



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS INICIALES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE
POLITRAUMATIZADOS QUE INGRESA AL SERVICIO DE
EMERGENCIA UNIDAD DE TRAUMASCHOCK DEL HOSPITAL DR.
DOMINGO LUCIANI.EL LLANITO.EDO.MIRANDA. SEGUNDO
SEMESTRE AÑO 2015**

(Trabajo especial de grado presentado como requisito parcial para
optar al título de Licenciada en Enfermería)

Autoras

TSU: David, Sulengi

C.I.-17.803.582

TSU: Guerrero, Orinar

C.I.-17.477.322

Tutor

Dra. Evelia Figuera Guerra.

Caracas, Diciembre, 2015

INDICE GENERAL

Lista de Cuadros	iii
Lista de Gráficos	v
Dedicatoria	vii
Agradecimiento	x
Aprobación de Tutora	xi
Resumen	xii
Introducción	1
Capítulo I.- El Problema.	
I.1.-Planteamiento del Problema	4
I.2.-Objetivos del Estudio	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
I.3.- Justificación del Estudio	9
Capítulo II.- Marco Teórico	
2. 1.- Antecedentes	11
2.2.-Bases Teóricas	16
Cuidados de Enfermería en el paciente Traumatizado	17
Cuidados Iniciales	17
Valoración Primaria	
Estrategias de Intervención	
2.3.-Sistema de Variables	30
2.4. Operacionalización de la variable	31
Capítulo III.-Marco Metodológico	
3.1.-Diseño de la Investigación	33
3.2.-Tipo de Estudio	33
3.3.-Población	34
3.4.-Muestra	34
3.5.-Método e Instrumento para la Recolección de Datos	34
3.5.1.- Confiabilidad	35
3.6.-Procedimiento para la Recolección de Datos	37
3.7.-Técnicas de Análisis	37
Capítulo IV.	
4.1. Presentación y Análisis de los Resultados.	39
Capítulo V.	
5.1.Conclusiones	57
5.2.Recomendaciones	58
Referencias Bibliográficas	59
Anexos	
A.-Instrumento	
B.- Confiabilidad	
C.-Comunicación Institucional.	



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



ACTA
 TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los reglamentos de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, quienes suscriben Profesores designados como Jurados del Trabajo Especial de Grado, titulado:

Cuidados Iniciales de Enfermería en el
Paciente Politraumatizado que Ingresa
al Servicio de Emergencia. Unidad de Trauma
Schock.

Presentado por las (os) Técnicos Superiores:

Apellidos y Nombres: David, Sulengí C.I. N° 17.803.582
 Apellidos y Nombres: Quereño, Dimas C.I. N° 17.477.322
 Apellidos y Nombres: _____ C.I. N° _____

Como requisito parcial para optar al Título de: Licenciado (a) en Enfermería.

Deciden: Se aprueba.

En Caracas, a los 03 días del mes de febrero de 2016

Jurados,

Prof. (a). Doris León
 C. I. N° 5130681

Prof. (a). Estel Benites
 C. I. N° 6204850

Prof. (a). Emelia Figueroa G.
 C. I. N° 2741815



Va sin enmienda

LISTA DE CUADROS

Cuadro N°	Pág.
1.- Distribución de frecuencias y porcentajes referida a la valoración de los signos vitales del paciente politraumatizado. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....	40
2.- Distribución de frecuencias y porcentajes referida a la valoración mediante escala de Glasgow del paciente politraumatizado. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....	43
3.- Distribución de frecuencias y porcentajes referidas a la valoración del en el paciente politraumatizado. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....	46
4.- Distribución de frecuencias y porcentajes referida a los cuidados de enfermería enfocados en las estrategias de intervención con el paciente politraumatizado. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....	49

5.- Distribución de frecuencias y porcentajes referida a la variable Cuidados de Enfermería al Paciente Politraumatizado. Dimensión: Cuidados Iniciales. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°	Pág.
1.- Distribución de frecuencias y porcentajes referida a la valoración de los signos vitales del paciente politraumatizado. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....	42
2.- Distribución de frecuencias y porcentajes referida a la valoración mediante escala de Glasgow del paciente politraumatizado. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....	45
3.- Distribución de frecuencias y porcentajes referidas a la valoración del en el paciente politraumatizado. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....	48
4.- Distribución de frecuencias y porcentajes referida a los cuidados de enfermería enfocados en las estrategias de intervención con el paciente politraumatizado. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....	52

4.A.- Distribución de frecuencias y porcentajes referida a los cuidados de enfermería enfocados en las estrategias de intervención con el paciente politraumatizado. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....53

5.- Distribución de frecuencias y porcentajes referida a la variable Cuidados de Enfermería al Paciente Politraumatizado. Dimensión: Cuidados Iniciales. Unidad de Traumashock. Servicio de Emergencia. Hospital tipo IV adscrito al IVSS “Dr. Domingo Luciani” El Llanito. Edo. Miranda.....56

DEDICATORIA

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Zaida

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Vito

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi hijo Abraham

Por ser la motivación de los logros en mi vida; para ser mejor persona y su mejor ejemplo.

A mi mamita Marvelis

Por haberme apoyado en todas las etapas de mi vida y por su inmenso amor.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Zaida y Vito por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mi hermano Jhonattan y a mi hijo Abraham por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar, por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado.

A Marvelis, por ser una parte muy importante de mi vida, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mi Tutora profesora Evelia Figuera Guerra por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su amistad.

A mi abuela Ana que aunque ya no se encuentre con nosotros físicamente, siempre estará presente en mi corazón, por haber creído en mí hasta el último momento. ¡Ya soy Licenciada en Enfermería!

Orimar

DEDICATORIA

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir, estar conmigo, por llenar mi corazón de Fe, iluminar mi mente y por haber puesto a todas aquellas personas que me han enseñado y acompañado durante toda mi carrera profesional. Gracias Dios por concederme la mejor familia.

A mis abuelos María y José

Por quererme y apoyarme hasta el último momento de sus vidas recibí amor incondicional, todo esto se los debo a ustedes.

A mi hijo Adrián y esposo Dany

Por estar conmigo, creer en mí, los quiero mucho, me han ofrecido el amor verdadero y cariño que son los detonantes de mi felicidad. Son mi motivación de logros.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios y los sagrados ángeles de la corte celestial por acompañarme, darme salud, la motivación para seguir adelante sin perder nunca la fe y que todo momento es bueno para comenzar.

Le doy gracias a mis queridos padres-abuelitos (QEPD), por sus sacrificios, trasnochos, valores y su infinito amor para lograr mis sueños pese a las dificultades de la vida.

A mi amado Adriancito y esposo por apoyarme, llenarme de felicidad porque el amor que me dan me inspira para ser mejor y no desfallecer en el intento, todo este trabajo ha sido gracias a ellos.

A mi tutora Dra. Evelia Figuera Guerra por haber creído en mí, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

Sulengi



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



Cuidados iniciales de enfermería en la atención del paciente politraumatizado que ingresa al servicio de emergencia del hospital “Dr. Domingo Luciani” El Llanito Edo. Miranda. Segundo Semestre del año 2015.

AUTORAS

TSU.David, Sulenyi

C.I.17.803.582

TSU.Guerrero, Orimar

C.I.-17.477.322

Tutor

Dra. Evelia Figuera Guerra

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación se orienta a Determinar los Cuidados de enfermería otorgados al paciente politraumatizado, en la unidad de emergencia, en su dimensión: Cuidados Iniciales Metodológicamente se adscribe al diseño no experimental, de campo, tipo de estudio contemporáneo, transversal, descriptivo, cuya población la conformaron veintiocho (28) profesionales de enfermería adscritos a la unidad de emergencia del hospital tipo IV “Dr. Domingo Luciani”. El Llanito .Edo. Miranda, once (11) de ellos conformaron el 39% de la muestra. Para la recolección de los datos elaboraron una guía de observación conformada por 24 interrogantes en escala dicotómica si – no para observar el cumplimiento de los cuidados iniciales de enfermería en el paciente politraumatizado cuya confiabilidad obtuvo un valor de 0.92 según el índice de kr20. Dicho instrumento guía de observación fue aplicado en tres oportunidades al elemento muestral según los turnos de trabajo. Los resultados obtenidos muestran que un porcentaje importante de los profesionales de enfermería estudiados no cumplen las actividades inherentes al cuidado inicial en lo referido a la valoración primaria y las estrategias de intervención con el paciente politraumatizado, necesarias para garantizarle su vida en la unidad de emergencia.

Palabras Claves: Cuidados iniciales, profesional de enfermería, paciente politraumatizado

INTRODUCCIÓN

Los Traumatismos constituyen una de las primeras causas de muerte en el mundo. En Venezuela, según el anuario Epidemiológico y Estadístico Vital del Ministerio del Poder Popular para la Salud para el año 2013, 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.

Ferrada, R. y Rodríguez, A. (2009) definen 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 incapacitantes, 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.

Enfermería tiene un compromiso con la excelencia profesional para brindar la calidad de atención, ya que el campo de investigación de enfermería permite proveer las bases científicas de la profesión

con conocimientos que le permitan 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 inicial de cuidados médicos y de enfermería en las unidades de emergencia. El profesional de enfermería adscrito a una unidad de emergencia, al ofrecer cuidados iniciales a un paciente politraumatizado debe establecer prioridades, vigilarle y valorarle en forma continua, así como apoyar a la familia en un ambiente de cuidados con tiempo limitado y mucha presión.

En ese contexto, el propósito de la investigación se orienta a determinar los cuidados de enfermería otorgados al paciente politraumatizado ingresado a la unidad de emergencia, en su dimensión: Cuidados Iniciales.

