

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCIÓN DE POSGRADO
POSGRADO EN SALUD



TESIS DE POSGRADO

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A
PACIENTES POLITRAUMATIZADOS, EN SALA DE
EMERGENCIA, HOSPITAL BAJIO, OTUBRE A DICIEMBRE 2018**

Por

VERÓNICA HUANCA ARACA

**Tesis presentada a consideración de la Dirección de Postgrado en
Salud Universidad Autónoma Juan Misael Saracho como requisito para
la obtención del Título de Máster en Médico Quirúrgico**

Santa Cruz – Estado Plurinacional de Bolivia

2019

APROBADO

TRIBUNAL:

POSGRADO EN SALUD

LUGAR Y FECHA: _____

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Su tenacidad y lucha incondicional han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general. Es por ello que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme dado la fuerza suficiente para seguir en esta larga jornada y terminar con éxitos mis estudios.

A mis Padres, hermanos y demás familiares que me han sabido dar el apoyo y la confianza requerida.

A los Docentes que nos supieron impartir el conocimiento necesario, con sus valiosas aportaciones, nos ayudaron a crecer como personas y profesionales de bien

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es determinar los factores que influyen en la calidad de atención en pacientes poli traumatizados del servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente, octubre a diciembre del 2018. El tipo estudio es Descriptivo, prospectivo, de enfoque cuantitativo y de corte transversal, una muestra de 30 licenciados de enfermería. Se utilizó un cuestionario estructurado.

Según resultados se comprobó que el 43% cuenta entre 6 a 10 años de experiencia, el 23% no realizó estudios de posgrado y el 60% no han recibidos cursos de PHTLS o ITLS. En cuanto al factor cognitivo el 57% cuenta con una evaluación regular. Los factores laborales que más incidieron en la calidad de la atención fueron la falta personal en un 83 %(siempre), y 57% (siempre) el excesivo número de pacientes. Otro factor es la poca disponibilidad de recursos materiales donde el 57% plantea que siempre tardar en llegar. En cuanto al uso de protocolos el 63 % considera que a veces cumplen con los procedimientos y el 50% plantean que no existen protocolos para la atención en el servicio.

Se concluye que tanto los factores cognitivos como los factores laborales afectan la calidad de atención por lo que se recomienda la planificación cursos y talleres para la actualización de los conocimientos del personal de enfermería en la atención de pacientes poli traumatizados

Palabrea claves: Pacientes Poli traumatizados, cuidados de enfermería, calidad de atención, factores laborales y cognitivos.

ÍNDICE

1	CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	Antecedentes.....	3
1.1.1	Contexto Internacional.	3
1.1.2	Contexto Nacional.....	5
1.1.3	Contexto Local.	6
1.2	Planteamiento del problema	6
1.2.1	Descripción del problema.....	6
1.2.2	Formulación de la pregunta.....	7
1.3	Objetivos.....	8
1.3.1	Objetivo general	8
1.3.2	Objetivos específicos	8
1.4	Justificación.	9
1.4.1	Relevancia y pertinencia del tema.....	9
1.4.2	Utilidad y conveniencia de la investigación	10
1.4.3	Novedad del tema	10
1.4.4	Relevancia científica	11
1.4.5	Relevancia social	11
1.5	Viabilidad	12
2	CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1	Paciente politraumatizado.....	13
2.1.1	Clasificación del paciente politraumatizado.....	14
2.1.2	Definición de politraumatismo	15
2.1.3	Traumatismo craneoencefálico	15

2.1.4	Traumatismo torácico.....	17
2.1.5	Traumatismo abdominal.....	18
2.1.6	Traumatismo de extremidades.....	19
2.1.7	Traumatismo vertebral y lesión medular	19
2.1.8	Shock	20
2.2	Teoría de enfermería asociada a la atención de pacientes politraumatizados	21
2.3	Factores asociados al cuidado de enfermería	23
2.3.1	Factor Laboral	23
2.3.2	Factor cognitivo	24
2.4	Cuidado de enfermería en paciente con politraumatismo.....	26
2.4.1	Valoración primaria	27
2.4.2	Valoración secundaria.....	32
2.5	Definición de calidad de atención	34
2.5.1	Modelo de Calidad de la Atención de Avedis Donabedian	34
3	CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	36
3.1	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
3.2	TIPO DE ESTUDIO.....	36
3.3	UNIVERSO.....	37
3.4	MUESTRA.....	37
3.5	MÉTODOS DE LA INVESTIGACION.....	37
3.6	CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	37
3.6.1	Criterio de inclusión.....	37
3.6.2	Criterio de exclusión.....	38

3.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	39
3.8	Procedimientos y técnicas de recolección de datos	40
3.9	Plan de recolección de datos:.....	40
3.10	Plan de tabulación y Análisis	41
3.11	Consideraciones éticas.....	41
4	CPITULO IV: RESULTADOS	42
4.1	Características del personal de enfermería.	42
4.2	Factor cognitivo en relación al nivel de conocimientos del personal de enfermería en los cuidados de pacientes poli traumatizados	50
4.3	Factores laborales condicionantes en la calidad de atención de enfermería	52
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
5.1	Conclusiones	60
5.2	Recomendaciones	62
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

1 CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

Los traumatismos en las primeras cuatro décadas de la vida son la primera causa de muerte en el mundo, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado este problema como la enfermedad del milenio. La industrialización de los países, las vías de comunicación, la violencia e inclusive la práctica deportiva, han aumentado considerablemente la incidencia de estos eventos. Un paciente con lesiones múltiples o politraumatizado, cuyo daño sobrepasa una gravedad definida, puede presentar reacciones sistémicas secuenciales que conducen a una disfunción o falla de órganos remotos y sistemas vitales, que aunque no se han lesionado directamente, pueden generar un desenlace fatal (1).

El politraumatismo son lesiones externas e internas que involucran uno o más órganos y sistemas, causados generalmente por un mecanismo externo que pone en riesgo la vida. Esta es la cuarta causa de mortalidad que más rápida mente se ha incrementado en los países desarrollados y ocasiona más años de vida perdidos que otras patologías.

El trauma constituye una importante causa de muerte en todas las edades y grupos sociales, pues provoca un incalculable costo social y económico. Cualquier persona es susceptible de sufrir un traumatismo y por ello, es importante que todos los profesionales de la salud, especialmente el profesional de enfermería, dispongan de los conocimientos básicos que le permitan abordar adecuadamente la asistencia inicial.(1)

La actuación principal ante un politraumatizado es un factor determinante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la actuación de enfermería imprescindible y fundamental dentro de los equipos de emergencias pre hospitalarios y hospitalarios, así como para desarrollar una actuación integral con el paciente. Aunque dentro de los equipos de emergencias el planteamiento de actuación está siempre dentro del trabajo

en equipo y en la coordinación de sus distintos miembros. No debemos olvidar que el Proceso de Atención de Enfermería es el esquema fundamental para nuestra actuación. De su desarrollo, junto con el trabajo en equipo dependen la calidad de nuestras actuaciones profesionales, así como el bienestar, el restablecimiento de la salud y la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes (2).

Los cuidados enfermeros se aplican con eficacia cuando el profesional posee las competencias necesarias para su desempeño. Específicamente en la atención al paciente politraumatizado existen protocolos de actuación diseñados al respecto internacionalmente (2).

La demanda actual de pacientes politraumatizados y la necesidad de actualizar la información sobre los factores que podrían estar interfiriendo en el cuidado del paciente, ya que el cuidado debe ser oportuna, de calidad, y sea provista en un ambiente adecuado contando con materiales e insumos suficientes y por profesionales calificados y capacitados; ya que la primera hora de atención es fundamental para la recuperación del paciente. Es por ello que planteamos este proyecto de investigación ya que en el presente los traumatismos son la primera causa de morbi – mortalidad y discapacidades temporales o permanentes, con repercusiones económicas y el compromiso de calidad de vida de pacientes y familiares, lo que demuestra un serio compromiso de salud pública en nuestro país (3)

El propósito de esta investigación es identificar mediante evidencia científica a cerca de los factores que influyen en el cuidado de pacientes politraumatizados, el cual permitirá tomar decisiones Institucionales, mejorar las gestiones brindando elementos necesarios para una atención integral a este tipo de pacientes. Así mismo se fortalecerá al personal de Enfermería mejorando sus conocimientos y habilidades con la finalidad de disminuir los

riesgos y complicaciones en estos pacientes, por tanto el objetivo de nuestra investigación es determinar los factores que influyen en la calidad de atención en pacientes Poli traumatizados del servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

1.1 Antecedentes

1.1.1 Contexto Internacional.

Si se hace referencia a lo que ocurre a nivel internacional, es posible analizar y concluir que la problemática de la saturación del servicio de emergencias y la insatisfacción al usuario se presenta en muchos países alrededor del mundo. En la Revista Peruana de Medicina y Salud Publica (2011) se cita lo siguiente: “Elevar los niveles de salud de una población implica asegurar la calidad de la atención, lo que a su vez está relacionado con la satisfacción del paciente. Se pone cada vez mayor énfasis a la calidad de los cuidados hospitalarios de los pacientes poli –traumatizados (4)

Usiña L, en el 2013. En Ecuador realizó un estudio sobre la atención del profesional de enfermería en pacientes con politraumatismo que acude al servicio de emergencia, dicha investigación concluyó en que los profesionales de enfermería que trabajan en estos servicios, no cuentan con amplia experiencia en este campo de trabajo, y su actuación se rige en base a los conocimientos adquiridos en la formación de la carrera, por tanto solo cuentan con nociones básicas de soporte vital avanzado, sin embargo no existen protocolos de atención para este tipo de pacientes. Así mismo se observó que hay déficit en el cumplimiento de los procedimientos, por lo tanto existen falencias para el cuidado adecuado del paciente politraumatizado (5)

Según Abreu I, en eL 2016. En Venezuela su estudio determinó la relación existente entre el cuidado de enfermería brindado al paciente con politraumatismo al ingreso del servicio de emergencia, específico a: Valoración Física, preparación de equipos y los factores que influyen en la práctica referido a: Conocimiento del personal de enfermería. Los resultados indicaron que existe asociación positiva significativa, evidenciando la relación entre la variables de estudio, concluyendo que el cuidado de enfermería en pacientes politraumatizado al ingreso es directamente proporcional al conocimiento que tenga el personal de enfermería sobre estos cuidados y los recursos necesarios para realizarlo(6).

3. Hernández y asociados en el 2015. En México, identificaron los factores que influyen en la omisión del cuidado de enfermería en pacientes de los servicios de Urgencias, Terapia Intensiva y Hospitalización. Los autores identificaron como principal factor que influyó en la omisión de cuidados fueron los recursos humanos, los profesionales de enfermería tienen como promedio asignado de paciente 6, ellos indicaron que el principal factor sería el personal insuficiente, la demanda inesperada de volumen de pacientes, por ende la carga de trabajo en el servicio de emergencias (7).

4. Flores C y asociados en el 2015. En México, investigaron acerca de los factores que influyen en el cuidado del personal de enfermería que labora en Urgencias y UCI. El estudio arrojó como resultado que el factor predominante fue el nivel académico, seguido de la asignación enfermera- paciente y el conocimiento. Por tanto concluyen que la capacitación constante es importante para incrementar la calidad de la atención brindada, así como aplicar el índice enfermera – paciente en este personal de acuerdo a los lineamientos normativos vigentes (8)

1.1.2 Contexto Nacional.

Si se analiza lo que está ocurriendo actualmente en el país, se puede notar la gran necesidad de reorganizar y replantear el servicio y abordaje que se brinda en los servicios de emergencias, en la atención de pacientes poli traumatizados la demanda de la población es cada vez mayor, pero el personal y la infraestructura continua siendo la misma. La Revista Costarricense de Salud Pública, volumen 19 del 2010, anota que se han realizado estudios a nivel nacional en la evaluación de la Calidad de la Gestión de los servicios brindados a los usuarios del sistema de salud pública, como por ejemplo los servicios de apoyo, laboratorio, rayos x, etc. y se ha determinado que las organizaciones de salud presentan diferentes formas, dimensiones y especializaciones. Por ello es muy complejo determinar una forma de actuar del personal frente a la calidad de la gestión en las clínicas y hospitales (9).

Se hace necesario ingresar a la realidad de cada uno de estos centros para entender y conocer sus propios perfiles, tomando en cuenta que allí laboran en forma conjunta desde un profesional con postgrado hasta un empleado sin mayor instrucción.

Los profesionales que trabajan en las instituciones de salud deben tener claro el concepto de calidad de la gestión en la atención, y considerar el avance que actualmente se tiene sobre satisfacción de usuarios. Las instituciones de salud han planteado estrategias nacionales que pretenden el rescate de la calidad, lo que implicaría el incremento en la satisfacción del usuario, vista como indicador de la gestión de la calidad, donde la calidad se mide en función de mantener, restaurar y promover la salud, con la finalidad de lograr la satisfacción total del cliente (9).

El interés de la calidad de la atención médica tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los usuarios de los servicios de salud, sino también en el deseo de disminuir la desigualdad en el sistema de salud de los diferentes grupos sociales. En la atención de la salud, calidad también significa ofrecer un rango de servicios que sean seguros y efectivos y satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes (9).

1.1.3 Contexto Local.

A nivel local no se dispone de documentos relacionados con el tema de análisis de esta tesis, sin embargo es de interés local encontrar la forma más adecuada de mejorar la calidad percibida por el usuario de los servicios de salud, También consideramos importante indicar que por cada paciente fallecida víctima de un traumatismo, existen no menos de quinientos pacientes con traumatismo, sea éste de mayor o de menor cuantía. Sobre las estancias hospitalarias, la patología traumática ocupa del 20-50% de diagnósticos en varones y de 15-20% en mujeres.

Las principales causas de pacientes Poli traumatizados en nuestro medio lo constituyen los accidentes de tránsito, laborales y domésticos.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Descripción del problema.

En el Hospital Municipal Bajío del Oriente en el servicio de Emergencia que ingresan numerosos pacientes poli traumatizados en la que la calidad de atención es deficiente debido a que estos pacientes requieren de una atención inmediata eficaz y optima, sea observado que en el servicio existe deficiencias desde la infraestructura debido a que no se cuenta con sala de trauma y los pacientes son atendidos en pasillo demostrando la falta de

calidad de atención en estos pacientes así mismo se observa que el servicio no cuenta con el requerimiento de insumos, se cuenta con un solo ventilador mecánico para adultos, así mismo por la importancia de contar con un buen mantenimiento de los equipos.

Por la demanda de pacientes el personal es reducido para la atención debida que se trata de pacientes poli traumatizados quienes no reciben atención de calidad.

En el Hospital Municipal Bajío del Oriente en el Servicio de Emergencia observamos que no tienen estandarizados protocolos de atención de enfermería para la atención del paciente poli traumatizado, el personal de enfermería no realiza el proceso de atención de enfermería donde no se ejecutan planes de cuidado y guías terapéuticas con el objetivo de evitar complicaciones y secuelas, y a esto se suma la falta de insumos y equipamiento en sala de Reanimación por tal motivo se requiere investigar para mejorar la calidad de atención, la cual se afianza con los cuidados humanizados que son interpersonales para cada profesional, debido a que va a depender de sus valores, ética, vocación y formación académica

1.2.2 Formulación de la pregunta

¿Cuáles son los factores que influyen en la calidad de atención en paciente poli traumatizados en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores que influyen en la calidad de atención en pacientes Poli traumatizados en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

1.3.2 Objetivos específicos

1. Describir las características del personal de enfermería en el servicio de emergencia según edad, estudios de posgrados, años de servicio y cursos recibidos de.PHTLS o ITLS.
2. Identificar el factor cognitivo en relación al nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la calidad de atención en los cuidados de pacientes poli traumatizados asistidos en el servicio de emergencia del hospital.
3. Verificar los factores laborales condicionantes del personal de enfermería en el servicio de emergencia relacionado a la demanda de pacientes, disponibilidad de recursos y materiales, espacio físico, existencia de protocolos para la atención de los pacientes politraumatizados

1.4 Justificación.

La presente investigación realizado en el Hospital Municipal Bajío del Oriente es debido a que existe insatisfacción del usuario que recibe atención de los cuidados por la problemática de su salud, quienes reclaman y hacen observaciones de acuerdo a la percepción de la atención que recibe enfocados hacia la calidad de atención, por fallas del personal de enfermería e la atención, falta de equipos y materiales.

