

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD
CLINICA DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL “Dr.
RICARDO BAQUERO GONZALEZ” PARROQUIA SUCRE,
DISTRITO METROPOLITANO. SEGUNDO SEMESTRE 2010**

Tutor
M.Sc Sergio Campos

Autora:
García Heissa
C.I. 16.669.989

Caracas, Mayo 2011

DEDICATORIA

A Jesucristo mi señor y salvador, Dios todopoderoso por su amor, gracia y misericordia.

A mis Padres por todo su apoyo, amor y comprensión en todo momento.

A mi Esposo, Sergio Hernández por ser mi gran estímulo de seguir adelante y obtener mis grandes logros.

Heissa G.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mis más sinceras palabras de gratitud:

A todo el personal docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela por aportar todos sus conocimientos en mi formación como profesional de enfermería.

Al M.Sc. Sergio Campos por su destacada labor como tutor de esta investigación.

A mi compañera de estudio Jennifer Zambrano, por su compañía, apoyo y amistad en estos años de carrera.

Al personal de enfermería del área clínica de emergencia adultos del Hospital Dr. “Ricardo Baquero González” de la parroquia Sucre por la colaboración prestada para con el desarrollo de esta investigación.

A todos ustedes, muchas gracias.

La autora.

ÍNDICE GENERAL

	Pp
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice de Tablas.....	iv
Índice de Gráficos.....	v
Resumen.....	vi
Introducción.....	1
 CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos del Estudio.....	6
Justificación del Estudio.....	7
 CAPÍTULO II. MARCO TEORÍCO	
Antecedentes.....	9
Bases Teóricas.....	12
Sistema de Variable.....	38
Operacionalización de la Variable.....	39
 CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	
Tipo de Estudio.....	41
Población y Muestra.....	42
Instrumento de Recolección de Datos.....	42
Procedimiento para Recolección de Datos.....	43
Técnica de Análisis de Datos.....	43

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	49
Recomendaciones.....	50
Referencias Bibliográficas.....	51
Anexos	54

INDICE DE TABLAS

TABLA		Pp
1	Distribución de Frecuencia y Porcentaje del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del sistema respiratorio del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia	45
2	Distribución de Frecuencia y Porcentaje del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del sistema circulatorio del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia	46
3	Distribución de Frecuencia y Porcentaje del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del estado neurológico del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia	47

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICOS		Pp
1	Representación Gráfica del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del sistema respiratorio del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia	45
2	Representación Gráfica del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del sistema circulatorio del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia	46
3	Representación Gráfica del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del estado neurológico del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia	47

**CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD
CLINICA DE EMERGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL “Dr.
RICARDO BAQUERO GONZALEZ” PARROQUIA SUCRE,
DISTRITO METROPOLITANO. SEGUNDO SEMESTRE 2010**

Tutor
M.Sc Sergio Campos

Autora:
García Heissa
C.I. 16.669.989

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar los cuidados de enfermería a los pacientes politraumatizados que ingresan a la unidad Clínica de Emergencia adultos del Hospital Médico Quirúrgico del Oeste “Dr. Ricardo Baquero González”. Para ello se realizó una investigación descriptiva, la población – muestra estuvo conformada por 20 enfermeras profesionales que forman parte de la nomina fija del Hospital, distribuidas en los tres turnos de trabajo en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital Médico Quirúrgico del Oeste “Dr. Ricardo Baquero González”. El instrumento de recolección de datos fue una guía de observación con 18 preguntas. Dicha guía ya ha sido utilizada en otras investigaciones relacionadas al tema por lo cual tiene su validez y es confiable. Para el procesamiento de los datos se utilizó una tabulación manual y los datos fueron representados en cuadros y gráfico. Los resultados permitieron concluir, entre otras cosas, que: Existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan la valoración inicial de los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia que incluye conocer el estado del sistema respiratorio, La mayor parte de los profesionales de enfermería no realizan la valoración circulatoria de los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia, En cuanto a la valoración neurológica existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan dicha valoración a los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia, Existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan la valoración tegumentaria de los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia. En este sentido se hacen las siguientes recomendaciones: Incentivar la programación de actividades educativas, con la finalidad de actualizar al personal de enfermería sobre la valoración del paciente politraumatizado. Incentivar al personal de enfermería a que participen de forma constante y activa en programas de instrucción continua, referido a la valoración del paciente politraumatizado. Presentar los resultados del estudio al personal de enfermería integrantes de la población estudiada, para motivarlos a crear estrategias que fortalezcan su práctica laboral frente al paciente politraumatizado, en el rol asistencial, en esta área de la salud tan importante

Descriptores: Cuidados de enfermería, Pacientes politraumatizados

INTRODUCCIÓN

Los Traumatismos constituyen una de las primeras causas de muerte en el mundo. En Venezuela, según el anuario Epidemiológico y Estadístico Vital del MSDS para el año 2002, los accidentes de todo tipo constituyen la primera causa de muerte y dentro de estas, los accidentes de tránsito, son los que poseen mayor cifras.

Rodríguez V (1999) define a los pacientes politraumatizados como: "...aquellas personas que han recibido generalmente en forma simultánea e inesperada múltiples traumas en diferentes estructuras, órganos, aparatos o sistemas del cuerpo humano que ponen en peligro su vida, requiriendo atención de inmediato". (p.66)

De acuerdo con la definición anterior, a los pacientes politraumatizados se les debe proporcionar la atención requerida de forma segura y oportuna, ya que estas personas presentan lesiones que pueden ser deformantes, por lo cual se debe realizar un trabajo sistemático y organizado, descartando lesiones ocultas que ponen en peligro la vida del individuo. Por lo que se puede decir que tanto la sobrevida como las secuelas por lesión traumática dependen de la rápida intervención del soporte vital que abarca la vía aérea, la respiración, la circulación y la prevención de lesiones.

La enfermería tiene un compromiso con la excelencia profesional para brindar la calidad asistencial adecuada, ya que el campo de investigación de enfermería le permite proveerse de bases científicas con conocimientos que le ayudan a resolver problemas relacionados con el cuidado del paciente politraumatizado.

En este sentido, el cuidado óptimo del politraumatizado requiere de un sistema dirigido con la vinculación de muchas disciplinas y un manejo continuo de cuidados médicos y de enfermería.

Es por ello, que se plantea la presente investigación cuyo objetivo está dirigido a conocer los Cuidados de enfermería proporcionados a los Pacientes Politraumatizados, lo cual permitirá conocer la realidad del cuidado que se presta a los requerimientos a fin de proporcionar posibles soluciones.

El informe de la investigación se presenta en cinco capítulos: Capítulo I: el problema que comprende el planteamiento del problema, objetivos y justificación del estudio. Capítulo II: el Marco Teórico que comprende antecedentes sobre el tema, bases teóricas, sistemas y operacionalización de variables y definición de términos. Capítulo III: Diseño Metodológico que comprende el tipo de estudio, población, muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, validez y técnicas de análisis de resultados. Capítulo IV: resultados de la investigación que comprende, presentación de resultados y análisis e interpretación de los resultados. Capítulo V: conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

Los profesionales de enfermería actualmente se están enfrentando con uno de los retos más importantes como es la atención de los pacientes politraumatizados, considerados según González J (2006) como: “aquellas personas que han recibido generalmente en forma simultánea e inesperada, múltiples traumas en diferentes estructuras, órganos, aparatos y/o sistemas del cuerpo humano que ponen en peligro su vida y que requieren atención inmediata”. (p.533)

El resultado final de un traumatismo según Rodríguez V (1999) depende de la complejidad o grado de compromiso funcional y para lo cual establece que se debe tomar en cuenta:

En primer lugar la gravedad de las lesiones, en segundo lugar el intervalo transcurrido entre el momento de la producción de la lesión y el comienzo de la terapéutica y en tercer lugar la calidad de atención prestada tanto pre-hospitalaria como hospitalaria. (p.66)

La referencia anterior sustenta la importancia de la actividad del personal de enfermería quien debe estar capacitado para proporcionar cuidados eficientes de acuerdo a las necesidades identificadas en el paciente politraumatizado durante su valoración, procediendo a la instalación del tratamiento de acuerdo a la jerarquización de los problemas y las lesiones presentadas.

Los profesionales de enfermería continuamente satisfacen las urgentes, complejas y rápidamente cambiantes necesidades de los pacientes politraumatizados. Además de la atención recibida por los profesionales de enfermería, estos pacientes requieren de la intervención de un equipo multidisciplinario actuando de una manera organizada en su atención de acuerdo a la necesidad presentada por él y contribuyendo así a evitar posibles complicaciones del mismo. La experiencia y el entrenamiento que posee el equipo permitirán minimizar y optimizar los cuidados que se le proporcionen.

A través de los diferentes medios de información se visualiza como cada día aumenta el número de pacientes politraumatizados por diferentes causas a nivel mundial, como lo señala la Sociedad Panamericana de Trauma (2008) que cada año 3.5 millones de personas mueren a nivel mundial por traumatismos. En los Estados Unidos de Norte América, es la causa principal de muerte en los primeros cuatros decenios de vida, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte en general, cada año ocurren más de 150.000 muertes por accidentes y 400.000 incapacidades cada año. En América Central, los conflictos armados son responsables de por lo menos 150.000 muertes al año por trauma. En la mayoría de los países occidentales es la principal causa de muerte en menores de 45 años.