Metodológicamente se adscribe al diseño no experimental, de campo, tipo de estudio contemporáneo, transversal, descriptivo, cuya población la conformaron veintiocho (28) profesionales de enfermería adscritos a la unidad de emergencia del hospital tipo IV "Dr. Domingo Luciani". El Llanito .Edo. Miranda, la muestra 39% fue seleccionada aplicando el muestreo no probabilístico intencional. Para la recolección de los datos elaboraron una guía de observación conformada por 24 interrogantes en escala dicotómica si – no para observar el cumplimiento de los cuidados iniciales de enfermería en el paciente politraumatizado cuya confiabilidad obtuvo un valor de 0.92 según el índice de kr20. Dicho instrumento guía de observación fue aplicado en tres oportunidades al elemento muestral según los turnos de trabajo. Los datos obtenidos permiten concluir que un

porcentaje importante de los profesionales de enfermería estudiados no cumplen con las actividades inherentes al cuidado inicial en lo referente a la valoración inicial y al cumplimiento de estrategia de intervención con el paciente politraumatizado

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, sistema 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 los resultados. Capítulo IV: Resultados de la investigación que comprende, presentación de resultados y análisis e interpretación de los resultados. Y el Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

El presente capítulo, hace referencia al planteamiento del problema, los objetivos de la investigación y su justificación.

Planteamiento del Problema

Los profesionales de enfermería se están enfrentando con uno de los retos más importantes como es la atención de los pacientes politraumatizados, considerados según González J (2011) 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 depende de la complejidad o grado de compromiso funcional, según Barbera Gómez, A. (2010) 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)

Lo expuesto por el autor permite reconocerla importancia de la actuación de los profesionales de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado cuyo manejo inicial define tres tiempos

distintos: evaluación primaria, evaluación secundaria y evaluación terciaria. Cortés, C., Acuña, L., Álvarez, F., y Álvarez, N. (2013) señalan sobre la evaluación primaria, “comprende el primer acercamiento al paciente traumatizado y su objetivo es la identificación y manejo inmediato de lesiones inminentemente letales. Su enfoque es netamente clínico...” (p.208)

En ese sentido, los profesionales de enfermería continuamente deben satisfacer las urgentes, complejas y rápidamente cambiantes necesidades de los pacientes politraumatizados, conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud que actuando de manera organizada en la atención de acuerdo con la condición del paciente contribuyen a evitar posibles complicaciones en el mismo, considerando siempre lo mencionado por Guasca Caicedo, E.(2010):

Los primeros 30 minutos son fundamentales para la toma de decisiones: pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte y entre una calidad de vida aceptable e incapacitante. Por lo tanto, se debe contar con un equipo interdisciplinario idóneo para la atención inmediata y eficaz. (p.2525).

En las unidades de emergencia entre los pasos a seguir en la atención de un paciente politraumatizado se mencionan la colocación del paciente en una camilla con sumo cuidado, desnudarlo evitando movimientos inadecuados. Medir las constantes vitales (TA, pulso, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, respiración, etc.), Canalización de una o dos vías periféricas, extracción de sangre para exámenes de laboratorio, estabilización del raquis cervical, así mismo debe realizarse una valoración rápida de la permeabilidad de la vía aérea, valoración

de la respiración, es decir, frecuencia, ritmo, simetría en la expansión, entrada de aire, valoración de la circulación, frecuencia, ritmo y forma de pulso, objetivar hemorragias, valoración del estado neurológico, aplicando la escala de Glasgow, para establecer prioridades en el tratamiento.

González J, (op.cit.) señala que en Venezuela para el año 2010 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. Delgado, M., Ruiz, M., y Saenz, G. (2012) señalan 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. Es por la alta morbilidad y mortalidad de los politraumatizado en el mundo que se considera un problema de salud pública.

El Hospital tipo IV “Dr. Domingo Luciani” en el Estado Miranda, es el principal centro dispensador de salud del este de la ciudad, que atiende tanto a los politraumatizados de esta zona que ameritan atención inmediata proporcionada por un equipo de salud interdisciplinario en el cual el profesional de enfermería de atención directa, participa aplicando sus conocimientos, habilidades y restablecer las funciones vitales interferidas, minimizando las complicaciones posible.

En la emergencia del mencionado hospital, las estadísticas aportados por el Departamento de Epidemiología reportan cifras

considerables de pacientes traumatizados por diferentes causas, ingresados a la Unidad Clínica de Emergencia, en los últimos años, específicamente para el año 2013, 14.728 personas fueron ingresadas en el período comprendido de Enero a Diciembre., por diferentes causas de traumatismo. En la mencionada unidad se tiene establecida una norma para la atención inmediata e inicial del paciente politraumatizado dado a que por su ubicación es un hospital de alta proyección regional, es constante el ingreso de pacientes a la emergencia por accidente vehicular, con lesiones traumáticas múltiples que comportan riesgo vital para la persona lesionada.

En la mencionada unidad clínica, se observa que los pacientes politraumatizados posterior a su ingreso permanecen en área de emergencia por largo periodos de tiempo que pueden ir desde días hasta semanas lo cual puede deberse a diversas situaciones tales como: complicación y/o gravedad del caso, la no disposición de cama para su traslado a la unidad clínica que compete, entre otras. La permanencia de los mismos en esta área influye en la atención y cuidados que deben recibir cada paciente de acuerdo con su condición clínica, lo que incrementan los riesgos de complicación prolongando la estadía y los costos que esta situación genera.

De los planteamientos antes expuestos surgen las siguientes interrogantes: ¿El profesional de enfermería cumple procedimientos específicos para la valoración primaria de paciente politraumatizado? ¿El profesional de enfermería valora signos vitales con la inmediatez del caso a los pacientes politraumatizados?, ¿El profesional de enfermería, aplica la escala de Glasgow a pacientes politraumatizados para la valoración de su estado neurológico?, ¿El profesional de enfermería, percute vía periférica a pacientes

politraumatizados con la inmediatez del caso?, ¿El profesional de enfermería, identifica posibles complicaciones en los pacientes politraumatizados que ingresan a la emergencia de adultos?, Para dar respuestas a las mencionadas interrogantes, las investigadoras formulan el siguiente problema de estudio. ¿Cuál es la participación del profesional de enfermería en el cuidado inicial de los pacientes politraumatizados que ingresan al servicio de emergencia de adultos, unidad de traumashock del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani” el Llanito, Estado Miranda., durante el Primer semestre del año 2015?

1.2.-Objetivos

1.2.1.-Objetivo general

Determinar la participación de la profesional enfermería en el cuidado de los pacientes politraumatizados que ingresan al servicio de emergencia de adultos del Hospital tipo IV “Dr. Domingo Luciani” El Llanito Estado Miranda., en su dimensión: Cuidados Iniciales

1.2.2.-Objetivos específicos

- Identificar mediante observación los cuidados iniciales de enfermería, basados en la valoración primaria otorgados a pacientes politraumatizados, ingresados a la unidad de emergencia.
- Identificar mediante observación los cuidados iniciales de enfermería, basados en estrategias de intervención otorgados a pacientes politraumatizados, ingresados a la unidad de emergencia.

1.3.-Justificación

El profesional de enfermería que labora en la Unidad Clínica de Emergencia conjuntamente con los demás integrantes del equipo de salud, tienen la responsabilidad de asistir al Paciente Politraumatizado al cumplir las funciones inherentes al cargo, poniendo en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas, que le permiten identificar las necesidades interferidas para proporcionar atención de calidad minimizando las complicaciones y por ende lograr el restablecimiento de la salud. En la medida que el profesional de enfermería aplique los procedimientos normados en el cuidado inicial del paciente politraumatizado, se lograra una mayor sobrevida, y pronta recuperación, disminuyéndose además, la estadía hospitalaria y se puede contribuir al reintegro en el menor tiempo posible a su vida familiar y por ende a la sociedad.

El propósito del estudio se orienta a Determinar la participación del profesional de enfermería en el cuidado de los pacientes politraumatizados que ingresan al servicio de emergencia de adultos del Hospital tipo IV "Dr. Domingo Luciani" El Llanito. Estado Miranda., en su dimensión: Cuidados Iniciales.

Este estudio, en el contexto teórico se justifica dado a que, mediante el análisis de referentes teóricos y marcos conceptuales se buscara sustentar los cuidados iniciales de enfermería que se deben brindar al paciente politraumatizado con la finalidad de asegurar el éxito en la valoración primaria y las estrategia de intervención, qué a su vez garanticen la vida del paciente.

Desde el punto de vista metodológico este estudio, está justificado, debido a que, el uso de una guía de observación para la recolección de información demuestra que se están utilizando técnicas de investigación confiables

Desde el punto de vista de la práctica profesional, se considera justificado, pues, se espera que, los resultados de este estudio, contribuyan de forma significativa a mostrar los cuidados iniciales que todo profesional de enfermería debe cumplir en orden metódico para asegurar la supervivencia del paciente politraumatizado ingresado a la unidad de emergencia, donde es primordial e imprescindible cumplir acciones específicas en la realización de procedimientos que le garanticen la vida al paciente que ha sufrido múltiples lesiones y afectan su condición general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presenta la fundamentación teórica de la investigación y está conformado por los antecedentes, bases teóricas, sistema de variables, su Operacionalización en estudio y definición de términos básicos.

2.1.- Antecedentes

Los antecedentes son definidos por Pérez, J. (2010) como “todos aquellos trabajos de investigación que precede al que se está realizando, pero que además guarda mucha relación con los objetivos del estudio que se aborda” (P.3). Polit, D. y Hungler, B. (2012), señalan que pueden ser útiles para “identificar para identificar estrategias de identificación y procedimientos específicos, así como instrumentos de medición y análisis estadísticos que pueden ser provechosos...” (p.70)

En atención a lo citado se presentan a continuación análisis de investigación nacionales e internacionales relacionados con el tema de interés en el estudio.

