UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
COORDINACIÓN DE POSGRADO

"TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL"

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN EMERGENCIAS MÉDICAS

TEMA

"EVALUACIÓN INICIAL DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO"

AUTORA

LUISA ALEXANDRA IBUJES GUERRERO

TUTORA

DRA. JANET EMEN SÁNCHEZ

AÑO 2017

GUAYAQUIL - ECUADOR

OF.COORD.POSG.FCMUG.761.17

Agosto, 25 de 2017

Licenciada
LUISA ALEXANDRA IBUJES GUERRERO
MAESTRIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS
Ciudad

Por medio del presente comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Normativa vigente de **Unidad de Titulación Especial** de la Dirección de Postgrado Vicerrectorado de Investigación, Gestión Social de Conocimiento y Posgrado, su **Proyecto de Titulación** ha sido aprobado con el tema:

"EVALUACIÓN INICIAL DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO".

Tutor: ***Dra. JANET EMEN SÁNCHEZ, MSc.***

El cual fue Revisado y aprobado por la Coordinación de Postgrado de la Facultad el día **3 de agosto de 2017**, por lo tanto, puede continuar con la ejecución del mismo de acuerdo a la normativa establecida.

Atentamente

Dr. Guillermo Campuzano Castro Msc.
COORDINADOR DE POSGRADO

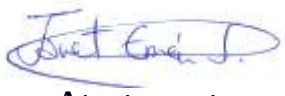
C. archivo

Revisado y Aprobado por:	*Dra. Clara Jaime Game, MSc.*
Elaborado por:	*Ing. Elizabeth Teneseta Cercado.*

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO : EVALUACIÓN INICIAL DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.		
AUTOR: Luisa Alexandra Ibujés Guerrero	**TUTOR:** Dra. Janet Emén Sánchez	
	REVISOR: Dr. Jhony Real Cotto MSc.	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	**FACULTAD:** Facultad de Ciencias Médicas	
CARRERA: Maestría en Emergencias Médicas		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 31/08/2017	**No. DE PÁGS.:** 52	
TÍTULO OBTENIDO: Licenciada en Enfermería		
ÁREAS TEMÁTICAS: Emergencias Médicas, Politraumatismo		
PALABRAS CLAVE: Evaluación Inicial, Politraumatismo, Triage		
RESUMEN: El politraumatismo es considerado como la primera causa de muerte en personas menores de 45 años y la tercera después de esta edad, porque la muerte puede darse en los primeros minutos después de haber ocurrido el accidente. La evaluación inicial que realiza el personal de Enfermería al paciente con politraumatismos debe realizarla de una manera oportuna y minuciosa. El trabajo se desarrolló en el Hospital De los Valles en el área de emergencias con el personal de enfermería, con el propósito de caracterizar la evaluación inicial de los pacientes politraumatizados. El objetivo general fue evaluar el conocimiento que posee el personal de Enfermería con relación a la atención inicial de pacientes con politraumatismos. La metodología tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, no experimental y de campo en donde se encuestó a 25 personas del personal de enfermería un 80 % mujeres. Las conclusiones de la investigación son que el personal de enfermería no tiene experiencia en emergencias pues conoce los colores del Triage, pero desconoce la prioridad y la secuencia en las acciones a seguir al momento de atender a un paciente, no posee la experticia necesaria para manejar pacientes con politrauma lo que conlleva a un mal cuidado. Se planteó un plan de atención con la taxonomía NANDA para capacitar de manera continua al personal y así mejorar sus conocimientos sobre el manejo de los pacientes con politraumatismo, para evitar complicaciones que se pueden producir por mal manejo por parte del personal de enfermería.		
No. DE REGISTRO	**No. DE CLASIFICACIÓN:**	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	☐ **SI**	☐ **NO**
CONTACTO CON AUTOR/ES Luisa Alexandra Ibujés Guerrero	**Teléfono:** 0994615070	**E-mail:** guambrita82@yahoo.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	**Nombre:** Secretaría Coordinación de Posgrado	
	Teléfono: 2288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

Certificación del tutor

En mi calidad de tutor del estudiante Ibujés Guerrero Luisa Alexandra, del Programa de Maestría en Emergencias Médicas, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas CERTIFICO: que el estudio de caso del examen complexivo titulado Evaluación Inicial de la Atención de Enfermería al Paciente Politraumatizado, en opción al grado académico de Magíster en Emergencias Médicas, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.



Atentamente

Guayaquil, 25 de julio del 2017

Agradecimiento

A Dios por brindarme la vida y cada día con nuevas oportunidades para alcanzar mis sueños planteados, a mi familia por su tiempo y apoyo incondicional en cada paso dado, y a mi tutora por su tiempo, apoyo y paciencia durante el desarrollo de esta tesis. ¡Gracias!

Luisa Ibujés

Dedicatoria

A mi familia y en especial a mis hijos, por el tiempo que he debido dejar de brindarles en busca de esta meta, por ser el baluarte que me dio fuerza y constancia, para culminar este sueño.

Luisa Ibujés.

Declaración expresa

"La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL"

Atentamente

Luisa Alexandra Ibujés Guerrero
C.I 0401397989

Índice de Abreviaturas

NANDA: North American Nursing Association

NLM: National Library of Medicine

NQF: National Quality Forum

TCE: traumatismos craneoencefálicos,

OMS: Organización Mundial de la salud

ATLS: Advanced Trauma Life Support ó soporte de vida ara el trauma avanzado

RCP: Reanimación Cardiopulmonar

PAE: Procedimiento de atención en enfermería

Índice de Contenidos

Cubierta i
Oficio de aprobación del tema ii
Certificación del tutor iv
Agradecimiento v
Dedicatoria vi
Declaración expresa vii
Índice de Abreviaturas viii
Índice de Contenidos ix
Índice de Gráficos xi
Índice de Tablas xii
Resumen xiii
Abstract xiv
Introducción 1

Capítulo 1
MARCO TEÓRICO
1.1 Teorías generales 3
1.2 Teorías sustantivas 8
1.3 Referentes empíricos 16
1.4 Fundamentación legal 19

Capítulo 2
MARCO METODOLÓGICO
2.1 Metodología: 20
2.1 Métodos 20
2.3 Hipótesis: 21
2.4 Universo y muestra: 21
2.5 Operacionalización de variables 21
2.6 Gestión de datos 22
2.7 Criterios éticos de la investigación 22

Capítulo 3

RESULTADOS

3.1 Antecedentes de la población 23
3.2 Estudio de campo 23
Análisis de Chi Cuadrado 26

Capítulo 4

DISCUSIÓN

4.1 Contrastación empírica 27
4.2 Limitaciones 29
4.3 Líneas de investigación 30
4.4 Aspectos relevantes 30

Capítulo 5

PROPUESTA

5.1 Título: 31
5.2 Introducción 31
5.3 Justificación 31
5.4 Objetivo general 32
5.5 Desarrollo 32
Conclusiones y Recomendaciones 34
Conclusiones 34
Recomendaciones 35
Referencias Bibliográficas 36
Anexos 41

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Experiencia Laboral 24
Gráfico 2: Tiempo de trabajo en emergencias (años) 24
Gráfico 3: Nivel académico 25
Gráfico 4. Frecuencia de monitoreo de signos vitales 26
Gráfico 5. Edad y Sexo 47
Gráfico 6. Se aplica en el servicio de emergencia la escala de los niveles de gravedad ... 49
Gráfico 7. Se etiqueta a los pacientes politraumatizados según los colores 50
Gráfico 8. Valoración de la circulación. Signos de hipoperfusión y Control 51
Gráfico 9. Valoración neurológica 52

Índice de Tablas

Tabla 1: Clasificación de las heridas sufridas por el accidentado..... 14
Tabla 2: Clasificación de las heridas sufridas por el accidentado..... 26
Tabla 3. Sexo 47
Tabla 4. Edad (años) 47
Tabla 5. Experiencia Profesional (meses)..... 48
Tabla 6. Tiempo de trabajo en emergencia (meses)..... 48
Tabla 7. Grado académico 48
Tabla 8. Conoce la escala de los niveles de gravedad para el TRIAJE..... 49
Tabla 9. Se aplica en el servicio de emergencia la escala de los niveles de gravedad. 49
Tabla 10. Se etiqueta a los pacientes politraumatizados según los colores de la escala ... 50
Tabla 11. Mantenimiento de la vía aérea del paciente consciente 50
Tabla 12. Valoración de la función respiratoria en el cuello 51
Tabla 13. Valoración de la circulación. Signos de hipoperfusión..... 51
Tabla 14. Valoración neurológica..... 52
Tabla 15. Se realiza monitoreo al paciente, que incluye: frecuencia respiratoria; 52
Tabla 16. El paciente politraumatizado es reevaluado constantemente para detectar..... 52

Resumen

El politraumatismo es considerado como la primera causa de muerte en personas menores de 45 años y la tercera después de esta edad, porque la muerte puede darse en los primeros minutos después de haber ocurrido el accidente. La evaluación inicial que realiza el personal de Enfermería al paciente con politraumatismos debe ser realizada de una manera oportuna y ágil cumpliendo estándares de manejo inicial eficiente para evitar complicaciones. El trabajo se desarrolló en el Hospital De los Valles en el área de emergencias con el personal de enfermería, con el propósito de caracterizar la evaluación inicial de los pacientes politraumatizados. El objetivo de este trabajo fue evaluar el conocimiento que posee el personal de Enfermería con relación a la atención inicial de pacientes con politraumatismos. La metodología tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, no experimental y de campo en donde se encuestó a 25 personas del personal de enfermería un 80 % mujeres. Las conclusiones de la investigación son que el personal de enfermería conoce los colores del Triage, pero desconoce la prioridad y la secuencia en las acciones a seguir al momento de atender a un paciente con politraumatismo lo que conlleva a un mal cuidado. Se planteó un plan de atención con la taxonomía NANDA para capacitar de manera continua al personal y así mejorar sus conocimientos sobre el manejo de los pacientes con politraumatismo, para evitar las complicaciones que se pueden producir producto de un mal manejo por parte del personal de enfermería.

Palabras clave: Politraumatismo, Triage.

Abstract

This study was developed in the emergency area at the Hospital de los Valles with the nursing staff, having as purpose of characterizing the initial polytrauma evaluation in patients. The methodology is a descriptive, observational, retrospective, non-experimental study with a field approach, in which 25 nurses were surveyed, 80% were females and 20% were men. The conclusions of the investigation are the nursing staff knows the colors of the Triage, but they don´t know the priority and sequence in the actions to follow the moment of attending a patient with polytrauma, which leads to poor care. A care plan with the NANDA taxonomy was designed to continuously train staff and thus improve their knowledge about the management of patients with polytrauma, to avoid complications that may occur as a result of mismanagement by the nursing staff.

Keywords: Polytrauma, Triage.

Introducción

El problema para la evaluación inicial de enfermería del paciente politraumatizado se debe a factores de tipo social como el elevado número de accidentes de tránsito, sin existir preocupación de las autoridades, factores de tipo educativos como la desactualización, no capacitación constante del personal de enfermería y el elevado costo de los mismos, la mayor parte del personal de enfermería en el área de emergencias no posee título de cuarto nivel, factores culturales como la poca experiencia laboral, sin el suficiente entrenamiento poca habilidad y destreza para auxiliar al paciente traumatizado, factores psicológicos como horarios muy prolongados de jornadas laborales, situaciones de estrés, evasión de responsabilidades por temor o miedo.