La magnitud del problema se caracteriza por las diferentes situaciones que se presentan en el servicio, debido a la falta de material, equipos e insumos las condiciones inadecuadas de la infraestructura, considerándose este servicio como de segundo nivel que no existe una unidad de trauma, por ello es necesario la determinación de los factores que influyen para la calidad de atención e pacientes Poli traumatizados. Los beneficios para el servicio, el realizar esta investigación permitirán que la atención se enfoquen a la calidad, en base a los resultados obtenidos en el estudio contribuyendo de esta manera a que el usuario tenga otra visión del servicio.

Las consecuencias negativas el no realizar el estudio, se continuara con una atención inadecuada convirtiéndose en un servicio rutinario, sin un enfoque de calidad en perjuicio de los pacientes que requieren la atención

1.4.1 Relevancia y pertinencia del tema

La relevancia y pertinencia del tema estarán avaladas por la necesidad de contar con datos reales y confiables, acerca la calidad de atención a pacientes poli traumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de Santa Cruz de octubre a diciembre del 2018, al que se requiere disponer de información suficiente que ilustre la dimensión del fenómeno, razón por la cual documentar la problemática fue la acción

prioritaria de la investigación, para identificar y caracterizar la calidad de la atención y los principales factores asociados que intervienen en la atención en el periodo estudiado, al ser indispensable que las autoridades de salud, institucional, regionales, departamentales como nacionales, dispongan de información relevante de la situación a nivel de este tipo de servicio de hospitalización, lo cual constituirá un punto de partida para que se analice el problema de manera acertada, se mida adecuadamente y se le pueda hacer un adecuado seguimiento.

1.4.2 Utilidad y conveniencia de la investigación

El conocimiento y la información sobre la calidad de atención a pacientes poli traumatizados en el Servicio de Emergencia del H.M.B.O en Santa Cruz de octubre a diciembre del 2018, lo que aporta la presente investigación, son de gran utilidad, ya que podrá ser empleada como apoyo en el servicio de emergencia para que tenga calidad de atención, así como facilitar la evaluación y prevenir complicaciones posteriores en el paciente poli traumatizado.

1.4.3 Novedad del tema

El tema en investigación se constituye en novedoso para la institución debido a que nunca se realizó un estudio en la calidad de atención.

El estudio nos permite identificar las falencias de estructura falta de ambiente de proceso y resultados debido a que se considera que la atención debería ser un permanente cambio en base a una actualización continua, supervisión de los equipos, materiales y la infraestructura como la percepción del paciente.

1.4.4 Relevancia científica

El tema tiene relevancia científica debido a que está enfocado a aspectos relacionados directamente con la atención a los pacientes quienes a su vez emitieron una opinión de la atención percibida, que generalmente en muchos estudios no se considera como importante la opinión del usuario quienes son los que reciben la atención este aspecto es considerado dentro de la enfermería basado en la evidencia, en la que se suma a la efectividad lo mencionado anteriormente permitiendo que se tome en cuenta la experiencia antigua del personal para mejorar la calidad de atención.

1.4.5 Relevancia social

La investigación tiene una relevancia social debido a que la participación de seres humanos quienes participan activamente tanto el receptor como el que oferta el servicio juega un rol importante la opinión que perciba los que recibe la atención debido a que las condiciones de los pacientes están en un derecho Psicológico, físico, humano .Por ello es que la investigación permitirá recobrar lo esencial relacionado con calidad de atención percibida por el usuario.

1.5 Viabilidad

La investigación que se propone es factible desde el punto de vista económica como administrativa. Económicamente porque será autofinanciada por la investigadora y administrativamente porque se cuenta con el permiso respectivo de las autoridades del Hospital Provincial General Latacunga para investigar, además porque se empleará todos los instrumentos necesarios para adquirir información precisa y eficaz del problema que permitan obtener resultados reales; este estudio nos ayudará a encontrar una propuesta que fortalezca la atención oportuna y acertada del profesional de enfermería, la misma que se refleje en la estabilización hemodinámica del paciente politraumatizado, y a la vez disminuir las secuelas que pongan en riesgo la vida de los mismos.

2 CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Paciente politraumatizado.

Según el Dr. Curry “El paciente politraumatizado es todo aquel lesionado que llega a tener múltiples traumatismos debido a múltiples causas entre las que se destacan accidentes automovilísticos, caídas de sus propios pies, impactos de bala entre otros.” Toda persona que haya sufrido algún accidente por la causa que fuera y que origine más de una lesión en su cuerpo u órganos es considerado como una persona poli traumatizada.(10)

Según Larrea, lo define como aquel que presenta dos o más lesiones traumáticas graves acompañado de repercusión respiratoria o circulatoria por lo que la gravedad depende de la lesión fundamental, y supone una amenaza potencial para su vida.” (11)

Según Enfermería Integral (2005) “Politraumatizado es todo herido que presenta dos o más heridas traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan una repercusión respiratoria o circulatoria que suponen riesgo vital para el paciente. Una segunda definición sería: individuo que presenta lesiones óseas traumáticas con afectación de una o más vísceras y que entrañan repercusiones respiratorias y/o circulatorias que colocan al paciente en una situación crítica que requiere una valoración y tratamiento inmediato, estableciendo una serie de prioridades terapéuticas” (12)

“El politraumatizado es todo herido con lesiones orgánicas múltiples producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y / o ventiladora, que conlleve riesgo vital”. El politraumatizado puede serlo solamente del aparato locomotor, por lo que se les denomina poli

fracturados. Si las lesiones son solo viscerales se dice que estamos ante un politraumatizado visceral. Si se combinan las dos, lo que ocurre la mayor parte de las veces, hablamos de politraumatizado mixto. “Los politraumatismos son cuadros debidos a accidentes graves, se producen en los individuos lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general y constantes vitales que pueden ocasionar a los individuos un estado en el que peligren sus vidas, requiriendo actuaciones de urgencias.” (12)

2.1.1 Clasificación del paciente politraumatizado.

“Los pacientes con traumatismos pueden ser de diferentes clases las mismas que hay que identificarlos acorde a la información obtenida durante el traslado del paciente al centro de recuperación” Por lo que se clasificaran de acuerdo a las heridas sufridas por el accidentado en tres categorías: (13)

Leve: Paciente cuyas heridas y/o lesiones no representan un riesgo importante para su salud inmediata (no existe riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria).

Moderado: Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24-48 horas de sufrido el accidente.

Grave: Paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles.(13)

Desde mi óptica el paciente Politraumatizado es todo herido que presenta dos o más heridas traumáticas graves, periféricas, viscerales, complejas y asociadas, que conllevan una repercusión respiratoria o circulatoria que

suponen riesgo vital para el paciente comprometiendo su vida, el mismo que requiere de una valoración y tratamiento inmediato. (13)

2.1.2 Definición de politraumatismo

En la literatura se recogen varios conceptos sobre esta entidad.

Lesión se define como daño o perjuicio físico del organismo, causado por un intercambio en general agudo de energía mecánica, química, térmica o de otro tipo que supere la tolerancia de nuestro cuerpo (14).

El Diccionario Médico define el trauma como lesión de los tejidos por agentes mecánicos, generalmente externos.

Existen múltiples definiciones de poli traumatismo pero todos los autores coinciden en que es un conjunto de lesiones provocadas simultáneamente por una violencia externa lo que da lugar a un cuadro clínico complejo que afecta a varios órganos, aparatos o sistemas, que tienen una gravedad progresiva y compromete seriamente funciones vitales (14).

2.1.3 Traumatismo craneoencefálico

Se define como traumatismo craneoencefálico toda herida o lesión producida por agentes mecánicos externos en la cabeza, con o sin pérdida de conocimiento del paciente.

Muchos autores distinguen entre traumatismo craneal y traumatismo craneoencefálico, caracterizándose el segundo por la pérdida de conocimiento del paciente, que hace sospechar sufrimiento de las estructuras intracraneales. (14)

2.1.3.1 Criterios de gravedad en los TCE

A. Traumatismo craneoencefálico de bajo riesgo:

Se consideran de bajo riesgo la conmoción cerebral recuperada, el paciente asintomático, con cefalea o con vértigo, y la laceración o contusión cutánea; siempre que mantengan un Glasgow de 14-15. (14)

B. Traumatismo craneoencefálico de riesgo moderado:

Se considera de riesgo moderado el paciente que presenta alteración del nivel de conciencia, intoxicación por alcohol u otras drogas, vómitos persistentes, lesión facial severa, amnesia postraumática, fracturas craneales sin hundimiento, politraumatismo y edad menor de 2 años; siempre que mantengan un Glasgow de 9-13. (14)

C. Traumatismo craneoencefálico de alto riesgo:

Se considera de alto riesgo al paciente que presenta disminución del nivel de conciencia progresiva, alteraciones metabólicas, focalidad neurológica, fracturas deslazadas, signos de fractura de base de cráneo; con un Glasgow menor de 9. El valor en la escala de Glasgow inferior a 9 indicaría la necesidad de colocación de un tubo endotraqueal.(14)

2.1.3.2 Criterios de permanencia en observación de pacientes que han sufrido un TCE.

- Amnesia postraumática (15).
- Cefalea progresiva o incoercible.
- Vómitos repetidos (> 1).
- Convulsión postraumática.
- Fractura craneal.

- Lesiones traumáticas en TAC no susceptibles de traslado a hospital neuroquirúrgico.
- Tratamiento con anticoagulantes. Coagulopatías.
- Intoxicación por depresores de SNC (alcohol, drogas) cuando interfieran con la valoración neurológica.
- Lesiones epicraneales o faciales severas.
- Trastornos del comportamiento.
- Imposibilidad para observación en domicilio en las siguientes 24 horas (15)

2.1.4 Traumatismo torácico

Se podría definir el traumatismo torácico como la lesión de estructuras torácicas externas o internas producidas por un agente externo. Usualmente se clasifican en traumatismos penetrantes y traumatismos no penetrantes (16).

Los traumatismos no penetrantes son aquellos en los que no hay comunicación de la cavidad pleural o mediastínica con el exterior y abarcan desde contusiones simples de partes blandas hasta el aplastamiento torácico.

Sus causas más frecuentes son los accidentes de tráfico y las precipitaciones. Los traumatismos torácicos penetrantes son aquellos en los que el agente causal produce una comunicación del espacio pleural o mediastínico con el exterior. Son causas frecuentes las heridas por arma blanca o arma de fuego. En este tipo de traumatismos, con frecuencia la dirección y fuerza del agente causal nos pueden orientar sobre los posibles órganos lesionados. Un subtipo que distinguen algunos autores dentro del traumatismo torácico penetrante es el perforante, en el que hay un orificio de

entrada y otro de salida en el tórax, y suele ser producido por arma de fuego u otros proyectiles.(16)

2.1.5 Traumatismo abdominal

Es toda lesión fortuita de la que resulta una lesión abdominal. Existen dos tipos de traumatismos abdominales: No penetrante y penetrante. (17)

Clasificación

A) No penetrante o cerrado No hay solución de continuidad en la pared abdominal. Son debidos a mecanismos como:

- Fenómenos de aplastamiento o de compresión por choque directo que afecta más a órganos macizos como hígado, riñón, etc.
- Fenómenos de arrancamiento, bien por choque directo o por desaceleración brusca, afectando a las partes fijas del órgano que quedan inmóviles con respecto al resto, siendo típicas las lesiones de los hilos, así como del duodeno, recto-sigma y aorta abdominal.
- Fenómenos de estalla miento, a nivel de órganos huecos (estómago, intestino, etc.).
- En el agua y en el aire se provocan lesiones importantes de los órganos huecos con contenido gaseoso.
- Iatrogenia, fundamentalmente secundario a maniobras de RCP (compresión, intubación esofágica) o maniobra de Heimlich. (17)

B) Penetrante

Cuando hay solución de continuidad en la pared del peritoneo. Son causados por: (17)

- o Arma de fuego: no tienen un recorrido delimitado y pueden afectar a múltiples órganos en la trayectoria del proyectil.

- Arma blanca: afectan en general a las estructuras adyacentes y suelen tener un recorrido claro. Las heridas del tórax bajo por arma blanca se pueden acompañar de lesiones de estructuras abdominales.
- Asta de toro: en los que es previsible la existencia de varios trayectos de diversa profundidad con desgarro de tejidos adyacentes.(17)

2.1.6 Traumatismo de extremidades

Las fracturas de miembros son muy frecuentes y variadas, aunque no suelen comportar un riesgo vital primario salvo que exista una afectación vascular importante. (18)

El análisis concreto de las extremidades se aborda en la valoración secundaria y únicamente si existe asociada una lesión vascular con sangrado abundante, ésta será atendida con compresión manual (sin análisis de la herida) durante la valoración inicial. (18)

2.1.7 Traumatismo vertebral y lesión medular

Las lesiones traumáticas de la columna son más frecuentes en jóvenes varones de 16 a 35 años, son más raras en la infancia y actualmente hay un pico de incidencia sobre los 50 años.(19)

Generalmente las lesiones de columna vertebral se deben a mecanismos de rotación, hiperflexión e hiperextensión. Las causas son accidentes de tráfico, precipitaciones (20%), accidentes deportivos (15%) y traumatismos directos o penetrantes. (19)

La gravedad del traumatismo vertebral radica en la posible lesión medular acompañante.

Por ello los objetivos del tratamiento son: prevenir el desarrollo del daño neurológico

2.1.8 Shock

Actualmente se considera el shock como una situación clínica plurietiológica, consecuencia de un fallo metabólico a nivel celular, bien por inadecuado aporte de oxígeno a la célula o por inadecuada utilización del oxígeno por bloqueo metabólico celular. En esencia se produce un desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno por los tejidos, lo cual activa una serie de mecanismos de compensación que se ven sobrepasados si persiste la situación desencadenante. En esta situación se produce un fallo multisistémico que lleva a la muerte del paciente. (19)

2.1.8.1 Clasificación

A. El shock hipovolémico

Se produce por disminución del volumen intravascular, hasta el punto de comprometer la perfusión tisular, y sus causas más importantes son la hemorragia o la pérdida plasmática (por vómitos, diarrea, quemaduras, etc.).(20)

B. El shock cardiogénico

Se produce por alteración de la función cardiaca con disminución del gasto cardiaco, lo que reduce la perfusión tisular. Sus causas pueden afectar al propio músculo cardiaco, (infarto de miocardio, arritmias, etc.);

Dificultar la expulsión de sangre por el ventrículo por aumento de la pos carga, es el caso del TEP o de la estenosis aórtica; o bien por aumento de la presión intratorácica, como en el neumotórax a tensión o el taponamiento cardiaco. Algunos autores consideran el shock cardiogénico por aumento del pos carga o por aumento de la presión intratorácica como un tipo independiente de shock al que llaman shock obstructivo. (20)

C. El shock séptico

Tiene lugar en infecciones sistémicas que producen endotoxinas que al actuar sobre el complemento, factores de coagulación y liberar mediadores inflamatorios produce vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar. A la larga se produce lesión celular que impide utilizar los sustratos energéticos de forma efectiva.(20)

D. El shock neurogénico

Se produce por lesiones neurológicas que provocan una caída del tono simpático, con vasodilatación, bradicardia y alteración de los mecanismos de autorregulación de la TA. (20)

E. El shock anafiláctico

Se produce por la liberación de mediadores vaso activos en el curso de una respuesta inmune.