Delgado M (2008) señala que en España los traumatismos constituyen la primera causa de muerte entre los menores de 30 años; la tercera en la población general y el 55% de la mortalidad infantil entre 5 y los 14 años.

Rodríguez F y González J , señalan que en Venezuela para el año 2009 los accidentes constituyen la tercera causa de muerte en el país,

dentro de ellas se producen un alto porcentaje de politraumatizados, generalmente en personas menores de 40 años de edad y esta problemática de salud pública es una necesidad nacional imperiosa e inaplazable para afrontarla con una política diáfana y bien definida.

El Distrito Capital no escapa a esta problemática de salud pública, ya que según datos estadísticos aportados por el Departamento de Epidemiología de la Dirección Estatal de Salud en el período comprendido de Enero a Septiembre del 2000, se registraron 14.728 casos de traumatismos por diferentes causas.

En el Hospital Médico Quirúrgico del Oeste “Dr. Ricardo Baquero González” en el Distrito Capital, según datos estadísticos aportados por el Departamento de Epidemiología se observaron cifras considerables de pacientes traumatizados por diferentes causas, ingresados a la Unidad Clínica de Emergencia para el año 2010, cuyo número comprende la cantidad de 2.781 personas afectadas en el período comprendido de Enero a Diciembre, lo que llama poderosamente la atención por ser este centro un dispensador de salud de la zona y con una afluencia no solo de allí sino también proveniente del Estado Vargas y hasta de otras zonas del país que viajan a través de la autopista, quienes ameritan de los cuidados básicos que sean proporcionados por un equipo de salud multidisciplinario en el cual el profesional de enfermería de atención directa, juega un papel importante al aplicar sus conocimientos y destrezas en la planificación de las actividades a realizar a estos pacientes de una manera individualizada, segura y eficaz.

En la Unidad Clínica de Emergencia, se observa que los pacientes politraumatizados permanecen hospitalizados más tiempo de

lo debido en el área de observación lo cual puede deberse a diversas situaciones como: complicación y/o gravedad del caso, la no disposición de cama para su traslado a la unidad clínica que competa, entre otras, razón que retarda el inicio temprano del tratamiento requerido por el paciente incrementado los riesgos por complicaciones de este tipo de pacientes, lo que puede traer como consecuencia una recuperación tardía, complicaciones por déficit en la oxigenación como pueden ser: cúmulos de secreciones y atelectasia, ó desequilibrio hídrico como: hipovolemia, anuria, etc y lesiones post-traumáticas como desplazamiento de fracturas, trombos, etc, los cuales pueden ocasionar la muerte.

Lo antes descrito conlleva a plantearse la siguiente interrogante de investigación ¿Cuáles son los cuidados de enfermería a los pacientes politraumatizados que ingresan a la unidad Clínica de Emergencia adultos del Hospital Médico Quirúrgico del Oeste “Dr. Ricardo Baquero González”?.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los cuidados de enfermería a los pacientes politraumatizados que ingresan a la unidad Clínica de Emergencia adultos del Hospital Médico Quirúrgico del Oeste “Dr. Ricardo Baquero González

Objetivos Específicos

- Identificar los cuidados de enfermería a los pacientes politraumatizados referidos a la valoración del sistema respiratorio.

- Describir los cuidados de enfermería a los pacientes politraumatizados referidos a la valoración del sistema circulatorio.
- Identificar los cuidados a los pacientes politraumatizados referidos a la valoración del sistema neurológico.

JUSTIFICACIÓN

El profesional de enfermería que labora en la Unidad Clínica de Emergencia conjuntamente con los demás integrantes del equipo de salud, tiene la responsabilidad de asistir al Paciente Politraumatizado mediante acciones de enfermería poniendo en práctica sus conocimientos, habilidades y destrezas, identificando las necesidades para proporcionar una atención de calidad que le permitan restablecer su salud. De allí que el estudio tenga como propósito diagnosticar los cuidados de enfermería a los pacientes politraumatizados que ingresan a la unidad Clínica de Emergencia adultos del Hospital Médico Quirúrgico del Oeste “Dr. Ricardo Baquero González”.

La investigación busca mediante la aplicación de marcos teóricos referenciales y de conceptos específicos sobre la información en enfermería y la calidad de cuidados, encontrar explicaciones a situaciones relacionadas con la satisfacción de las necesidades del paciente politraumatizado.

Por tal motivo la meta del profesional de enfermería es ayudar al paciente politraumatizado a satisfacer sus necesidades básicas, logrando así su pronta recuperación y reintegración a su núcleo familiar y por ende a la sociedad.

Se espera que los resultados del estudio contribuyan a mejorar la calidad de cuidados del paciente politraumatizado proporcionada por el profesional de enfermería de atención directa, logrando a su vez menor estadía de hospitalización, lo que repercutiría en beneficios para la institución, la familia y la comunidad.

Por otro lado los resultados de esta investigación contribuirán al desarrollo profesional de la enfermera en pro de un mejor cuidado, en especial el del paciente politraumatizado. Se espera que los resultados obtenidos de la investigación sirvan de base a otras investigaciones relacionadas con la variable estudiada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Sacramento, A. (2007) en su investigación titulada: "Nivel de conocimiento de los enfermeros (as) de atención directa en el cuidado del paciente politraumatizado a su ingreso al servicio de emergencia y la actitud hacia estos", cuyo objetivo fue determinar relación existente entre el nivel de conocimiento de los enfermeros de atención directa sobre el cuidado del paciente politraumatizado grave a su ingreso al servicio de emergencia.

La población del estudio la conformaron 80 enfermeros (as) de atención directa en el que se les aplicó un instrumento tipo encuesta estructurado en dos partes: la primera con 23 interrogantes que permitieron medir el nivel de conocimiento y la segunda con 15 interrogantes en escala tipo lickert para determinar la otra variable a medir. Dichos instrumentos tuvieron una confiabilidad de 0.68 de coeficiente de Kuder-Richarson para el primero y 0.79 de alpha crombach para el segundo.

Los resultados confirmaron que las enfermeras (os) están dispuestos a realizar un conjunto de acciones y asumir responsabilidades en el cuidado del paciente politraumatizado grave a su ingreso al servicio de emergencias a pesar de que las tendencias en las respuestas en el nivel de conocimiento estaban limitado en los aprendizajes adquiridos por el elemento muestral en su etapa de preparación académica, recomendando que se debe fomentar el

desarrollo de diseños educativos con programas en el área de emergencias.

El antecedente anterior se relaciona con la presente investigación ya que determinó las limitaciones de información que tiene el personal de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado lo que hace evidente la necesidad de contar con un personal entrenado y capacitado para atender las diversas situaciones de emergencia, en especial a los Pacientes politraumatizados.

Por su parte, Hernández D y Olivo C (2007) realizaron un estudio titulado: “Calidad de Atención brindada por Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, en Caracas, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Departamento Libertador Caracas.

La investigación fue de carácter descriptivo y de campo, por indagar el nivel de eficacia y eficiencia de las acciones de enfermería en su campo de trabajo. La población se conformó por 80 profesionales de enfermería a quienes se les aplicó un muestreo probabilístico accidental, es decir del 100% seleccionaron el 50% de la población que ejercen su cargo en diferentes turnos.

Para recolectar la información elaboraron un cuestionario el cual arrojó una confiabilidad (0.8055) de acuerdo al coeficiente de Alpha de Crombach. Este instrumento está estructurado en dos partes a describir: la primera consta de los datos personales del encuestador y la segunda esta conformada por 40 ítems, con una escala intervalo de: Siempre, Generalmente, Algunas veces y Nunca. Se utilizó la media aritmética como medida de tendencia central. Estos resultados

estadísticos significativos para la variable en estudio confirmaron la hipótesis planteada en cuanto a que la calidad de atención brindada por el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño está determinada por factores extrínsecos.

Los resultados de las investigaciones anteriormente descritas fundamentan los objetivos del presente estudio, en el cual se desea determinar la calidad de atención de enfermería proporcionada al paciente politraumatizado, siendo el personal de enfermería el agente clave en la ejecución de las actividades que redunden en beneficio del paciente politraumatizado y así alcanzar los objetivos propuestos.

Montbrun, E., Pereira, R., Sanoja, S. y Carrasquel, A.(2007), realizaron un trabajo titulado “Calidad de atención en Trauma en Venezuela. Existe un sistema de atención eficiente”, cuyo objetivo principal fue identificar el estado actual de la calidad de la atención del paciente politraumatizado en el área Metropolitana de Caracas.

La población utilizada para esta investigación fueron los pacientes que acudieron a las emergencias de siete hospitales del área metropolitana de Caracas durante el período que comprende entre 2006 a 2007.

La recolección de la información se llevó a cabo a través de la valoración de los componentes administrativos y sociales y de los componentes operacionales y clínicos por medio de cuestionarios, informes y entrevistas.

Los resultados arrojaron que el 90% de los hospitales estudiados, no encontraron protocolos ni manuales de procedimientos para el manejo de pacientes traumatizados. Asimismo los criterios de manejo son diferentes en cada institución. No hay sistema de aseguramiento de calidad. En cuanto a los recursos humanos no existe categorización de los diferentes recursos dentro del sistema. No existen programas de certificación y acreditación con funciones y responsabilidades definidas. Por lo que dentro de las recomendaciones se contempló que el manejo del paciente traumatizado solo es posible a través del diseño, implementación y verificación de un sistema de atención organizado.

El anterior antecedente a pesar de que no fue realizado en el campo de la enfermería se relaciona con la presente investigación ya que hace hincapié en implementar la atención al paciente traumatizado en forma planificada.