Los efectos más notorios de la evaluación inicial del personal de enfermería al paciente politraumatizado en el hospital de Los Valles son: una mala calidad de atención percibida por el usuario, una evaluación deficiente, complicaciones posteriores en el paciente, lesiones secundarias al momento que se atiende a un paciente, retroceso en el tratamiento y en la recuperación del paciente, aumento en las secuelas del paciente y el aumento en los índices de morbilidad, se debe también aclarar que se genera consecuencias negativas para el hospital porque pierde credibilidad debido a la mala percepción de atención del paciente y su familia más cercana. Una atención inoportuna a futuro hace que el paciente presente complicaciones e incluso fallezca.

¿Cómo se puede contribuir a mejorar el conocimiento sobre la evaluación inicial de la atención de enfermería al paciente politraumatizado en el área de emergencia del Hospital de los Valles?

Mediante una investigación de campo y el análisis de la información obtenida se llegó a resultados que sirven para crear conciencia sobre la atención que se brinda

al paciente para elaborar un plan de atención de enfermería, que genere profesionales. Esta investigación tiene como objeto de estudio es la evaluación inicial de la atención de enfermería y el campo de estudio es la evaluación inicial de la atención de enfermería hacia el paciente politraumatizado, para una estabilización temprana, y evitar secuelas posteriores a los múltiples traumatismos en el área de Emergencia del Hospital de los Valles durante el periodo de mayo a diciembre del 2015.

El objetivo general es evaluar el nivel de conocimiento que posee el personal de Enfermería con relación a la atención inicial de pacientes con politraumatismo en el servicio de Emergencia del Hospital de los Valles.

Los objetivos específicos son: Determinar el grado de conocimientos del personal de Enfermería en la atención inicial a los pacientes con politrauma. Determinar el proceso que se realiza en el proceso de enfermería para evaluar la atención a los pacientes con politrauma. Elaborar un plan de atención de Enfermería al paciente politraumatizado que acude al servicio de emergencias del Hospital de los Valles

La novedad científica se da en base al trato a pacientes con politraumatismo, el personal de enfermería debe estar capacitado y ser competente, para cumplir con los estándares de manejo inicial eficiente hacia los pacientes, pues el personal de enfermería siempre debe ser y seguirá siendo un ente importante del equipo médico, los cuales en su accionar en conjunto garantizan un óptimo cuidado al paciente y se elaboró un plan de atención de enfermería al paciente politraumatizado en el área de emergencia.

Capítulo 1

MARCO TEÓRICO

1.1 Teorías generales

El propósito de la evaluación de enfermería es obtener una imagen del paciente y cómo pueden ser ayudados. Una evaluación efectiva proporciona al personal médico información sobre antecedentes del paciente, estilo de vida, antecedentes familiares y la presencia de enfermedad o lesión. La enfermería debe centrarse en la respuesta del paciente a la salud. El proceso de evaluación requiere observación pertinente, para recopilar, validar y organizar datos y hacer juicios que determinan las necesidades de atención y tratamiento que tienen repercusiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales y es vital que sean exploradas con la persona evaluada (Mata, 2015).

La perspectiva del paciente de su nivel del funcionamiento diario es esencial para maximizar su comprensión y capacidad de autocuidado. Es sólo después de hacer observaciones de la persona e involucrarlas en el proceso que el personal de enfermería puede validar sus percepciones y hacer juicios clínicos. La evaluación eficaz del paciente es parte integral de la seguridad, la continuidad y la calidad de la atención al paciente y cumple con los requisitos legales y obligaciones profesionales en la práctica. (Mata, 2015)

Los principios de la evaluación inicial de enfermería son: La evaluación está centrada en el paciente y debe proporciona información de base sobre la cual planificar la intervenciones y resultados de la atención a lograr. Facilita la evaluación del cuidado prestado y es una dimensión de la atención que influye en

el resultado y el potencial del paciente supervivencia. Es un proceso dinámico que comienza cuando los problemas o los síntomas se desarrollan y continúan durante el cuidado proceso, acomodando los cambios continuos en la condición y circunstancias.

La evaluación inicial de enfermería es esencialmente un proceso interactivo en el que el paciente participa activamente. Funcionamiento óptimo, calidad de vida y promoción de la independencia debe ser la preocupación principal. El proceso incluye la observación, la recopilación de datos, juicio y validación de las percepciones. Los datos utilizados para el proceso de evaluación se varias fuentes por una variedad de métodos, dependiendo de la atención médica. Para ser efectivo, el proceso debe estar estructurado y claramente documentado.

La North American Nursing Association (NANDA) es una institución que establece la clasificación y procedimientos de enfermería estándar, la importancia creada con su trabajo ha alcanzado estandares internacionales que han sido adoptados a nivel mundial. En 1982 encabezó planes para establecer y desarrollar mejores diagnósticos de enfermería, en el cual se incentiva mejoras para el diagnostico en el área de enfermería, mediante la utilización de definiciones de enfermeria, en base al deber, capacidad, independencia y pensamiento crítico para lograr un mejor trato a las personas.

La taxonomía es la herramienta básica para la comunicación y el cuidado, que garantiza la vida de las personas, en los diagnósticos existe una etiqueta diagnóstica, en donde se define conceptos y características de factores relacionados. La Taxonomía establece una relación de clase, dominio y diagnostico en los enfermeros. En el año 2004 NANDA creó el documento Taxonomía II, el cual

estableció una estructura codificada la misma que se encuentra en National Library of Medicine (NLM). El establecimiento de una taxonomía estandarizada aporta con la investigación y creación de la cultura de seguridad del paciente, que conoce un lenguaje común en concordancia con recomendaciones proporcionadas por el National Quality Forum. (NANDA, 2013)

En el campo educativo la NANDA permitió la renovación de las experiencias en el equipo de enfermería para poder comenzar con la facultad de examinar varias cuestiones pertinentes, la reorientación de los valores relacionados con el análisis de errores, crear y conducir sistemas libres de culpa, y aumentar la comodidad y la competencia en la previsión y análisis de errores. Según Almada & Barcos (2015) se afirma que: “En materia de Salud se han incorporado instrumentos que facilitan la atención médica, son principios que facilitan la toma de decisiones” (p. 2). En términos generales, es un acuerdo entre profesionales y expertos.

Según Cabrera, Reyes, Espinoza & et al (2010) se manifiesta que: “El trauma es una lesión producida por un agente externo, el paciente que sufre dos o más traumatismos sufre alteración en las funciones vitales de su organismo y por ende pone en peligro la vida, se denomina politraumatizado” (p. 10). De allí que se considera que un politraumatismo se da cuando un paciente tiene múltiples lesiones, en donde una o varias de estas ponen en riesgo su vida. El traumatismo hoy en día es considerado como la primera causa de muerte en personas menores de 45 años de edad y la tercera después de esta edad, se debe también considerar dos aspectos como la discapacidad que se genera en las personas y los gasto en tratamiento que ascienden a pérdidas millonarias.

De acuerdo, a los datos registrados por cada 200- 300 traumatismos craneoencefálicos (TCE), leves se registran 15 a 20 moderados, y 10- 15 graves. En España los accidentes de tránsito ocasionan la mayor parte de pacientes con graves TCE, de allí la segunda causa se da en accidentes laborales 9,13%. Los cuadros de discapacidad generados en España tienen como consecuencia secuelas neurológicas muy graves, esto genera cifras de hasta 800 pacientes con discapacidad severa. Las víctimas de un TCE grave tan solo un 30% podrán deambular libremente tras su recuperación; un 40% quedarán inválidas; un 14% precisarán la ayuda de una tercera persona; y un 16% necesitarán caminadores o bastones para deambular. (Núñez, 2015)

Según los datos registrados en Ecuador: La incidencia del traumatismo medular es de 2 casos /100.000 habitantes/año. Datos facilitados por el Fórum Barcelona de Seguridad Vial por la Dra. Bernabéu, de la Unidad de Daño Cerebral del Instituto Guttman, una de las principales causas para lesiones medulares se dan por accidentes de tránsito, seguido de caídas comunes, accidentes laborales y prácticas deportivas. “El 54% de las lesiones medulares traumáticas afectan a jóvenes entre 16-30 años”. (Núñez, 2015). Entre las regiones con mayor afectación están: La columna cervical baja; la unión cérvico - torácica (C6-T1) y el dorso lumbar (T11-L2). En resumen, las causas de politraumatismo más comunes son por: Caídas, Tráfico, Suicidio, accidentes laborales.

Existen tres picos principales con relación a la mortalidad que presentan los pacientes politraumatizados, el primero va desde el instante en que se produce el accidente hasta segundos o máximo minutos tras el haber ocurrido el mismo. Este por lo general puede ocasionar “laceraciones cerebrales, de tronco cerebral, médula

espinal alta, lesiones cardíacas o ruptura de grandes vasos". Estas cifras alcanzan al 50% de politraumatizados, los mismos que en muy pocas ocasiones sobreviven.

En segundo lugar, se encuentran cerca del 30% de politraumatizados. Esta etapa abarca las primeras horas tras haber ocurrido el accidente. De allí que se considera que "la muerte sobreviene como consecuencia de hematomas subdurales o epidurales, hemoneumotórax, ruptura de bazo, laceración hepática, fractura de pelvis o lesiones asociadas con hemorragia grave". Para evitar la complicación o muerte del paciente se debe brindar una buena atención pre-y post hospitalaria.

Por último y en tercer lugar se encuentran aquellos pacientes que mueren varias semanas o días posteriores al traumatismo, la cual puede ser a causa de sepsis o fallo multiorgánico.

"Para evitar complicaciones o la posible muerte del paciente, se debe considerar la etapa crítica, la cual es el intervalo entre el accidente y la atención definitiva que se pueda brindar". Este período, era conocido como "la hora de oro" según el Dr. Adams Cowley, el mismo que desarrollo teorías y creo este concepto, en el cual se considera que, "si en los traumatismos no se controla la hemorragia, ni se reestablece la oxigenación de los tejidos en una hora tras la lesión, se agotan las posibilidades de supervivencia del paciente". Este asumió el nombre de período crítico debido a que algunos pacientes, presentan en este período bajas posibilidades de sobrevivir las cuales aproximadamente apenas lo harían una hora, pero en otros pacientes este periodo puede ser un poco más largo.

El sistema nervioso, aparato circulatorio, aparato respiratorio constituyen la fisiopatología del paciente con politraumatismo, en donde el shock hipovolémico es causal del desfallecimiento cardiocirculatorio por razones clínicas el paciente

puede presentar grandes pérdidas de sangre las cuales alcanzan hasta “un 15% de pérdidas del volumen sanguíneo o a causa de un shock cardiogénico”; el mismo que es producido cuando el corazón presenta la incapacidad de bombear sangre suficiente a los diferentes órganos del cuerpo, esto puede ocasionarse “antes del traumatismo, o ser la causa aunque, lo más frecuente en el paciente politraumatizado se da a causa de una contusión directa sobre el corazón”. (Cabrera, Reyes, Espinoza & et al, 2010)

Cuando se produce un desfallecimiento respiratorio, ocasionado por “un traumatismo torácico directo, o secundario a síndromes (coma, shock)”, pueden ocasionar la obstrucción de la vía aérea. Aunque, el desfallecimiento respiratorio puede ser a causa de diversos factores entre los que se pueden encontrar el TCE, el cual no necesariamente se relacionaría con una lesión directa en el pulmón. Cuando aparecen fracturas varias que se relacionan con el aparato locomotor pueden terminar provocando un shock, el cual en la mayoría de los casos es hipovolémico provocando pérdida de sangre.