Cuadro clínico: Las manifestaciones clínicas del shock dependerán de la cantidad de volumen sanguíneo perdido y de la rapidez con que se produce la pérdida, de la edad del paciente y su estado pre mórbido. Así, pacientes jóvenes deportistas toleran la pérdida de volúmenes altos de sangre presentando muchos menos síntomas que otras personas.(20)

2.2 Teoría de enfermería asociada a la atención de pacientes politraumatizados

Virginia Henderson desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades.

Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano (21)

La función propia de la enfermera en los cuidados básicos consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte) actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Por otra parte, como miembro de un equipo multidisciplinar colabora en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.(21)

Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. En mayor proporción influyen en los cuidados del paciente síntomas o síndromes tales como: el coma, delirio, depresión, shock, hemorragias, incapacidad motora, la marcada alteración de líquidos en el organismo o la falta aguda de oxígeno.

Las 14 necesidades:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.

10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal (21)

2.3 Factores asociados al cuidado de enfermería

Es toda característica o circunstancia del personal de enfermería que se asocia o contribuye a brindar un cuidado adecuado. Esta denominación se entiende como la existencia de elementos, recursos, ambiente y acciones humanas que encierran la capacidad de brindar cuidados oportunos y eficientes a los pacientes que presentan politraumatismos (22).

2.3.1 Factor Laboral

Entendido como las características mismas del ejercicio profesional y que se mantienen independientes del lugar en donde se está trabajando. El profesional de Enfermería de enfermería está sometido a múltiples factores laborales, algunas de estas características hacen que no se brinde un cuidado adecuado a los pacientes.(22)

En la búsqueda de información se ha encontrado que existen factores relevantes que aparecen en la organización como los que se presentan a continuación: Exceso de demanda de pacientes, pacientes en estado crítico, que ocasionan en el personal estrés, tensión, agotamiento, ansiedad, y esto puede llevar al consumo de energizantes, nicotina que puede ocasionar daño en la salud del personal, esto con la finalidad de lograr atender la sobre exigencia de trabajo.(22)

Observado esto desde el punto de vista laboral, estas atenciones ocasionan que no exista un pensamiento crítico, un juicio clínico inadecuado, por ende

se pueden cometer errores, que pueden llevar a accidentes laborales, malas relaciones en el personal y aumento del ausentismo. (22)

En servicios como el de Emergencia la sobredemanda de paciente puede ocasionar serios problemas con en la atención adecuada y personalizada, además de tener en cuenta que en entidades del sector público muchas veces existe falta de personal y el tipo de atención a pacientes que se encuentran en estado crítico, esto puede ocasionar daño a la salud del personal a largo plazo, por el estrés excesivo que presenta en áreas como esta.

La salud es un derecho fundamental de las personas, por ello también lo es el del personal de enfermería, por eso tiene un valor indispensable para mantener el equilibrio de sus actividades, situación que refleja sus acciones, comportamientos y actitudes, que no debería intervenir en los cuidados que ellas brindan a sus pacientes (22).

2.3.2 Factor cognitivo

Hace referencia a las características que permitan que el profesional de enfermería cuente con mayor conocimiento acerca del cuidado de enfermería en pacientes con múltiples traumatismos. (23)

El factor cognitivo, Especialidad en el área de emergencias, provee conocimientos, la cual será una herramienta para que el profesional pueda encontrar respuestas de la realidad lo que le servirá de base para dar solución a los múltiples problemas que se puedan presentar específicamente en este servicio; aplicación de las guías de procedimientos, las guías son la expresión escrita del conocimiento científico, que deben ser aplicados para garantizar un adecuado cuidado, afirmando de esta manera la atención integral para satisfacer los requerimientos del individuo como ser integral u holístico. (23)

Enfermería es una disciplina que cuenta con conocimientos empíricos y científicos, consistentes en conceptos paradigmáticos los cuales integran la unidad del cuidado enfermero, basado en el método científico, lo que le da ciencia a la profesión. Sin embargo, durante esta transición la profesión enfrenta múltiples situaciones de diversas complejidades, que llevan al profesional a desarrollar un juicio clínico, que le permite cumplir las necesidades que requiere cada persona para el cuidado correspondiente. Por ende, dicho profesional se encuentra en la capacidad de resolver situaciones de gran complejidad, basada en el pensamiento crítico, esto permitirá el trabajo con el equipo multidisciplinario con una mejora continua, identificando los requerimientos de los pacientes, aceptando sus necesidades para realizar la planificación del cuidado y ejecutarlo de la manera más apropiada (23).

Otra característica importante para la enfermera que brinda cuidado en la unidad de emergencia, es estar capacitada y actualizándose con frecuencia. Dicho servicio requiere de profesionales que cuente con un perfil especial, ya que existe una gran exigencia por el tipo de trabajo que se debe desarrollar. La experticia del profesional de enfermería que labora en esta unidad crítica, se basa en determinados criterios de evaluación, como las habilidades, lo que le permiten a la enfermera demostrar que es competente para desarrollar las actividades que implican ocupar dicho cargo.(23)

El éxito del cuidado del paciente en estado crítico se basa en conocimientos científicos y cuidado humanizado, siendo la misma el objetivo primordial de la enfermera. Por ende, se concluye que los profesionales de enfermería logran brindar cuidados adecuados para la atención del paciente, destacando sus habilidades, capacitándose constantemente y la experiencia ganada que le brindan los años de trabajo en el campo (23).

2.4 Cuidado de enfermería en paciente con politraumatismo

Los cuidados de enfermería son acciones autónomas basadas en un fundamento científico, se caracterizan por ser altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, aquí es importante desarrollar el pensamiento crítico, capacidad de análisis, juicio clínico, además de contar con competencias técnicas de alto nivel, así mismo, mantener la sensibilidad que implica brindar el trato humano a los pacientes (24).

El cuidado es una disciplina, que orienta la práctica de enfermería; se centran en el cuidado de la persona (individuo, familia, grupo, comunidad), es decir, se basa en las necesidades de los pacientes, de acuerdo a su proceso salud – enfermedad (24).

Nuestra profesión cuenta con el proceso de Atención de Enfermería (PAE), este es la base fundamental de su acción. Para que estas acciones puedan ser de calidad, se debe desarrollar el PAE, trabajando en conjunto con el equipo multidisciplinario, lo que permitirá brindar bienestar, reestablecer la salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes (24).

El rol del Enfermero es primordial en el manejo inicial al paciente politraumatizado, donde la acción principal ante este paciente, es un factor relevante para la supervivencia y disminución de secuelas del mismo, por ello el tratamiento y los cuidados deben ser inmediatos.(24)

Dentro del ámbito hospitalario, los cuidados, monitoreo, evaluaciones continuas por parte de los enfermeros, resultan fundamentales para la detección de las complicaciones que pueden ocasionar las lesiones traumáticas, estas acciones permiten minimizar la morbi- mortalidad de los mismos (24).

Para brindar los cuidados oportunos ante este tipo de pacientes, existe una secuencia de procedimientos, basado en un esquema de abordaje inicial, que cuenta con las recomendaciones del Colegio Americano de Cirujanos, a través del Comité de Trauma y el curso de ATLS (Advanced Trauma LifeSupport). La primera fase de este esquema, se denomina:

2.4.1 Valoración primaria

La valoración primaria es la piedra angular de una asistencia excelente, la misma nos permitirá conocer el estado actual de las lesiones que amenazan la vida del paciente e iniciar el manejo de acuerdo con el ABCDE del trauma (25).

A: Permeabilidad de la vía aérea y el control de la columna cervical

B: Componente ventilatorio

C: Componente circulatorio

D: Estado neurológico.

E: Exposición y evitar hipotermia

Para el manejo del paciente politraumatizado, se deben tener en cuenta ciertas medidas, en el ámbito hospitalario:

- Utilizar medidas de protección personal
- Hacer contacto con el paciente y solicitar sus datos en caso se pueda, además de valorar su estado de conciencia y definir si la vía aérea se encuentra permeable.
- Un paciente que responde sin dificultad y con claridad, seguramente tiene una vía aérea permeable.
- Realizar el trabajo multidisciplinario, evitar trabajar solo (25).

A: Permeabilidad de la vía aérea y el control de la columna cervical

Lo primero a tener en cuenta es asegurar la vía aérea, buscar signos de obstrucción de vía aérea, luego despejarla de secreciones, cuerpos extraños, prótesis, fracturas de mandíbula o hueso, vómito, sangre, etc.

Si se encuentra permeable determinar si va a permanecer permeable, si tiene duda al respecto, asegure la vía aérea definitiva.(25)

Mantener en todo momento, protegida la columna cervical ("todo paciente que ingresa con trauma múltiple tiene lesión de la columna cervical hasta que se demuestre lo contrario").

Inicie soporte con oxígeno con mascarilla válvula – bolsa o con bolsa de reservorio al paciente, colocar al paciente el pulsoxímetro. En caso el paciente se encuentre inconsciente, colocar cánula orofaríngea y mascarilla de oxígeno.(25)

Asegurar vía aérea artificial (intubación) cuando:

- Paciente con apnea
- Glasgow menor o igual a 8 puntos.
- Paciente con sospecha firme de quemadura de la vía aérea confirmada.
- Paciente con lesión maxilofacial que impide mantener permeable la vía aérea por otros medios. En este caso es mejor intentarlo con personal de mucha experiencia e idealmente en sala de operaciones.
- Paciente con sagrado profuso que impide la permeabilidad de las vías aéreas.
- Paciente con FR menor de 8 o mayor de 32, son candidatos firmes a intubación.

B: Componente ventilatorio

El primer paso, el paciente mantiene la vía aérea permeable, sin embargo, en ocasiones la respiración no mejora, pueden existir lesiones torácicas que impiden un adecuado intercambio de gases. (25)

Lo siguientes es inspeccionar, palpar y auscultar el tórax, en búsqueda de situaciones que amenazan la vida, si se encuentra alguna, realizar el siguiente manejo de forma inmediata:

Neumotórax a tensión: Tubo de toracotomía.

Hemotórax masivo: Tubo de toracotomía: en caso elimine más de 1.500 cc, considerar de inmediato trasladar a sala de operaciones.

Neumotórax abierto: Cierre el agujero con la respectiva asepsia. Colocar tubo de toracotomía.

Tórax inestable: Oxigenoterapia mediante máscara con reservorio, terapia respiratoria, analgesia periférica (si no hay pronta respuesta considere catéter peridural. Si hay falla respiratoria declarada, proceda a intubación y manejo con ventilación asistida).

Taponamiento cardíaco: Debe ser llevado de inmediato a sala de operaciones.

Luego monitorizar la función respiratoria por medio de la saturación percutánea asegurando la FiO₂ necesaria para mantener la concentración de oxígeno inspirado en 90% o más. (25)

C: Componente circulatorio

Realizar la valoración de la frecuencia cardíaca, coloración y temperatura de la piel.

Determinar la presencia o ausencia de sudoración, llenado capilar, naturaleza del pulso central y periférico, estado de conciencia.

Controlar la presión arterial. (25)

Si hay presencia de sangrado activo externo, realizar compresión de la zona sangrante.

Determinar si hay evidencia clínica de sangrado interno activo. En caso se presente, colocar accesos venosos de buen calibre e iniciar infusión de líquidos endovenosos.

La pérdida excesiva de sangre, puede provocar shock hipovolémico, este se basa en la evaluación de la perfusión de los órganos y de la oxigenación tisular. (25)

El shock puede ocasionar la muerte del paciente en el lugar del incidente, por ello representa una manifestación de gran importancia en el compromiso circulatorio: la falta de perfusión a nivel celular con sangre oxigenada, produce un metabolismo anaeróbico, por ende hay disminución de las funciones necesarias para la supervivencia de los órganos (25).

Utilice lactato de ringer o solución salina tibios. Si el paciente tiene signos de shock administrar 250 cc a chorro y determine la necesidad de cirugía.

Si no hay evidencia de sangrado externo, valorar siempre la condición general del abdomen (blando, distendido).

Valore la pelvis siempre como probable fuente de sangrado profuso. Haga las maniobras básicas de evaluación pélvica. Determine si hay deformidades óseas evidentes que puedan implicar pérdida acumulada de sangre que origine hipotensión.

Nunca atribuya el shock a trauma craneoencefálico sin una evaluación exhaustiva que descarte otra fuente.(25)

D: Estado neurológico

La valoración inicial del esta de conciencia, se realiza al momento de recepcionar al paciente, mediante el dialogo.(26)

- Aplicar la escala de Glasgow.
- Realizar la evaluación pupilar y evaluar posible focalización.
- Determinar el grado de compromiso neurológico.

E: Exposición y evitar hipotermia

Exponer por completo al paciente, retirándole toda la ropa, de ser necesario cortarla.

El paso inicial es quitar la ropa al paciente para identificar rápidamente las lesiones, examinar espalda, región perineal, glúteos, la cara posterior de las extremidades, la región encefálica posterior. Luego de una rápida valoración, cubrir para protegerlo de la hipotermia.

Una vez explorado todo el cuerpo del paciente, se debe volver a cubrirlo para conservar el calor corporal. La hipotermia es un problema serio que puede ocasionar complicaciones en su cuadro de salud (26).

Evalúe los antecedentes de importancia a través de un breve interrogatorio:

- Alergias
- Medicamentos
- Patologías
- Última ingesta
- Características del ambiente en el que se presentó el evento

Si en la valoración primaria no detecta lesiones amenazantes para la vida, proceda a la valoración secundaria para buscar y tratar las lesiones que puedan estar presentes. Esto solo cuando complete el ABCDE de la valoración primaria. (26)

2.4.2 Valoración secundaria

La valoración secundaria es una evaluación del paciente de la cabeza a los pies, esta sólo debe ser realizada tras completar la valoración primaria, identificar y tratar todas las lesiones con riesgo vital e iniciar la reanimación.

La base de esta valoración es identificar problemas o lesiones que no se pudieron identificar durante la valoración primaria. En esta fase se complementan la anamnesis y los estudios diagnósticos que el paciente requiera.

El profesional de enfermería realiza el examen usando métodos que incluye auscultación, inspección, palpación y percusión, correlacionando los hallazgos de la exploración física región por región, iniciando por la cabeza, continua por el cuello, tórax, abdomen hacia las extremidades, concluyendo con una exploración neurológica detallada (26).

2.4.2.1 Revisión secundaria

Los cuidados que brinda la enfermera dentro del equipo de salud se realizan de forma complementaria con las demás especialidades que manejan el paciente politraumatizado. Los cuidados de enfermería después de estabilizar los parámetros del ABCDE, serán los siguientes: (27)

- Valoración constante del estado neurológico del paciente.
- Controlar de forma periódica las constantes vitales: calidad del pulso, frecuencia ventilatoria, concentración de oxígeno inspirado, temperatura corporal y presión arterial.
- Colocación de sonda nasogástrica para descomprimir el estómago y disminuir el riesgo de bronco aspiración.