Bases Teóricas

Las bases teóricas que se presentan constituyen un marco de referencia al problema de investigación. Estas están conformadas por un conjunto de constructor sobre Politraumatismo y Cuidados de Enfermería.

El rol que desempeña la enfermera (o) en el campo de la salud es tan significativo que la impulsa cada día más a responder a las exigencias impuestas por la sociedad con el fin de mejorar la calidad de atención. Es por ello que la compromete a indagar sobre nuevas investigaciones que permitan mejorar los cuidados otorgados a los

diferentes pacientes que así lo ameriten, en particular al politraumatizado.

La enfermedad traumática constituye la tercera causa de mortalidad en la población general y la primera entre los 20 – 40 años de edad. Esta es la etapa de la vida cuando un individuo comienza a compensar a la sociedad por la educación que ha recibido y a la vez comienza a formar parte del segmento productivo de la misma.

González, J (2006) define el paciente politraumatizado como: “aquella persona que ha recibido generalmente en forma simultánea e inesperada múltiples traumas, en diferentes estructuras, órganos, aparatos o sistemas del cuerpo humano y que ponen en peligro su vida y que requieren de una atención inmediata”. (p.533)

En relación a lo antes mencionado se plantea que el soporte vital del politraumatizado es una labor de equipo que debe tener lugar dentro de un sistema organizado. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados oportunos en términos de calidad, utilizando la experiencia y la práctica para manejar las alteraciones fisiológicas que puedan poner en peligro la vida del paciente.

Los traumatismos representan un grave problema social que atañe a las autoridades sanitarias y gubernamentales, dado que constituyen una de las primeras causas de muerte, lo cual obliga a actualizar los lineamientos en el tratamiento, siendo el objetivo fundamental cumplir con los protocolos establecidos para el tratamiento inicial que según Zúñiga I (2007) considera como “prioritario llevar al paciente Adecuado a un hospital Adecuado en el

momento Adecuado, a estos lineamientos se le denomina protocolo de las tres A”. (p.1)

La valoración y tratamiento inicial del paciente politraumatizado deben ser realizados simultáneamente en forma ordenada por parte del personal de salud, identificando las lesiones vitales con el fin de lograr la estabilidad del paciente, para luego continuar con un reconocimiento exhaustivo basado en la inspección, palpación y auscultación que permita un análisis pormenorizado céfalo – caudal, con el fin de encontrar lesiones ocultas y no vitales. En relación a lo antes mencionado la Sociedad Panamericana de Trauma, citado por García J (2005) refiere que hay cinco (5) objetivos en el manejo del paciente politraumatizado:

El primero se denomina primario y representa la identificación de las lesiones que comprometen la vida: vía aérea, respiración y circulación. El segundo objetivo es la resucitación de las funciones vitales consiste en la corrección o estabilización de las alteraciones identificadas en el reconocimiento primario. El tercer objetivo es el manejo de trauma en la realización de un reconocimiento secundario dirigido a identificar las lesiones que pueden producir secuela y una muerte tardía. El cuarto objetivo es proporcionar un transporte adecuado al lugar definitivo. El quinto objetivo consiste en la ejecución de la operación o de un tratamiento no operativo, monitorizado y realizando el adecuado soporte de todas las alteraciones identificadas en los reconocimientos primarios y secundarios. (p.71)

En tal sentido el equipo multidisciplinario debe proporcionar un abordaje sistematizado que permita identificar las necesidades presentadas por el paciente politraumatizado que ponen en peligro su vida, estableciendo prioridades en el cumplimiento de las medidas

terapéuticas, encaminadas a prevenir o minimizar la morbilidad y mortalidad de estos pacientes.

El tratamiento de los pacientes politraumatizados requiere atención hospitalaria según los diversos tipos de traumatismos que deben ser tratados en distintos hospitales, dependiendo del grado y tipo de lesión, para la autora se tomaron en cuenta los hospitales tipo I y Tipo II. Donde según Delgado S y Sánchez P (2005) consideran que el Hospital tipo I cuenta con un Cirujano General, Anestesiólogo de cuerpo presente y personal de enfermería las 24 horas del día y otros servicios de apoyo como: Radiología y Laboratorio y que el Hospital Tipo II, además de contar con las especialidades mencionadas en el Hospital I, debe contar con servicios más especializados como: Neurocirugía, Urología, Endocrinología, Emergenciológicos, Intensivistas, Oftalmólogos, etc.

Los traumatismos se clasifican según Zúñiga I (ob.cit): “en traumatismos de: tejidos blandos; fracturas; abdomen; tórax; cabeza; cuello y vías respiratorias; neurológicos y signos vitales”. (p.1)

Según esta clasificación los traumatismos de tejidos blandos comprenden las afecciones en piel, tejido subcutáneo, músculos, tendones, arterias, venas, nervios y articulaciones ante las cuales se debe realizar una exploración minuciosa para llegar a un diagnóstico de todas las estructuras lesionadas.

Los traumatismos clasificados como fracturas se caracterizan por ser una lesión traumática de un hueso, caracterizada por interrupción de la continuidad del tejido óseo y las clasifica de acuerdo con el

hueso afectado, la parte del hueso interesado y la naturaleza de la rotura.

Según González J (ob.cit) las fracturas se clasifican en: “fracturas simples o cerradas y fracturas complicadas o abiertas”. (p.342) Las fracturas simples son aquellas donde no hay rotura de la piel, por lo que también se les denomina fracturas cerradas y las fracturas abiertas son aquellas donde los extremos de los huesos sobresalen a través de la piel, también se les denomina fracturas complicadas.

Las fracturas abiertas suelen precisar tratamiento quirúrgico, debido a que hay desgarro cutáneo y rotura del hueso; lo cual son susceptibles a infecciones.

Una buena exploración en el paciente politraumatizado conlleva a la aplicación de una conducta adecuada como es la inmovilización, ya que puede ser el inicio de un buen tratamiento o la perfecta condición para movilizar al paciente.

A esto se refieren Schwartz S; Shires T y Spencer F (2006) cuando señalan que: “la rotura de huesos de extremidades se tratan más satisfactoriamente de inmediato con inmovilización de dicho paciente. Esta suele prevenir lesiones adicionales de nervios y vasos sanguíneos, así como la conversión de fracturas cerradas en abiertas”. (p.189)

Una de las funciones más importantes en la atención del paciente, es el inmovilizar las fracturas mayores para evitar el daño neurovascular, el dolor y reducir la microembolización; entre otros datos muy importantes que indican presencia de fractura se puede

mencionar el dolor en el sitio de la lesión, tumefacción, hipersensibilidad, deformidad, movimientos falsos y crepitación, equimosis, pérdida de la función, parestesia, etc.

Otra clasificación de los traumatismos son los traumatismos abdominales que según Zúñiga (ob.cit) son la primera causa de muerte de los pacientes politraumatizados en los Estados Unidos.

Casanova D (2008) menciona que: “el traumatismo abdominal ocurre en aproximadamente el 20% de las lesiones en tiempo de paz que llegan a necesitar una intervención quirúrgica”. (p.111)

Lo más importante en el tratamiento abdominal al igual que en el abdomen agudo, no es realizar un diagnóstico etiológico del tipo de lesión, sino determinar si es o no necesaria una intervención quirúrgica urgente.

Todo paciente con traumatismo abdominal debe ser considerado como politraumatizado y por lo tanto hay que atenderlo como tal. Por lo anterior es necesario aplicar los principios de remisión primaria, resucitación y restauración de funciones vitales, revisión secundaria y tratamiento definitivo de las lesiones. Ello implica seguir el A.B.C de todo politraumatizado que, según González J, (ob.cit) se debe evaluar primero la vía aérea (A), ventilación (B) y circulación (C) con el control de hemorragias.

Los traumas abdominales pueden ser de dos tipos cerrados cuando no hay solución de continuidad de la pared abdominal y abierta cuando si lo hay.

En relación a los traumatismos abdominales cerrados, según la Sociedad Panamericana de Trauma (ob.cit) son aquellos que se producen como consecuencia de una combinación de fuerzas de compresión, deformación, estiramiento y corte. Los órganos más vulnerables son los que contienen gas como los pulmones y el intestino. Y los traumatismos abiertos son causados más frecuentemente por armas blancas, armas de fuego, astas de toro y/o por granadas de fragmentación; en estos casos el tratamiento inmediato debe detectar y tratar en forma rápida las situaciones que ponen en peligro la vida.

Entre la clasificación del trauma, los traumatismos de tórax según lo mencionan Delgado M; Fernández y Jiménez J (2009) “ocupan el tercer lugar, después de los traumatismos craneo encefálico (TCE) y los de las extremidades en los accidentes, siendo el responsable del 25% de las muertes y como factor asociado en otro 50% de muerte”. (p.87)

En referencia a los traumatismos torácicos López (2009) refiere que: “La mortalidad del traumatismo torácico aislado es muy baja, sin embargo esta puede elevarse notablemente cuando se asocia a lesiones cerebrales y abdominales”. (p.81)

El trauma torácico demanda un proceso racional de toma de decisiones y un manejo priorizado de las lesiones en la valoración inicial, que va dirigida a la permeabilización de la vía aérea y al mantenimiento de una correcta ventilación y oxigenación, recurriendo a intubación endotraqueal y ventilación mecánica si el paciente presenta insuficiencia respiratoria aguda.