1.2 Teorías sustantivas

Los servicios de emergencia médica están configurados como puntos de acceso médicos para personas que presentan requerimientos clínicos. Por lo tanto, hay un número variable de pacientes que recurren a este tipo de atención y que presentan enfermedades o lesiones que difieren en gravedad, algunas de las cuales pueden ser mortales y requieren intervención inmediata para aumentar o garantizar las posibilidades de supervivencia. Cuando la demanda entrante en servicios de emergencia excede la capacidad operacional activa y las colas son causadas, los

pacientes gravemente enfermos con respuesta terapéutica crítica deben ser identificados y priorizados por el equipo de salud.

El personal de enfermería tiene la obligación de estar completamente capacitado, por lo tanto, es necesario que realice una observación constante y exhaustiva del paciente el momento de su llegada, así como también poseer y poner en práctica el conocimiento básico de manejo para pacientes politraumatizados. La exigencia de la comunidad ha dado lugar a que las instituciones de salud de tercer nivel estén muy bien equipadas y tengan personal experto, ya que los pacientes cada vez presentan problemas más complejos, de allí que es importante que estos cuenten con estándares altos de manejo y atención al paciente.

En este contexto, todos los que buscan atención de urgencia deben ser evaluados y clasificados de acuerdo al riesgo, porque los pacientes pueden presentar una amenaza de muerte inminente y aún presentar signos vitales normales. Por lo tanto, el Triage para la clasificación del riesgo es la primera etapa del cuidado de los servicios de emergencia. Con ello se pretende optimizar el tiempo de espera de los pacientes en función de la gravedad de su enfermedad y reducir el impacto negativo del retraso en el cuidado, a través de la designación de recursos adecuados para abordar el problema, dando prioridad a aquellos que no pueden esperar el tratamiento médico.

Cuando un paciente presenta politraumatismos es necesario que se realice una intervención lo más rápido posible la cual debe de ser hecha eficiente y eficazmente, para que mediante ello se puedan obtener una valoración correcta de los signos vitales y otros parámetros los cuales son imprescindibles para una correcta valoración, de la cual depende el tratamiento y cuidados que se den a futuro para

una pronta recuperación del paciente. Un Sistema de Emergencias debe tener un orden de prioridad desde la primera atención. El reconocimiento primario y secundario debe ser realizado de forma constante, sistemática, y protocolizada, con el objetivo de evitar errores en la valoración (Figueroa, 2013).

Según (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias, 2013): "La recepción es el momento donde se establece la primera relación asistencial; la acogida es el modo relacional que desarrolla el primer encuentro sanitario paciente y conlleva la puesta en práctica; la clasificación determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente" (p. 25). Los pacientes politraumatizados pueden ser de diferentes clases las cuales son identificadas acorde a la información obtenida durante el traslado del paciente al centro de atención, en donde de acuerdo a su estado y posterior clasificación será atendido y se le dará su prioridad de atención.

La clasificación de heridas sufridas en el accidentado se puede dar de la siguiente manera: "Leve (Pacientes cuyas heridas no representan un registro importante para su salud inmediata); Moderado (Paciente que presenta lesiones que deben ser tratadas en el transcurso de 24 – 48 horas de sufrido el accidente); Grave (Paciente que presenta lesiones traumáticas que presenta alto riesgo de muerte)" (Figueroa Zapata, 2013). El principal problema en el ámbito de atención a los traumatizados severos, es que no es oportuna, para lo cual se sugiere la generación de un sistema, en el cual se consideren los siguientes aspectos: prevención, asistencia pre hospitalaria, asistencia hospitalaria, y rehabilitación para el traslado de los pacientes según su gravedad.

Además, es muy valiosa para una mejor atención a pacientes politraumatizados la categorización de los mismos, aplicando un sistema de puntuación que se "basan

en variables anatómicas, fisiológicas o ambas combinadas, en ocasiones complementadas por análisis de laboratorio ya sean bioquímicos o hematológicos" (Borré & Vega, 2014). Durante esta etapa son de mayor utilidad las escalas de gravedad fisiológicas, las que se basan en diversos parámetros como son: la presión arterial, la frecuencia cardiaca, el llene capilar, la calidad de la ventilación y el nivel de conciencia. Los pacientes con politraumatismos pueden ser evaluados y clasificados mediante la aplicación de índices o puntajes de severidad en base a los varios criterios. Existe un consenso internacional a la hora de priorizar la atención a los pacientes según el cual se les atribuye una serie de colores en función de la gravedad de los mismos

Prioridad 1 (Rojo): Esta prioridad reciben pacientes en situación de compromiso vital que requieren atención inmediata, es decir, no tienen que esperar. (0 minutos de espera). Prioridad 2 (Naranja): Esta prioridad es para pacientes que se encuentran en situaciones que requieren atención urgente, el tiempo de espera máximo es de diez minutos. (<10 minutos de espera). Prioridad 3 (Amarillo): Esta prioridad la reciben pacientes que requieren atención en el plazo máximo de una hora. (<60 minutos de espera). Prioridad 4 (Verde): Esta situación es para pacientes en situaciones normales que tienen que ser atendidas en un tiempo de dos horas de espera. (<120 minutos de espera). Prioridad 5 (Azul): Esta prioridad se asigna a pacientes que requieren atención no urgente, en un plazo de cuatro horas de espera. (<240 minutos de espera).

Para la valoración primaria a un paciente politraumatizado se debe tratar primeramente las urgencias vitales. "Hay que asegurar la vía aérea, realizar un control respiratorio y circulatorio, valoración de constantes vitales y monitorización

del paciente si es posible". También se valora el color de la piel, relleno capilar, tamaño pupilar y su respuesta a la luz, así como el nivel de conciencia. (Núñez, 2015) Se debe realizar la evaluación del paciente en orden, es decir en primer lugar se debe atender todo aquello que ponga en riesgo la vida del mismo, acto seguido se debe considerar todo aquello que podría causar la afectación en las extremidades y en último lugar el resto de los problemas, lo cual dependerá del daño que estos ocasionen, esto se debe realizar para evitar que el paciente muera inmediatamente.

Según el Colegio Americano de Cirujanos cuando se ejecuta una valoración primaria, para su elaboración se usa las primeras letras del abecedario, ya que se encuentra dadas ciertas reglas nemotécnicas las cuales se les conoce como ABCDE, en el cual se establece prioridades para atender a pacientes politraumatizados. De allí que se establece un inicio en la letra A, que se refiere a la vía aérea, B se refiere a buscar la respiración, C se refiere a control de circulación y hemorragia, D, es decir al estado neurológico y un fin con la E; que habla de la exposición y control ambiental, este orden es fijo y por ello no se puede saltar ningún anterior. Cada letra representa un paso a seguir. (Cabrera, Reyes, Espinoza & et al, 2010)

Este es el modelo que será tomado como referencia para analizar cómo se debe proceder al momento de atender al paciente con politraumatismos en el área de emergencia del Hospital de Los Valles, y también servirá como inicio para el protocolo de atención, anteriormente señalado, y que consta de los siguientes elementos

A. Vía aérea y control de columna cervical: Esta corresponde a una de las principales muertes ya que existe obstrucción de la vía aérea, la misma que es causada por cuerpos extraños: dientes, prótesis, sangre, vómitos, fragmentos óseos,

cuando hay un bajo nivel de conciencia puede existir caída de la lengua, además cuando se afecta a estructuras relacionadas con la vía área se puede generar trauma facial.

Cuando un paciente presenta un "bajo nivel de conciencia esta se puede relacionar con la existencia de lesión de columna cervical, esto también puede suceder en aquellos pacientes que presentan traumatismo por encima de la clavícula", razón por la cual se aconseja colocar un collar cervical. Es recomendable que se realicen los siguientes procedimientos cuando se evidencian movimientos respiratorios inadecuados: Evitar el prolapso lingual; Limpieza orofaringea; Cánulas faríngeas. (Crespo, 2015)

Vía aérea definitiva: Para aislar la vía aérea se recomienda hacer una intubación traqueal. Esta debe ser hecha lo más pronto posible. Las indicaciones serán: Disnea, cianosis, apnea, escala de Glasgow inferior a 8 y trauma facial que comprometa la vía aérea de forma inmediata o en un breve lapso de tiempo. (Núñez, 2015) La intubación orotraqueal: Esta es la que se usa con mayor frecuencia. El algoritmo de intubación traqueal es usado cuando hay dificultad respiratoria u/o obstrucción, lo que lo puede hacer difícil o imposible.

Vía aérea quirúrgica: Esta es una técnica que se utiliza para la intubación endotraqueal. La misma que debe ser realizada por profesionales expertos en el área. "La punción cricotiroidea es la más rápida y sencilla pero transitoria, con sistemas comercializados o bien a través de un abocath del número 14 conectado a una fuente de oxígeno". (Crespo, 2015) El personal de enfermería tiene como principal función que el material que se vaya a necesitar debe de estar disponible y en buenas condiciones. Para ello se requiere:

Tabla 1: Clasificación de las heridas sufridas por el accidentado

a)	Aspirador que funcione correctamente y con diferentes sondas de aspiración y conexiones.
b)	Balón – Válvula con mascarillas de diferentes tamaños y aportes de oxígeno.
c)	Laringoscopio, con palas de varios tamaños y correcto funcionamiento de la luz.
d)	Tubos endotraqueales de varios tamaños y lubricante.
e)	Jeringa para insuflar el balón del tubo endotraqueal.
f)	Fonendoscopio para comprobar la correcta colocación del tubo endotraqueal
g)	Venda de gasa o esparadrapo para fijarlo.

Fuente: (Crespo D. , 2015)
Elaborado por: Ibujés, Luisa

B.- Respiración y Ventilación: Es recomendable que se exponga el tórax, para verificar si existe alguna lesión la cual se hace mediante la evaluación mecánica. Una de las causas de riesgo vital en los pacientes es la hipoxia, y para ello es recomendable: Verificar si la ventilación es adecuada, y si esta no es adecuada se recomienda utilizar inmediatamente maniobras de ventilación. La oxigenación y ventilación incluye la administración de volumen y concentración de oxígeno con una fracción inspirada (FiO2) > 80%

C.- Circulación y Control de Hemorragias: Luego de haberse producido un politraumatismo se ha encontrado que la hemorragia es una de las principales causas de perdidas vitales. Para ello se utilizan los siguientes puntos para su valoración: Coloración de la Piel; Pulso; Hemorragias. “Las vías periféricas que se colocan al paciente deben de tener grueso calibre para que permitan la administración de gran cantidad de fluidos en el menor tiempo” (Hernando, 2015). En los adultos las mejores vías de acceso venoso periférico son: Vena ante cubital o Venas del antebrazo. Se recomienda pensar en el acceso venoso central cuando no se puede acceder al acceso periférico, para ello se puede elegir las siguientes vías: Yugular interna, Vena femoral o Subclavia. (Melgarejo, 2015)

D.- Evaluación neurológica: Los traumatismos craneoencefálicos (TCE), deben de ser solucionados inmediatamente en lo posible, por la importante secuela posterior que deja en los pacientes, luego de dar solución a los problemas vitales, inmediatamente después se realiza la valoración de traumatismo facial y cervical. y a continuación valorar al paciente utilizando la nemotecnia ABCDE, la cual da a conocer: “si el paciente está despierto y responde al estímulo verbal y doloroso, se deben evaluar el tamaño y la reacción pupilar, diferenciando tamaño y respuesta a la luz, es de mucha ayuda el uso de la escala de coma de Glasgow”, en la revisión secundaria (Melgarejo, 2015)

E.- Exposición / Control Ambiental: Se debe desnudar al paciente por completo. Considerando que estos presentan un mayor riesgo de hipotermia, para ello es necesario que se tomen las medidas apropiadas. (Melgarejo, 2015) Es de gran importancia que el paciente se encuentre expuesto por completo para que se realice un examen exhaustivo en todos los planos posibles, considerando el riesgo de la hipotermia, ya que este es uno de los mayores riesgos que presentan estos pacientes, es por ello, que este procedimiento debe ser realizado en el ambiente ambulatorio, considerando que el paciente debe de ser cubierto lo más pronto que se pueda. (Núñez, 2015)

Según el Informe emitido sobre el estado de la seguridad vial en la región de las Américas se detalla la muerte por lesiones causadas por el tránsito, según tiempo transcurrido entre el evento y la defunción el 78 % de las muertes ocurren 24 horas después del siniestro, y muchas de ellas seguramente se deben a un inapropiado protocolo de atención al paciente politraumatizado. Frente a esta realidad se hace necesaria una investigación para conocer el manejo estandarizado del paciente

politraumatizado que, por la magnitud de la gravedad y el escaso tiempo que el profesional de salud tiene para la respuesta inmediata y efectiva, tomando en cuenta que la vida del paciente se encuentra en inminente peligro de morir, permita conocer y establecer la línea de acción estandarizada frente a este tipo de pacientes.