- Ante la existencia de un traumatismo craneal o lesión a nivel fácil, está contraindicado la colocación de catéter nasogástrico, ya que existe un alto riesgo de penetración inadvertida al encéfalo a través de la placa cribiforme o del hueso etmoides, la indicación para estos pacientes es optar por la vía orogástrica.
- Realizar manejo de la volemia mediante la infusión de soluciones endovenosas y monitoreo estricto del balance hídrico.
- Aspiración de secreciones cuando se requiera.
- Realizar manejo del dolor, mediante la valoración del nivel del dolor y administración de tratamiento analgésicos según prescripción médica.
- Control de infección, mediante la valoración de signos de infección y administración de antibióticos según la indicación médica.
- Colocar vacuna anti- tetánica.
- Valorar la integridad de la piel y realizar cambios de posición periódicamente y si su condición lo permite.
- Realizar control de sangrado, mediante la valoración de apósitos y curación de heridas.
- Mantener el reposo y soporte de articulaciones con lesiones agudas.
- Ayudar al paciente durante la movilización.
- Realizar el traslado del paciente a las unidades de servicios complementarios, después de su estabilización y con monitoreo constante.
- Informar al paciente sobre su estado de salud actual, los procedimientos que se le van a realizar, fomentando la disminución de la ansiedad en el mismo.
- Información a la familia sobre la situación del paciente (actividad conjunta entre médico y enfermera) y permitir el acompañamiento cuando sea posible (27).

2.5 Definición de calidad de atención

La Organización Mundial de la Salud considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes los atributos siguientes: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos y mínimo de riesgos para el paciente. (28)

Existen algunas consideraciones importantes sobre el término calidad que es necesario tener en cuenta. En primer lugar calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, por el contrario debe ser la misma en todos los niveles de atención; en segundo lugar, no constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejoramiento continuo y en tercer lugar, es una cualidad objetivable y mensurable. Por último, no depende de un grupo de personas, pues involucra a toda la organización.(28)

La calidad implica excelencia, rigor, adecuación a lo requerido, así como conseguir procesos y resultados que satisfagan los objetivos sanitarios y de los pacientes. Para alcanzar esto, no se precisa de cualidad personal, sino del preciso seguimiento de unos procesos que primero requieren su conocimiento y después su adecuado seguimiento. (28)

2.5.1 Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian

Un modelo citado en la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. Para esta época, la relación entre métodos de proceso y resultado, así como la sistematización de los criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad en dicho servicio. (29)

Estructura del modelo. A continuación se describen sus componentes.

a) Indicadores de estructura. Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.

b) Indicadores de proceso. Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.

c) Los indicadores de resultado. Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.(29)

3 CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Cualitativo.- Porque que se enfoca en comprender el comportamiento humano explicarlas razones detrás de ese comportamiento

Cuantitativo.- Porque es secuencial sigue un orden riguroso se puede explicar su propósito

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptiva: Se aplicó describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describió todas las variables relacionadas con los conocimientos y procedimientos aplicados por el personal de enfermería en el manejo de los pacientes poli traumatizados relacionado con los factores que intervienen en el proceso.

Prospectivo: Porque la información recabada se registró a medida que fueron ocurriendo los fenómeno o hechos durante el proceso de investigación en el Servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018.

Transversal: se recolectaron los datos en un sólo momento, en un tiempo único. Su propósito se centró en describir variables y analizar su comportamiento en un momento dado a partir de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

3.3 UNIVERSO.

Es la población total objeto de estudio, la población está constituida por 50 trabajadores de salud que maneja la atención de pacientes poli traumatizados en el Servicio de Emergencia.

3.4 MUESTRA.

Es una parte de la población total objeto de estudio. La muestra está conformada por 30 licenciadas y auxiliares de enfermería.

3.5 METODOS DE LA INVESTIGACION.

El método empleado en la presente investigación fue:

Empírico: Por que utiliza una secuencia a través de una encuesta estructurada.

Estadístico: Porque se realizara procesamiento de la información.

3.6 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.6.1 Criterio de inclusión.

- Todas las licenciadas de enfermería que trabaja en el servicio de Emergencia.
- Todas las Auxiliares de enfermería que trabaja en el servicio de Emergencia.
- Licenciadas de enfermeria y auxiliares que hayan aceptado participar en la investigación.

3.6.2 Criterio de exclusión

- Licenciada en Enfermería de otro servicio.
- Personal de médico, practicantes u otros especialistas.
- Personal de enfermería que no acepte participar en el estudio o por cualquier otro motivo se haya ausentado en el momento de la aplicación de los instrumentos.
- Todo personal de enfermería que no cumpla con los criterios de inclusión.

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Objetivo 1: Describir las características del personal de enfermería en el servicio de emergencia según edad, estudios de posgrados, años de servicio y cursos recibidos de.PHTLS o ITLS.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Caracterización del personal de enfermería	"determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás"	Edad	Frecuencia y porcentaje de grupo etario al cual pertenece las enfermeras	< 30 años 31 – 40 años 41 – 50 años ≥ 51 años
		Años de servicio	Frecuencia y porcentaje según cantidad de años trabajados	< 5 años 6 – 10 años 11 – 15 años ≥ 16 años
		Estudios de posgrados	Frecuencia y porcentaje según cursos de posgrados	-Maestría -Especialidad -Diplomado -Ninguno
		cursos recibidos de PHTLS o ITLS	Frecuencia y porcentaje según cursos recibidos	Si No

Objetivo 2: Identificar el factor cognitivo en relación al nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la calidad de atención en los cuidados de pacientes poli traumatizados asistidos en el servicio de emergencia del hospital.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Factor cognitivo	Características que permitan que el profesional de enfermería cuente con mayor conocimiento acerca del cuidado de enfermería en pacientes con múltiples traumatismos.	Nivel de conocimientos del personal en la atención de paciente politraumatizados	Frecuencia y porcentaje según nivel de conocimiento	-Bueno -Regular -Malo

Objetivo 3: Verificar los factores laborales condicionantes del personal de enfermería en el servicio de emergencia relacionado a la demanda de pacientes, disponibilidad de recursos y materiales, espacio físico, existencia de protocolos para la atención de los pacientes politraumatizados

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Factor de condiciones laborales	las características mismas del ejercicio profesional y que se mantienen independientes del lugar en donde se está trabajando	relacionado a la demanda de pacientes	Frecuencia y porcentaje	-Siempre -A veces -Nunca
		disponibilidad de recursos y materiales	Frecuencia y porcentaje	-Siempre -A veces -Nunca
		Condiciones del ambiente físico	Frecuencia y porcentaje	-Siempre -A veces -Nunca
		uso de protocolo de atención	Frecuencia y porcentaje	-Siempre -A veces -Nunca

3.8 Procedimientos y técnicas de recolección de datos

Se utilizarán de la encuesta mediante adaptándolo para las necesidades del presente estudio.

El instrumento aplicado ha sido un cuestionario de 20 preguntas de opción múltiple, dividido en varias partes, características generales del personal de enfermería, en los factores laborales y cognitivos.

3.9 Plan de recolección de datos:

- Se solicitará permiso a la dirección del servicio de Emergencia y del Hospital Municipal Bajío del Oriente.
- En las unidades del servicio de emergencia, se identificará a las enfermeras que atiendan pacientes poli traumatizados.
- El instrumento se aplicará en el momento propicio, en coordinación con los participantes.

3.10 Plan de tabulación y Análisis

La información será adquirida mediante dos instrumentos que estarán compuestos por preguntas de opciones múltiples, la misma está dividida por las características generales del personal de enfermería, los factores laborales y para medir los conocimientos en cuanto al cuidado al paciente poli traumatizado, dicho instrumento estará conformado por 20 preguntas

Los instrumentos han sido sometidos a validez y confiabilidad del contenido mediante el juicio de expertos, en un total de 10 personas. Una vez culminada la recolección de los datos se procederá a la codificación y elaboración de la tabla matriz, a través del programa MICROSOFT EXCEL donde se crearán tablas estadísticas y gráficos para luego efectuar los análisis estadísticos.

Así mismo, los gráficos serán presentado a través de barras de forma multivariada a fin de mostrar la información con mayor claridad.

3.11 Consideraciones éticas.

Tomando la parte legal de la investigación se realizara lo siguiente

- 1.- Oficio dirigido al Hospital Bajío del Oriente institución donde se obtendrá el permiso para realizar la investigación
- 2.- Hoja de consentimiento informado dirigido al personal de enfermería y médicos.

4 CPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Características del personal de enfermería.

Tabla #1

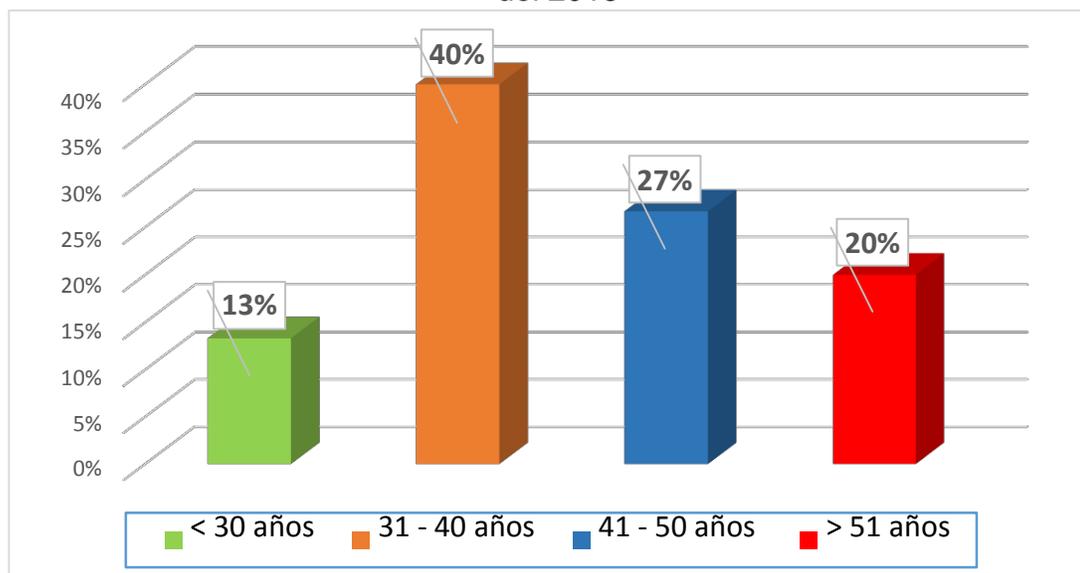
Distribución del personal de enfermería según edad del personal. Servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

Edad	Frecuencia	Por ciento
< 30 años	4	13%
31 - 40 años	12	40%
41 - 50 años	8	27%
> 51 años	6	20%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico #1

Distribución del personal de enfermería según edad del personal. Servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018



Fuente: Tabla#1

Análisis

Como se puede observar en la presente tabla y gráfico, sobre el comportamiento de la edad del personal de enfermería en el servicio de emergencia, se comprobó que el 40% corresponde al grupo etareo de 31 a 40 años de edad, seguido por el 27% de enfermeras que se encuentran en las edades de 41 a 50 años de edad, y por ultimo las mayores de 51 años y menores de 30 años al 20 % y 13 % respectivamente.

Discusión

El comportamiento de la edad en relación a la calidad de atención en los cuidados de enfermería a pacientes poli traumatizados dependerá en gran medida de la habilidad adquirida, conocimientos del personal de enfermería durante van pasando los años, a pesar de que casi la mitad están en una edad intermedia, podríamos inferir que es un factor de protección debido a la madurez alcanzada por los profesionales de salud.

Tabla #2

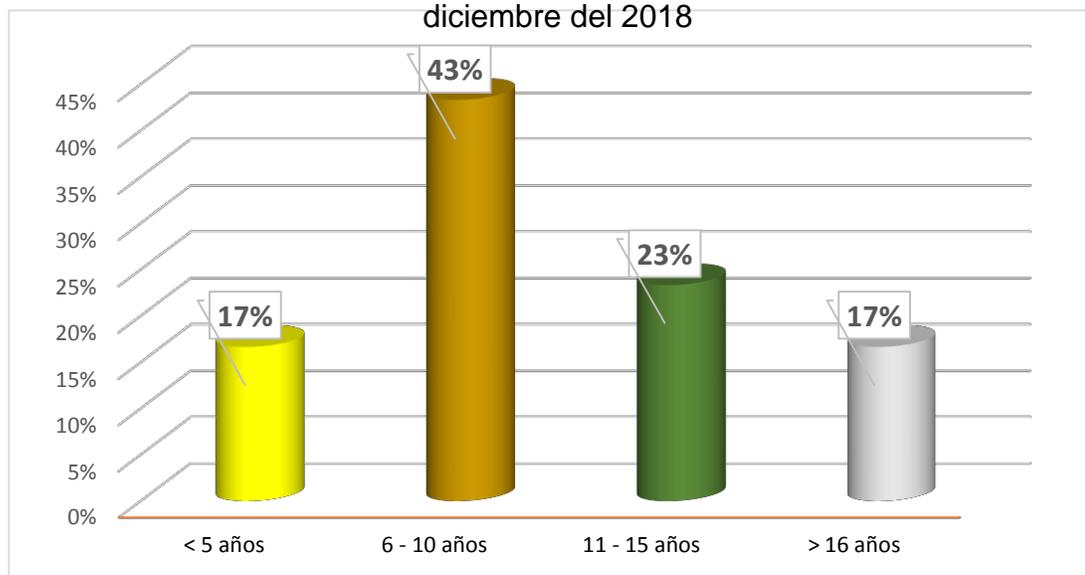
Distribución del personal de enfermería según **años de servicio** en la Unidad de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

Años de servicio	Frecuencia	Por ciento
< 5 años	5	17%
6 - 10 años	13	43%
11 - 15 años	7	23%
> 16 años	5	17%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico #2

Distribución del personal de enfermería según años de servicio en la Unidad de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018



Fuente: Tabla#2

Análisis

Como se puede observar en la presente tabla y gráfico, sobre el comportamiento de los años de servicio del personal de enfermería en el servicio de emergencia, se comprobó que el 43% corresponde al grupo de 6 a 10 años de trabajo en el servicio de emergencia, seguido por el 23% de enfermeras que se encuentran en el grupo de 11 a 15 años, y por último las mayores de 16 años y menores de 5 años al 17 % respectivamente.

Discusión

Es importante esta variable porque nos muestra la estabilidad laboral y el seguimiento que la institución puede darle con la capacitación continua para una mejor atención directa al paciente. En nuestro estudio consideramos un factor de protección debido a que la mayoría del personal cuenta con experiencia por encima de 10 años como promedio.

Tabla #3

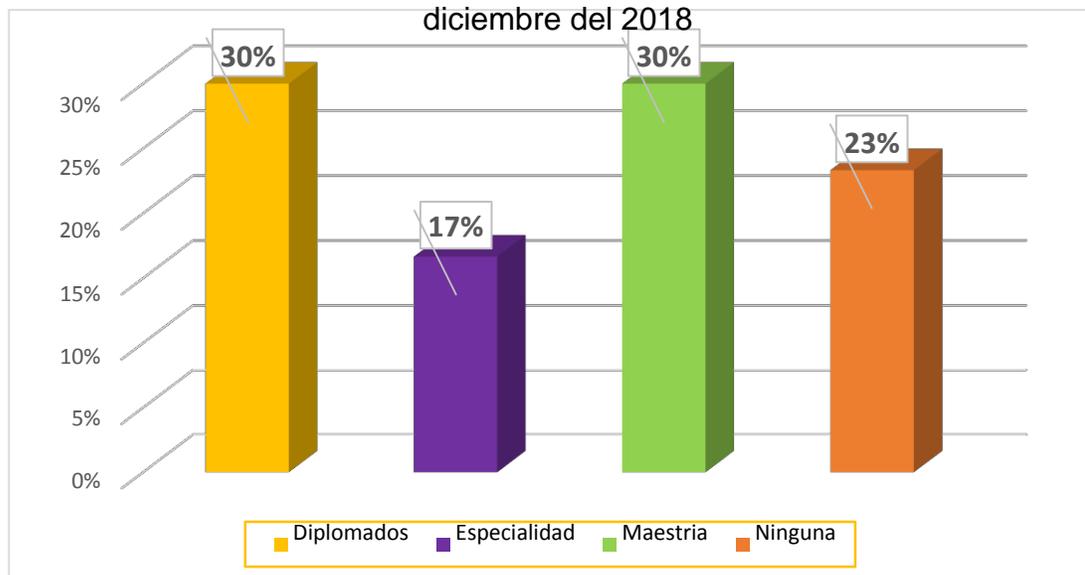
Distribución del personal de enfermería según estudios de posgrados en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

estudios de posgrados	Frecuencia	Por ciento
Diplomados	9	30%
Especialidad	5	17%
Maestría	9	30%
Ninguna	7	23%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico #3

Distribución del personal de enfermería según estudios de posgrados en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018



Fuente: Tabla#3

Análisis

Como se puede observar en la presente tabla y gráfico, sobre la participación a estudios de posgrados por parte del personal de enfermería en el servicio de emergencia, se comprobó que el 30% había concluido su diplomado y maestría, seguido por el 23% de enfermeras que no demuestran haber cursados estudios posgrado, y por último en un 17 % aquellos que cursaron la especialidad.