Investigaciones Nacionales relacionadas con la variable en estudio

Cartaya, A., Marrero, E., Vieira, D. y Figuera Guerra, E. (2014), realizaron en el Edo. Miranda y el Distrito Capital, Caracas una investigación con el propósito de la presente investigación se orientó a diseñar un estándar de proceso para el cuidado del paciente

politraumatizado atendido en la emergencia de la Policlínica El Retiro en San Antonio de los Altos, Estado Miranda y el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño de la parroquia Antímano, Distrito Capital; en su dimensión intervención de enfermería.

En el contexto metodológico se ubicó en una investigación con diseño no experimental de campo basada en un proyecto factible, tipo de estudio prospectivo transversal descriptivo, cuya población la conformaron 40 enfermeras profesionales de ellas 16 adscritas al área de emergencia de la Policlínica El Retiro, y 24 al área de emergencia del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. De ellas el 50% de la Policlínica El Retiro y el 75% del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño respectivamente conformaron la muestra seleccionada mediante muestreo no probabilístico intencional, en correspondencia con los objetivos del estudio.

Para la recolección de los datos elaboraron una guía de observación conformada por 24 interrogantes en escala dicotómica si – no para observar el cumplimiento de las intervenciones de enfermería en el paciente politraumatizado cuya confiabilidad obtuvo un valor de 0.92 según el índice de kr20. Dicho instrumento guía de observación fue aplicado en tres oportunidades al elemento muestra según los turnos de trabajo. Los resultados obtenidos muestran que el 37.5% de los elementos muestrales adscritos a la emergencia de la Policlínica El Retiro no realizan la valoración primaria ni aplican estrategias de intervención específicas en la atención del paciente politraumatizado, así mismo el 53.7% de los profesionales de enfermería de la emergencia del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño no aplican la valoración primaria y el 40.7% las estrategias de intervención en el cuidado del paciente politraumatizado. En base a los resultados concluyeron en la

importancia de diseñar un estándar de proceso para el cuidado del paciente politraumatizado que oriente las intervenciones de enfermería en un orden procedimental que privilegie la calidad de vida del paciente politraumatizado.

León, Y., Martínez, M., Medina, N. y Pérez, A. (2009), realizaron en el Edo. Miranda un estudio cuyo objetivo fue determinar los cuidados de enfermería de acuerdo a los protocolos internacionales enfocado a los pacientes politraumatizados que ingresan a la unidad clínica de emergencia del hospital I “Dr. Eugenio P. D’Bellard” en Guatire Estado Miranda. Fue una investigación descriptiva, la población la conformaron veinte (20) enfermeras profesionales que integran la nómina fija del hospital, distribuidas en los tres turnos de trabajo, las mismas conformaron el 100% de la muestra, como instrumento de recolección de datos utilizaron una guía de observación con 23 preguntas. Para el procesamiento de los datos aplicaron la tabulación manual y la estadística descriptiva.

En los resultados señalan que existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que realizan la valoración inicial de los pacientes politraumatizados, incluidas la valoración respiratoria, circulatoria, neurológica, tegumentaria. Recomiendan realizar actividades educativas con la finalidad de actualizar a los profesionales de enfermería sobre los procedimientos a cumplir en la valoración del paciente politraumatizado

Montbrun, E., Pereira, R., Sanoja, S. y Carrasquel, A. (2009), 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 1998 a 1999. 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 según las autoras del estudio, 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.

Investigaciones Internacionales relacionadas con la variable en estudio.

Tafur, K. y Tulcanaza, D. (2012); realizaron en Ecuador una investigación con el objetivo principal de determinar la importancia del rol del profesional de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado, que ingresan a la

unidad de emergencias del Hospital San Luis de Otavalo para brindar atención con calidad y calidez; de igual forma busca ayudar a disminuir las posibles complicaciones y prevenir con una intervención oportuna los riesgos que se presentan por un mal manejo en la atención de dichos pacientes con la utilización de la guía de protocolos.

La investigación fue de tipo descriptivo, prospectivo. Se realizó un muestreo aleatorio simple de los pacientes politraumatizado que acuden al servicio de emergencia, teniendo como muestra un total de 53 usuarios y el total de los profesionales de enfermería que laboran en la unidad. Para la recolección de datos utilizaron un cuestionario estructurado con 15 preguntas. Además utilizaron una guía de observación para identificar en los profesionales de enfermería sus habilidades técnicas, habilidades interpersonales y actitudes respecto a la identificación de los principales problemas, signos y síntomas del paciente politraumatizado y como priorizar los cuidados.

Llegaron a la conclusión que en el centro de salud se evidencia una falta de personal profesional de enfermería en relación a la demanda de pacientes que se recién diariamente en el centro de salud; además se evidencia que el nivel de conocimientos del profesional de enfermería del servicio de emergencia es regular lo que amerita la actualización y capacitación en forma permanente. Es por ello que elaboran e implementan una “Guía de protocolos de atención en el manejo temprano de pacientes politraumatizados” dirigida a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia, la cual será utilizada como instrumento de apoyo y de consulta diaria para la atención esperando ayudar a

disminuir las posibles complicaciones y prevenir con una intervención oportuna los riesgos que se presentan por un mal manejo en la atención de dichos pacientes.

Las citadas investigaciones aportan al presente estudio datos que sustentan la importancia de los cuidados de enfermería en el cuidado inicial de los pacientes politraumatizado desde su llegada a emergencia hasta su traslado a otras unidades de mayor complejidad

Bases Teóricas

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados oportunos en términos de calidad, haciendo uso de la experiencia y la práctica para manejar las alteraciones traumáticas que ponen en peligro la vida del paciente. 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. Lo cual lo compromete a indagar sobre nuevas investigaciones que permitan mejorar los cuidados que se dan a los pacientes que lo ameriten, en particular al politraumatizado.

González, J (op.cit.) explica que “la enfermedad traumática constituye la tercera causa de mortalidad en la población general y la primera entre los 20 – 40 años de edad” (p.532). 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. Este grupo etario por diversas

causas está expuesto a situaciones que pueden causar politraumatismos y compromete su vida.

Cuidados de Enfermería al paciente politraumatizado.

El cuidado es la expresión de la enfermería y es la presencia intencional y auténtica de la enfermera con otra persona que vive el cuidado y crece en el cuidado. El papel de la enfermería en el cuidado señalan Boykin, A, .y Schoenhofer, S, (2001), citadas por Purnell.M. (2011) es “conocer a las personas durante el cuidado, y apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas” (p.396).En el marco de lo citado, los supuestos se basan en la práctica de la enfermería al conocer, fortalecer e iluminar los cuidados que exige la persona cuidada, que en este contexto es el paciente politraumatizado

De acuerdo con González, J (op.cit) el paciente politraumatizado, es “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). Es decir, presentan lesiones en órganos vitales que comprometen su vida, por lo cual requieren atención inmediata y soporte vital avanzado en la mayoría de los casos.

Cuidados Iniciales al Paciente Politraumatizado

La valoración y tratamiento inicial del paciente politraumatizado deben ser realizados simultáneamente en forma ordenada por parte

del personal de salud, en particular los profesionales de enfermería, quienes deben realizar una valoración inmediata, 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 correspondencia con lo citado, se hace necesario que los profesionales de enfermería trabajen en equipo para cumplir en orden metódico los objetivos para el cuidado inicial del paciente politraumatizado. En ese sentido, 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 tráquea; 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 tráquea 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.

Valoración de signos vitales.

Los cuidados del paciente politraumatizado se inician como ya se ha mencionado con la valoración primaria, una vez completada dicha valoración primaria, el profesional de enfermería cubre al paciente para mantener la temperatura corporal y procede a medir los signos vitales frecuencia respiratoria, presión arterial y el pulso. El profesional de enfermería 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.

Delgado M; Fernández R y Jiménez J (op.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 broncoscopio” (p.90) 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 (op.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.

El tratamiento de todo paciente politraumatizado 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 (1993) como:

Toda lesión producida en la columna cervical que afecta la estructura ósea (contenedor) 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 (2005) refiere que: “El riesgo actual de traumatismo del raquicervical 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 tráquea. En ausencia de síntoma o sospecha de lesión se coloca de nuevo el collarín cervical y se deja de hacer la tracción.

Tipos de traumatismo

Los traumatismos se clasifican según Zúñiga I (op.cit): “en traumatismos de: tejidos blandos; fracturas; abdomen; tórax; cabeza; cuello y vías respiratorias; neurologías 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. Al respecto Schwartz S; Shires T y Spencer F (1998) señalan que: “las fracturas en extremidades se tratan con la inmovilización del miembro o miembros con la finalidad de prevenir lesiones en vasos sanguíneos y nervios y reducir la microembolización el dolor”. (p.189)

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 de salud.

Complicaciones

Todo paciente politraumatizado 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”.

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 (op.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, hipercapnia), cianosis, tiraje de los músculos accesorios de la respiración, ruidos extraños, estridor, disfonía. La

obstrucción según Rodríguez, V (op.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)

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.

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. (2003) 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 fluidoterápicos y así restaurar la función cardíaca 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. 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.

Estrategias de Intervención

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados con la inmediatez del caso al paciente politraumatizado para evitar posibles riesgos o complicaciones en su situación de salud. 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)

Las intervenciones oportunas de los profesionales de enfermería en la valoración inicial del paciente politraumatizado repercuten positivamente en el estado de salud 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 cateterización de una **vía periférica**, amerita de la intervención rápida sin pérdida de tiempo, del profesional de enfermería. 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 fluido terapia adecuada. Como lo que se intenta es reponer líquido lo más de prisa 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, (op.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.

En relación a la **intubación endotraqueal**, tiene especial importancia porque, la asfixia es uno de los principales riesgos del paciente politraumatizado, especialmente si ha 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.