1.3 Referentes empíricos

Las muertes prematuras pueden ocurrir minutos o horas después de la lesión. Los pacientes lesionados frecuentemente llegan a un hospital antes de la muerte, lo cual ocurre generalmente por hemorragia y colapso cardiovascular. La mortalidad por traumatismos tardíos alcanza picos de días a semanas después de la lesión y se debe principalmente a sepsis y falla de múltiples órganos. Los sistemas organizados de atención de trauma se centran en el rescate de un paciente de mortalidad por traumatismo temprano; mientras que los cuidados críticos están diseñados para evitar la posterior mortalidad traumática.

La localización de la lesión es un predictor importante del resultado. Un estudio de Newgard, evaluaron 53,487 pacientes traumatizados transportados por EMS y encontraron que sólo el 29,4% de los pacientes rurales gravemente heridos fueron transportados inicialmente a centros de traumatismos mayores, frente al 88,7% de los pacientes urbanos. Este estudio encontró que el 89.6% de las muertes rurales ocurrieron dentro de 24 horas de lesión comparado con el 64% de las muertes urbanas que ocurrieron dentro de 24 horas de lesión. (Newgard, 2017)

Las muertes prematuras resultan de oxigenación fallida de órganos vitales, lesiones masivas del sistema nervioso central, o ambas. Los mecanismos de oxigenación fallida de los tejidos incluyen ventilación inadecuada, oxigenación deteriorada, colapso circulatorio e insuficiente perfusión de órganos finales. El

trauma masivo del sistema nervioso central conduce a una ventilación inadecuada y la interrupción de los centros respiratorios del tronco encefálico. Las lesiones que causan mortalidad por traumatismos tempranos ocurren en patrones predecibles basados en el mecanismo de lesión; la edad, el sexo y el habitus del cuerpo del paciente; o condiciones ambientales.

El nivel de formación académica que predomina en el personal de enfermería que labora en el área de emergencia en licenciado y especialistas respectivamente con un perfil demográfico concentrado entre los 25 a 30 años de edad, muy pocos profesionales poseen título de cuarto nivel; las ¾ partes es por contrato, debido a estos problemas la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante su proyecto de guías de cuidado esencial dirigido para cualquier centro médico brinda a profesionales de la salud herramientas prácticas para poder desarrollar su trabajo en el cuidado del paciente politraumatizado (Crespo & Yugsi, 2011).

En la evaluación inicial al paciente por politraumatismos los hombres entre 15 y 41 años de edad tienen mayor prevalencia que las mujeres. Los traumas más frecuentes se encuentran en el cráneo y la región torácica respectivamente. Los accidentes de tránsito, laborales y violencia son los principales causales para que se produzcan los politraumatismos. La probabilidad de reducir las lesiones severas se relaciona directamente con la primera y segunda evaluación realizada al paciente politraumatizado, la detección de anomalías debe ser precoz. El personal que evalué al paciente siempre debe pensar en un diagnóstico malo, actuar razonablemente hasta confirmarlo y reevaluar si la condición clínica lo amerita. (Delgado & Lee, 2015)

La mayor parte del personal de enfermería valora inicialmente al paciente politraumatizado inadecuadamente. La evaluación del dolor se realiza solamente a la mitad de los casos, aplicando la escala verbal simple en un porcentaje bajo. “Existe poco uso de analgésicos opioides y coadyuvantes, y la vía de administración intravenosa fue la menos utilizada” (García, 2013). El personal de enfermería en su mayoría conoce los niveles, el color y el nombre dentro de la escala de los niveles de gravedad para el TRIAJE, los cuales ayudan a priorizar y ayudar en la evaluación y pronóstico del traumatismo, contribuyendo a la organización y mejora de los centros para traumatismos (Rapsang, 2015).

Para la valoración inicial del paciente politraumatizado debe existir una estandarización de los cuidados iniciales lo que conduce a una reducción de la mortalidad y morbilidad en los pacientes politraumatizados. La ATLS es una metódica de actuación en el politraumatizado, igual que la RCP lo es ante una PCR, datos encontrados en un estudio realizado en la atención al politraumatizado en la sala de Urgencias del Hospital Obispo Polanco (Martínez Oviedo & Borruel Aguilar, 2012).

El personal de enfermería para el caso de accidentes colectivos, hecho relativamente frecuente, debe realizar una clasificación inicial de los pacientes, según un código de etiquetas de colores, que categorizan la gravedad de los traumatizados, previamente consensuado lo que se evidencia en el estudio que la mayoría siempre etiqueta a los pacientes politraumatizados según los colores de la escala de los niveles de gravedad del TRIAGE

Estos código ayudan a priorizar la atención y mejorar la evaluación de los pacientes (Cordero, 2014). En la valoración del paciente para la función respiratoria

se trata de buscar evidentes de compromiso de la función respiratoria como desviación traqueal, ingurgitación yugular, evidenciando que este orden no se cumple en el proceso de recepción de un paciente politraumatizado en el área de emergencia

1.4 Fundamentación legal

La Constitución de la República del Ecuador coloca al ser humano en el centro de todo accionar del Estado, convirtiendo al ciudadano en el eje de la política estatal, esto se puede constatar en el artículo 11, numeral 9 de la Constitución, que manifiesta: “el más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución”. De esta manera el nuevo orden constitucional da un mayor desarrollo a los derechos sociales y los relaciona con la noción andino-amazónica de Sumak Kawsay o buen vivir.(SENPLADES., 2013)

El 3 de febrero de 1995, se emite la ley 77, publicada en el Registro Oficial suplemento N° 626, mediante la cual se protegen los derechos del paciente. Esta ley se actualiza el 22 de diciembre del 2006 y se publica en el Registro Oficial suplemento N° 423 de esta fecha. En el capítulo II de esta ley se establecen los siguientes derechos:

Artículo 2.- Derecho a una atención digna

Artículo4.- Derecho a la confidencialidad

Como consecuencia de lo anterior los ciudadanos se encuentran en la obligación de anteponer los intereses colectivos a los intereses individuales. Es aquí en donde encaja la visión de cuidado a la vida en todas sus formas y el aseguramiento a la misma que el Estado está en la obligación de otorgar.

Capítulo 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Metodología:

Según Hernández (2014) se manifiesta que: “El enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis; porque mediante la recolección de datos al personal de enfermería se describe y analiza los resultados obtenidos sobre la atención primaria que se brinda al paciente politraumatizado para responder la formulación del problema que motivó el desarrollo de la investigación.

El diseño del trabajo es no experimental, porque no se va a realizar ninguna influencia sobre las variables de estudio solamente se observa los procedimientos de enfermería en el paciente politraumatizado. Es de tipo descriptivo porque describe el nivel de conocimiento de la evaluación inicial en el personal de enfermería; es observacional

2.1 Métodos

Según Hernández (2014) manifiesta que el método teórico es: “La herramienta que permite estudiar la problemática, a partir de marcos teóricos y metodológicos con una estructura lógica; que orientan la investigación y sus componentes analíticos y explicativos” (p. 218). En este trabajo se realiza la revisión y análisis documental, para desarrollar un marco teórico; que profundice la temática de estudio y sobre todo otorgue una alta base científica con coherencia.

Según Hernández (2014) manifiesta que el método empírico: “Parte de la observación del problema; estudia, describe y analiza su realidad, características e

interacciones, y desarrolla sin mediación subjetiva alguna" (p. 91). Este método se vincula a la investigación porque se fundamentó en la exploración, la observación y la experiencia directa.

2.3 Hipótesis:

El conocimiento de la evaluación del personal de enfermería que trabaja en el área de emergencia incide sobre el manejo del paciente politraumatizado.

2.4 Universo y muestra:

En el hospital de Los Valles trabajan 150 enfermeras/os aproximadamente. En el área de emergencias laboran 25 enfermeras/os que conforman parte del universo de este estudio. Para la recolección de la información se realizó encuesta todas las enfermeras/os porque su universo es reducido y se requiere que la confiabilidad de los resultados sea lo más alto posible.

2.5 Operacionalización de variables

La matriz de Operacionalización consta de una variable independiente que corresponde a la valoración inicial del personal de enfermería, las dimensiones principales son: Factores educativos y culturales, y la variable dependiente es el paciente politraumatizado en donde la dimensión principal es el Factor Social. Las dimensiones de las variables fueron medidas cuantitativamente por medio de una encuesta (4 preguntas con varios ítems) y una entrevista al personal de enfermería del área de emergencias en el Hospital de Los Valles, en donde se les formuló preguntas sobre el paciente politraumatizado, haciendo énfasis en los pasos más importantes que se dan el momento de la atención, como es mantenimiento de la vía área, evaluar la respiración, evaluar la circulación, evaluar el estado

neurológico, y la revisión secundaria que se realiza al paciente para identificar nuevas complicaciones. (Ver Anexo 1)

2.6 Gestión de datos

El conocimiento fue evaluado mediante un formulario de recolección de datos realizados al personal de enfermería que labora en el servicio de emergencias tomándose como base del programa Soporte vital avanzado en trauma (ATLS) y los diagnósticos de enfermería NANDA. La información proporcionada se la analizó en el programa estadístico SPSS versión 23 en donde se tabuló y generó las tablas, gráficos y el análisis de correlación Chi Cuadrado

2.7 Criterios éticos de la investigación

Para el desarrollo del trabajo se solicitó el respectivo permiso para la recolección de información al Director Médico a cargo del hospital de Los Valles (Ver Anexo 2). Los registros de la encuesta al personal de enfermería son anónimos y garantizan la no difusión de la información. Se utilizó principios éticos y profesionales de medina en base a los artículos estipulados en la cuarta carta de Helsinki.