Discusión

Como se evidencia en los resultados hay dificultades en la planificación de estudios a este nivel. Por lo que se debe tener en cuenta la incorporación de un número mayor de profesionales de enfermería a cursar estudios en el subsistema de formación académica. Esto propiciará la producción de nuevos conocimientos, los que ayudaran a identificar problemas profesionales, aspecto que consideramos importante, porque obliga a la creación de estrategias de aprendizaje que permiten a la vez el desarrollo sostenido de las diferentes figuras del postgrado de la profesión de Enfermería

Tabla #4

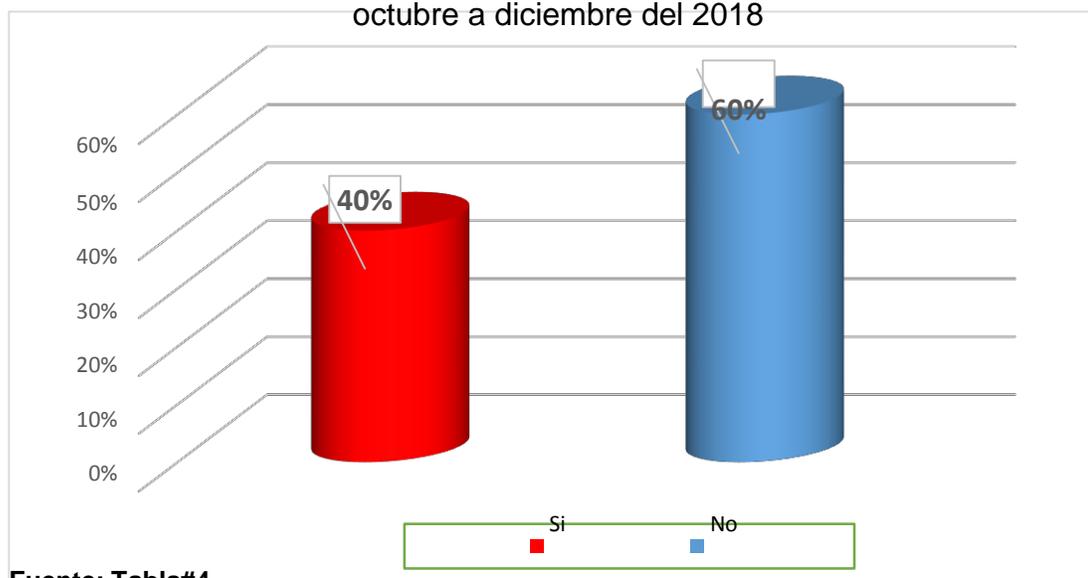
Distribución del personal de enfermería según cursos recibidos de PHTLS o ITLS en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

cursos recibidos de PHTLS o ITLS	Frecuencia	Por ciento
Si	12	40%
No	18	60%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico #4

Distribución del personal de enfermería según cursos recibidos de PHTLS o ITLS en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018



Fuente: Tabla#4

Análisis

Como se puede observar en la presente tabla y gráfico, sobre la participación del personal de enfermería en cursos recibidos de PHTLS o ITLS en el servicio de emergencia, se comprobó que el 60% no han pasado estos cursos especializados para la atención de los pacientes politraumatizados, seguido por un 40% que cursaron y se han especializado en PHTLS o ITLS.

Discusión

Como se muestra en el estudio, se aprecia una gran debilidad en la especialización de cursos PHTLS o ITLS por la importancia y gran demanda de pacientes con traumas atendidos diariamente en el servicio de emergencia de nuestro hospital, esto es considerado un factor de riesgo para la calidad de atención y cuidados de pacientes poli traumatizados.

4.2 Factor cognitivo en relación al nivel de conocimientos del personal de enfermería en los cuidados de pacientes poli traumatizados

Tabla #5

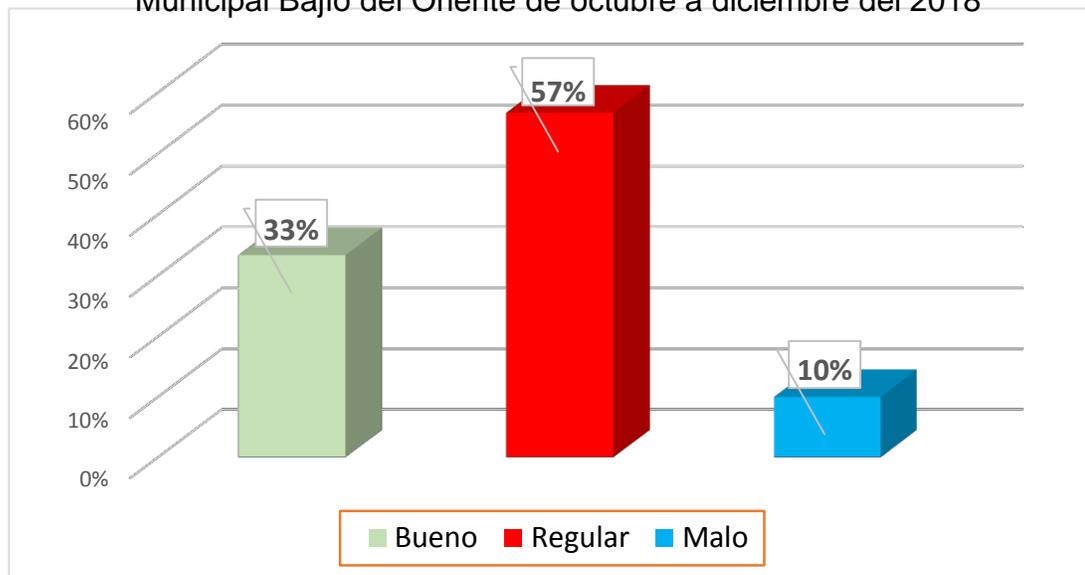
Nivel de conocimientos del personal de enfermería en los cuidados de pacientes poli traumatizados en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Por ciento
Bueno	10	33%
Regular	17	57%
Malo	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico #5

Nivel de conocimientos del personal de enfermería en los cuidados de pacientes poli traumatizados en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018



Fuente: Tabla#5

Análisis

Como se puede observar en la presente tabla y gráfico, sobre nivel de conocimientos del personal de enfermería en los cuidados de pacientes poli traumatizados en el servicio de emergencia, se comprobó que el 57% cuenta con una evaluación regular sobre el factor cognitivo de atención de los pacientes politraumatizados, seguido por un 33% evaluados de bueno y el 10 % con resultados malos en el nivel de conocimientos.

Discusión

Como se pudo constatar en nuestro estudio más de la mitad de las enfermeras en encuestadas presentaron un resultado regular en el nivel de conocimiento en la atención o cuidados de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital el Bajío, lo cual se considera que es factor de riesgo potencial para la recuperación y calidad en los servicios prestados.

4.3 Factores laborales condicionantes en la calidad de atención de enfermería

Tabla #6

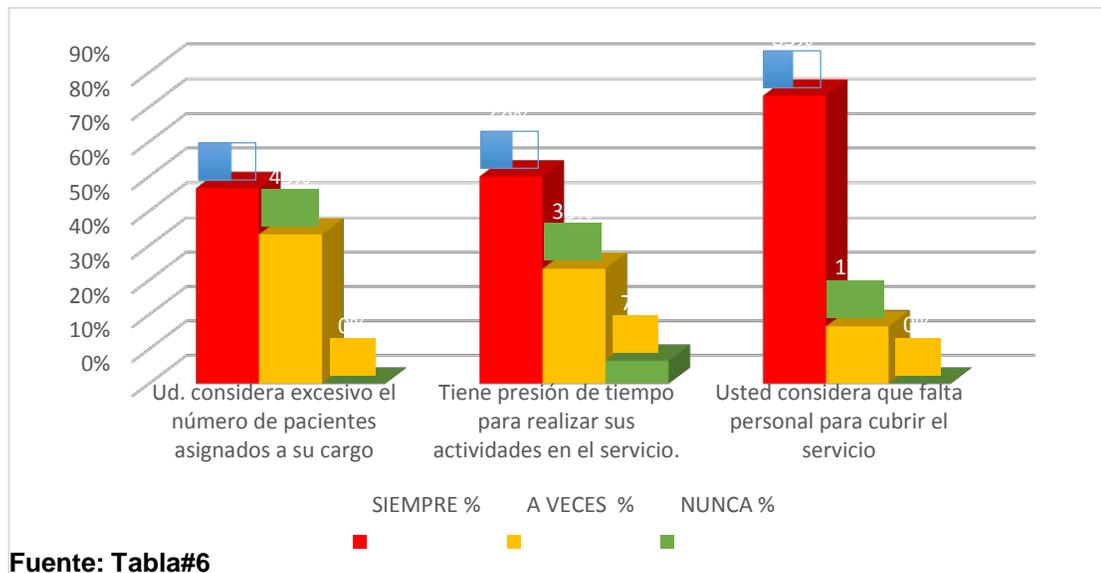
Factores laborales del personal de enfermería relacionado a la demanda de pacientes en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

RELACIONADO A LA DEMANDA DE PACIENTES	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ud. considera excesivo el número de pacientes asignados a su cargo	17	57%	13	43%	0	0%	30	100%
Tiene presión de tiempo para realizar sus actividades en el servicio.	18	60%	10	33%	2	7%	30	100%
Usted considera que falta personal para cubrir el servicio	25	83%	5	17%	0	0%	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico #6

Factores laborales del personal de enfermería relacionado a la demanda de pacientes en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018



Análisis

Como se puede observar en la presente tabla y gráfico, sobre Factores laborales del personal de enfermería relacionado a la demanda de pacientes en el servicio de Emergencia, se constató que el 57% de las enfermeras encuestadas plantean que siempre es excesivo el número de pacientes asignados a su cargo, el 60% considera que siempre sienten presión de tiempo para realizar sus actividades en el servicio, y el 83 % siempre considera que falta personal para cubrir el servicio.

Tabla #7

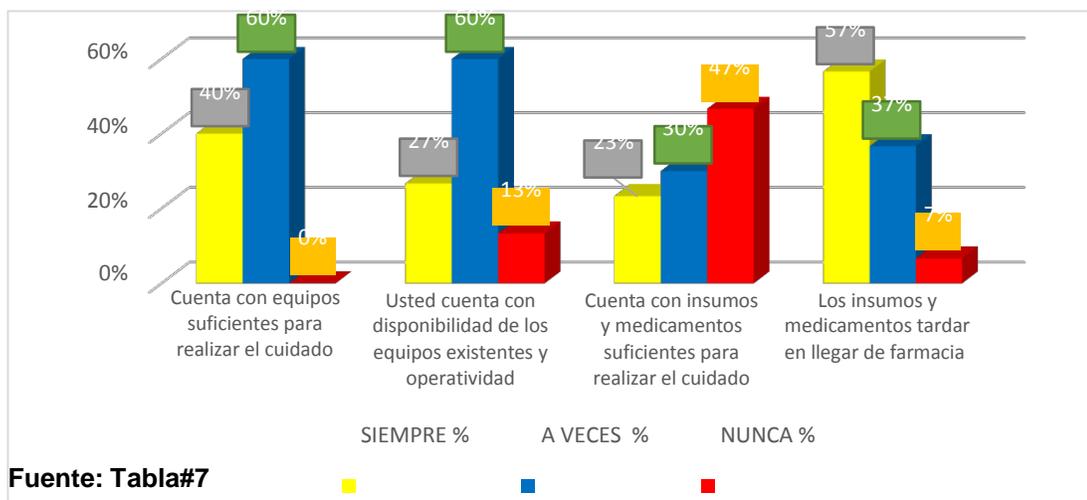
Factores laborales del personal de enfermería según disponibilidad de recursos y materiales en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS Y MATERIALES	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cuenta con equipos suficientes para realizar el cuidado	12	40%	18	60%	0	0%	30	100%
Usted cuenta con disponibilidad de los equipos existentes y operatividad de los mismos en el servicio.	8	27%	18	60%	4	13%	30	100%
Cuenta con insumos y medicamentos suficientes para realizar el cuidado	7	23%	9	30%	14	47%	30	100%
Los insumos y medicamentos tardar en llegar de farmacia para la atención del paciente	17	57%	11	37%	2	7%	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico #7

Factores laborales del personal de enfermería según disponibilidad de recursos y materiales en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018



Análisis

Como se puede observar en la presente tabla y gráfico, sobre Factores laborales del personal de enfermería según disponibilidad de recursos y materiales en el servicio de Emergencia, se constató que el 60% de las enfermeras encuestadas plantean que a veces cuentan con equipos suficientes para realizar el cuidado, el 60% considera que a veces cuenta con la disponibilidad de los equipos existentes y operatividad de los mismos en el servicio, el 47 % de las encuestadas plantean que nunca cuenta con insumos y medicamentos suficientes para realizar el cuidado en el momento adecuado, el 57% considera que siempre los insumos y medicamentos tardar en llegar de farmacia para la atención del paciente.