La ejecución de un buen examen físico permite evaluar las condiciones que amenazan la vida del paciente para así iniciar el manejo inmediato de tratamiento adecuado. La inspección permite observar el color de la piel, estado mental, distensión de las venas yugulares, cianosis, estridor, desviación de la traquea; los cuales son signos de traumatismos torácicos. A través de la palpación se puede notar la presencia de enfisema subcutáneo, palpar el esternón, la posición de la traquea y lengua, con la percusión se detecta si hay nitidez o timpanismo y con la auscultación ausencia del murmullo vesicular en el lado de la lesión.

En relación a esto Delgado M; Fernández R y Jiménez J (ob.cit) expresan que: “en un politraumatizado grave se asocian con frecuencia lesiones potencialmente mortales en cuyo tratamiento deben seguirse los principios del (ABC), asegurando la vía aérea mediante intubación endotraqueal, traqueotomía o broncoscopia” (p.90)

Carrera J y Delgado M (2005) refieren que: “en España cada año entre 200 y 300 personas de cada 100 mil son ingresadas en un hospital por un traumatismo cráneo encefálico (TCE) y sin llegar a precisar ingresos otras 2000 reciben atención médica. En cuanto al número de fallecimientos anuales por (TCE) se estima en 10 por 100.000 habitantes “. (p.79)

La rápida evaluación permite el delineamiento de las partes traumatizadas en el paciente, desde la simple inspección del cuero cabelludo, las reacciones pupilares y la escala de Glasgow.

La Escala de Coma de Glasgow, según la Sociedad Panamericana de Trauma (ob.cit) es “un medio de cuantificar el nivel de conciencia después de un trauma cráneo encefálico”. (p.36)

La Escala de Coma de Glasgow evalúa la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora con niveles progresivamente altos de 4,5 y 6, respectivamente, donde la apertura ocular es el reflejo de la función del tallo cerebral (4 a 1); la respuesta verbal muestra la integración del sistema nervioso central (5 y 1) y la respuesta motora es reflejo de la función del sistema nervioso central (6 a 1). Cuando al paciente le corresponde un puntaje total o menor de 8 es porque no abre los ojos a ningún tipo de estímulo, no pronuncia palabra alguna ni tiene movimientos apropiados, por lo que se considera un traumatismo craneano severo, por contrario si el puntaje alcanza de 9 a 12 se considera un traumatismo moderado y si el puntaje suma de 13 al 15 el traumatismo es llamado mínimo o leve.

Es preciso conocer las circunstancias que han provocado el traumatismo para conocer su magnitud y es posible mecanismo de lesión. Hay que intentar averiguar si el sujeto ha consumido alcohol, drogas u otros depresores del sistema nervioso central que pudieran influir en su nivel de conciencia.

El tratamiento de este tipo de traumatismo se basa fundamentalmente en mantener una correcta oxigenación, ventilación y hemodinámica que aseguren una adecuada presión de perfusión cerebral, evitando en lo posible la isquemia cerebral y en el mantenimiento de una presión intracraneal dentro de los límites normales, todo ello independientemente de la necesidad o no de cirugía. En las heridas graves cohibir la hemorragia y cubrir con

apósito o gasa estéril. Las fracturas de base de cráneo según Zúñiga (ob.cit) pueden producir signos clásicos los cuales se describen como: “Equimosis en anteojos, signos de Battle, hemotimpano, parálisis facial, epistaxis, pérdida de líquido cefalorraquídeo (LCR) por orificios naturales”. (p.6)

Dentro de las lesiones cráneo encefálico se encuentran las lesiones de la columna cervical las cuales son definidas según Rodríguez, V (1999) como:

Toda lesión producida en la columna cervical que afecta la estructura ósea (continente) y/o la médula espinal (contenido) como consecuencia de un traumatismo. En todo traumatismo de cráneo, cara, clavícula debe sospecharse lesión de columna cervical y por lo tanto debe ser inmovilizada. (p.72)

En los traumatismos de columna es importante plantearse que la gravedad de las lesiones vertebrales viene dada desde el punto de vista vital, por la posible asociación de lesión medular, según Casafont, J (2005) refiere que: “El riesgo actual de traumatismo del raquí cervical es de alrededor de 35 nuevos casos por año y por millón de habitantes y que el riesgo de tetraplegia es de alrededor de 18 nuevos casos por millón de habitantes” (p.125)., a su vez también afirma que un 30 – 50% de los desplazamientos secundarios de la columna cervical provienen de un mal reconocimiento de un esguince grave.

Es importante que el profesional de enfermería al valorar al paciente politraumatizado, tenga presente que este pueda presentar lesiones de la columna cervical y por lo tanto debe manejarlo como tal, tomando las medidas correctas como la colocación de un collarín y evitar la movilización hasta que se confirme el diagnóstico. Bajo

tracción mantenida del cuello a través de la inspección se buscan posibles deformidades, edema local, equimosis y contractura cervical. Con la palpación se buscan zonas de prominencias de las espinosas, puntos de dolor y desviación de la traquea. En ausencia de síntoma o sospecha de lesión se coloca de nuevo el collarín cervical y se deja de hacer la tracción.

En la exploración neurológica es preciso investigar por su importante repercusión si existe o no lesión concomitante del cordón medular o de sus raíces. En este sentido Casafont J (ob.cit) refiere que es “de especial interés tomar referencia de la fuerza, los reflejos, el tono y la sensibilidad ya que esos son indicadores de la función motora, así como la presencia de la disfunción neurovegetativo” (p.128).

El examen neurológico esta basado en un nivel de conciencia del traumatizado y el estado de sus pupilas, tamaño y reactividad a la luz. La función pupilar es útil en caso de que exista asimetría, ya que la pupila más dilatada es generalmente ipsilateral a la lesión cerebral. El nivel de conciencia se establece por la apertura de los ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora que no es más que la aplicación de la escala de Coma de Glasgow (ECG).

Por todo lo anteriormente descrito, la enfermera debe realizar un registro cronológico de los parámetros evaluados, el tratamiento proporcionado, las respuestas del paciente al mismo y mantener una continua comunicación con el médico para informarle de los cambios a tiempo de los signos vitales del paciente, valores de laboratorio y otros hallazgos físicos que se puedan presentar durante la valoración realizada por ella.

El cuidado óptimo del paciente politraumatizado requiere de un sistema dirigido con la vinculación de muchas disciplinas y un manejo continuo de cuidados proporcionados por el profesional de enfermería, de una manera oportuna y segura, en cuanto al mantenimiento del soporte vital y la prevención de riesgo; la evaluación y la observación continúan siendo parte importante del cuidado de enfermería, especialmente para detectar cambios insidiosos en el estado fisiológico, cognoscitivo y emocional del paciente politraumatizado, lo que revelará la evolución del estado del paciente.

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados óptimos al paciente politraumatizado para evitar posibles riesgos o complicaciones que vayan en perjuicio de dichos pacientes. Esta asistencia será la garantía de unos cuidados de calidad los cuales según La Joint Comisión citada por Atkinson, L (2005) los define como: “El grado en el cual los servicios de atención al paciente aumentan la probabilidad de los resultados deseables, dado el estado real del conocimiento”. (p.58)

Los cuidados de enfermería proporcionados eficazmente al paciente politraumatizado repercuten positivamente en la recuperación de la salud, lo que fundamenta la definición antes citada ya que se observará hemodinámicamente estable, su capacidad ventilatoria mejorará, los signos vitales se conservarán dentro de los parámetros normales, el paciente manifestará mejoría por lo tanto su estadía hospitalaria disminuirá. A través de la evaluación continua el profesional de enfermería observará el progreso del estado del paciente lo que indicará el logro de los objetivos.

La enfermera de atención directa tiene la responsabilidad de proporcionar durante las 24 horas del día una atención oportuna, continua y segura, tomando en cuenta las necesidades presentadas por el paciente politraumatizado, con el fin de lograr su satisfacción dirigida al restablecimiento de su salud, motivo que obliga al personal de enfermería a asumir el compromiso con el paciente mencionado desde su ingreso, planificando, coordinando y supervisando su asistencia mientras dure su hospitalización, aplicando los procedimientos en términos de calidad; la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) define la calidad de atención de enfermería como: “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnóstico y terapéutico más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efecto iatrogénico y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”. (p.156)

En relación a la cita antes mencionada es fundamental que una atención de calidad por parte de la enfermera se traduzca en ofertar cuidados al paciente politraumatizado en forma oportuna, continua y segura, por lo que es necesario que sus acciones sean dirigidas hacia la prevención y detección temprana de las posibles complicaciones que le permitan el control de los factores de riesgo y poder lograr condiciones óptimas de salud.

Barrios M (2004) expresa que la “Calidad de atención debe estar enmarcada dentro de las características de cuidado seguro, apropiado, continuo y humanizado”. (p.53)

Basado en esta referencia se enfatiza que la enfermera tiene como función esencial proporcionar cuidado al paciente politraumatizado tomando en cuenta las necesidades presentadas por él como: oxigenación, hidratación, evitación del dolor y control de signos vitales para así desarrollar estrategias y acciones seguras y oportunas a fin de minimizar los riesgos y complicaciones para alcanzar el restablecimiento de la salud.