Capítulo 3

RESULTADOS

3.1 Antecedentes de la población

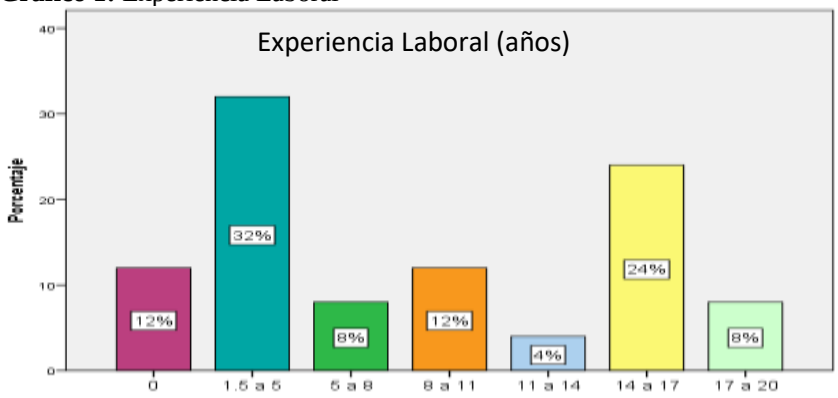
El ámbito en donde se desarrolló la investigación fue el Hospital de Los Valles, el cual se encuentra en funcionamiento desde el año 2006, es un Complejo Médico de tercer nivel que brinda cobertura médica en todas las especialidades y subespecialidades, con una capacidad física de 100 camas para hospitalización y12 camas de terapia intensiva, y está ubicado en el valle de Cumbayá de la ciudad de Quito. La población de estudio fueron 25 enfermeras/os del área de emergencias durante el último semestre del 2016. El Anexo 3 muestra el formato de recolección de datos que se aplicó para la recolección de la información relacionada a las variables del estudio.

3.2 Estudio de campo

Se aplicó una encuesta a 25 enfermeras/os del área de emergencias encontrándose que existe una prevalencia del 80% de sexo femenino, con edades comprendidas entre 25 a 31 años con un 36% en su mayoría. Se observó que la mayoría de encuestados tienen experiencia laboral de 1.5 a 5 años con un 32%.

En el Anexo 4 se muestra la tabulación de resultados correspondiente a la primera parte de la encuesta que es datos de información socio – económica como edad, sexo, y nivel de formación académica alcanzada.

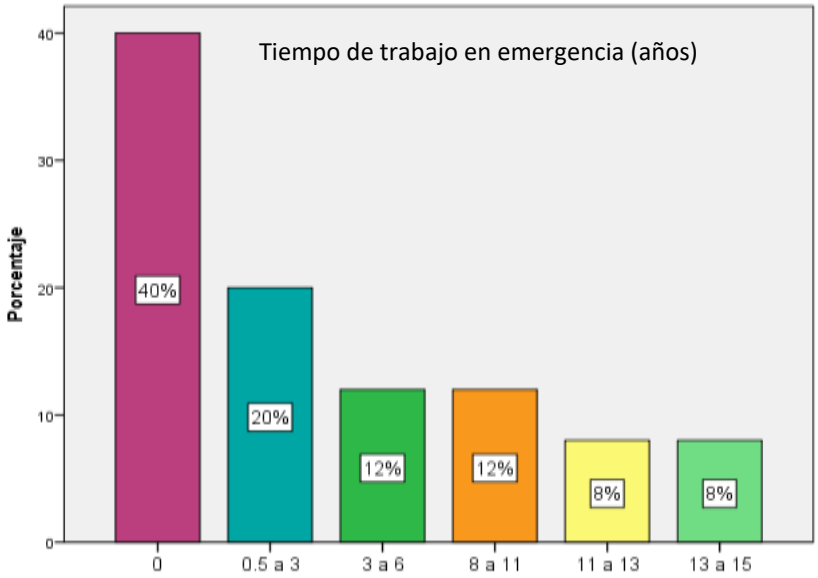
Gráfico 1: Experiencia Laboral



Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Lic. Ibujés Luisa

Se observó que la mayoría de encuestados no han trabajado previamente en el área de emergencia con un 40% de prevalencia y que es muy pequeño el porcentaje de enfermeras/os que tienen más de 13 años trabajando en el área de emergencias exclusivamente.

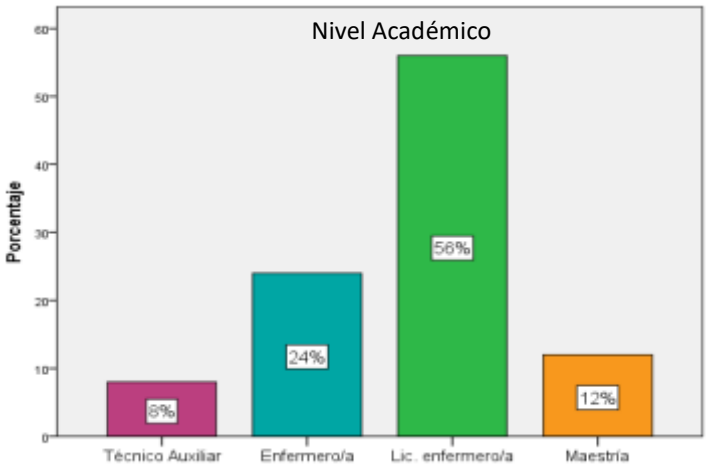
Gráfico 2: Tiempo de trabajo en emergencias (años)



Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Lic. Ibujés Luisa

Se observó que el 56% de encuestados tienen el grado académico de Licenciado en enfermería, el grado académico de maestría en áreas relacionadas a la medicina tiene solamente un 12% de encuestados.

Gráfico 3: Nivel académico



Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Lic. Ibujés Luisa

Conoce la escala de los niveles de gravedad para el TRIAJE de los pacientes politraumatizados

De acuerdo al conocimiento de la escala de los niveles de gravedad que se realiza en TRIAJE apenas el 76% conocen los niveles, el color y el nombre, en donde se observó que la mayoría de encuestados (48%) siempre aplica la escala de los niveles de gravedad para priorizar la atención de los pacientes politraumatizados, así mismo se observó que el 56% siempre etiqueta a los pacientes politraumatizados según los colores de la escala de los niveles de gravedad del TRIAGE. (Ver anexo 5)

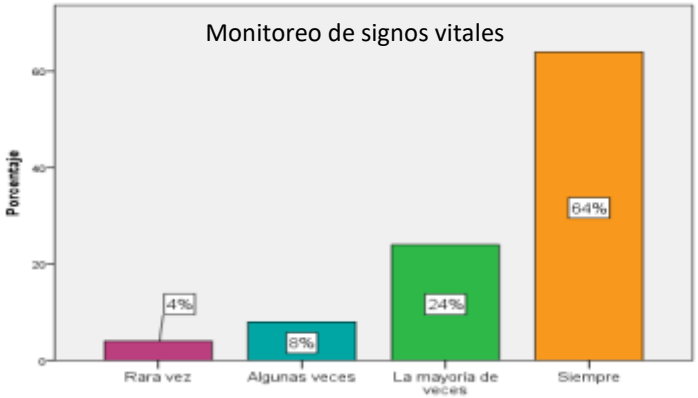
Así mismo se observó que la mayoría de encuestados con un 56% siempre etiqueta a los pacientes politraumatizados según los colores de la escala de los niveles de gravedad del TRIAGE. (Ver anexo 5)

Valoración de la función respiratoria

Al analizar el orden de valoración de la función respiratoria, valoración de la circulación y la valoración neurológica, el 96%, 92% y 100% respectivamente no cumplen con el orden de secuencia y de prioridad que deberían dar al paciente, en

donde a pesar de no tener un correcto orden en la secuencia para la valoración, se recalca que el 64% del personal refiere que siempre realiza el monitoreo continuo de signos vitales.

Gráfico 4. FRECUENCIA DE MONITOREO DE SIGNOS VITALES



Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Lic. Ibujés, Luisa

Análisis de Chi Cuadrado

Ho: El conocimiento de la evaluación del personal de enfermería que trabaja en el área de emergencia NO tiene incidencia sobre el manejo del paciente politraumatizado. En la siguiente tabla se muestra los resultados obtenidos al correlacionar las variables de estudio.

Tabla 2: Clasificación de las heridas sufridas por el accidentado

Prueba de Chi Cuadrado	
Estadístico	Valor
Chi Cuadrado Calculado	9,72
Chi Cuadrado Esperado	7,81

Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Ibujés, Luisa

El resultado muestra un valor superior al esperado, lo que conlleva a descartar la hipótesis nula planteada y a aceptar su hipótesis alterna, es decir, el conocimiento de la evaluación del personal de enfermería que trabaja en el área de emergencia SI tiene incidencia sobre el manejo del paciente politraumatizado.

Capítulo 4

DISCUSIÓN

4.1 Contrastación empírica

La presente investigación realizada al personal de enfermería del Hospital de los Valles de Quito dio como resultados principales lo siguiente sobre la evaluación inicial de la atención de enfermería al paciente politraumatizado:

El personal de enfermería tiene una prevalencia del 80% de género femenino y título académico de Licenciado en enfermería entre las edades de 25 a 31 años. Solamente un 12% de personal tiene título de cuarto nivel. Estos resultados son similares a los expuestos por Crespo & Yugsi (2011) en donde se concluye las caracteristicas del personal de enfermería del área de emergencias médicas. Estas características son comunes porque en área de emergecias médicas necesita de personas capaces laborar en turnos rotativos, y trabajar bajo mucha presión en compración con otras áreas, debido a ello es que la mayor parte de enfermeras/os tienen una edad entre 25 a 30 años con poca o nula experiencia laboral previa.

Se evidencia que la representación del género femenino esta en mayor porcentaje pero la diversificación de actividades y la masificación del trabajo en los servicios hospitalarios han incidido en que cada vez sea mayor la participación del hombre en las actividades que involucran atención directa de pacientes.Aunque las cifras varían las cifras de una país a otro y entre otros autores, existe una tendencia, no tan marcada, a aumnetar la participación del hombre en los servicios de salud. En un estudio realizado en 1993 en la ciudad de París un 28% de los trabajores de la salud, sin incluir al personal médico, eran hombres.

En la Unidad de Emergencias se encuentra un lugar denominado TRIAGE, en el cual se recibe y se da la primera evaluación de cada paciente por parte del personal de enfermería, con lo que se determina la prioridad de atención y quien necesita atención médica inmediata de acuerdo a la condición clínica y síntomas que presenta. Un estudio similar realizado en el Hospital nacional de la ciudad de Panamá comprueba este procedimiento de atención en la cual la salud y valoración del paciente es prioridad

El personal de enfermería en el área de emergencias son los encargados de proporcionar cuidados enfermeros a personas con problemas de salud crítica, de alto riesgo o en fase terminal, a nivel individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial mencionado en Agocorretto (2016); por lo que la función del personal de enfermería es de vital importancia en esta área.

Un estudio realizado en la institución de Servicio de salud de Barranquilla como objetivo de su investigación fue determinar la calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados dando como resultados que la mayoría los califica como "Mejor y mucho mejor de lo que me esperaba en un 78% y en 48.7% como "Muy Satisfecho", lo que evidencia que los altos niveles de calidad percibida influyen en la satisfacción del servicio y en su recomendación a futuros pacientes” (Borré Ortiz & Vega Vega, 2014).

En un estudio realizado en la Institución de salud de la ciudad de Pasto – Nariño 2009 - 2010 se encontró que el profesional de enfermería tiene un grado de formación de postgrado en un 61.11%, seguido por el 12% de pregrado y el 5.56% magister. Por lo que se evidencia que el grado de formación académica en esta institución es alto, factor positivo para el desempeño de las labores que ejercen en los diferentes servicios (Guerrero Pasijojoa, 2014).

