 Asesor: emergencia y desastre

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:
 Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: Proceso del Cuidado de enfermería aplicado a Paciente
con politraumatismo, Tec leve, fractura de tibia peronea en el
Servicio de emergencia, salud III - Juliaca 2022

Palabras claves, (3 a 5 términos): _____

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2?}
2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.
² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

- Internacional
- Nacional

Línea de investigación: GENAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIO - SIG 09

Firma de Autor



huella digital

25 - OCTUBRE - 2023

Fecha