Tabla #8

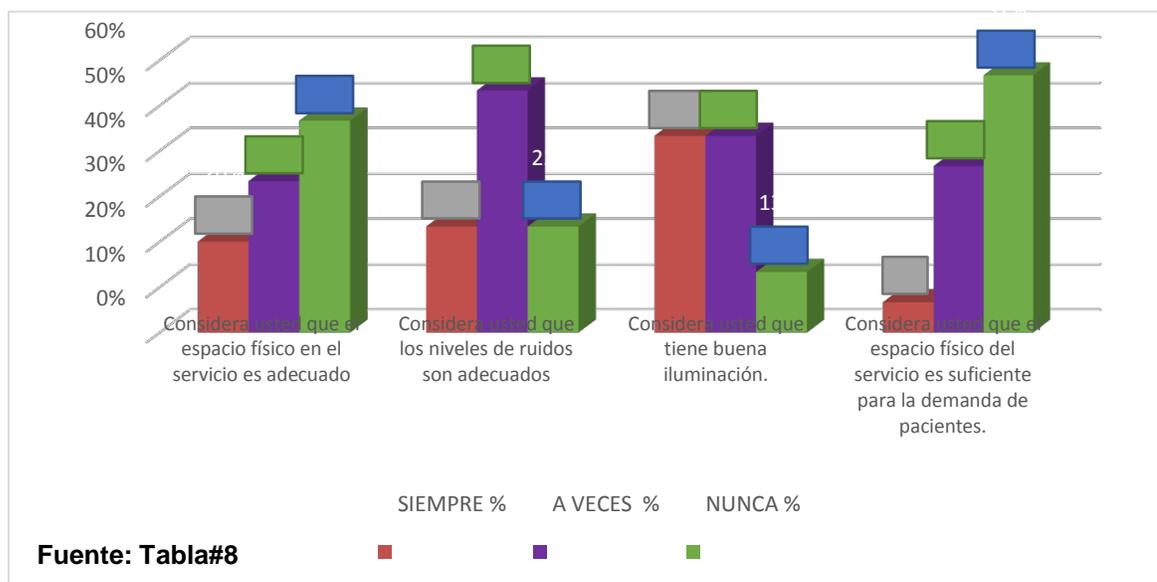
Factores laborales del personal de enfermería según condiciones del ambiente físico en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

CONDICIONES DEL AMBIENTE FÍSICO	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Considera usted que el espacio físico en el servicio es adecuado	6	20%	10	33%	14	47%	30	100%
Considera usted que los niveles de ruidos son adecuados para realizar sus actividades en su servicio.	7	23%	16	53%	7	23%	30	100%
Considera usted que tiene buena iluminación para realizar sus actividades en el servicio.	13	43%	13	43%	4	13%	30	100%
Considera usted que el espacio físico del servicio es suficiente para la demanda de pacientes.	2	7%	11	37%	17	57%	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico #8

Factores laborales del personal de enfermería según condiciones del ambiente físico en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018



Análisis

Como se puede observar en la presente tabla y gráfico, sobre factores laborales del personal de enfermería según condiciones del ambiente físico en el servicio de Emergencia, se constató que el 47% del personal de enfermería en estudio considera que nunca el espacio físico en el servicio es adecuado, el 53 % considera que los niveles de ruidos son adecuados para realizar sus actividades en su servicio, el 43 % considera que siempre u a veces tiene buena iluminación para realizar sus actividades en el servicio, y el 57% plantea que nunca el espacio físico del servicio es suficiente para la demanda de pacientes

Tabla #9

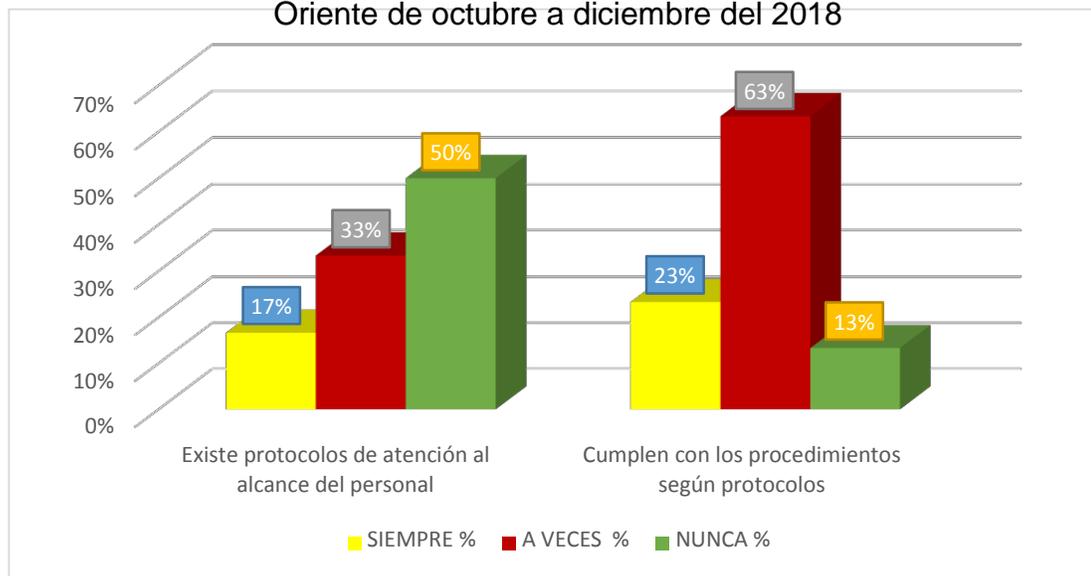
Factores laborales del personal de enfermería según uso de protocolo de atención en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018

USO DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN	SIEMPRE		A VECES		NUNCA		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Existe protocolos de atención al alcance del personal	5	17%	10	33%	15	50%	30	100%
Cumplen con los procedimientos según protocolos	7	23%	19	63%	4	13%	30	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico #9

Factores laborales del personal de enfermería según uso de protocolo de atención en el servicio de Emergencia del Hospital Municipal Bajío del Oriente de octubre a diciembre del 2018



Fuente: Tabla#9

Análisis

Como se puede observar en la presente tabla y gráfico, sobre Factores laborales del personal de enfermería según uso de protocolos en el servicio de Emergencia, se comprobó que el 50% del personal de enfermería en estudio plantean que nunca ha existido protocolos de atención al alcance del personal y el 63 % considera que a veces cumplen con los procedimientos según protocolos debido al desconocimiento su existencia y realizan dichas actividades de forma empírica por los conocimientos y habilidades adquiridas.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1.-De las características del personal de enfermería en el servicio de emergencia se comprobó que el 40% corresponde al grupo etareo de 31 a 40 años de edad, el 43% cuenta entre 6 a 10 años de trabajo en el servicio, el 30 % de las enfermeras culminaron su maestría y el 23% no realizó estudios de posgrado. En cuanto a cursos recibidos de PHTLS o ITLS se comprobó que el 60% no han pasado estos cursos especializados para la atención de los pacientes poli traumatizados

2.-Cuanto al factor cognitivo en relación al nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la calidad de atención en los cuidados de pacientes poli traumatizados asistidos en el servicio de emergencia del hospital se comprobó que el 57% cuenta con una evaluación regular.

3.-Los factores laborales condicionantes del personal de enfermería en el servicio de emergencia, relacionado con la demanda de pacientes consideran que siempre en un 83% hay falta personal para cubrir el servicio, el 60% considera que siempre sienten presión de tiempo para realizar sus actividades y el 57% que siempre es excesivo el número de pacientes asignados a su cargo. En la valoración de la disponibilidad de recursos y materiales el 60 % considera que a veces cuentan con equipos suficientes para realizar el cuidado y también cuenta con la disponibilidad de los equipos existentes y operatividad en el servicio, asimismo el 57% plantea que siempre los insumos y medicamentos tardar en llegar de farmacia para la

atención del paciente, de igual manera nunca en un 47% se cuenta con insumos y medicamentos suficientes para realizar el cuidado. En relación a las condiciones del ambiente físico, el 57% plantea que nunca el espacio físico del servicio es suficiente para la demanda de pacientes, el 53 % considera que los niveles de ruidos son adecuados, el 47% del personal de enfermería en estudio considera que nunca el espacio físico en el servicio es adecuado y el 43 % opina que siempre tiene buena iluminación para realizar sus actividades en el servicio. En el caso del uso de protocolos el 63 % considera que a veces cumplen con los procedimientos según protocolos y el 50% plantean que nunca han existido protocolos de atención al alcance del personal en el servicio.

5.2 Recomendaciones

- ✓ La investigadora dará a conocer los resultados del presente trabajo de investigación a las autoridades del hospital, para buscar estrategias y así poder brindar una atención con calidad, asimismo este instrumento sirva de base para futuras investigaciones y como material de estudio para el personal de enfermería.
- ✓ Se le recomienda a la jefa de enfermera y al comité de educación continua la planificar de forma correcta la actualización de conocimientos tanto teóricos - prácticos para el personal de enfermería que laboran en el área de emergencia, con eso conseguiremos mejores profesionales que afronte todas las diversidades reales que pasan dentro y fuera del servicio de emergencia.
- ✓ Solicitar a quienes correspondan el mejoramiento de la infraestructura y condiciones laborales, así como la dotación de los materiales y equipos que se encuentran dentro del servicio, para poder brindar un mejor servicio a los pacientes poli traumatizados que ingresan al servicio de emergencia.
- ✓ Se sugiere a la dirección de enfermería gestionar y poner a disposición para consulta y estudio de los protocolos de atención de pacientes poli traumatizados para estandarizar los cuidados y así mejorar la calidad de atención y seguridad de los pacientes.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Scielo. 2011; 28 (2):1- 3. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007
2. Vegas Rodríguez. FJ, Caballero Trenado. JV. Valoración del paciente politraumatizado. Gerencia del área de salud de Badajoz. Curso de Urgencias para residentes. Badajoz. 2017. Disponible en: <http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/politrauma.pdf>
3. Ataucuri Linares, Brenda Erika. Calidad De Cuidados De Enfermería Al Paciente Politraumatizado Del Servicio De Emergencia Del Hospital De Apoyo Puquio Felipe Huamán Poma De Ayala. Universidad Autónoma de Ica,2016.(http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007)
4. Paiva L, Rossi. La. experiencia del paciente politraumatizado y sus consecuencias. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Brasil. 2010. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_24.pdf.
5. Usiña P, Lilia. Conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial al paciente politraumatizado por accidente de tránsito Lima – Perú. 2013. Rev. Peruana ateneo 2015.
6. Abreu, Irene. Cuidado de Enfermería en el paciente politraumatizado al ingreso y su relación con los factores que influyen en la práctica. Valencia – Venezuela.2016.

7. Hernández y asociados. Factores que influyen en la omisión del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados de un hospital privado del Estado de San Luis Potosí. México. 2015.
8. Flores, Cesar y asociados. Factores relacionados con la calidad de atención de enfermería. Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seg. Social. México. 2015; v. 23: 143 – 148. Disponible en http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/56/90
9. Quesada A, Rabanal JM. Procedimientos técnicos en urgenciamergencias. Ergon. 1º ed. Madrid 2008
10. Dr. Curry, J. Manual de Asistencia al paciente politraumatizado, 2ª Edición. Grupo de trabajo en Medicina de Urgencia. Venezuela (2008, pág. 54)
11. Larrea Fabra ME. Historia de la cirugía del trauma. Rev Cubana Cir (Citado 12/9/2017); Pág. 46.
12. Domínguez, J. Internet, Revista Enfermería Integral (2005, diciembre). Está indicado: Volumen 1, de la página 24.
13. García, L.; Castillo, F., y Prado, B. “Modelo de Atención Integral a las Urgencias”. Emergencias (2011), Vol. 13. (3). pág. 153-154.
14. García Erce JA, Quintana Díaz M, Enrique Rodiles R. Conceptos básicos y errores comunes sobre la coagulación y el manejo de la anti coagulación en el paciente con traumatismo Emergencias 2012.24: 13-42

15. Morejon Carbonell. D, Gómez Sánchez A, López Palomares ML, Trueba Rodríguez D, Castillo López DB. Morbimortalidad por trauma grave. Rev. Cub Med Int Emerg 2016; 5(2):333-54.
16. Rodríguez G, Misa M. Valoración de la Atención de Urgencias al paciente con trauma grave. Revista Cubana de Cirugía. [Revista en Internet] 2002. [acceso 28 de agosto 2017]; 41(3): 188 – 93. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>
17. Domínguez J. Atención al poli traumatizado en un servicio de urgencias hospitalarias. Disponible en: www.enfervalencia.org/ei/72articuloscientificos
18. Espinás JA. Análisis de la incidencia, la supervivencia y la mortalidad según las principales causas de traumas. Rev Med Clin (Barc). 2011; 131(Supl 1):50-2.
19. Avilés Reinoso Lissette, Soto Núñez Claudia. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. Enferm. glob. 2014 Abr; 13(34): 323-329. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412&lng=es
20. Álvarez MA, Álvarez Fernández JÁ, Álvarez Márquez E, Arias Garrido JJ, Arnedillo Muñoz A, et al. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Madrid: Editorial Alhulia; 2014. p. 4-15.
21. Álvarez G, et al. Cuidados críticos de enfermería. España- Hospital Txagorritxu. 2014. Pág.23- 26. Disponible en: <http://clea.edu.mx/biblioteca/Procedimientos-de-enfermeria.pdf>

22. Báez-Hernández, Francisco et al. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan, v. 9, n. 2, oct. 2009. ISSN 2027-5374. Disponible en: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/>>
23. Hernández Cortina Abdul, Guardado de la Paz Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer. 2014 Ago., Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es
24. Zarate Grajales Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. IndexEnferm [Internet]. 2004; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296&lng=es.
25. Morales Asencio JM. Reorientación hacia los servicios de Urgencias hacia el Paciente. Emergencias Vol. 13, nº 1 Febrero; 2011: 1-3
26. American College of surgeons. ATLS. Soporte Vital Avanzado en Trauma. Décima edición. España. 2014
27. Hernández-Rodríguez E, Martínez-Vallina P, Moreno-Balsalobre R y Rodríguez-Suárez P. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de los traumatismos torácicos. En: Freixinet-Gilart J, editores. Normativa SEPAR. Barcelona: Ed. Respira; 2010. p. 3-27.
28. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
29. Barrios de Miranda Z, González de Álvarez L, Herrera Lian A, Jiménez de Tache MT. Atención de la persona politraumatizada en su etapa inicial.

Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas. 2005;1. Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0024.php>

ANEXO

UNIVERSIDAD AUTONOMA "JUAN MISAEL SARACHO"
DIRECCION DE POSTGRADO DE SALUD.
Santa Cruz - Bolivia
Calle Velasco No 580. 3er. Piso Telf. 3370219

Santa Cruz 29 de noviembre 2018.

A:

Lic. María Rafael Mamani

Lic. David Zuñiga

paStrAleu ... mtlll

Jefe del Servicio de Emergencia Hospital Municipal Bajío del Oriente.

PRESENTE.-

REF: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS DE
INVESTIGACION, CON FINES DE ELABORACION DE TESIS.

Tema: "Factores que influyen para la calidad de atención en pacientes
politraumatizados, emergencia Hospital Bajío del Oriente, Octubre -
Diciembre 2018"

Saludo a usted cordialmente, el motivo de la presente es para certificar
que la Lic. Verónica Huanca Araca es Maestrante del programa
Enfermería Medico Quirúrgico VII.

Solicito a su autoridad el poder brindar la colaboración para la
recolección de sus datos en la elaboración de su Tesis.

Agradeciendo su gentil atención me despido con las consideraciones más
distinguidas

Atentamente:

Lic. Verónica Huanca Araca,
Enfermera Titular
Enfermería Medico Quirúrgico VII

Anexo 2

CUESTIONARIO

Instrumento para medir el conocimiento del personal de enfermería sobre el cuidado del paciente politraumatizado a su ingreso de la emergencia

Estimado Licenciada(o) El presente formulario tiene como objetivo obtener información sobre el conocimiento en relación al paciente politraumatizado en el personal de enfermería en el servicio donde Usted labora.

En tal sentido se le solicita responder con veracidad las siguientes proposiciones. Se agradece de antemano su colaboración, garantizándole que la información que Ud. nos brinda es anónima y en estricta reserva.

Marque con una x las opciones correctas

DATOS GENERALES

1. Edad

2. Años de servicio

3. Estudios de posgrados

Especialidad____ Maestría____ Diplomado____

4. Recibe capacitaciones de actualización de.PHTLS o ITLS

Si____ No ____

**FACTOR COGNITIVO SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO A SU INGRESO DE LA EMERGENCIA**

**5. La acción inicial que debe realizarse en la primera valoración del
Paciente politraumatizado es:**

- a) Mantener la vía aérea permeable
- b) Controlar la ventilación
- c) Recoger todos los datos de su historial medico
- d) Comprobar el nivel de conciencia
- e) No se

**6. Para realizar la Evaluación rápida y detectar signos de
obstrucción de la vía aérea se debe buscar cuerpos extraños y:**

- a) Fracturas faciales mandibulares o de la tráquea y/o laringe
- b) Fractura de la columna cervical
- c) Presencia de secreciones, vómitos y/o sangre
- d) Evaluar las características de la respiración
- e) No se

**7. ¿Qué acción definitiva se debe realizar para asegurar la
permeabilidad de la vía aérea en el paciente politraumatizado?**

- a) La hiperextensión del cuello
- b) La colocación de cánula orofaríngea
- c) La aspiración de secreciones
- d) Colocación de collarín cervical
- e) No se

8. ¿Qué maniobra se debe realizar para establecer un Vía Aérea permeable en un paciente politraumatizado?