4.2 Limitaciones

La evaluación inicial de una persona que se lesiona críticamente de un trauma múltiple es una tarea desafiante, y cada minuto puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte. En los últimos 50 años, la evaluación de los pacientes traumatizados ha evolucionado debido a una mejor comprensión de la distribución de la mortalidad y los mecanismos que contribuyen a la morbilidad y la mortalidad en el trauma.

Los resultados obtenidos en este estudio se encuentran relacionados con estudios del sector urbano en donde se ha demostrado tasas de mortalidad más altas. Factores como los retrasos en la atención, los tiempos prolongados de descubrimiento y el acceso limitado a los principales centros médicos han sido limitaciones para la recolección de datos que permitan generalizar más efectivamente la atención a pacientes politraumatizados en la zona de estudio.

Otra limitante se presenta a nivel geográfico ya que los hospitales prestan mayor servicio en otras áreas como: maternidad, obstetricia, neonatología, etc., esto se debe a la alta tasa de natalidad y se deja de lado otras áreas, por ello se no correlaciona en mayor medida a las lesiones por politraumatismo comunes en la sociedad.

4.3 Líneas de investigación

La línea de investigación de este trabajo se encuentra relacionado a los conocimientos sobre la evaluación inicial que brinda el personal de enfermería en el área de emergencias médicas. Se relaciona también con el acercamiento avanzado del soporte de vida del trauma (ATLS). ATLS es el estándar de atención para pacientes con trauma, y se basa en un enfoque coherente a la evaluación del paciente. Este protocolo asegura que las condiciones más inmediatas que amenazan la vida sean rápidamente identificadas y tratadas en el orden de su potencial de riesgo.

4.4 Aspectos relevantes

La mortalidad puede agruparse en muertes inmediatas, tempranas y tardías. Las muertes inmediatas son causadas por una lesión fatal de los grandes vasos, corazón o sistema neurológico. En los aspectos relevantes asociados a la investigación se tiene la evaluación inicial del paciente poli traumático los cuales son: identificar rápidamente lesiones potencialmente mortales, iniciar terapia de apoyo adecuada, y organizar eficientemente la terapia definitiva o la transferencia a una institución que proporciona una terapia definitiva.

Los cambios recientes en atención medica han examinado la implementación de sistemas regionales de trauma colaborativo e inclusivo. En este modelo, el uso coordinado eficaz se hace de centros de atención hospitalaria en todos los niveles de sofisticación con protocolos uniformes de triage y transferencia para que el paciente adecuado pueda llegar al hospital adecuado en el momento adecuado.

Capítulo 5

PROPUESTA

5.1 Título:

Plan de atención de enfermería interrelacionando las taxonomías NANDA, NIC, NOC,

5.2 Introducción

Se propone realizar un plan de atención de enfermería interrelacionando las taxonomías NANDA, NIC, NOC, en donde se destaque el proceso de atención de enfermería (PAE), en donde se aplica el método científico, ya que en la actualidad el índice de accidentes de tránsito aumenta inmensamente, obteniéndose así una mayor ocurrencia de este tipo de pacientes en los servicios de urgencias en donde el personal de enfermería debe de estar altamente capacitado para otorgar una atención óptima y oportuna al paciente politraumatizado, aplicando los conocimientos enfermeros a la práctica asistencial, realizando el establecimiento de diagnósticos e intervenciones.

5.3 Justificación

El plan se lo utilizará como instrumento de mejora continua el mismo que permitirá el mejoramiento de personal, un buen análisis del paciente y por ende disminuir el nivel de complicaciones posteriores por mal manejo, optimizando de esta manera la seguridad de los pacientes durante la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Los Valles

5.4 Objetivo general

Fomentar la aplicación de un plan de atención de enfermería sobre el manejo inicial de pacientes con politraumatismo

5.5 Desarrollo

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE LOS VALLES QUITO

Plan de mejoras para la atención de enfermería al paciente politraumatizado.

Medidas	Acciones	Responsable	Plazo
Mejorar el conocimiento del personal de enfermería en el manejo inicial del paciente poli traumatizado	Realizar actividades de capacitación y formación continua a todo el personal que trabajan en el servicio de emergencias.	Jefe de enfermería	Mediano
	Elaborar PAE siguiendo las taxonomías establecidas por la NIC y la NOC, en donde cada accionar se realice en base a una sustentación científica.	Jefe médico del servicio de urgencias	Mediano
	Organizar una jornada anual sobre el manejo del paciente politraumatizado.	Gerente de enfermería	Permanente
	Facilitar capacitación, información y formación básica sobre el politraumatismo y su manejo al paciente a todo el personal nuevo que ingresa al servicio de emergencias.		

Brindar una atención de enfermería optima y oportuna al paciente poli traumatizado al momento de su llegada al servicio de emergencia	Planificación de talleres teóricos y prácticos en los que el personal pueda desarrollar sus habilidades y destrezas con el fin de otorgar una atención optima al usuario	Jefe médico del servicio de urgencias	Mediano
	Implementación de Protocolos de Enfermería en politrauma validados para mejorar la atención en pacientes con esta patología.	Jefe de enfermería	Largo
3.-Establecer distintas formas de reconocimiento que permitan al personal mayor motivación al realizar su trabajo haciendo énfasis en la importancia de estar capacitados y actualizados	Establecer políticas de evaluaciones periódicas teóricas y prácticas al profesional enfermero con el fin de determinar la necesidad de capacitación y reforzar conocimiento.	Jefe de enfermería	anual
Trabajar con profesionalidad	Mantener las conferencias de actualización, para que los profesionales respondan de mejor manera el momento de brindar sus servicios en el área de emergencia.	Director del servicio de emergencia Personal de enfermería	Permanente

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

De acuerdo al estudio realizado se expone las siguientes conclusiones:

El personal de enfermería que trabaja en el hospital de Los Valles, sabe los colores del TRIAGE pero desconoce la prioridad y la secuencia en los que respecta a mantenimiento de la vía aérea, función respiratoria, valoración neurológica y en las acciones a seguir el momento de atender a un paciente con politraumatismo, deben tener una mejor capacitación continua con el fin de mejorar sus conocimientos y evitar las complicaciones en el manejo inicial del paciente politraumatizado. En resumen, el personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencias no tiene un perfil adecuado de manejo inicial del paciente politraumatizado, lo que conllevaría a ocasionar complicaciones inmediatas y mediatas al paciente.

Recomendaciones

Por lo que se recomienda fomentar en el personal de enfermería la actualización de conocimientos, mediante la programación de talleres, seminarios o charlas de conocimientos en manejo de pacientes con trauma, asi como diseñar un plan para mejorar la dotación del personal en las áreas críticas y establecer un plan de educación continua en donde se hagan evaluaciones continuas, implementar protocolos de manejo o cuidados de enfermería, para que el personal de nuevo ingreso conozca, se guie y capacite en el manejo de pacientes.

Referencias Bibliográficas

Agocorretto. (2016). Obtenido de https://agocorretto.wordpress.com/enfermeria-en-urgencias-y-emergencias/

Almada, C., & Barcos, P. (16 de junio de 2015). Algunos protocolos con los que cuenta el Hospital J. J. de Urquiza. Recuperado el 2016, de https://prezi.com/g64etjiw1gn2/protocolizacion-de-actividades-de-enfermeria/

Ayala Cardenas, E. (2013). Obtenido de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2684/1/Ayala_Cardenas_Elizabeth_2013.pdf

Balseiro , I. (8 de Noviembre de 2011). Enfermera de prácticas. Recuperado el 14 de Agosto de 2016, de Enfermera de prácticas: http://enfermeradepracticas.blogspot.com/2011/11/sondaje-rectal.html

Bejarano Sotelo, & González , J. (2004). Enfermería de urgencias y emergencias: Una propuesta sobre cuidados. Tribuna Sanitaria, 1 - 28.

Borré Ortiz, Y. M., & Vega Vega, Y. (2014). Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300008

Cabrera , Reyes, J., & Espinosa, Hernández, A. (2010). Considraciones necesarias sobre el Paciente Politrumatizado. Organo Científico Estudiantil de Ciencias Médicas. Recuperado el Septiembre de 2016, de http://www.16deabril.sld.cu/rev/241/politraumatizado.html

Campos Palomo, Á., & Campos Palomo, L. (27 de Febrero de 2012). Abordaje de Enfermería al paciente afásico en urgencias. Revista Digital de enfermería, III(12), 13 - 19. Recuperado el 4 de Octubre de 2016, de http://www.paginasenferurg.com/revistas/2011/diciembre/pacienteafasico.pdf

Campoy Aranda, T., & Gomes Araujo, E. (2009). Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. México: Editorial EOS.

Contreras Martinón, F., Somoza Digón, J., Mourente Díaz, S., & Caamaño Arcos, M. (2011). Obtenido de http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_1_HT_1.pdf

Cordero, A. (2014). Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9457/1/WORD%20TESIS%20DR.ANGEL%20ALVAREZ%20MAESTRIA.pdf

Crespo, A., & Yugsi, L. (2013). Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el aréa de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de eemrgencia del hospital eugenio espejo. Quito: Universidad Central del Ecuador.

Crespo, A., & Yugsi, L. R. (2011). Nivel de Conocimiento en Pacientes con Trauma Cráneo Encefálico. Quito. Recuperado el Agosto de 2016, de http://docplayer.es/13508969-Lic-ana-lucia-crespo-lic-luis-rafael-yugsi.html

Crespo, D. (2015). Valoración enfermeraa del paciente politraumatizado. Recuperado el Mayo de 2016, de https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13271/1/TFG-L882.pdf

Cubillo García, C. (2012). Cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado. Zaragoza: Universidad Zaragoza.

Delgado, T., & Lee, Y. (2015). Manejo del paciente politraumatizado en Belice. Tratamiento inicial. Revista Inf Cient, 807 - 818.

Derechos del paciente y el Buen Vivi. (2006). Quito. Recuperado el 2016, de http://www.eluniverso.com/2005/09/07/0001/10/0958EE14E4DC482384BF7365CDEDC22A.html

Esteve, J., & Mitjans, J. (2002). Enfermería: Técnicas clínicas. Madrid: McGraw - Hill.

Figueroa Zapata, M. J. (2013). Actuación del personal de enfermería en la asistencia y su influencia en la recuperación del paciente politraumatizado atendido en el área de emergencia del hospital provincial general latacunga, en el primer semestre del 2012. Ambato. Recuperado el 2016, de

http://documents.mx/documents/tesis-de-enfermeria-figueroa-zapapta-mayra-jackeline.html

Fuzy, J. (2003). Guia De Tecnicas Para Asistentes De Enfermeria. New Mexico: Hartman Publishing.

García Laviana, M., & Mendez Cantera, N. (2013). Manual de procedimientos de enfermería. Asturias: Servicio de salud.

García, K. (2013). Relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC, respecto al porcentaje de sobrevida en pacientes politraumatizados. CONAMED, 4 - 10.