Las acciones de enfermería deben estar concebidas en base a brindar una garantía de calidad para satisfacer la demanda exigida por el paciente politraumatizado, por lo que Sánchez R (1994) señala que:

La buena calidad no ha de ser resultado de la casualidad, sino el fruto de todo un cúmulo de actividades, sabiamente planificadas, coordinadas y bien ejecutadas dentro de la organización de la empresa, a partir del diseño, la ingeniería, la planificación, esquema, entrenamiento y educación de todo el personal tanto administrativo como de producción, hasta obtener un buen servicio de óptima calidad...que deje al usuario plenamente satisfecho. (p.183)

De acuerdo a lo citado, la enfermera al proporcionar cuidados al paciente politraumatizado debe considerar los objetivos preestablecidos, asegurándose de que las acciones se realicen de manera sistemática. En el caso del paciente politraumatizado, las acciones deben estar planificadas en función de restituir las funciones perdidas y conservar las comprometidas.

De acuerdo a lo citado, la enfermera al proporcionar cuidados al paciente politraumatizado debe considerar los objetivos preestablecidos, asegurándose de que las acciones se realicen de manera sistemática. En el caso del paciente politraumatizado, las

acciones deben estar planificadas en función de restituir las funciones perdidas y conservar las comprometidas.

En cuanto a la asistencia oportuna, los pacientes politraumatizados generalmente presentan lesiones que interfieren el funcionamiento humano del organismo, lo que ocasiona que se pierda el equilibrio, poniendo en peligro la vida del paciente, por lo que la intervención de enfermería en estos sucesos juega un papel importante en el cumplimiento de las actividades encaminadas a recuperar la homeostasis del paciente. El Diccionario Enciclopédica Océano (1998) define oportuno como “lo que se hace o sucede en tiempo a propósito o cuando conviene”.

Al ingresar el paciente politraumatizado a la emergencia, el cuidado que se le proporciona debe ser aplicado en el momento preciso y estar dirigido por un equipo multidisciplinario, además se debe contar con todos los recursos indispensables para satisfacer las necesidades presentadas por el paciente politraumatizado, que son indispensables satisfacer para conservar la salud y por ende la vida, donde el tiempo es crítico para la recuperación del paciente, donde la intervención de enfermería es de importancia vital ya que tanto la sobrevida como la secuela por lesión traumática dependen de la rápida y apropiada intervención del soporte vital, que abarca: la vía aérea, respiración, circulación, cateterización de una vía periférica, hidratación y tensión arterial; dichas necesidades ameritan de la intervención rápida sin pérdida de tiempo, en relación a la vía aérea, la asfixia es uno de los principales riesgos de los politraumatizados, especialmente si han tenido lesiones torácicas o cráneo encefálico graves. Por lo que es necesario mantener rápidamente una vía aérea

permeable, ya que una inadecuada oxigenación representa el mayor peligro para la vida.

Muchas víctimas mortales de los grandes traumatismos todavía pierden la vida o desarrollan secuelas permanentes porque las técnicas de permeabilización y mantenimiento de la vía aérea no se ejecutan con suficiente rapidez, muchas veces es ocasionado por la falta de experiencia de las personas que manejan este tipo de pacientes. A esto se refiere Hernández M (ob.cit) cuando señala que: “Cuanto asisten desde el principio a los pacientes graves dispongan de los conocimientos teóricos y de la destreza necesaria para establecer y mantener prolongadamente una vía aérea despejada y una ventilación eficaz”. (p.25)

Los signos objetivos en los cuales se debe basar el personal tratante de los pacientes politraumatizados para sospechar una obstrucción de las vías aéreas son: la presencia de agitación (hipoxia, somnolencia, hipercapnea), cianosis, tiraje de los músculos accesorios de la respiración, ruidos extraños, estridor, disfonía. La obstrucción según Rodríguez, V (ob.cit) puede ser “parcial o completa, si es completa es silente y ocasiona asfixia, apnea y paro cardiaco; si es parcial el paciente se presenta con estridor, disnea, disfonía, afonía o retracción intercostal”. (p.67)

El manejo de la vía aérea según Delgado M; García J y González A (ob.cit) incluye: “maniobras para liberarlas (elevar la mandíbula guedel) y maniobras para mantenerla tras el aislamiento (entubación, cricotiroidotomía, generalmente no aislar la vía aérea)”. (p.61)

El profesional de enfermería debe basarse en asegurar la oxigenación y el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas para lo cual las maniobras utilizadas son: posición adecuada, aspiración, retirada de obstáculos de las vías aéreas, elevación de la mandíbula, protección de la columna cervical: debe tomarse en cuenta que ante la sospecha de lesión cervical, no se debe realizar la hiperextensión del cuello, colocación de una cánula de mayo.

La Sociedad Panamericana de Trauma (ob.cit) refiere que: “La meta de la oxigenación no es la de hiperoxigenar los tejidos, sino de aumentar la presión parcial de oxígeno alveolar y desplazar así el nitrógeno de la capacidad residual funcional”. (p.180)

El profesional de enfermería al administrar oxígeno al paciente politraumatizado disminuye la hipoxia secundaria que se puede presentar en los cambios en la relación de ventilación / perfusión, ya que la hipoxia es uno de los denominadores comunes en algunos traumatismos como: traumatismo craneal, torácico, contusión, pulmonar, choque, aspiración gástrica y obstrucción de la vía aérea.

En cuanto a la ventilación es definida por el Diccionario de Medicina Océano Mosby (2005) como” el proceso por el cual los gases entran y salen de los pulmones” (p.1289). Después de haber asegurado la vía aérea se procede a proporcionar oxígeno al 100%. La ventilación se puede ver comprometida en trastornos de depresión de nivel de conciencia, lesiones de la vía aérea, trastornos torácicos, fractura costales, lesiones intracraneales y lesiones de la columna cervical.

Según Delgado M; García J y González A (ob.cit) señalan la importancia de la identificación del problema de la ventilación a partir de la observación de signos como: “el patrón respiratorio, la simetría de toda la cavidad torácica, auscultación de ambos hemitoráx y todos aquellos signos que nos indiquen un inadecuado intercambio gaseoso”. (p.65)

En este sentido el profesional de enfermería al ingresar el paciente politraumatizado, debe valorarlo exhaustivamente para identificar cualquier signo que infiera una inadecuada ventilación para aplicarle oportunamente los cuidados requeridos por dicho paciente, para lograr la estabilidad ventilatoria como la administración de oxígeno a través de mascarillas, bigotes nasales y/o la asistencia ventilatoria invasiva de ser necesario.

En cuanto a la circulación, evaluar y definir el grado Shock en el paciente politraumatizado, es de suma importancia y esta se realiza predominantemente en forma clínica, ya que la pérdida aguda de sangre resulta en una disminución del volumen circulatorio y en consecuencia del retorno venoso, este es el factor más común en la generación del Shock.

Martínez, V (2005) define Shock como “una alteración de la circulación que ocasiona una reducción profunda y generalizada de la perfusión tisular, produciendo una lesión celular reversible que si se prolonga puede ser irreversible”. (p.45)

El profesional de enfermería debe identificar el estado de la circulación del paciente politraumatizado, para ello debe buscar signos y/o síntomas que indiquen que hay presencia de hemorragia, lo cual le

traería como consecuencia un paro cardiorrespiratorio al paciente, a estos se refiere Atkinson L (ob.cit) cuando dice que:

La pérdida de volumen sanguíneo circulante, de la fuerza de bombeo del corazón o de la resistencia vascular periférica produce un flujo insuficiente de sangre para la adecuada perfusión u oxigenación de los tejidos. Si se prolonga el insuficiente riesgo sanguíneo en los órganos con micro circulación deficiente se deprimen profundamente los procesos vitales. (p.341)

En tal sentido el profesional de enfermería debe estar alerta ante la presencia de cualquier síntoma que indique alteración del ritmo cardiocirculatorio, que evidencie la presencia de shock hipovolémico como: confusión, debilidad, sed, palidez, taquicardia, agitación, sudoración, frialdad, hipotensión, un llenado capilar lento y colapso venoso; interviniendo oportunamente mediante la reposición del volumen de líquidos, siendo el objetivo primario por el que se debe asegurar una vía venosa periférica para la administración de fluidos terapicos y así restaurar la función cardiaca y el volumen plasmático, si la hemorragia es externa la enfermera debe realizar compresión sobre la lesión, se deben medir los signos vitales como: la presión arterial, pulso y presión venosa central, lo que conllevará a establecer un diagnóstico preciso.

El profesional de enfermería al identificar los signos y/o síntomas tempranos de shock hipovolémico y actuando oportunamente evitará daño irreversible como déficit de perfusión cerebral, lesión del corazón y el fallo de algunos órganos en el paciente politraumatizado.

Por el aporte de volumen de líquidos inicialmente debe contar o requerir un acceso venoso, el cual en primera instancia puede ser una vía periférica.

El rápido e inmediato establecimiento de accesos venosos para la adecuada reposición de volumen de líquidos, es de vital importancia en el tratamiento del shock hipovolémico, ya que es fundamental para poder iniciar una fluidoterapia adecuada. Como lo que se intenta es reponer líquido lo más pronto posible será necesario tener una vía de acceso corta y gruesa, lo cual se conseguirá mediante colocación de un catéter en los antebrazos, evitando utilizar el brazo posiblemente lesionado. Otros sitios para la venopunción se realizan en el dorso de la mano, en la flexura del brazo (basílica o cefálica) o en la yugular externa. Delgado M; García J y González A, (ob.cit) refiere que “si la perfusión periférica es mala y los vasos están colapsados se deberá canalizar una vía central no con el fin de determinar la presión venosa central sino con el fin de utilizar el introductor para pasar líquido lo más rápidamente posible bien sea subclavia, yugular o femoral”. (p.74)

En este orden de ideas el profesional de enfermería desempeña un papel principal en la cateterización de una vía periférica, tomando en cuenta ciertos factores como el calibre de la aguja, tipos de líquidos a administrar, volumen de líquidos, duración, grado deseado de movilidad y sitios de lesión, siendo también su responsabilidad velar por el buen funcionamiento de la venoclisis.