El manejo de la vía aérea según Delgado M; García J y González A (op.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 / percusión, 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. 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 hemotoráx 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.

Otra forma para prevenir riesgos es la **cura de heridas**. Atkinson L (op.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)

2.3.-Sistema de variable

Variable: Cuidado de Enfermería al paciente politraumatizado

Definición Conceptual:

El cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la enfermería (Leininger, M.1984, p.46)

Definición Operacional:

Está relacionado con los cuidados iniciales cumplidos por los profesionales de enfermería con la inmediatez que requiere un paciente ingresado por politraumatismo a la unidad de emergencia del hospital tipo IV "Dr. Domingo Luciani" El Ilanito, con la finalidad de garantizarle su vida.

2.4 Operacionalización de Variable

Variable: Cuidado de Enfermería al paciente politraumatizado.

Definición operacional: Está relacionado con los cuidados iniciales cumplidos por los profesionales de enfermería con la inmediatez que requiere un paciente ingresado por politraumatismo a la unidad de emergencia del hospital tipo IV “Dr. Domingo Luciani” El Ilanito, con la finalidad de garantizarle su vida.

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>Cuidados Iniciales de enfermería. Son acciones propias referidas a la valoración primaria del paciente politraumatizado y las estrategias de intervención específicas cumplidas por los profesionales de enfermería en la unidad de emergencia de la institución hospitalaria en estudio</p>	<p>Valoración Primaria Son las actividades que se observa, cumple el profesional de enfermería, para valorar el estado de salud del paciente politraumatizado, con énfasis en:</p>	<p>Valoración de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia Respiratoria • Presión Arterial • Pulso <p>Escala de Glasgow</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apertura ocular • Respuesta verbal • Respuesta motora <p>Tipo de Traumatismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contuso • Penetrante • Por estallido <p>Complicaciones</p>	<p>1, 2</p> <p>3, 4</p> <p>5, 6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13,14</p> <p>15</p>

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
	<p>Estrategias de intervención</p> <p>Son las actividades que realiza el profesional de enfermería para garantizar el estado de salud del paciente politraumatizado, con énfasis en:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vía Periférica • Intubación endotraqueal • Aspiración • Higiene Personal • Cura de herida • Traslado 	<p>16, 17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20, 21</p> <p>22</p> <p>23, 24</p>

CAPÍTULO III

MARCOMETODOLÓGICO

En este capítulo se describe el diseño de la investigación, el tipo de estudio, población, muestra, método e instrumento para la recolección de los datos, confiabilidad, procedimiento para la recolección de información, y técnicas de análisis.

3.1.-Diseño de la Investigación

En cuanto a la fuente de recolección de datos, la misma queda enmarcada como una investigación con diseño no experimental, de campo. Hurtado, J (2000) explica que el propósito de la investigación de campo es “describir un evento obteniendo datos de fuentes vivas o directas, en su ambiente natural”. (p.230)

3.2.-Tipo de Estudio

El tipo de estudio es transversal, según el período y secuencia del estudio, porque las variables son estudiadas en el mismo momento de ocurrencia de los hechos. También se adscribe al tipo de estudio descriptivo, Pineda E; Alvarado E (2008), señalan que en los estudios descriptivos se investiga “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 de enfermería en el manejo inicial de los pacientes Politraumatizado.

3.3.- Población

La población se define según Pineda E; Alvarado E (op.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 veintiocho (28) profesionales de enfermería que forman parte de la nómina fija del Hospital, distribuidas en los tres turnos de trabajo en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital tipo IV “Dr. Domingo Luciani” en el Estado Miranda.

3.4.-Muestra

La muestra está representada por el 39%, es decir once (11) profesionales de enfermería, que laboran en la Unidad Clínica de Emergencia de Adultos del Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani” en el Estado Miranda.

3.5.-Método e instrumento para la Recolección de datos

Para los efectos de la recolección de datos, elaboraron una guía de observación, Pineda E; Alvarado E (op.cit) 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).La Guía de observación, se construyo con veinticuatro (24) ítems en escala dicotómica Si-No, siguiendo el orden lógico de los subindicadores plasmados en la operacionalización de la variable en estudio: Cuidado de enfermería al paciente politraumatizado

3.5.1.- Confiabilidad

Una vez que se realizó la selección del Instrumento Guía de Observación y de haber definido el estudio, se procedió a establecer la confiabilidad, mediante el análisis de: las dimensiones, indicadores y el rango de estabilidad de la Guía de Observación en su aplicación. Para Hurtado de Barrera, J. (1998) en el caso de los instrumentos de observación, “la confiabilidad está dada por la coincidencia o concordancia en el registro que realizan dos observadores que se encuentran percibiendo simultáneamente el evento” (p.435)

Dentro de esta perspectiva Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (2006)., sostienen que: “La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados” (p. 242). Para determinar la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a (5) elementos muestrales, representantes de la población en condiciones similares que no formaron parte de la muestra.

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad de un instrumento de medición existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo

“0” una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más se acerca el valor a cero más factible es el error en la medición. A fin de calcular el coeficiente de confiabilidad a la muestra seleccionada; se utilizó el método Kuder Richardson (K_{r20}) de suma utilidad cuando los ítems presentan dos alternativas (SI-NO), y cuya fórmula es:

$$Kr20 = \frac{N}{N-1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

Donde:

K_{r20} = Coeficiente de confiabilidad

N = número de ítems

$\sum St^2$ = Varianza del instrumento

St^2 = varianza de la suma de los ítems.

Los resultados se interpretaron de acuerdo con la siguiente escala de relación:

ESCALA	CATEGORÍA
0 – 0,20	Muy baja
0,21 – 0,40	Baja
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Alta
0,81 - 1	Muy alta

Fuente: Pérez, G. (1998).

Sustituyendo en la guía de observación aplicada con el fin de determinar el cuidado de enfermería al paciente politraumatizado:

$$Kr20 = \frac{24}{24-1} \left(1 - \frac{5.66}{145.76} \right)$$

$$Kr20 = 1.03 * \frac{36}{100} (1 - 0.094)$$

$$Kr20 = 0.92$$

Comparando el valor obtenido 0.92 con los reflejados en la escala presentada por Pérez Galán (1998), refleja una confiabilidad “Alta”. Según Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P. (1999), los valores de los índices de confiabilidad alrededor de estas estimaciones son muy satisfactorios, lo que confirma que de ser aplicado el cuestionario en otros grupos los resultados serían similares porque la confiabilidad sobrepasa el 60% en todos los casos.

3.6.-Procedimiento para la Recolección de Datos

Una vez elaborado el instrumento se envió comunicación a las autoridades del Hospital tipo IV “Dr. Domingo Luciani” en el Estado Miranda, para informar el propósito de la investigación y solicitar el permiso y colaboración para aplicar la guía de observación a la población seleccionada para el estudio. Obtenida la autorización se procedió a visitar la unidad de emergencia, se estableció comunicación con la coordinadora de enfermería, explicándole el objetivo del estudio y se inicio la aplicación de la guía de observación en los turnos de trabajo a los profesionales de enfermería en tres oportunidades.

3.7.-Técnica de Análisis

Después de recolectada la información, esta se organizo en una matriz de doble entrada, luego se procedió a la tabulación de los resultados, utilizando el programa SPSS, V.15, que facilitó la aplicación de la estadística descriptiva, frecuencia y porcentaje para el análisis de la información y la construcción de los cuadros estadístico y los gráficos correspondientes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se hace referencia a los resultados del estudio. En un primer momento se presentan los resultados obtenidos después de la aplicación del instrumento, posteriormente se hace un análisis cualitativo en función de los objetivos formulados.

4.1. Presentación de los Resultados

El análisis de los datos recopilados con la aplicación de la guía de observación se realizó de forma porcentual, promediando las tres observaciones realizadas para tomar el promedio total, y posteriormente elaborar cuadros y gráficos estadísticos en función de la variable; considerando además las dimensiones e indicadores, previamente formulados. Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los ítems; posteriormente se relacionó la información con el basamento teórico que sustenta la investigación. Esta relación se

hizo en función de las semejanzas o discrepancias entre la información recopilada y el marco teórico.

CUADRO Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERIDOS A LA VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES DADOS AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO UNIDAD DE TRAUMASHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI" EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015

Subindicadores	Promedio (1ª, 2ª y 3ª observación)				Totales	
	SI		NO			
	f	%	f	%	f	%
Frecuencia Respiratoria	33	100,0	0	0,0	33	100,0
Presión arterial	33	100,0	0	0,0	33	100,0
Pulso	33	100,0	0	0,0	33	100,0