Gómez, V. M., Ayuso, F. B., Jiménez, G. M., & Chachón, M. M. (27 de Febrero de 2008). Recomendaciones de buena práctica clínica: atención inicial al paciente politraumatizado. SEMERGEN, 34(7), 354 - 363. Recuperado el 29 de Octubre de 2016, de http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-recomendaciones-buena-practica-clinica-atencion-13127193

Guerrero Pasijojoa, V. M. (2014). Obtenido de http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/viewFile/191/168

Gutierrez, B., Marín, A., Ramirez, Perez, & Delgado Reyes. (2010). Enfermeria de Urgencias. Estados Unidos. Recuperado el Septiembre de 2016, de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/63967/1/VI_Simposium.pdf

Hernández, R., & Fernández, C. (2014). Metodología de la investigación. Mexico D.F.: McGraw Hill.

Hernando Núñez, P. (2015). Valoración enfermera del paciente politraumatizado. España. Recuperado el 2016, de https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13271/1/TFG-L882.pdf

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud . (2012). Manual de procedimientos generales de enfermería . Andalucía: Junta de Andalucía.

Jiménez, M. S. (2009). intervención específica de enfermería en la asistencia inicial al traumatizado grave. nure investigación, 52, 1 - 15. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-

content/uploads/2012/02/Intervenci%23U00f3n-espec%23U00edfica-de-enfermer%23U00eda-en-la-asistencia-inicial-al-traumatizado-grave-2011.pdf

Martínez Oviedo, A., & Borruel Aguilar, M. J. (2012). Obtenido de https://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosarioprl/fichas/pdf/20.ATENCIONALPOLITRAUMATIZADO.pdf

Mata, C. (2015). Evaluación de la efectividad de una intervención de enfermería para disminuir la incidencia de caídas en pacientes ortogeriátricos . Málaga: Biblioteca Las Casas.

Melgarejo, D. Á. (2015). Cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado. Castilla La Mancha: UME de Villarrobledo. Recuperado el 29 de Octubre de 2016, de http://documents.mx/documents/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-politraumatizado.html#

NANDA. (2013). Estrategías para la intervención , diseño en enfermeria. Recuperado el Septiembre de 2016, de http://docslide.net/documents/nanda-55c439f6554f5.htm

Neira, M. M. (7 de Septiembre de 2005). Ley protege a los pacientes. El Universo. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de http://www.eluniverso.com/2005/09/07/0001/10/0958EE14E4DC482384BF7365CDEDC22A.html

Newgard. (2017). Evaluation of rural vs urban trauma patients served by 9-1-1 Emergency Medical Services. Newgard: JAMA Surg.

Prevención, Protección y Protocolos de Emergencia. (2016). Riesgo: herramientas y maquinas en los talleres. Obtenido de https://sites.google.com/site/prevencionderiesgosyaccidentes/tipos-de-riesgos-y-su-prevencion/riesgo-herramientas-y-maquinas-en-los-talleres

Rapsang, A. G. (Abril de 2015). Obtenido de http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-compendio-las-escalas-evaluacion-riesgo-S0009739X14000797

Rubiano, A. (2012). Proyecto de sistemas de cuidado esencial en trauma. Neiva: Universidad Surcolombiana.

Sollmann, N., Larzabal, N., Pereyra, M., Bonilla, M., & Acevedo, M. (2014). Atención inicial de enfermería al paciente politraumatizado. Comero IAMPP.

Técnicas de enfermería. (Febrero de 2011). Técnicas de enfermería. Recuperado el 5 de Agosto de 20116, de Técnicas de enfermería: http://tecnicasenenfermeria.blogspot.com/p/via-parenteral.html

Tellez , Ortiz, S. E., & Garcia, Flores, M. (2012). Enfermeria Ciencia y arte del Ciudadano. Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A. Recuperado el Agosto de 2016

Unicef. (2015). Obtenido de https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf

Zurita, G., Zurita, J., & Zurita, C. (10 de Octubre de 2016). Zurita & Zurita Loboratorios. Obtenido de Zurita & Zurita Loboratorios: http://www.zuritalaboratorios.com/index.php?option=com_content&view=article&id=97:iess-issfa&catid=30:convenios&Itemid=51

Anexos

Anexo 1: Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Dimensiones	Instrumentos	Indicadores
Variable Independiente: Valoración Inicial del personal de enfermería	Método mediante el cual el personal de enfermería valora al paciente politraumatizado al momento de su llegada al área de emergencias y categoriza su prioridad de atención.	**Factores Educativos.** • Grado académico • Educación continua •Autoeducación • Altos costos de cursos de actualización. **Factores culturales** • Falta de conocimiento • Limitada experiencia profesional • Poca Práctica • Poca habilidad y destreza del personal de enfermería.	Encuesta y Entrevista realizada al personal de enfermería.	• Grado académico • Escala con niveles de gravedad para Triage. • Valoración Primaria Mantenimiento de la vía aérea del paciente consciente, inconsciente. • Valoración de función respiratoria. • Valoración de simetría de la función respiratoria. • Valoración de la circulación. • Valoración neurológica. • Valoración secundaria. • Examen físico del paciente • Monitoreo al paciente. • Revaloración constante.

Variable	Definición	Dimensiones	Instrumentos	Indicadores
Variable Dependiente: Paciente politraumatizado	Persona que sufre una lesión traumática en su organismo que comprometen su estado de salud, producto de accidentes,, caída, etc.	**Factores sociales** • Altos índice de accidentes de tránsito. • Poca importancia de lo que sucede	Encuesta y Entrevista realizada al personal de enfermería.	• Grado académico • Valoración de función respiratoria. • Valoración de la circulación. • Valoración neurológica. • Valoración secundaria. • Examen físico del paciente • Monitoreo al paciente. • Revaloración constante.

Anexo 2: Autorización del Hospital para realizar la investigación

HOSPITAL
DE LOS VALLES

Cumbayá, 7 de Noviembre de 2014-11-07

Sra. Lic. Luisa Ibujes
Hospital de Los Valles
Presente:

Por el presente le informo que la Jefatura de Docencia del Hospital de Los Valles aprueba su solicitud del 7 de Noviembre de realización de proyecto de investigación en el servicio de emergencias: Propuesta de guía clínica de atención de enfermería del paciente politraumatizado adulto que acude al servicio de emergencias del Hospital de Los Valles.

Muy Atentamente,

HOSPITAL
DE LOS VALLES

Dr. Iván Palacios.
Jefe de Docencia del
Hospital de Los Valles.

c.c. Dr Augusto Maldonado
Dr. Jaime Ocampo

Anexo 3: Formato De Encuesta

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO ADULTO PARA EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE LOS VALLES DE QUITO

FORMULARIO N° ☐☐☐

Instrucciones: Este formulario debe ser llenado por los/as encuestadores aplicado al personal de enfermería. Favor llenar los casilleros con los datos solicitados. En caso de datos numéricos, coloque un número en cada casillero. En el caso de varias alternativas solo señale el casillero de una de ellas, la que corresponda.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

SEXO M ☐ F ☐ EDAD ☐☐ Años EXPERIENCIA PROFESIONAL ☐☐☐ Meses

TIEMPO DE TRABAJO EN EMERGENCIA ☐☐☐ Meses GRADO ACADÉMICO

BACHILLER	☐
TÉCNICO AUXILIAR	☐
ENFERMERA/O	☐
LIC. ENFERMERA/O	☐
MAESTRÍA	☐
DOCTORADO	☐

2. RESPUESTA AL TRIAJE

Conoce la escala de los niveles de gravedad para el TRIAJE de los pacientes politraumatizados?

1. No		2. Solo los niveles		3. Los niveles y el nombre		4. Los niveles, el color y el nombre		5. Toda la escala con sus componentes	

Se aplica en el servicio de emergencia la escala de los niveles de gravedad para priorizar la atención a los pacientes politraumatizados?

1. Nunca		2. Rara vez		3. Algunas veces		4. La mayoría de veces		5. Siempre	

Se etiqueta a los pacientes politraumatizados según los colores de la escala de los niveles de gravedad del TRIAJE?

1. Nunca		2. Rara vez		3. Algunas veces		4. La mayoría de veces		5. Siempre	

3. RESPUESTA A LA VALORACIÓN PRIMARIA

En los siguientes ítems, responda según el orden de las acciones que se realizan frente a un paciente politraumatizado. Coloque el valor de 1 a la acción inicial, el 2 a la siguiente y así sucesivamente.

A-1. Mantenimiento de la vía aérea del paciente consciente	Orden de la secuencia
Hiperextensión de la cabeza	
Colocación de collarete	
Exploración de orofaringe	
Retiro de cuerpos extraños de orofaringe	
Administración de oxígeno	

A-2. Mantenimiento de la vía aérea del paciente inconsciente con respiración espontánea	
Hiperextensión de la cabeza	
Colocación de collarete	
Exploración de orofaringe	
Retiro de cuerpos extraños de orofaringe	
Administración de oxígeno	
Colocación de cánula de Guedel	
Intubación orotraqueal	

A-3. Mantenimiento de la vía aérea del paciente inconsciente con apnea	
Maniobra de elevación de la mandíbula	
Colocación de collarete	
Exploración de orofaringe	
Retiro de cuerpos extraños de orofaringe	
Colocación de cánula de Guedel	
Ventilación con ambú	
Intubación orotraqueal	

B-1. Valoración de la función respiratoria en el cuello	
Observar la ingurgitación yugular	
Observar desviación traqueal	
Buscar crepitación	
Buscar heridas	
Buscar dolor	

B-2. Valoración de la función respiratoria de la simetría de la ventilación	
Observar movimientos respiratorios	
Valorar la frecuencia respiratoria	
Valorar la profundidad respiratoria	
Valorar el empleo de músculos accesorios	
Valorar matidez o timpanismo	
Valorar tonos cardiacos	

C-2. Valoración de la circulación. Signos de hipoperfusión.

Valoración del pulso	
Valoración del color y temperatura de la piel	
Valoración del relleno capilar	
Valoración de la presión arterial	

C-3. Valoración de la circulación. Control de hemorragia.

Aplicación de compresión local	
Elevación de miembros inferiores	
Canalización de vías	
Administración de soluciones cristaloides	
Revaloración hemodinámica	

D-1. Valoración neurológica.

Valoración del estado de conciencia	
Valoración de la escala de Glasgow	
Valoración de la reacción pupilar	
Uso de analgesia	

4. VALORACIÓN SECUNDARIA

4.1. Se realiza la anamnesis sobre el accidente, que incluye: tiempo de sucedido el accidente hasta la atención; uso de sistemas de seguridad; transporte del paciente; presencia de sangrado y vómito?

1. Nunca		2. Rara vez		3. Algunas veces		4. La mayoría de veces		5. Siempre	

4.2. Se realiza la anamnesis sobre el estado del paciente, que incluye: presencia de alergias; hábitos tóxicos; antecedentes médico-quirúrgicos; tratamientos habituales; tiempo transcurrido desde la última comida?

1. Nunca		2. Rara vez		3. Algunas veces		4. La mayoría de veces		5. Siempre	

4.3. Se realiza el examen físico al paciente, que incluye: cabeza y cara; columna cervical y cuello; tórax y espalda; abdomen, pelvis y periné; musculo-esquelético; neurológico ?

1. Nunca		2. Rara vez		3. Algunas veces		4. La mayoría de veces		5. Siempre	

4.4. Se realiza monitoreo al paciente, que incluye: frecuencia respiratoria; pulsioximetría; presión arterial; monitorización cardiaca?