- a) Maniobra de Sellick
- b) Hiperextensión del cuello con elevación del mentón
- c) Elevación del mentón y el levantamiento de la mandíbula hacia arriba y adelante
- d) Flexión de la cabeza con elevación leve del mentón
- e) No se

9. En un paciente politraumatizado la inmovilización de columna cervical debe realizarse cuando presente:

- a) Lesión penetrante en abdomen sin alteración del nivel de conciencia
- b) Hemorragias profusas y sin poder controlarlas
- c) Traumatismo craneoencefálico con alteración del nivel de conciencia
- d) Falla cardíaca y respiratoria
- e) No se

10. Para medir un collar cervical, los puntos anatómicos de referencia son:

- a) Mentón a horquilla esternal
- b) Borde inferior de la mandíbula a musculo trapecio
- c) Borde inferior de la mandíbula a horquilla esternal
- d) Línea horizontal del mentón a base del cuello
- e) No se

11. ¿Qué características debemos buscar en la respiración durante la evaluación inicial del paciente politraumatizado?

- a) Frecuencia, ruidos respiratorios anómalos
- b) Frecuencia, profundidad y simetría
- c) Ausencia de la respiración o respiración apneica

- d) Ritmo, frecuencia y asimetría
- e) No se

12. ¿Qué mide la escala de Glasgow?

- a) La respuesta ocular
- b) Los reflejos osteotendinosos
- c) El nivel de conciencia
- d) La alteración de pares craneales
- e) No sé

13. ¿Qué parámetros evalúa la escala de Glasgow?

- a) Ocular, verbal y motora
- b) La orientación del paciente en tiempo, espacio y persona
- c) La alteración de los pares craneales
- d) Ninguna de las anteriores
- e) No sé

14. ¿Qué aspectos debemos buscar para precisar el estado hemodinámico del paciente politraumatizado?

- a) Disminución del nivel de conciencia, valorar hematuria y gasto cardiaco
- b) Llenado capilar, coloración de la piel y temperatura corporal
- c) Identificar fuentes exanguinantes de hemorragia, pulso, color de piel
- d) Presión arterial, signos de taponamiento cardiaco e ingurgitación yugular
- e) No se

15. ¿Cuál es el pulso más accesible para la exploración del paciente politraumatizado?

- a) El carotideo y el poplíteo
- b) El braquial y el carotideo
- c) El poplíteo y el braquial
- d) El femoral y el carotideo

e) No se

16. ¿Qué características debemos buscar en el pulso?

- a) Frecuencia, calidad y duración
- b) Regularidad, frecuencia y profundidad
- c) Ubicación, amplitud, frecuencia y ritmo
- d) Frecuencia, ritmo y simetría
- e) No se

17. Durante la evaluación inicial del paciente politraumatizado ¿Cómo se debe controlar la rápida pérdida de sangre al exterior?

- a) Férulas neumáticas
- b) Pinzas hemostáticas
- c) Elevar el miembro afectado
- d) Presión directa sobre la herida
- e) No se

18. La hipotensión de origen desconocido en un paciente politraumatizado, se debe asumir que es el resultado de:

- a) Trauma abdominal
- b) Amputación traumática
- c) Lesión espinal
- d) Neumotórax a tensión
- e) No se

19. La pérdida hemática tras sufrir un traumatismo es compensada por el organismo mediante la activación de:

- a) Sistema nervioso parasimpático
- b) Sistema reticular activante
- c) Arcos espinales reflejos

- d) Sistema nervioso simpático
- e) No se

20. Signo del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica:

- a) Bajo el FiO₂
- b) Disminución de los electrolitos
- c) Taquipnea y disminución del PCO₂
- d) Elevación de la Onda P
- e) No sé

21. Son soluciones compuestas por electrolitos y actúa como expansores eficaces de volumen durante un periodo breve:

- a) Cristaloides isotónicos
- b) Coloides sintéticos
- c) Sustitutos de la sangre
- d) Cristaloides hipotónicos
- e) No se

22. El Lactato de Ringer es la solución intravenosa de elección para el tratamiento del shock en el paciente politraumatizado porque:

- a) Extrae líquido del espacio intersticial hacia el espacio intravascular
- b) Contiene albumina y ayuda a mantener el líquido dentro del espacio intravascular
- c) Su composición es muy similar a los electrolitos del plasma sanguíneo
- d) Ayuda a mantener una adecuada hemostasia
- e) No se

23. Si en la evaluación neurológica inicial del paciente politraumatizado se obtiene una puntuación menor de 7 puntos, ello indica:

- a) Lesión grave, considerar manejo definitivo de la vía aérea
- b) Lesión leve, considerar transporte inmediato
- c) Lesión cervical y colocación de collarín rígido
- d) Postura de descerebración
- e) No se

24. ¿Durante la Evaluación Inicial que acciones se deben realizar para evitar la hipotermia en el paciente politraumatizado?

- a) Cerrar las ventanas y evitar corrientes de aire en el ambiente
- b) Cubrir al paciente con cobertores tibios, evitar mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre
- c) Calentar las soluciones endovenosas antes de administrarlas
- d) Debe encontrarse en camilla rígida y ser desvestido
- e) No se

25. ¿Cómo se realiza la valoración secundaria?

- a) Por regiones, iniciando desde el tórax
- b) De la cabeza a los pies, iniciando por la cabeza
- c) De la cabeza a los pies, iniciando por los pies
- d) Por sistemas, empezando por el sistema respiratorio
- e) No sé

26. ¿Cuál es el objetivo de la valoración secundaria?

- a) identificar lesiones que no se pudieron identificar durante la valoración primaria
- b) Identificar grande lesiones en el paciente
- c) Realizar exámenes auxiliares y complementarios
- d) Identificar lesiones de riesgo vital en el paciente.

**FACTORES COGNITIVOS SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE
POLITRAUMATIZADOS.**

ITEMS		Siempre	A veces	Nunca
Relacionado a la demanda de pacientes				
1	Ud. considera excesivo el número de pacientes asignados a su cargo			
2	Tiene presión de tiempo para realizar sus actividades en el servicio.			
3	Usted considera que falta personal para cubrir el servicio			
Disponibilidad de recursos y materiales				
4	Cuenta con equipos suficientes para realizar el cuidado			
5	Usted cuenta con disponibilidad de los equipos existentes y operatividad de los mismos en el servicio.			
6	Cuenta con insumos y medicamentos suficientes para realizar el cuidado			
7	Los insumos y medicamentos tardar en llegar de farmacia para la atención del paciente			
Ambiente físico				
8	Considera usted que el espacio físico en el servicio es adecuado.			
9	Considera usted que los niveles de ruidos son adecuados para realizar sus actividades en su servicio.			
10	Considera usted que tiene buena			

	iluminación para realizar sus actividades en el servicio.			
11	Considera usted que el espacio físico del servicio es suficiente para la demanda de pacientes.			
Uso de protocolo de atención				
12	Existe protocolos de atención al alcance del personal			
13	Cumplen con los procedimientos según protocolos			

PROPUESTA DE GUÍA PRÁCTICA DE ENFERMERIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

ELABORADO POR

VERÓNICA DIJANARA

SANTA CRUZ. BOLIVIA

MAYO 2019

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
2	OBJETIVO DE LA GUIA	2
2.1	Objetivo General	2
2.2	Objetivo Específicos	2
3	JUSTIFICACIÓN.....	3
4	DIMENSIÓN DEL PROBLEMA	3
5	DESARROLLO	4
5.1	Aspectos clínicos	4
5.2	Tipos de traumatismo	5
5.3	Triage en incidentes con múltiples víctimas (IMV)	5
5.4	Métodos diagnósticos y abordaje terapéutico	7
5.5	Valoración primaria y resucitación.....	7
6	PRACTICAS DE ENFERMERÍAS EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS.....	8
6.1	Atención Inicial Hospitalaria.....	8
6.2	Cuidados de enfermería generales.	11
7	BIBLIOGRAFÍA.....	15

1 INTRODUCCIÓN

El paciente politraumatizado, se define como aquella persona con lesiones orgánicas múltiples producidas en un mismo accidente que provocan consecuencias a nivel circulatorio y/o ventilatorio y que ponen en riesgo vital al paciente. El politraumatismo grave es una patología tempo dependiente, ya que el 40% de la mortalidad se produce en las dos primeras horas del postraumatismo, por lo que la asistencia a este tipo de trauma es considerada una necesidad urgente. La mortalidad del paciente politraumatizado tiene una distribución trimodal (tres picos), siendo el tiempo un factor fundamental, donde la primera hora es la más importante denominada "Hora de oro", la estabilización y la actuación precoz favorecerán entre otros, el pronóstico y mejorarán la supervivencia de este tipo de pacientes

La Enfermería, cumple así un papel fundamental en el equipo de atención hospitalaria, desde la función de triaje, ya que actualmente es el personal de Enfermería el que con más frecuencia lo realiza, hasta la misma atención al paciente. Por ello, los profesionales de Enfermería, son un elemento esencial y deben tener integrada la formación y habilidades necesarias como, por ejemplo, el liderazgo, el trabajo en equipo y las competencias específicas, para poder proporcionar un adecuado nivel de asistencia, acorde con las necesidades individuales de cada paciente y adaptadas a cada situación de urgencia, mejorando así la calidad asistencial y proporcionando una atención segura para éste

Los profesionales de Enfermería forman parte del equipo asistencial Servicio de Emergencias Médicas, entre sus responsabilidades cabe destacar la de proporcionar cuidados a todos los pacientes que se encuentren en situación crítica o de riesgo vital, a nivel individual y/o colectiva, agilizando una toma de decisiones con una metodología sistematizada, fundamentada en los avances en el campo de la salud según los principios bioéticos.

En la actualidad las lesiones traumáticas van en aumento mientras que las cardiopatías, el cáncer y accidentes vasculares encefálicos disminuyen. Como respuesta a este acuciante problema en la comunidad médica se ha creado un sistema integral de asistencia al politraumatizado. Considerando la importancia que desprende los cuidados especiales de enfermería y su valoración, nos proponemos desarrollar una guía de práctica clínica del paciente politraumatizado para todo el personal de enfermería que está en vía de la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

2 OBJETIVO DE LA GUIA

2.1 Objetivo General

Concientizar al personal de enfermería sobre la seguridad y la excelencia en la prestación de los servicios de salud en pacientes politraumatizados

2.2 Objetivo Específicos

- Protocolizar el actuar de enfermería frente a un paciente politraumatizado.
- Elevar el nivel científico técnico del personal de enfermería a partir de conocimientos y habilidades.
- Disminuir la mortalidad y el tiempo de recuperación de los pacientes con buenas prácticas de enfermería.

Esta guía pretende servir de referencia para la atención inicial básica de los pacientes politraumatizados por parte del personal de los Servicios de Urgencia prehospitalarios y Sistemas de Emergencias Médicas, así como personal de Atención Primaria de la salud en general. Siendo dirigida específicamente a:

- 1) Enfermeras y auxiliares de los servicios de emergencias
- 2) Médicos y residentes de medicinas del servicio de emergencias
- 3) Médicos generales y de familia de equipos de Atención Primaria

- 4) A todo el personal de salud del hospital, independientemente del servicio u especialidad.

3 JUSTIFICACIÓN

Creemos que las competencias de los profesionales de Enfermería que se dedican a la atención en los servicios de emergencias son de vital importancia, ya que es fundamental tener un nivel de razonamiento crítico para la toma de decisiones y un elevado nivel de habilidades. La preparación de los profesionales de Enfermería y de cada uno de los componentes del equipo sanitario es esencial para que de esta forma se mejore la asistencia desde el momento cero.

Desde nuestro punto de vista, es un tema del que se pueden extraer amplios conocimientos y aclarar con ellos las posibles dudas que se nos puedan presentar a los profesionales de Enfermería ante estas situaciones, ya que el papel de Enfermería es primordial e imprescindible en la atención inicial al paciente politraumatizado.

4 DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

El traumatismo se configura en la sociedad moderna como la primera causa de mortalidad en menores de 45 años y la tercera después de esta edad, dejando tras de sí una terrible lacra de discapacitados y pérdidas millonarias, al incidir fundamentalmente entre los jóvenes adultos económicamente activos. Los accidentes de tráfico suponen la etiología principal del traumatismo, siendo otras causas las caídas fortuitas y accidentes domésticos, accidentes, agresiones, etc. En nuestro país constituye una verdadera pandemia; así, si agrupásemos sus consecuencias en los últimos 20 años nos encontraríamos con alrededor de 150.000 fallecidos y 2.500.000 heridos (de ellos 750.000 graves).

Analizando pormenorizadamente los diferentes tipos de lesiones los traumatismos craneoencefálicos (TCE) constituyen la principal causa de mortalidad por accidente

de circulación. "Los trastornos craneoencefálicos graves son causados mayoritariamente por accidentes de tráfico (78%) a gran distancia de la segunda causa (accidentes laborales, 9,13%)", calculándose una incidencia de 200 casos/100.000 habitantes/año, y son origen de graves secuelas. "Los trastornos craneoencefálicos, con sus graves secuelas de alteraciones neurológicas tanto físicas como psicológicas, generan cada año 800 cuadros de discapacidad severa. De las víctimas de un TCE grave sólo 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 ingleses para deambular"

Hoy, en las sociedades modernas, la morbimortalidad de la enfermedad traumática dependerá de la calidad de cuidados ofertados inicialmente al paciente; es decir, de la adecuada implantación de un "sistema de cuidados traumatológicos" eficaz, sistema cuyos beneficios se podrían concretar en:

- Reducción del número y severidad de las discapacidades.
- Disminución de la mortalidad.
- Reducción y control de los costes.
- Disminución de las cargas sociales.
- Disminución del impacto de la enfermedad "segundo trauma" en las familias.

5 DESARROLLO

5.1 Aspectos clínicos

Al tratarse de una lesión multisistémica la presentación clínica será variable dependiendo del tipo, número y severidad de la afectación de los diferentes órganos y aparatos. Pero lo que sí cobra realmente importancia desde un inicio es la determinación precoz del nivel de gravedad del paciente, o los pacientes con incidentes con múltiples víctimas. Esta consideración, por tanto, obliga a la realización de un despistaje clínico de tal circunstancia que deberá realizarse en función de los hallazgos físicos del herido y de la cinemática implicada en el traumatismo, y de efectuar un "triage" o clasificación preliminar en caso de

incidentes con múltiples víctimas. No se considera necesario el uso rutinario de índices de gravedad en estos pacientes, al menos de forma precoz.

5.2 Tipos de traumatismo

A efectos académicos básicamente podríamos diferenciar 6 tipos o situaciones diferentes en el paciente politraumatizado:

- 1) Situación de shock.
- 2) Traumatismo craneoencefálico.
- 3) Traumatismo torácico.
- 4) Traumatismo abdominal.
- 5) Traumatismo raquímedular.
- 6) Traumatismo de extremidades

5.3 Triage en incidentes con múltiples víctimas (IMV)

Indica selección o clasificación de pacientes. Ante la atención en IMV con toda seguridad los recursos disponibles se verán superados por el número de víctimas, por tanto necesitamos de una herramienta que ayude a determinar cuáles de ellas precisan una atención prioritaria y cuáles pueden esperar a ser atendidas. Esta clasificación estará basada en la posibilidad de supervivencia, requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles. Es por tanto un método (conjunto de procedimientos asistenciales) que aplicado sobre una víctima orientará sobre sus posibilidades de supervivencia inmediata, indicará la priorización en la atención, determinará las maniobras básicas previas a su evacuación y establecerá la preferencia en el transporte a los diversos centros sanitarios. En general se contemplan 4 tipos de prioridad en la atención en IMV.