Fuente: Guía de observación. N = 11

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 1

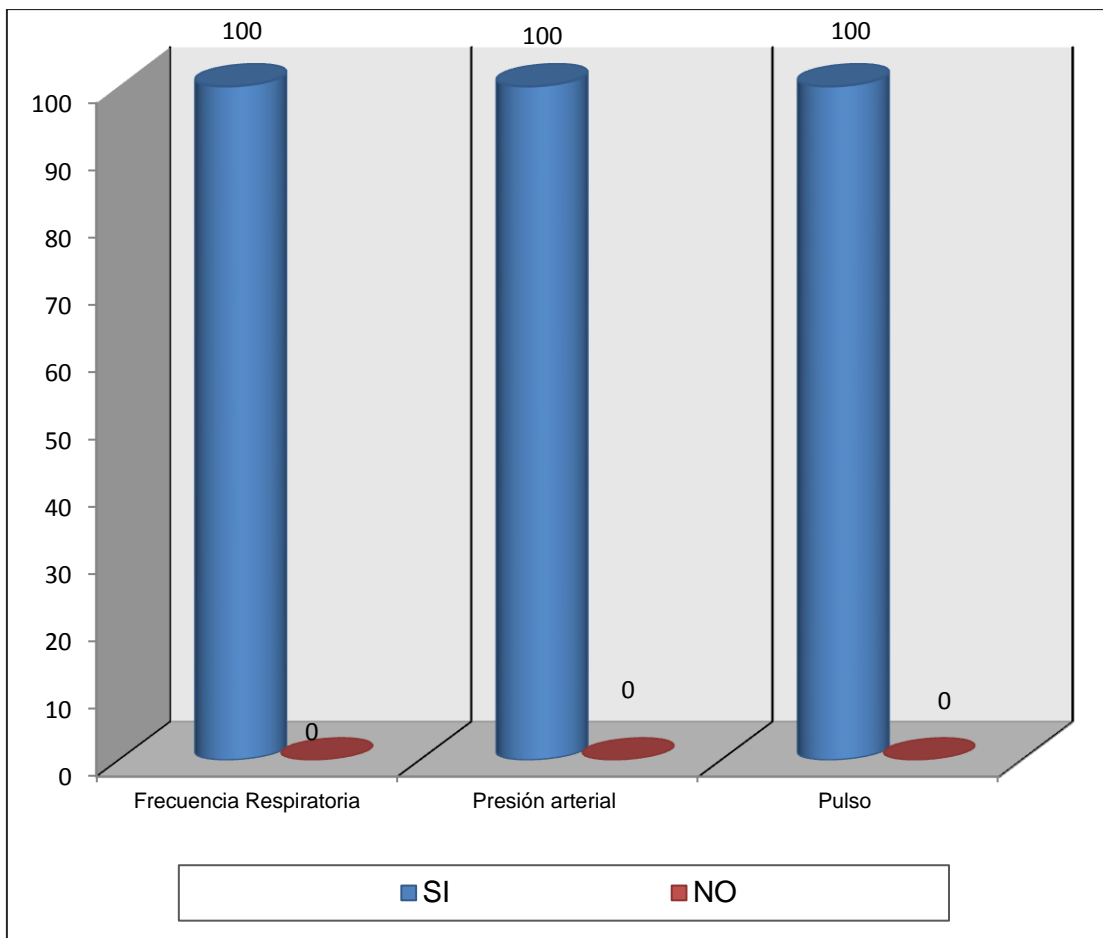
Los resultados correspondientes al **subindicador Frecuencia respiratoria**, determinan que 100% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** valoran frecuencia y registra valores de frecuencia respiratoria del paciente politraumatizado.

En el **subindicador Presión arterial**, los resultados obtenidos evidencian que 100% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** valoran y registran la presión arterial del paciente politraumatizados.

Con respecto a los resultados en el **subindicador Pulso**, se pudo conocer que 100% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** valoran y registran el pulso del paciente.

GRÁFICO Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERIDOS A LA VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES DADOS AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO UNIDAD DE TRAUMASHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI" EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015



Fuente: Cuadro 1.

CUADRO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERIDOS A LA VALORACIÓN ESCALA DE GLASGOW DADOS AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO UNIDAD DE TRAUMASHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI" EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015

Subindicadores	Promedio (1ª, 2ª y 3ª observación)				Totales	
	SI		NO			
	f	%	f	%	f	%
Apertura ocular	12	36,4	21	63,6	33	100,0
Respuesta verbal	12	36,4	21	63,6	33	100,0
Respuesta motora	18	54,5	15	45,5	33	100,0

Fuente: Guía de observación. N = 11

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 2

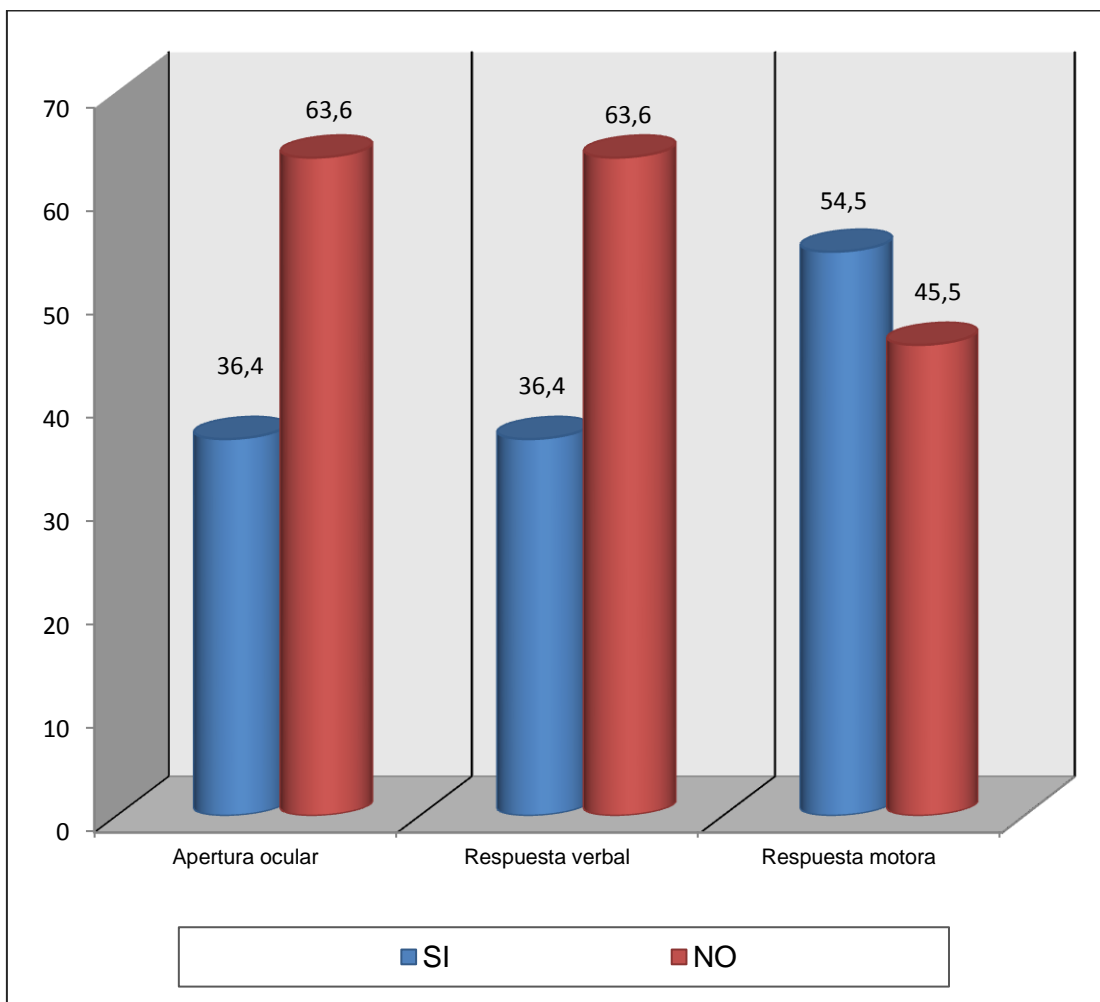
De acuerdo a los resultados en el **subindicador Apertura ocular**, se pudo evidenciar que 63,6% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **NO** aplican la escala de Glasgow para la medición de la apertura ocular del paciente; mientras que 36,4% SI lo hacen.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador Respuesta verbal**, se pudo evidenciar que 63,6% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **NO** aplican la escala de Glasgow para la medición de la respuesta verbal del paciente; mientras que 36,4% SI lo hacen.

De acuerdo a los resultados en el **subindicador Respuesta Motora**, se pudo evidenciar que 54,5% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** aplican la escala de Glasgow para la medición de la respuesta motora del paciente; mientras que 45,5% NO lo hacen.

GRÁFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERIDOS A LA VALORACIÓN ESCALA DE GLASGOW DADOS AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO UNIDAD DE TRAUMASHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI" EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015



Fuente: Cuadro 2.

CUADRO Nº 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERIDOS A LA VALORACIÓN PRIMARIA DADOS AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO UNIDAD DE TRAUMASHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI" EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015

Subindicadores	Promedio (1ª, 2ª y 3ª observación)				Totales	
	SI		NO			
	f	%	f	%	f	%
Contuso	30	90,9	3	9,1	33	100,0
Penetrante	27	81,8	6	18,2	33	100,0
Por estallido	27	81,8	6	18,2	33	100,0
Complicaciones	18	54,5	15	45,5	33	100,0

Fuente: Guía de observación. N = 11

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 3

Los resultados correspondientes al **subindicador contuso**, comprueban que 90,9% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** valoran la presencia de trauma físico en forma cefalocaudal; en tanto que 9,1% no lo hacen.