Una vez instaurada una vía venosa, el paso siguiente es la conservación del volumen de líquido a fin de garantizar la adecuada hidratación en el paciente.

En circunstancias normales el organismo mantiene un equilibrio muy preciso de líquidos y electrolitos. Sin embargo puede resultar un desequilibrio serio de ellos como resultado de varias situaciones patológicas, en particular el de politraumatismo. A esto se refiere Atkinson (ob.cit) cuando expresa que: “Los desequilibrios de líquidos y electrolitos son consecuencia de múltiples factores y se manifiestan por numerosos síntomas”. (p.331)

El profesional de enfermería mediante la valoración debe identificar las necesidades del paciente politraumatizado relacionadas con la pérdida de líquidos y conocer las causas que puedan ocasionar un desequilibrio, ya que los trastornos en el equilibrio de líquidos y electrolitos tienen serias repercusiones dentro del organismo, como afectación de la función renal, metabolismo celular y concentración de oxígeno en la circulación, por lo que debe estar atenta ante cualquier signo y/o síntoma como son: disminución de la presión arterial, pulso rápido, oliguria, disminución de la presión venosa central, respiraciones rápidas y profundas, además de conocer las determinaciones del volumen sanguíneo.

Las soluciones electrolíticas indicadas para reponer el volumen intra vascular del paciente politraumatizado son las soluciones isotónicas, que según el Diccionario de Medicina Océano Mosby (ob.cit) son aquellas que “contienen la misma concentración de sodio que otras soluciones”, siendo la de elección según Martínez V (ob.cit) el Ringer Lactato y la Solución Salina al 0.9% esta en segundo lugar.

A esto se refiere Delgado M; García J y González A, (ob.cit) cuando expresan que:

El tipo de fluido terapia que se debe usar en los enfermos politraumatizados es controvertido. Se puede usar los cristaloides, coloides y obviamente plasma y sangre que al fin y al cabo es lo único que restaura la capacidad de transporte de oxígeno, que es la prioridad en el manejo de estos enfermos. (p.75)

El profesional de enfermería debe valorar constantemente el estado de los líquidos que se le administran al paciente politraumatizado con el fin de corregir todo déficit o exceso de líquidos, por lo que debe llevar un balance exacto y completo de las ingestas y las pérdidas, para garantizar el equilibrio hidroelectrolítico.

Otra de las necesidades de importancia que debe afrontar el profesional de enfermería es el alivio del dolor. McCaffery citado por Beare y Myers (1995) definen el dolor como: “Es todo lo que la persona que lo sufre considera como tal y existe siempre que esa persona afirma sentirlo”. (p.233)

Al profesional de enfermería le corresponde administrar los analgésicos indicados de manera oportuna para aliviar el dolor al paciente politraumatizado a fin de acortarle el sufrimiento. El dolor orienta hacia el diagnóstico, dependiendo de sus características, localización e intensidad. En relación a lo antes mencionado, Rabanal, J (2005) sostiene que: “El dolor no es un síntoma inútil, sino que nos permite tanto el reflejo de retirada ante un estímulo doloroso como participar en las respuestas de estrés a la agresión”. (p.193)

La frase de McCaffery citada por Beare y Myers (ob.cit) dice que el principio fundamental de un eficaz tratamiento del dolor es “La falta de tratamiento del dolor es un acto inhumano y supone una negligencia profesional”. (p.235) Las múltiples lesiones que presentan

los pacientes politraumatizados hacen que estos experimenten un grado variable de ansiedad, por lo que el profesional de enfermería debe dar prioridad al alivio del dolor al momento de ser identificado, no debe ignorar las peticiones de alivio que hacen los pacientes y debe responder a ello con rapidez.

El profesional de enfermería al cuidado del paciente politraumatizado, ofrece una asistencia segura cuando lo atiende, por lo que en esta investigación se define asistencia segura como las acciones realizadas por el profesional de enfermería de una manera eficaz, para prevenir riesgos que puedan aumentar más el daño del paciente politraumatizado.

El paciente politraumatizado debido a las múltiples lesiones que presenta es vulnerable de sufrir complicaciones que aumentan los riesgos de supervivencia y posibles incapacidades que repercutirán en su vida futura, el profesional de enfermería le proporciona cuidado seguro al paciente en las actividades encaminadas a prevenir los riesgos, estas actividades están relacionadas con: control de signos vitales, inmovilización, limpieza de heridas, transporte adecuado y pruebas diagnósticas.

En relación a los signos vitales, el Diccionario de Medicina Océano Mosby (ob.cit) define los signos vitales como “La determinación de la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la presión arterial”. (p.1165)

Las alteraciones de los signos vitales tienen una gran importancia para el diagnóstico de ciertas enfermedades relacionadas con el trauma y su modificación se utiliza para evaluar la evolución

del paciente. El profesional de enfermería debe medir y controlar las constantes vitales, ya que la alteración de algunas de estas constantes, como por ejemplo en la respiración, es indicativo de que se puede estar en presencia de un neumotórax, enfisema subcutáneo, lo que indicaría un traumatismo torácico. La variación en el pulso fijándose en la amplitud, frecuencia y regularidad, esto revelaría presencia de hemorragia, en relación a la temperatura por debajo de los niveles normales (36.5C°), piel fría, son subjetiva de hipo-perfusión, las taquicardias, piel fría y la hipotensión son signos clínicos del shock.

Dentro de las medidas para prevenir riesgos en el paciente politraumatizado, tenemos la inmovilización, el Diccionario Enciclopédico Estudiantil Océano (1998) define la palabra inmovilización como: “Hacer que una cosa quede inmóvil”. (p.496)

Arozena A (2005) refiere que la inmovilización es “probablemente el acto primordial de la asistencia ortopédica al traumatizado. Con ella conseguiremos evitar el dolor, evitar la iatrogenia, mejorar la comodidad del paciente, mejorar la comodidad del personal sanitario y cubrir las heridas que presente el paciente”. (p.322)

En los casos en lo que el paciente este consciente y en condiciones de colaborar es útil valorar la movilidad activa voluntaria, así como la existencia y localización del dolor al movilizar los miembros.

Según Arozena (ob.cit) existen métodos de inmovilización que el clasifica como: “Inmovilizaciones provisionales e inmovilizaciones definitivas”. (p.323)

Las inmovilizaciones provisionales son las que generalmente se utilizan desde el lugar del accidente hasta el centro hospitalario, donde se le proporciona asistencia médica y entre estas se encuentran las realizadas con: madera, cartón, toallas, férulas de yeso, yesos abiertos, tracciones cutáneas y transesqueleticas, collarín cervical, tracción cefálica.

Una vez que se ha realizado la inmovilización correcta el paciente puede ser sometido al estudio radiológico adecuado. Dado que el funcionamiento de los músculos, nervios, ligamentos y huesos en conjunto, la lesión de uno de ellos puede provocar un mal funcionamiento de los demás, es por ello que el profesional de enfermería debe manejar muy bien la inmovilización del paciente politraumatizado o la perfecta condición para movilizarlo a otros sitios que requiera para su estudio especial, la movilización e inmovilización inadecuada puede ocasionar que lesiones óseas primarias ocasionen lesiones medulares secundarias.

Debe tenerse siempre presente que en cualquier traumatismo existe el riesgo de lesiones cervicales o cefálicas. Como regla general hay que destacar que cuanto más precoz sea el tratamiento definitivo de las lesiones del politraumatizado, mejor es el resultado final.

Otra forma para prevenir riesgos es la cura de heridas. Atkinson L (ob.cit) define las heridas como: “una lesión, sea intencional o accidental que interrumpe la continuidad de los tejidos corporales con o sin perdidas de tejido, las heridas pueden ser quirúrgicas, traumáticas o crónicas”. (p.419)

Fernández R y Gaos L (2005) clasifican las heridas según el agente causal: incisas, contusas o inciso – contusas; lineales estrelladas, scalp o en colgajo; dirección en función de la línea de Lange; tejidos afectados: simples (afectan solo piel y tejido celular subcutáneo) o complejas (sí están comprometidos también nervios, vasos, tendones o huesos).

Cuando hay una herida traumática la preocupación más importante es conservar la vida. Lo primero que se debe tomar en cuenta es el estado general del paciente, se evalúan todas las lesiones y aquellas que signifiquen el mayor peligro para sobrevivir se atienden primero.

El profesional de enfermería debe controlar la hemorragia provocada por las heridas mediante compresión o presión, colocar vendaje con gasas estériles y solución salina para posteriormente realizar la cura correcta. El tratamiento de cada herida varía según el tipo y lesiones asociadas.

Para llegar a un diagnóstico seguro y preciso es necesario que al paciente politraumatizado se le lleven a cabo diferentes pruebas diagnósticas. Existen una serie de análisis de laboratorio que son útiles para diagnosticar y evaluar los trastornos en el paciente politraumatizado como son: hematología completa, química sanguínea, grupo sanguíneo, tiempo de protombrina y parcial de tromboplastina, como también el sedimento urinario que es una prueba obligatoria en todo traumatismo abdominal para descartar hematurias, que pueden indicar lesión genitourinaria.

Además de las pruebas de laboratorio, los rayos X son de gran utilidad para determinar la extensión de la lesión traumática.