A. Prioridad máxima

Presencia de lesiones que amenazan la vida en forma inmediata, por ejemplo: lesiones con riesgo inminente de muerte (lesiones RIM), lesiones altas de columna cervical y shock severo.

El concepto de lesiones RIM incluye: neumotórax a tensión, neumotórax aspirativo, hemotórax masivo, volet costal, taponamiento cardiaco y contusión pulmonar grave bilateral.

B. Prioridad elevada

Presencia de lesiones severas, pero que permiten la estabilización del enfermo y que no son una amenaza inmediata para la vida: deben ser atendidas entre los primeros 30 y 60 minutos (lesiones encefalocraneanas, lesiones medulares, lesiones intrabdominales, quemaduras, traumatismo extenso de tejido blando y fractura de pelvis).

C. Prioridad retardada

Presencia de lesiones que pudieran ser importantes, algunas de las cuales permanecen ocultas o son potencialmente graves: pueden esperar horas sin amenaza para la vida o incapacidad permanente (lesiones vasculares periféricas, fractura de pelvis, traumatismos faciales y tejidos blandos).

D. Expectante

Heridos que tienen poca probabilidad de vida por presentar lesiones graves que, dependiendo de los recursos de la institución, serán atendidas o no.

Se han elaborado múltiples métodos de triage en IMV (SHORT, START, MRCC, Sieve, etc.) la aplicación de uno u otro estará en función de la cualificación de los intervinientes, la relación entre el número de víctimas y el de respondedores, la seguridad de la escena, los protocolos locales, etc.

5.4 Métodos diagnósticos y abordaje terapéutico

La metodología de "atención inicial al politraumatizado" está basada en el seguimiento de un procedimiento sistemático bien establecido, donde se imbrican simultáneamente procesos diagnósticos y terapéuticos, y cuyos objetivos son fundamentalmente dos:

- 1) La detección y solución inmediata de los procesos que pueden acabar con la vida del paciente en muy corto espacio de tiempo.
- 2) El desarrollo de una sistemática de evaluación pormenorizada que evite que alguna lesión pueda pasar desapercibida.

Aceptando el método universal desarrollado por el Advanced Trauma Life Support (ATLS), el manejo del paciente debe consistir en 6 etapas claramente diferenciadas:

- Valoración primaria y resucitación.
- Valoración secundaria.
- Categorización y triage.
- Derivación y transporte.
- Reevaluación continúa.
- Cuidados definitivos.

La revisión constante de las recomendaciones en la atención al politraumatizado, así como de esta metodología, en función de la evidencia existente, será la única manera válida de mantener la excelencia clínica necesaria para el adecuado abordaje de un tipo de paciente tan complicado como este.

5.5 Valoración primaria y resucitación

Su objetivo es evitar la muerte inmediata del paciente detectando las situaciones que ponen en riesgo su vida, resolviéndolas de inmediato. Lo realizamos siguiendo la clásica regla del A, B, C, D, E, donde A representa la vía aérea y control cervical

bimanual, B la ventilación, C la circulación, D estado neurológico y E la exposición corporal completa y control ambiental. Se iniciará con la A y finalizará con la E; no se pasará de una letra a otra sin haber resuelto previamente la anterior.

6 PRACTICAS DE ENFERMERÍAS EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

Intervención de enfermería

6.1 Atención Inicial Hospitalaria

1. Se realiza un primer examen

a) Vía aérea permeable con control de la columna cervical. Para facilitar la respiración y evitar las lesiones cervicales (sospechar lesión de la columna en todo paciente politraumatizado).

Principio de Enfermería:

- ❖ El oxígeno llega a los alvéolos pulmonares por la nariz o la boca, la faringe, tráqueas, bronquios y bronquiolos.
- ❖ Proteger al paciente de lesiones, agentes externos o enfermedades.

b) Respiración: Ventilación – oxigenación. Con el fin de evitar la hipoxemia

Principio de Enfermería:

- ❖ Todas las células del organismo necesitan un aporte suficiente de oxígeno pues es indispensable para la vida.

c) Comprobar la circulación con control de la hemorragia. Para detectar sangramientos y evitar shock hipovolemico

Principio de Enfermería:

- ❖ El volumen de líquido puede modificarse por variaciones del equilibrio líquido del organismo.

d) Evaluación neurológica. Para identificar la presencia de patologías intracraneales o una disminución en el aporte de oxígeno

Principio de Enfermería:

- ❖ Las neuronas corticales desaparecen desde que se privan de oxígeno, se cree que después de unos minutos de privación se daña irreparablemente la corteza cerebral.

e) Exposición completa del paciente con control y tratamiento de la hipotermia. Para diagnosticar lesiones del cuerpo y los cambios de temperaturas

Principio de Enfermería:

- ❖ -No examinar por encima de las ropas.
- ❖ Privacidad.
- ❖ El calor se pierde del cuerpo en su mayor parte por conducción, corrección y evaporación en la superficie de la piel
- ❖ La cantidad de calor perdido por el organismo, está en relación directa con la cantidad de sangre circulante próxima a la piel y es influida por la dilatación o conducción de las arteriolas periféricas.

2) Reanimación Cardiopulmonar:

a) Por fallo respiratorio: en caso de obstrucción aguda de las vías aéreas o traumatismos torácicos

Principio de Enfermería:

- ❖ Todas las células del organismo necesitan un aporte suficiente de oxígeno pues es indispensable para la vida.

- ❖ El oxígeno llega a los alvéolos pulmonares por la nariz o la boca, la faringe, tráqueas, bronquios y bronquiolos.

b) Por fallo circulatorio: en caso hemorragia

Principio de Enfermería:

- ❖ La sangre transporta sustancias del exterior al interior de la célula y viceversa, por eso el volumen de la sangre circulante debe conservarse dentro de ciertos límites para satisfacer las necesidades del organismo

3) Segundo Examen:

A) Consiste en una exploración semiológica completa, minuciosa, sistemática y sucesiva del paciente para diagnosticar otras lesiones en el paciente y la Valoración hemodinámica del mismo.(**ver anexo 1, tabla n2**).

Principio de Enfermería:

- ❖ No examinar por encima de la ropa.
- ❖ Efectuar bien cada maniobra (semiotécnica depurada)

4) Tratamiento Definitivo:

a) Este se llevara estrictamente para logra la recuperación del paciente, evitando complicaciones.

Principio de Enfermería:

- ❖ Ayudar al paciente a recuperar su salud.
- ❖ Proteger al paciente de lesiones, agentes externos o enfermedades.

6.2 Cuidados de enfermería generales.

1) Preparación de la unidad de paciente. Con el fin de poder brindar el soporte vital necesario teniendo en cuenta que los primeros minutos son decisivos para la vida del paciente.

Principio de Enfermería:

- ❖ Proteger al paciente de lesiones, agentes externos o enfermedad.

2) Recepción del paciente politraumatizado.

a) Es el cuidado más importante ya que el traslado a la cama se debe realizar en bloque para evitar lesiones raquimedulares.

Principio de Enfermería:

- ❖ Proteger al paciente de lesiones, agentes externos o enfermedad.

b) Si el paciente está estable hemodinámicamente se pondrá un froule de 45grado para facilitar el retorno venoso y la disminución del edema cerebral.

Principio de Enfermería:

- ❖ Proteger al paciente de lesiones, agentes externos o enfermedad.

3) Aspiración de secreciones nasales y traqueo bronquéales. Para mantener vía aérea permeable.

Principio de Enfermería:

- ❖ El oxígeno llega a los alvéolos pulmonares por la nariz o la boca, la faringe, tráqueas, bronquios y bronquiolos.

4) Administrar oxigenoterapia y si es necesario ventilación artificial para evitar las hipoxemias.

Principio de Enfermería:

- ❖ Todas las células del organismo necesitan un aporte suficiente de oxígeno pues es indispensable para la vida.

5) Monitoreo clínico y electrónico. Para hacer una valoración continua y detectar tempranamente alteraciones en las esferas vitales de manera que puedan ser rápidamente corregidas.

6) Mantener medidas de asepsia y antisepsia. Para evitar infecciones.

Principio de Enfermería:

- ❖ Proteger al paciente de lesiones, agentes externos o enfermedad.

7) Preparación psicológica a los familiares. Con el fin de disminuir el estrés y darle seguridad a la familia e información acerca de los procedimientos que se deben realizar.

Principio de Enfermería:

- ❖ Saber y comprender.

8) Canalización de vena. Con fines terapéuticos, investigativos o de control.

Principio de Enfermería:

- ❖ Las soluciones endovenosas ayudan a mantener el balance electrolítico.
- ❖ Las inyecciones por vía endovenosa eliminan el proceso de absorción pues la solución pasa directamente al torrente circulatorio.

9) Cumplimiento estricto del tratamiento médico. Para obtener resultados satisfactorios en la evolución del paciente.

Principio de Enfermería:

- ❖ la acción de los medicamentos dependen de la variabilidad biológica, psicológica.

10) Administrar la dieta adecuada. Con el fin de mantener los requerimientos nutricionales del paciente.

Principio de Enfermería:

- ❖ Todas las células del organismo necesitan nutrición adecuada.
- ❖ Los alimentos son sustancias que al ser absorbidas por la sangre pueden utilizarla para construir y reparar células.

11) Control estricto del balance hidromineral. Con el fin de valorar los ingresos y egresos del paciente.

Principio de Enfermería:

- ❖ Proteger al paciente de lesiones, agentes externos o enfermedad.

12) Preparación par exámenes complementarios. Para facilitar el monitoreo clínico del paciente.

13) Reclamar e interpretar exámenes complementarios. Para la toma de conducta medica según los resultados.

14) Mantener la higiene personal. Con el fin de evitar lesiones secundarias.

Principio de Enfermería:

La limpieza de la piel y las mucosa contribuyen a conservarlas sanas.

15) Realizar aseo de cavidad bucal. Con el fin del arrastre de la mayor cantidad de secreciones para evitar la parotiditis infecciosa.

Principio de Enfermería:

- ❖ Las bacterias proliferan en los medios tibios, oscuros y húmedos de la cavidad bucal, el sarro se acumula en los dientes

16) Mantener ética profesional. Para mantener la interrelación paciente, familia y equipo de salud.

Principio de Enfermería:

- ❖ Ayudar al paciente a conservar su personalidad.

16) Realizar una amplia valoración de enfermería reflejando en la historia clínica todos los datos obtenidos durante el turno .Para darle continuidad al proceso del cuidado intensivo.

Principio de Enfermería:

- ❖ La comunicación entre individuos está influida por la relación que tienen las personas. Los símbolos de la comunicación los interpreta el individuo según su caudal peculiar de experiencia.

11) Rehabilitación. Esto se lleva a cabo con el fin de reincorporarlo a la sociedad lo más pronto posible con las menores lesiones discapacitantes.

Principio de Enfermería:

- ❖ Ayudar al paciente a incorporarse a la sociedad.

7 BIBLIOGRAFÍA

1. Aberdi Odriozola F, Azaldegui Berroeta F. Impacto de la implantación de un Sistema de Cuidado Traumatológico en la mortalidad del trauma severo. *Med Intensiva*, 30 (2006), pp. 336-8
2. López Ortega, J., Morales Asencio. J.M., Quesada Moya, A., Autores. Cuidados al paciente crítico adulto. Tomo II ed. Difusión Avances de Enfermería, c/ Arturo Soria, 336-2ª Planta 28033 Madrid (España); 2007. [Citado 27 Ene 2019]
3. Soler W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., Álvarez, A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [internet]. 2010 [Citado 17 Nov 2015]; Vol. 33(1). Disponible en: Atención al paciente politraumatizado y perfil profesional de Enfermería en Emergencias Extrahospitalarias Pág 46 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid &script=sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=&script=sci_arttext).
4. López Ortega, J., Morales Asencio. J.M., Quesada Moya, A., Autores. Cuidados al paciente crítico adulto. Tomo I ed. Difusión Avances de Enfermería, c/ Arturo Soria, 336-2ª Planta 28033 Madrid (España); 2007. [Citado 27 Ene 2019]
5. SEM- Sistema d' Emergències Mèdiques Generalitat de Catalunya [internet]. 2011 [Citado 17 feb 2019]. Disponible en: http://sem.gencat.cat/es/sistema_d_emergencies_mediques_sa/actualitat/12.
6. Casillas Ríos, A. El Sistema Español de Triage en urgencias. Publicaciones didácticas. [Internet]. 2011 [Citado 17 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.seindor.com/publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/020021/articulo-pdf>

7. Moya Mir, M.S., Piñera Salmerón, P., Mariné Blanco, M, editores. Tratado de Medicina de Urgencias. Tomo I ed. Ergon.c/. Arboleda, 1-28221 Majadahonda (Madrid): Laboratorios Menarini S.A; 2011. [Citado 22 feb 2019]

8. Vicente Molinero, A., Muñoz Jacobo, S., Pardo Vintanel, T., Yáñez Rodríguez, F. Triage in situ extrahospitalario. SEMERGEN- medicina de familia [internet]. 2011[Citado 11 dic 2018]; Vol. 37(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/esrevista-semergen-medicina-familia-40-articulo-triaje-in-situ-extrahospitalario90002697>)

9. Jiménez Murillo, L., Montero Pérez, F.J. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª edición. Elsevier, Barcelona (España) 2014. [Citado 16 dic 2018]

10. Carlavilla Martínez, A.B., Castelbón Fernández, F.J., García Sánchez, J.I., García Lorenzo, V., Ibero Esparza, C., Lalueza Blanco, A., [Et al].Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 6ª edición Madrid (España); 2007. [Citado 16dic 2018].

Anexo 1

Tabla 2: VALORACIÓN SECUNDARIA

Segmento corporal	¿Qué evaluar?	¿Qué hacer?
Cabeza	Ver y palpar toda la cabeza -Evaluar pupilas -Heridas penetrantes, hundimientos, hematomas y edemas. -Oto-rinorragia y pérdida de LCR -Quemadura de vías aéreas Ojos de mapache	-Control vía aérea expedita: maniobras elementales de vías superior avanzada. -Control de la hemorragia. -Inmovilizar la cabeza con control de los movimientos laterales.
Cuello	Ver palpar y auscultar -Ingurgitación yugular, pulso central carotídeo -centralización traqueal	Inmovilizar el neuroeje -Control de la hemorragia -RX.cervical de perfil
	-Heridas penetrantes -Enfisema subcutáneo -Hematomas expansivos y edemas -Contractura muscular y dolor -Quemaduras	
Tórax	Ver, palpar, percudir y auscultar Heridas penetradas y contusiones -Evaluar hemo neumotorax abierto o cerrado Evaluar dolor torácico -estabilidad de pared torácica Fracturas, quemaduras, etc.	-Drenaje pleural y/o pericardio -Control de hemorragias -Estabilizar pared torácica -Taponaje parcial con gasa vaselinada (sangrantes – aspirantes de tórax -RX .tórax

Anexo 2 FOTOGRAFIAS



Foto N°1 Hospital del Bajío



Foto N°2: Servicio de emergencia



Foto N°3 Atención a Pacientes politraumatizado



Foto N°4 Pacientes politraumatizado



Foto N°5 Pacientes politraumatizado encamado



Foto N°6 Pacientes politraumatizado