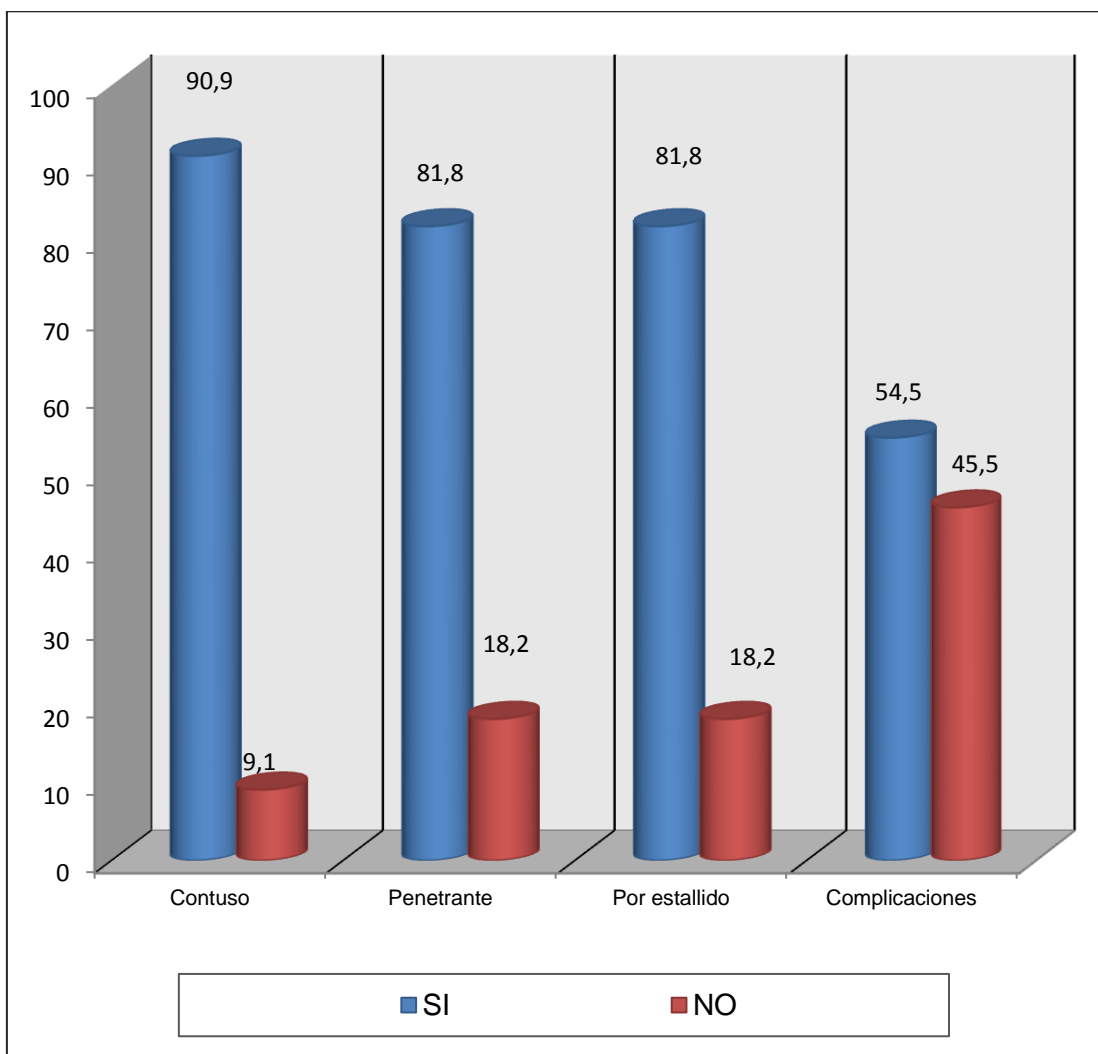
Los resultados correspondientes al **subindicador penetrante**, prueban que 81,8% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SÍ** valoran la presencia de politraumatismo penetrante en forma cefalocaudal; en tanto que 18,2% NO lo hacen.

Los resultados en el **subindicador Por estallido**, comprueban que 81,8% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** valora la presencia de politraumatismo por estallido en forma cefalocaudal; en tanto que 18,2% NO lo hacen.

En el **subindicador complicaciones**, se pudo conocer que 54,5% de los profesionales de enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** identifican complicaciones de hemotórax, neumotórax y hemorragias; mientras que 45,5% no las identifican.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERIDOS A LA VALORACIÓN PRIMARIA DADOS AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO UNIDAD DE TRAUMASHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI" EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015



Fuente: Cuadro 3.

CUADRO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERIDOS A LOS CUIDADOS INICIALES DADOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ENFOCADOS EN LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. UNIDAD DE TRAUMASHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI "EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015

Subindicadores	Promedio (1ª, 2ª y 3ª observación)				Totales	
	SI		NO			
	f	%	f	%	f	%
Vía Periférica	33	100,0	0	0,0	33	100,0
Intubación endotraqueal	30	90,9	3	9,1	33	100,0
Aspiración	12	36,4	21	63,6	33	100,0
Higiene Personal	12	36,4	21	63,6	33	100,0
Cura de herida	27	81,8	6	18,2	33	100,0
Traslado	17	51,5	16	48,5	33	100,0

Fuente: Guía de observación. N = 11

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 4

Los resultados correspondientes al **subindicador Vía periférica**, comprueban que 100% de los Profesionales de Enfermería

observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** realizan la cateterización inmediata de la vía periférica y mantienen la permeabilidad de la venoclisis.

Con respecto a los resultados en el **subindicador Intubación endotraqueal** corroboran que, 90,9% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** mantienen organizado y listo el equipo de endotraqueal; mientras que 9,1% no lo hacen.

Los resultados en el **subindicador Aspiración** confirman que, 63,6% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **NO** realizan la aspiración endotraqueal inmediata; mientras que 36,4% si lo hacen.

Los resultados en el **subindicador Higiene personal** reafirman que, 63,6% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **NO** ejecutan la higiene personal al paciente ni mantienen organizado el entorno del paciente politraumatizado; en tanto que 36,4% si lo hacen.

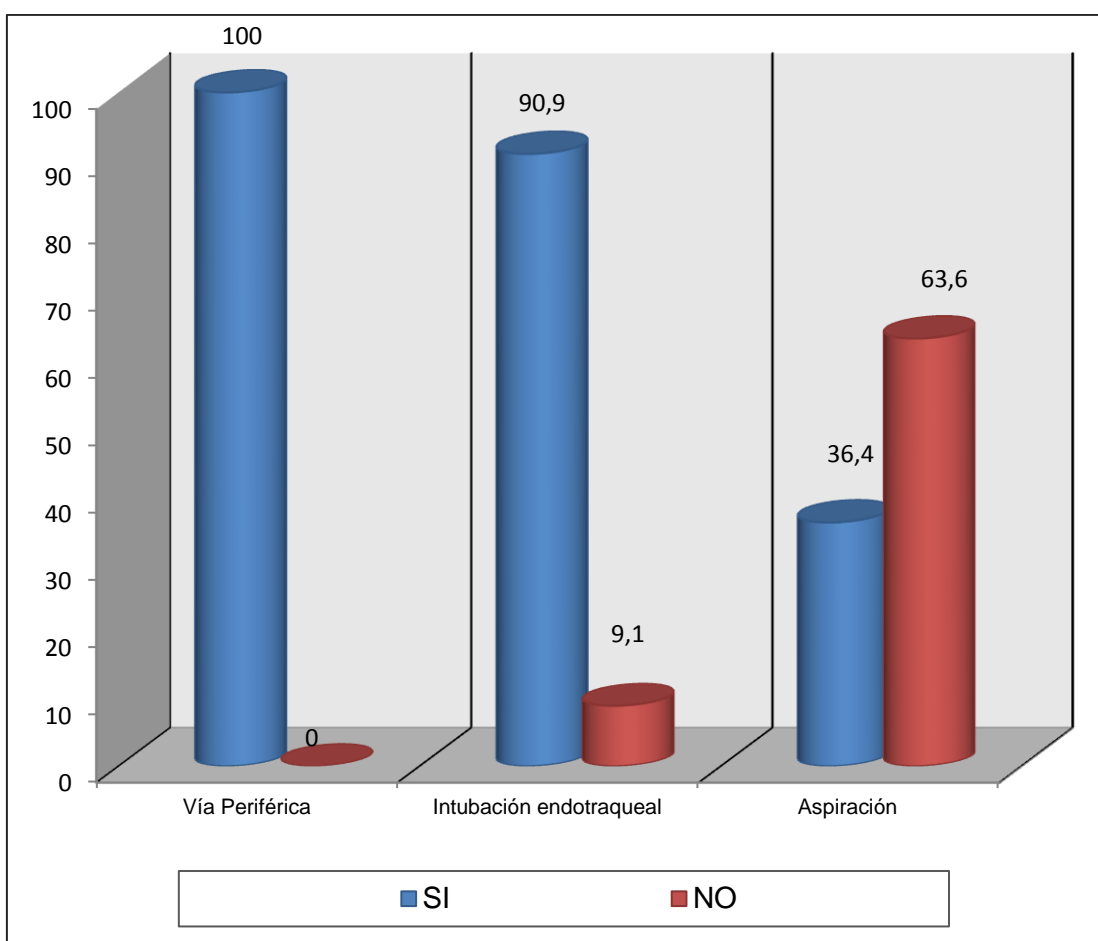
Con respecto a los resultados en el **subindicador Cura de herida** ratifican que, 81,8% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** mantienen las medidas de asepsia y

antisepsia al realizar la cura de heridas; mientras que 18,2% no lo hacen.

Los resultados correspondientes al **subindicador Traslado**, prueban que 51,5% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** preparan al paciente para el traslado a otro centro asistencial y preparan y tramitan al área que requiera después de su estabilización; en tanto que 48,5% **NO** lo hacen.