Estos estudios indican: fracturas óseas, presencia y localización de algunos tipos de cuerpos extraños, por ejemplo balas, aire o sangre en la cavidad pleural, gas o líquido en la cavidad abdominal, contorno de los órganos abdominales y torácicos y cualquier anomalía de su tamaño o localización normales.

Otros estudios que ayudan a confirmar el diagnóstico son: la tomografía computarizada, la resonancia magnética, ecografía, parasíntesis.

SISTEMA DE VARIABLE

Variable: Cuidados de enfermería a los pacientes politraumatizados

Definición Conceptual: Logoni, G Y Harare, L. (2000), “Es la actividad que comprende las intervenciones de enfermería en el cumplimiento de su función asistencial” (p. 1).

Definición Operacional: Está referido a las intervenciones de enfermería necesarias para dar atención a los Pacientes Politraumatizados en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital Médico Quirúrgico del Oeste “Dr. Ricardo Baquero González.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Cuidados de enfermería a los pacientes politraumatizados

Definición Operacional: Está referido a las intervenciones de enfermería necesarias para dar atención a los Pacientes Politraumatizados en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital Médico Quirúrgico del Oeste “Dr. Ricardo Baquero González”.

DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
Intervenciones de Enfermería: se refiere a las acciones que cumple el profesional de enfermería para la valoración del sistema respiratorio, circulatorio y neurológico del paciente Politraumatizado que llega a la unidad clínica de emergencia de adulto, que sirven como modelo a un conjunto de fases para lograr resultados positivos.	Valoración del sistema respiratorio: se refiere a la valoración del profesional de enfermería del sistema respiratorio, que incluye la permeabilidad de las vías aéreas, la administración de oxígeno, la evaluación del tórax.	Vías aéreas superiores: *Valoración del movimiento de aire de la cavidad oral. *Sub-luxación de la mandíbula *Retirar objetos extraños *Succionar secreciones *Aleteo Nasal.	1 2 3 4 5
	Valoración del sistema circulatorio: se refiere a la valoración de enfermería de las condiciones de la circulación, que incluye, pulso, ritmo cardíaco, cianosis, perfusión periférica.	Vías aéreas inferiores: *Expansibilidad del tórax *Ausencia de disnea *Ausencia de disfagia Circulación *Valoración de signos vitales *Cianosis generalizada *Valoración de la perfusión periférica *Pulso carotideo *Hipovolemia. Estado Neurológico	6 7 8 9 10 11 12 13 14

	Valoración del sistema neurológico: se refiere a la evaluación de enfermería del nivel de conciencia del Politraumatizado a través de la escala de Glasgow.	* Nivel de conciencia * Actividad motora * Sensibilidad * Ansiedad * Tamaño, reacción pupilar, movimientos oculares.	15 16 17 18
--	--	--	----------------------

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

El tipo de estudio es descriptivo, porque pretende determinar según Pineda E; Alvarado E y Canales F (1998), “como es” o “como esta” la situación de la variable que se estudia en una población...” (p.82) Para efecto de la investigación se describe como son los cuidados directos que ofrece enfermería al paciente Politraumatizado.

Según el período y secuencia del estudio es de tipo transversal, porque las variables son estudiadas en el mismo momento de ocurrencia de los hechos, es decir se evaluó los cuidados de enfermería proporcionada al paciente politraumatizado que ingrese a la Unidad Clínica de emergencia.

En cuanto a la fuente de recolección de datos, la misma queda enmarcada como una investigación de campo, ya que la investigadora tomó los datos del propio lugar donde estos ocurren, es decir, en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital “Dr. Ricardo Baquero González”, al respecto Hurtado, J (2000) explica que el propósito de estas investigaciones es “describir un evento obteniendo datos de fuentes vivas o directas, en su ambiente natural”. (p.230)

Población – Muestra

La población se define según Pineda E; Alvarado E y Canales F (ob.cit) como: “conjunto de elementos que presentan una característica o condición común que es objeto de estudio”.

La población objeto de estudio de la investigación está conformada por 20 enfermeras profesionales que forman parte de la nomina fija del Hospital, distribuidas en los tres turnos de trabajo en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital “Dr. Ricardo Baquero González”.

La muestra está representada por los 20 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital “Dr. Ricardo Baquero González”.

Método e instrumento para la Recolección de datos

El tipo de instrumento que se utilizó, es una guía de observación, con el objetivo de identificar las acciones realizadas por el profesional de enfermería correspondiente a la Identificar los cuidados directos que ofrece enfermería al paciente Politraumatizado. Dicha guía ya ha sido utilizada en otras investigaciones relacionadas al tema por lo cual tiene su validez y es confiable.

Betancourt L; Jiménez C y López G (1995) refieren que la observación es el registro visual de una situación real donde el investigador toma en cuenta los factores relacionados con la situación de estudio. (p.154)

Procedimiento para la Recolección de Datos

Una vez elaborado el instrumento se procedió a solicitar un permiso por escrito a las autoridades del Hospital Dr. Ricardo Baquero González (Médico director, Jefatura de enfermera, Jefe de la Unidad de Emergencia de Adulto y Coordinación de Enfermería de la Unidad), para informar sobre la investigación a realizar solicitando permiso y colaboración para aplicar la guía de observación a la población seleccionada para el estudio.

Una vez cumplida con la formalidad de la investigación para la información, se procedió a la aplicación de la guía de observación.

Técnica de Análisis de Resultados

Después de recolectada la información, esta se organizó en una matriz de doble entrada, tomando en cuenta el número de profesionales, luego se procedió a la tabulación de los resultados, utilizándose la técnica de frecuencia absoluta y porcentual que se representa por cuadro y gráficos con sus respectivos análisis.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan en primer lugar los resultados obtenidos en la investigación; en segundo lugar se describe el análisis e interpretación de tales resultados, siguiendo los procedimientos adecuados para este estudio.

Presentación de los Resultados

A continuación se presentan los resultados, los cuales se procesaron en relación con los elementos que contiene el estudio. Para lo cual se presentan los cuadros y gráficos estadísticos correspondientes a cada indicador de la variable de estudio con sus respectivos análisis.

CUADRO N° 1 Distribución de Frecuencia y Porcentaje del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del sistema respiratorio del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia

	SI		NO		Total	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Total Agrupado	7	35	13	65	20	100

Fuente: Instrumento Aplicada a la muestra sujeto de estudio.

En cuanto al registro de los datos demográficos el 65% del personal observado no realiza la valoración respiratoria del paciente politraumatizado. Solo un 35% si lo hace.

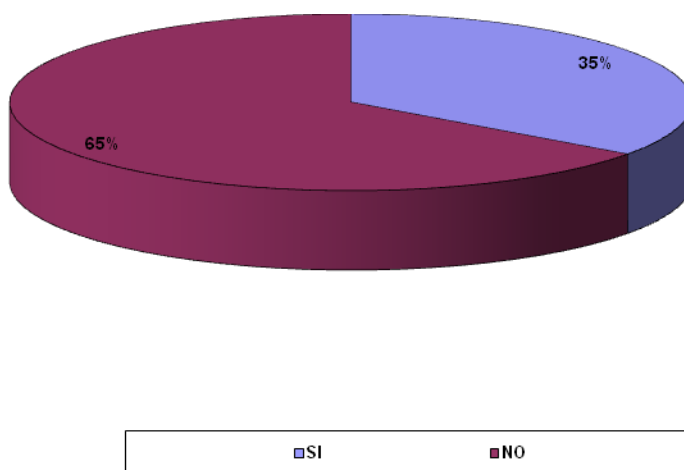


GRÁFICO N° 1 Representación Gráfica del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del sistema respiratorio del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia

Fuente: CUADRO N° 1

CUADRO N° 2 Distribución de Frecuencia y Porcentaje del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del sistema circulatorio del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia

Ítems	SI		NO		Total	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
Total Agrupado	6	30	14	70	20	100

Fuente: Instrumento Aplicada a la muestra sujeto de estudio.

En cuanto a la valoración del sistema circulatorio, específicamente en lo relacionado a cianosis, perfusión, pulso carotideo, hipovolemia, el 70% del personal demostró no realizar dicho procedimiento. Solo el 30% demostró hacerlo.

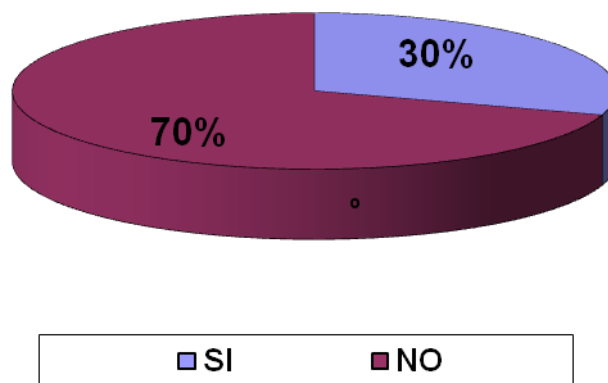


GRÁFICO N° 2 Representación Gráfica del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del sistema circulatorio del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia

Fuente: CUADRO N° 2

CUADRO N° 3 Distribución de Frecuencia y Porcentaje del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del estado neurológico del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia

	SI		NO		Total	
Ítems	N°	%	N°	%	N°	%
Total Agrupado	07	35	13	65	20	100

Fuente: Instrumento Aplicada a la muestra sujeto de estudio.