1. Nunca		2. Rara vez		3. Algunas veces		4. La mayoría de veces		5. Siempre	

4.5. El paciente politraumatizado es reevaluado contantemente para detectar nuevos hallazgos?

1. Nunca		2. Rara vez		3. Algunas veces		4. La mayoría de veces		5. Siempre	

OBSERVACIONES:

FECHA DE LA ENCUESTA: DÍA MES AÑO

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____

_____

FIRMA

Anexo 4: Información socio – económica del personal de enfermería del área de emergencias del Hospital de Los Valles.

Tabla 3. Sexo

	Enfermeros	Porcentaje
Masculino	5	20,0
Femenino	20	80,0
Total	25	100,0

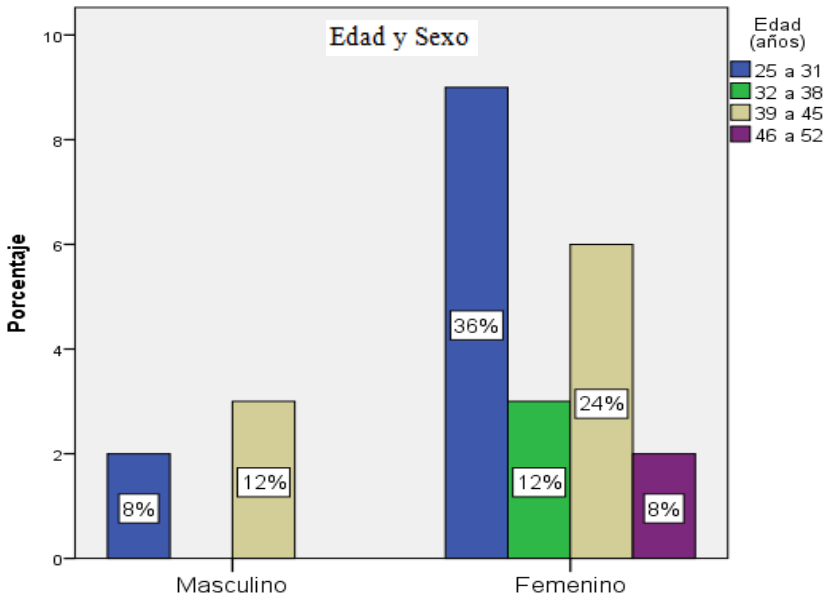
Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Tabla 4. Edad (años)

	Enfermeros	Porcentaje
25 a 31	11	44,0
32 a 38	3	12,0
39 a 45	9	36,0
46 a 52	2	8,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Gráfico 5. Edad y Sexo



Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Lic. Ibujés, Luisa

Tabla 5. Experiencia Profesional (meses)

	Enfermeros	Porcentaje
0	3	12,0
132 a 169	1	4,0
170 a 207	6	24,0
18 a 55	8	32,0
208 a 240	2	8,0
56 a 93	2	8,0
94 a 131	3	12,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Tabla 6. Tiempo de trabajo en emergencia (meses)

	Enfermeros	Porcentaje
0	10	40,0
126 a 155	2	8,0
156 a 180	2	8,0
36 a 65	3	12,0
6 a 35	5	20,0
96 a 125	3	12,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Tabla 7. Grado académico

	Enfermeros	Porcentaje
Técnico Auxiliar	2	8,0
Enfermero/a	6	24,0
Lic. enfermero/a	14	56,0
Maestría	3	12,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Anexo 5: Información sobre atención inicial de enfermería en el personal del área de emergencias del Hospital de Los Valles

Tabla 8. Conoce la escala de los niveles de gravedad para el TRIAJE de los pacientes politraumatizados

	Enfermeros	Porcentaje
Los niveles y el nombre	2	8,0
Los niveles, el color y el nombre	19	76,0
Toda la escala con sus componentes	4	16,0
Total	25	100,0

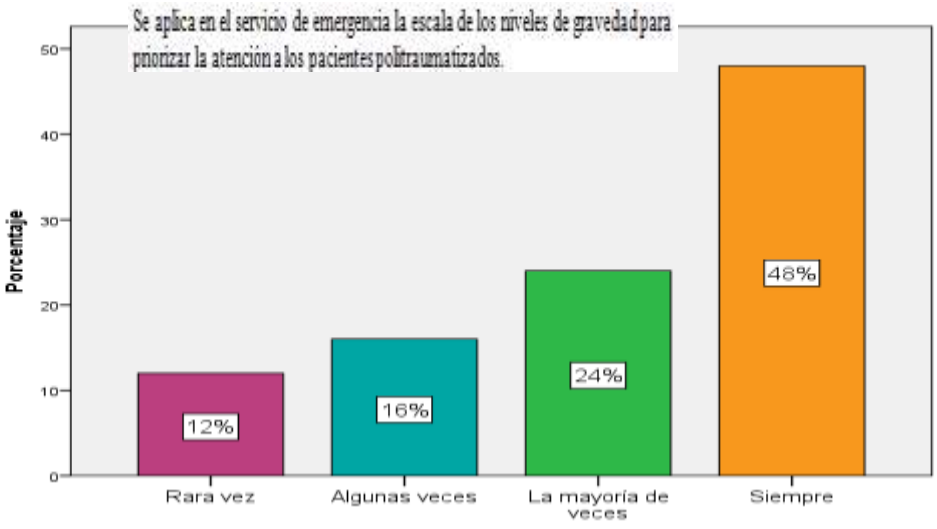
Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Tabla 9. Se aplica en el servicio de emergencia la escala de los niveles de gravedad para priorizar la atención a los pacientes politraumatizados.

	Enfermeros	Porcentaje
Rara vez	3	12,0
Algunas veces	4	16,0
La mayoría de veces	6	24,0
Siempre	12	48,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Gráfico 6. Se aplica en el servicio de emergencia la escala de los niveles de gravedad para priorizar la atención a los pacientes politraumatizados.



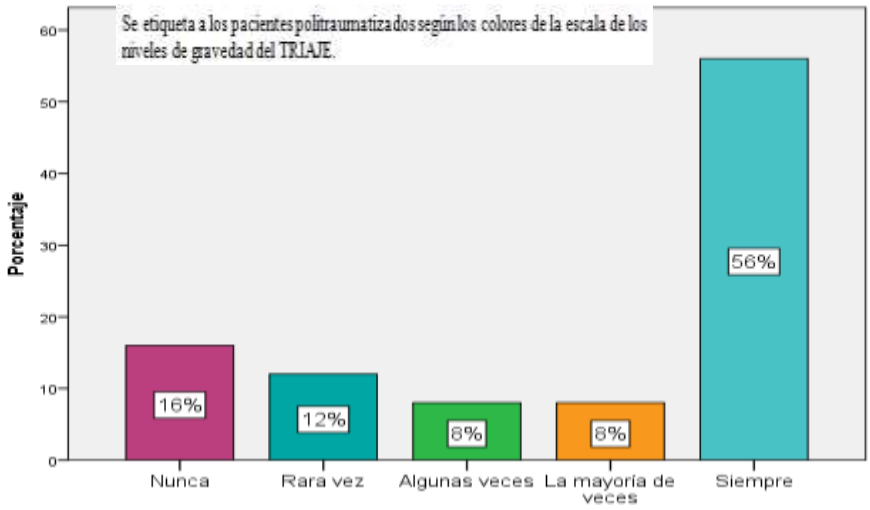
Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Lic. Ibujés, Luisa

Tabla 10. Se etiqueta a los pacientes politraumatizados según los colores de la escala de los niveles de gravedad del TRIAJE.

	Enfermeros	Porcentaje
Nunca	4	16,0
Rara vez	3	12,0
Algunas veces	2	8,0
La mayoría de veces	2	8,0
Siempre	14	56,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Gráfico 7. Se etiqueta a los pacientes politraumatizados según los colores de la escala de los niveles de gravedad del TRIAJE



Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Lic. Ibujés, Luisa

Tabla 11. Mantenimiento de la vía aérea del paciente consciente

	Enfermeros	Porcentaje
Si tiene orden de la secuencia	0	0,0
No tiene orden de la secuencia	25	100,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Tabla 12. Valoración de la función respiratoria en el cuello

	Enfermeros	Porcentaje
Si tiene orden de la secuencia	1	4,0
No tiene orden de la secuencia	24	96,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Gráfico 8. Valoración de la circulación. Signos de hipoperfusión y Control de hemorragia

Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Lic. Ibujés, Luisa

Tabla 13. Valoración de la circulación. Signos de hipoperfusión

	Enfermeros	Porcentaje
Si tiene orden de la secuencia	2	8,0
No tiene orden de la secuencia	23	92,0
Total	25	100,0

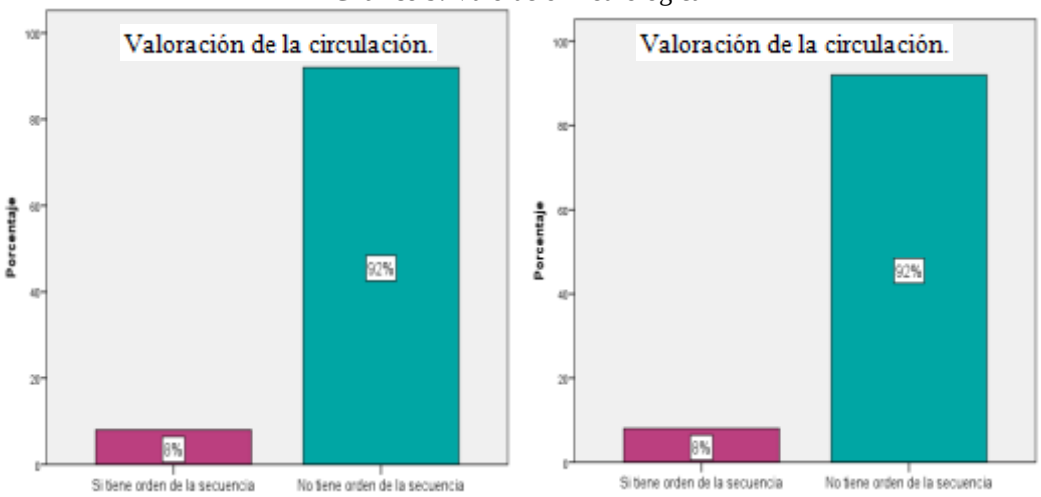
Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Tabla 14. Valoración neurológica

	Enfermeros	Porcentaje
Si tiene orden de la secuencia	0	0,0
No tiene orden de la secuencia	25	100,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Gráfico 9. Valoración neurológica



Fuente: Personal de enfermería del Hospital de los valles.
Elaborado por: Lic. Ibujés, Luisa

Tabla 15. Se realiza monitoreo al paciente, que incluye: frecuencia respiratoria; pulsioximetría; presión arterial; monitorización cardiaca

	Enfermeros	Porcentaje
Rara vez	1	4,0
Algunas veces	2	8,0
La mayoría de veces	6	24,0
Siempre	16	64,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

Tabla 16. El paciente politraumatizado es reevaluado constantemente para detectar nuevos hallazgos

	Enfermeros	Porcentaje
Algunas veces	4	16,0
La mayoría de veces	6	24,0
Siempre	15	60,0
Total	25	100,0

Fuente: Encuestas realizadas al personal de enfermería
Elaborado por: Ibujés, Luisa

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Ibujes Guerreo Luisa - Tesis.docx (D30322757)
Submitted: 2017-08-31 23:57:00
Submitted By: jacqueline_velastegui@hotmail.com
Significance: 2 %

Sources included in the report:

tesis 28 de octubre revisado.docx (D9207466)
tesis 2 urckun.docx (D16583939)

Instances where selected sources appear:

3

5/Sept/2017