GRÁFICO Nº 4

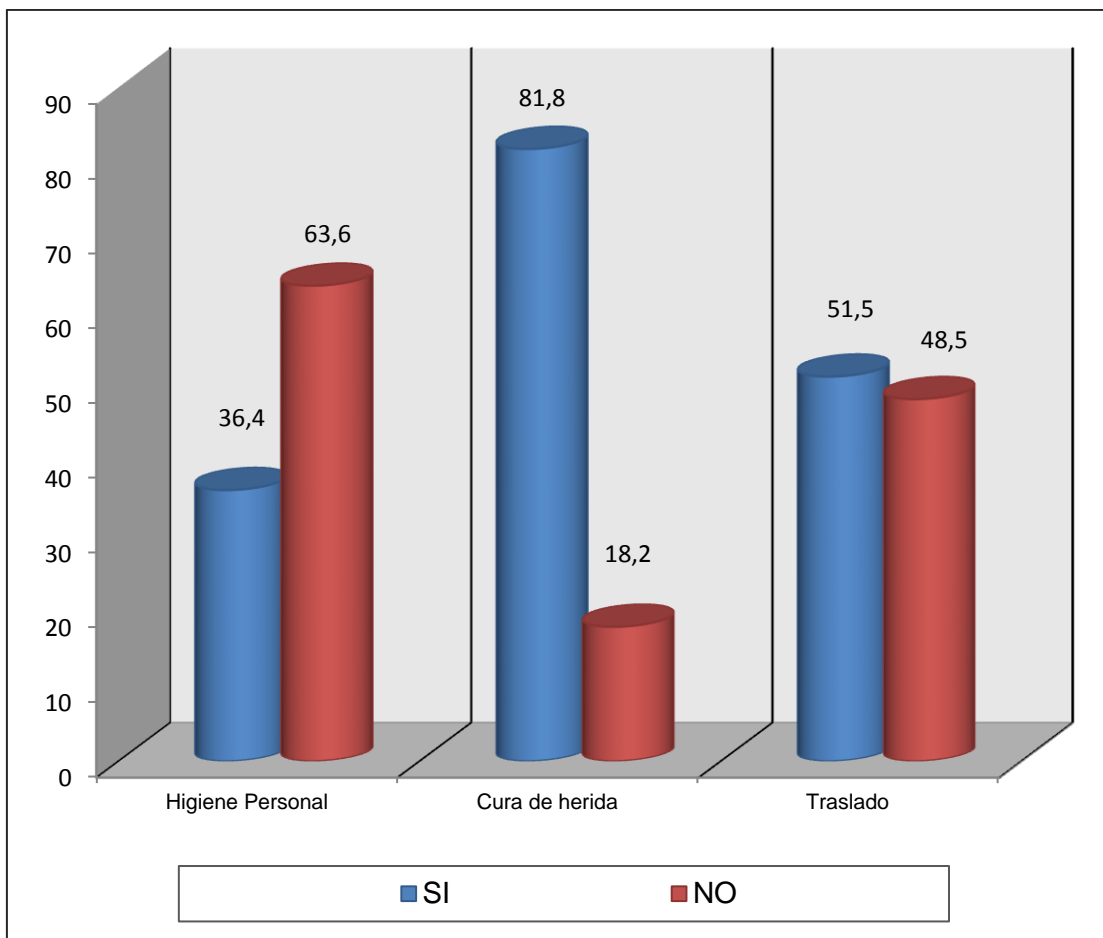
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERIDOS A LOS CUIDADOS INICIALES DADOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ENFOCADOS EN LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. UNIDAD DE TRAUMASHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI "EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015



Fuente: Cuadro 4.

GRÁFICO Nº 4-A

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES REFERIDOS A LOS CUIDADOS INICIALES DADOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ENFOCADOS EN LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. UNIDAD DE TRAUMASHOCK, SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI "EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015



Fuente: Cuadro 4.

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LA VARIABLE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. DIMENSIÓN: CUIDADOS INICIALES DE ENFERMERÍA. UNIDAD DE TRAUMASHOCK. SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL TIPO IV “DR. DOMINGO LUCIANI” EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015

Indicadores	Promedio (1ª, 2ª y 3ª observación)				Totales	
	SI		NO			
	f	%	f	%	f	%
Valoración primaria	24	72,7	9	27,3	33	100,0
Estrategias de intervención	22	66,7	11	33,3	33	100,0

Fuente: Guía de observación. N = 11

ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 5

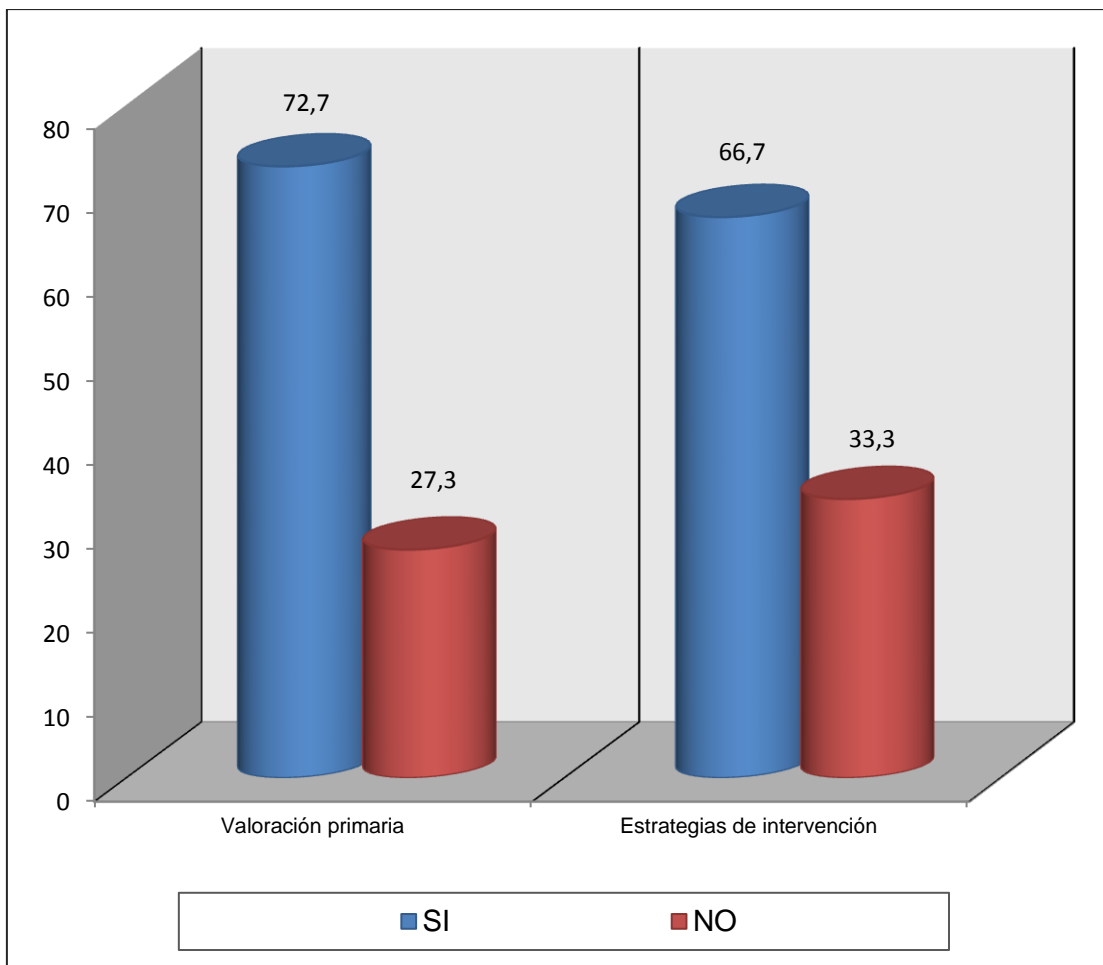
Los resultados correspondientes al **indicador Valoración primaria**, comprueban que 72,7% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** cumplen las actividades para valorar el estado de salud del paciente politraumatizado, con énfasis en: valoración de signos vitales (Frecuencia Respiratoria, Presión

Arterial, Pulso); valoración Escala de Glasgow (Apertura ocular, Respuesta verbal, Respuesta motora); el Tipo de Traumatismo (Contuso, Penetrante y Por estallido) así como la identificación de Complicaciones; mientras que 27,3% no cumplen estas actividades.

Con respecto a los resultados en el **indicador Estrategias de Intervención** corroboran que, 66,7% de los Profesionales de Enfermería observados (1ª, 2ª y 3ª) **SI** realizan las actividades para garantizar el estado de salud del paciente politraumatizado con énfasis en: Vía Periférica, Intubación endotraqueal, Aspiración, Higiene Personal, Cura de herida y Traslado; mientras que 33,3% no lo hacen.

GRÁFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES PARA LA VARIABLE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. DIMENSIÓN: CUIDADOS INICIALES DE ENFERMERÍA. UNIDAD DE TRAUMASHOCK. SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL TIPO IV "DR. DOMINGO LUCIANI" EL LLANITO. EDO MIRANDA. JULIO 2015



Fuente: Cuadro 5.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones surgidas del análisis de los resultados obtenidos en la investigación.

5.1. Conclusiones

Los resultados correspondientes a la **Valoración primaria**, reflejan que el 72,7% de los Profesionales de Enfermería observados (1^a, 2^a y 3^a) **SI** cumplen las actividades para el cuidado inicial del paciente politraumatizado, con énfasis en: valoración de signos vitales (Frecuencia Respiratoria, Presión Arterial, Pulso); valoración Escala de Glasgow (Apertura ocular, Respuesta verbal, Respuesta motora); el Tipo de Traumatismo (Contuso, Penetrante y Por estallido) así como la identificación de Complicaciones; el 27,3% no cumplen estas actividades.

Con respecto a los resultados en las Estrategias de Intervención el 66,7% de los Profesionales de Enfermería observados (1^a, 2^a y 3^a) **SI** realizan las actividades para el cuidado inicial del paciente politraumatizado con énfasis en: la cateterización de una Vía Periférica, Intubación endotraqueal, Aspiración, Higiene Personal,

Cura de herida y Traslado; un 33,3% de los profesionales de enfermería no cumplen las mencionadas actividades.

En términos generales los resultados obtenidos reflejan que un importante porcentaje de los profesionales de enfermería investigados no cumplen eficientemente con las actividades necesarias para el cuidado inicial del paciente politraumatizado que garanticen su vida en la unidad de emergencia.

5.2.-Recomendaciones

Mostrar los resultados del estudio a los profesionales de enfermería participantes en la investigación, para estimularlos a cumplir siempre y en forma oportuna los cuidados iniciales requeridos por el paciente politraumatizado en la unidad de emergencia.

Planificar talleres de educación continua en servicio para actualizar al equipo de enfermería sobre las normas establecidas y protocolos a seguir en el manejo inicial de todo paciente politraumatizado.