En cuanto a la valoración del estado neurológico del paciente politraumatizado el 65% del personal demostró que no realiza esta actividad a fin de conocer el nivel de conciencia y el tamaño y reacción pupilar. Solo el 35% si demostró hacerlo.

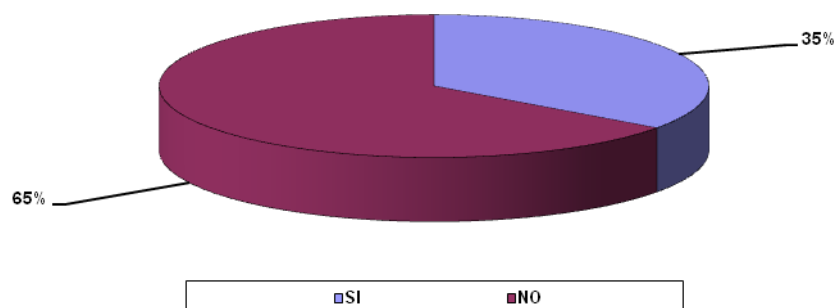


GRÁFICO N° 3 Representación Gráfica del consolidado de las observaciones realizadas a la intervención de enfermería para la valoración del estado neurológico del paciente politraumatizado al ingreso al servicio de emergencia

Fuente: CUADRO N° 3

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Una vez conocidos los resultados las investigadoras pudieron conocer que existe deficiencia en cuanto a la participación de enfermería en la valoración de paciente politraumatizado en cuanto a la valoración.

Con respecto a la valoración la Emergency Nurses Association. (2001), expresa “que el proceso de valoración no continua hasta que todas las desviaciones que ponen en peligro la vida, observadas en el reconocimiento primario, reciban una intervención apropiada”. (Pág. 1)

A pesar de ello, existe en el personal de enfermería que no pone en práctica la etapa de valoración para conocer el estado real de paciente politraumatizado y que le permita de una manera rápida planificar cuidados seguros y oportunos al paciente politraumatizado, a pesar de lo que indica Iyer p (1998), cuando sostiene que la valoración es la primera fase del proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la recogida de información sobre el paciente, con el fin de averiguar las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente, los datos se recogen mediante una sistemática que utiliza observación, entrevistas, protocolos de Enfermería, examen físicos, datos para clínicos y otras fuentes.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se presentan las conclusiones y recomendaciones que se desprenden de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Conclusiones

En función de los objetivos formulados en la investigación, el análisis de los resultados permitió a las autoras establecer las siguientes conclusiones:

- Existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan la valoración inicial de los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia que incluye conocer el estado del sistema respiratorio.
- La mayor parte de los profesionales de enfermería no realizan la valoración circulatoria de los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia.
- En cuanto a la valoración neurológica existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan dicha valoración a los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia.

Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados a las Autoridades de Enfermería del hospital.
- Incentivar la programación de actividades educativas, con la finalidad de actualizar al personal de enfermería sobre la valoración del paciente politraumatizado.
- Incentivar al personal de enfermería a que participen de forma constante y activa en programas de instrucción continua, referido a la valoración del paciente politraumatizado.
- Presentar los resultados del estudio al personal de enfermería integrantes de la población estudiada, para motivarlos a crear estrategias que fortalezcan su práctica laboral frente al paciente politraumatizado, en el rol asistencial, en esta área de la salud tan importante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AROZENA, A (2005) **Quality model in health care: Application of results from marketing research**. Rev. Salud pública, No. 3. México.
- ATKINSON, L (2005) **Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería**. 1era edición. Mc Graw Hill. Interamericana. Madrid España.
- Archivo de Epidemiología Defensa Civil – Distrito Metropolitano (2004).
- BARRIOS, M (2004) Manual de ATLS para Enfermeras, U.S.A.
- BEARE y MYERS (1995) **Guía Práctica de Cuidados Intensivos**. 3era Edición. Editorial Mosby. Madrid – España.
- CASAFONT, J (2005) **El control de calidad en los servicios sanitarios**. Editorial Masson. Salvat. Barcelona. España.
- CARRERA, J y DELGADO, M (2005) Enfermería comunitaria. 1ª edición. Editorial Masson, S.A. Barcelona. España.
- CASANOVA, D (2008) **Conceptos Epidemiológicos del Trauma**. Revista en línea del Hospital de Clínicas José de San Martín. Dirección electrónica: <http://www.he.fmed.uba.ar/revisttoolistltrauma.html>.
- DELGADO, M (2008) **Esencia del cuidado de la salud**. En dimensiones del cuidado. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Santa Fe de Bogotá.
- DELGADO, M; GARCIA, J y GONZALEZ, A (2009) Enfermería de Urgencia. Bases Teóricas. 1ª edición. Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.) Madrid.
- DELGADO, S y SÁNCHEZ, P (2005) Manual de acreditación de hospitales. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. España.
- DELGADO, M; FERNANDEZ, C; JIMENEZ, J (2009) **Fundamentos de enfermería en emergencia. Conceptos, procesos y práctica**. Vol. 1. Quinta edición actualizada. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.

- FERNANDEZ, R y GAOS, L (2005) *Enfermería De Urgencias*, 5ta edición, Editorial Interamericana, Madrid – España.
- GARCIA, J (2005) **Medicina de Emergencia**. Editorial Interamericana, Madrid – España.
- GONZALEZ, J (2006) **Medicina de Emergencia Prehospitalaria**. Editor Fundación Post-Grado de Medicina de Emergencia. Caracas.
- HERNANDEZ, D y OLIVO, C (2007) **Calidad de Atención brindada por Enfermería en el Servicio de Emergencia**. Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreno. Caracas
- LOPEZ, (2009) *Atención Al Paciente Politraumatizado*. Trabajo presentado en las Jornadas de Patologías de Urgencias, Cordova. Argentina. Publicado en LILACS, CD rom, 38/ edición.
- MARTINEZ, V (2005) *Manual de ATLS*), 5ta edición, Chicago – U.S.A.
- MONTBRUN, E.; PEREIRA, R.; SANOJA, S. Y CARRASQUEL, A. (2007), **Calidad De Atención En Trauma En Venezuela** ¿Existe un sistema eficiente?. Trabajo publicado en el XII Congreso Panamericano de Trauma. Escuela de Medicina “J M Vargas”. Caracas Venezuela.
- OMS (2005) Anuario estadístico. OCEI. Dirección electrónica: www.ops.org.ve/bus/perm.ven. Correo Electrónico www.ops.oms.org.
- PINEDA, Elia; ALVARADO, Eva Luz de, y CANALES, Francisca (1998). **Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud**. 2ª edición. Editorial Organización panamericana de la salud. Organización mundial de la salud. Washington D.C. EUA.
- RABANAL, J (2005) *Urgencias En Enfermería*, Editorial Interamericana. México.

- RODRIGUEZ, V (1999) **Manejo del Trauma: Un reto permanente para enfermería.** Grupo de cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- SACRAMENTO, A. (2007); **Nivel De Conocimientos De Las Enfermeras De Atención Directa Sobre El Cuidado De Pacientes Politraumatizados Graves A Su Ingreso Al Servicio De Emergencia Y La Actitud Hacia Estos.** Trabajo de Grado para optar al título de magíster en cuidado critico en adulto. Universidad de Carabobo.
- SANCHEZ, R (1994) **Calidad de atención en enfermería.** Modulo instruccional. Escuela de Enfermería. UCV.
- SCHWARTZ, S; SHIRES, T; SPENCER, F (2006) **Tratado de medicina Crítica y Terapia Intensiva.** Tomo I. 3° Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina.
- ZUÑIGA, I (2007) **Fisiopatología.** 1ª edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana de Venezuela, S.A. Caracas.

ANEXOS

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A DETERMINAR LOS
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROPORCIONADOS AL
PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Tutor
M.Sc Sergio Campos

Autora:
García Heissa
C.I. 16.669.989

Caracas, Septiembre 2010

PRESENTACIÓN

La presente guía de observación forma parte del trabajo de investigación que actualmente se realiza para optar por el Título de Licenciado en Enfermería.

El objetivo de la misma es obtener información sobre los cuidados de enfermería, que recibe el paciente politraumatizado, dicha información será de mucha importancia para el logro de los objetivos planteados.

Nombre del Observado:-_____ Fecha:_____

Traumatismo según el grado de lesión:
 Leve._____ Moderado:_____ Grave:_____ Tipo
 de Traumatismo:
 Tejido blando:_____ Fractura._____
 Abdominal:_____ Tórax:_____
 Cráneo:_____ Columna:_____
 Durante la atención del paciente politraumatizado el profesional de
 enfermería realiza los siguientes cuidados:

SI NO Observación

1	Evalúa la vía aérea			
2	Aplica medidas para permeabilizar la vía aérea			
3	Coloca al paciente en posición adecuada si presenta dificultad respiratoria			
4	Aplica procedimientos para la liberación de secreciones			
5	Administra oxígeno si presenta dificultad respiratoria			
6	Verifica Expansión Torácica			
7	Valora signo de disnea			
8	Valora signos de disfagia			
9	Valora de signos vitales			
10	Valora signos de Cianosis generalizada			
11	Valora la perfusión periférica			
12	Valora Pulso carotideo			
13	Valora signos de Hipovolemia			
14	Evalúa Nivel de conciencia			
15	Valora Actividad motora			
16	Verifica Sensibilidad			
17	Valora signos de Ansiedad			
18	Verifica Tamaño, reacción pupilar, Evalúa los movimientos oculares.			