Es recomendable crear una línea de investigación sobre el cuidado inicial del paciente politraumatizado.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

Atkinson, Leslie y Murray, Mary (2008) **Enfermería Quirúrgica: Planes de Cuidado**. Edit. Graw-Hill Interamericana, México

BLANCO, M. (2008) **Blog de técnicas de colocación de vías periféricas**. Disponible en <http://roldelaenfermera.blogspot.com/2008/02/tcnica-de-colocacin-de-va-perifrica.html>. (Visitado el Lunes 11 de Agosto de 2014).

BARBERA GÓMEZ, Alberto (2010) **Cuidados de Enfermería la paciente politraumatizado en el servicio de urgencias**. Universidad Autónoma de Madrid

CARTAYA Ana, MARRERO Eylin, VIEIRA Dubraska y FIGUERA GUERRA, Evelia (2014) **ESTANDAR DE PROCESO PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO A LA EMERGENCIA DE LA POLICLÍNICA EL RETIRO, SAN ANTONIO DE LOS ALTOS, EDO. MIRANDA; Y DEL HOSPITAL MIGUEL PEREZ CARREÑO, PARROQUIA ANTIMANO. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2014**. TEG Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina UCV. Caracas.

CORTES M., Cesar, ACUÑA R; Loreto, ALVAREZ M; Fernando y ALVAREZ L; Natalia (2013) **Manejo Inicial del Politraumatizado**. Servicio de Emergencia, HCUCH. Programa Medicina de Urgencia, Departamento de Medicina, Universidad de Chile. Rev. Hosp Clin Univ. Chile 2013; 25:206-16

DELGADO REYES, Manuel, RUIZ BERRIO, Marisol, SÁENZ MONTOYA, Ximena (2012) **Prioridades Iniciales de enfermería en el paciente con trauma**. Rev av.enferm., XXX (3); 118-134,

FERRADA, R., RODRIGUEZ, A. (2009) **Trauma** 2da edición Librería Medica. Bogotá

GUASCA CAICEDO, Esperanza. (2010) **Manejo inicial de Enfermería del paciente politraumatizado**. Clínica de Urgencia M. y T. Gutt. Fundacion Santa Fe de Bogotá.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernandez Collado, Carlos, y Baptista Lucio, Pilar (2006) **Metodología de la Investigación**. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México.

HURTADO, Jacqueline (2008) **El Proyecto de Investigación. Comprensión Holística de la metodología y la investigación.**Ed.Quirón.Caracas

_____ (1998) **Metodología de la Investigación Holística.** Segunda edición Fundación Sypal.Caracas.Venezuela.

León, Jazmín, Martínez, María, Medina, Nelson y Pérez, Aura (2009) **Cuidados de Enfermería de acuerdo a los protocolos internacionales enfocado a los pacientes politraumatizados que ingresan a la unidad clínica de emergencia del hospital”Dr.Eugenio P D´Bellard” de Guatire.Edo.Miranda.TEG.**Escuela de Enfermeria.Facultad de Medicina.UCV.Caracas

Montbrun, E., Pereira, R., Sanoja, S. y Carrasquel, A. (2008) **Calidad de Atención en Trauma en Venezuela ¿Existe un Sistema Eficiente?**

PÉREZ LEAL, José (2010) **Como redactar los antecedentes de la investigación.** Disponible en: <http://www.asesoriatesis1960.blogspot.com.PDF>. (Visitado domingo; 06 de julio 2014)

PINEDA, ELIA Y ALVARADO DE, EVA LUZ (2008) **Metodología de la Investigación.**OPS/OMS.Washington,.D.C

POLIT, DENISE Y HUNGLER, BERNADETTE (2011) **Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y Métodos.** Ed.McGraw-Hill Interamericana. México.

PURNELL, Marguerite J. (2011) **La Teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica de Anne Boykin y Sabina O. Schoenhofer** en Modelos y teorías en enfermería de Martha Raile Alligood y Ann Marriner Tomey.Ed.Elsevier Mosby Barcelona (España)

SOCIEDAD PANAMERICANA DE TRAUMA (2005): **Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Medicos.**American College of Surgeons.ATLS.Sexta edición. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, Chicago.

SOLORZANO, Jorge (2012) **Escala de Glasgow.** Disponible en: <http://www.mamari.blogspot.com.PDF>. (Visitado domingo 06 de julio de 2014).

SMELTZER, Suzanne y BARE, Brenda (2002) **Enfermería Médico-Quirúrgica de Brunner y Suddarth. Vol. I** Novena Edición.Ed.McGraw-Hill Interamericana .México

TAFUR, Karina y TULCANAZA, Darwin (2012) **Rol de profesionales de enfermería en el manejo temprano de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia en base a protocolos de atención en el “Hospital San Luis de Otavalo”.** Tesis de Maestría. Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Ecuador.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INSTRUMENTO (GUIA DE OBSERVACION) PARA MEDIR
LA VARIABLE CUIDADOS INICIALES DE ENFERMERIA AL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO**

AUTORAS:
T.S.U.- David, Sulangi
T.S.U.-Guerrero, Orimar

Caracas, Agosto ,2015

PRESENTACION

El presente instrumento (guía de observación) se elaboró con la finalidad de recolectar datos relacionados a los cuidados Iniciales de enfermería a pacientes politraumatizados que ingresan a la emergencia del Hospital Tipo IV.”Dr. Domingo Luciani. El Llanito. Edo. Miranda la información obtenida facilitará a las autoras concluir la investigación exigida por la Escuela de Enfermería, adscrita a la Facultad de Medicina, de la Universidad Central de Venezuela (UCV), como requisito parcial para optar al título de licenciadas en enfermería.

INSTRUCCIONES

Para llenar esta guía de observación las investigadoras deben:

- Observar las actividades cumplidas (o no) PARA DAR CUIDADOS al paciente politraumatizado, ingresado a la unidad de Emergencia.
- Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la alternativa que refleje el cumplimiento de la actividad.
 - SI, si durante el turno / el profesional observado cumplió la acción.
 - No, si durante el turno la el profesional observado no cumplió la acción.
- Observar a cada profesional de enfermería en el turno correspondiente y anotar el cumplimiento o no de la actividad en tres oportunidades

GUIA DE OBSERVACION

N ^a	Alternativas	1ra. Observación		2da. Observación		3ra. Observación		Total	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	S I	N O
1	La enfermera valora frecuencia respiratoria del paciente politraumatizado								
2	La enfermera registra valores de frecuencia respiratoria								
3	La enfermera valora la presión arterial del paciente politraumatizado								
4	La enfermera registra valores de presión arterial								
5	La enfermera valora la frecuencia cardiaca del paciente politraumatizado								
6	La enfermera registra valores de frecuencia cardiaca								

7	La enfermera aplica la escala de Glasgow para medición de apertura ocular								
8	La enfermera aplica la escala de Glasgow para medición respuesta verbal								
9	La enfermera aplica la escala de Glasgow para medición de respuesta motora								
10	La enfermera valora presencia de trauma físico en forma cefalocaudal								
11	La enfermera valora la presencia de politraumatismo penetrantes en forma cefalocaudal								
12	La enfermera valora la presencia de politraumatismo por estallido en forma cefalocaudal								

13	La enfermera identifica complicaciones de hemotórax								
14	La enfermera identifica complicaciones de neumotórax								
15	La enfermera identifica complicaciones de hemorragias								
16	La enfermera realiza la cateterización inmediata de una vía periférica.								
17	La enfermera mantiene la permeabilidad de la venoclisis								
18	La enfermera mantiene organizado y listo el equipo de intubación endotraqueal								

N ^a	Alternativas	1ra. Observación		2da. Observación		3ra. Observación		Total	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	S	N
								I	O
19	La enfermera realiza la aspiración endotraqueal inmediata								
20	La enfermera ejecuta la higiene personal al paciente politraumatizado								
21	La enfermera mantiene organizado el entorno del paciente politraumatizado								
22	La enfermera mantiene las medidas de asepsia y antisepsia al realizar la cura de heridas								
23	La enfermera prepara al paciente para el traslado del mismo a otro centro asistencial por necesidad.								

24	La enfermera prepara y canaliza el traslado del paciente al área que requiera después de su estabilización.								
-----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO B.- CONFIABILIDAD

ANEXO "B"

Cálculo Coeficiente de Confiabilidad (Prueba Piloto)

Índice de Confiabilidad (Kuder Richardson) Prueba Piloto

Variable | Cuidados Iniciales de enfermería dados al paciente politraumatizado

Sujeto/ Ítem																									
m	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
4	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1
5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Su																									
mat	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
oria	6	5	4	3	4	4	1	5	6	7	8	7	2	5	7	7	3	6	4	3	5	7	7	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	2,	,	,	,	2,	,	,	,	,	,
Med	6	5	4	3	4	4	1	5	6	7	8	7	2	5	7	7	3	6	4	3	5	7	7	3	
ia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Des	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	0,	,	,	,	0,	,	,	,	,	,
v/E	7	7	7	8	8	7	7	7	7	6	6	6	9	7	6	6	8	7	8	8	7	6	6	8	
st.	0	1	0	2	4	0	4	1	0	7	3	7	2	1	7	7	2	0	4	2	1	7	7	2	
Vari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,	0	0	0	0,	0	0	0	0	0	0
anz	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	4	,	,	,	6	,	,	,	,	,

a	4	4	4	6	6	4	4	4	4	4	3	4	7	4	1	4	6	4	4	6	4	4	4	6
	4	5	4	1	4	4	9	5	4	1	6	1	6	5		1	1	4		1	5	1	1	1

Suma de las varianzas de los puntajes de cada Ítem = 5.66

Varianza de los puntajes totales =

145,76

ANEXO C.- COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL