

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

NIVEL DE CONOCIMIENTO RELACIONADO A LA APLICACIÓN DE LA GUÍA
DE CUIDADO AL PACIENTE ADULTO POLITRAUMATIZADO EN EL
ENFERMERO (A) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2015

TESIS

Presentada por:

Lic. Norma Ruth Libandro Mamani

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**NIVEL DE CONOCIMIENTO RELACIONADO A LA APICACIÓN
DE LA GUÍA DE CUIDADO AL PACIENTE ADULTO
POLITRAUMATIZADO EN EL ENFERMERO (A) DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2015**

TESIS

Presentada por:

LIC. NORMA RUTH LIBANDRO MAMANI

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Aprobado por; _____ ante el siguiente jurado



**Dra. Elena Cachicatari Vargas
PRESIDENTE**



**Mgr. Carla Patricia Mori Fuentes
MIEMBRO**



**Lic. Esp. Glenda Cecilia Romero Cerrato
MIEMBRO**



**Mgr. Wénder Condori Chipana
ASESOR**

DEDICATORIA

A Dios por darme la dicha de vivir, por ser mi guía espiritual, mi fortaleza y mi fuerza en mi camino.

A mis docentes quienes me apoyaron, brindaron todos sus conocimientos, enseñanzas en mi culminar de mi desarrollo profesional.

A mi asesor, por su enseñanza y orientación para el desarrollo de mi profesión.

Y en especial a mis Padres a quienes les debo la existencia, a mis familiares y a mi hija Angie por ser el motivo de mi vida, de esfuerzo y de superación, cristalizando así uno de mis grandes aspiraciones.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	3
1.2. Objetivos.....	5
1.3. Justificación.....	7
1.4. Hipótesis.....	8
1.5. Operacionalización de variables.....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Antecedentes de la investigación.....	11
2.2. Bases teóricas.....	15
2.3. Definición conceptual de términos.....	42
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3.1. Material y métodos.....	43
3.2. Población y Muestra.....	44
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	47
3.5. Procesamiento de datos.....	48

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS.....	49
4.1. Resultados.....	49
4.2. Discusión.....	55

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

RESUMEN

El conocimiento es la capacidad de aprehender y captar conceptos que son parte del saber humano. El caso del nivel de conocimiento y su aplicación de la guía del cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero del servicio de emergencia, conlleva a problemas como no actuar de la manera correcta, en cambio si estuviera capacitado se brindaría el soporte de calidad lo que permitirá disminuir las complicaciones y las tasas de mortalidad. El presente trabajo fue realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de Setiembre a Noviembre del 2015 con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y su aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero (a) del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna, el estudio se aplicó a 26 enfermeras que laboran en el servicio de emergencia. Obteniendo los siguientes resultados: el 73% reportó nivel de conocimiento muy bueno de la guía de cuidado del paciente adulto politraumatizado. El 76,9% nivel de aplicación alto. Estadísticamente existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de cuidado del paciente adulto politraumatizado, ya que $p (t > 0,05)$ según prueba de t student.

Palabras clave: Conocimiento, aplicación, politraumatizado, Enfermero(a).

ABSTRACT

This research study was aimed to determine the relationship between the level of knowledge and its application guide adult trauma patient care in nursing (a) Emergency Service Hipolito Unanue Hospital, Tacna 2015, with a population of 26 nurses. 2 instruments are applied. With the following results: using student t test. Most nurses reported very good level of knowledge of the guide adult trauma patient care and lower percentage deficient level. Most he had high-level application guide adult trauma patient care and lower percentage low. There is significant relationship between the level of knowledge and application of the guidance of adult trauma patient care as $p (t > 0.05)$ for $n = 26$ so the student t test (analysis of a single sample or used population).

Keywords: Level of knowledge, application, multiple trauma, nurse (a).

INTRODUCCIÓN

El paciente politraumatizado representa un problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados. Constituye la primera entidad como causa de mortalidad, siendo los accidentes de tráfico, laborales, domésticos los que aumentan el número de casos en todo el mundo, y a pesar del perfeccionamiento de la atención de emergencia de este tipo de pacientes el trauma continúa presentando el mayor potencial de morbimortalidad entre todos los tipos de traumatismos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que los accidentes de tránsito causan la mayoría de patologías de origen traumático, provocando en el mundo, alrededor de 1.8 millones de muertes entre 20 y 50 millones de lesiones post traumatismo y más de 5 millones de discapacitados permanentes (1).

En la Región de las Américas en el 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), presentó el “Informe sobre el Estado de la Seguridad Vial en la Región de las Américas”, con un análisis situacional de 32 países de la Región de las Américas, evidenciando que los traumatismos causados por el tránsito son una de las primeras causas de mortalidad en la Región, sobre todo el trauma craneo encefálico grave, en el grupo de 25 a 44 años, responsable anual de 142.252 muertos y un número

estimado de lesionados de más de 5 millones, alcanzando una tasa ajuntada de mortalidad de 15,8 por 100.000 habitantes (2).

Como datos estadísticos del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, en el año 2010 ingresaron 680 pacientes con diagnóstico de Politraumatizado siendo esto una alta cifra, el 25% de personas atendidas por accidentes de tránsito, en el Servicio de Emergencia se diagnostica y proporciona tratamiento a este tipo de pacientes; según datos estadísticos registrados en el servicio de emergencia, 70 pacientes presentaron trauma craneo encefálico grave y múltiples lesiones de enero a abril 2012.

Por lo tanto esta investigación es fundamental, en el área de Enfermería, pues genera el desarrollo de nuevos conocimientos que permiten transformar la práctica empírica, en un ejercicio científico, con planificación, implementación y evaluación de las intervenciones de Enfermería propiciando las mejores condiciones para fortalecer el desarrollo del talento humano.

Ante este contexto se desarrolló el presente trabajo de investigación, presentándolo en: Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Resultados, Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.6. Fundamentos y formulación del problema

En la actualidad los traumatismos son la principal causa de muerte dentro de las primeras cuatro décadas de la vida. Como causa global de muerte en todas las edades, el trauma es superado únicamente por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias. Directa o indirectamente los traumatismos tienen además alto impacto financiero, por los gastos que generan en atención médica y en días de trabajo perdido (1).

Al año 2007, en Perú de las más de 30.000 personas fallecidas entre los 15 y los 64 años, casi 8 000 lo fueron por causa traumática. Dentro de éstas, los mecanismos más frecuentes a tener presente son los accidentes de tránsito (alrededor de un 50% de los casos), y en menor medida, caídas de altura, heridas de bala, heridas por arma blanca, y aplastamientos.

La muerte en los pacientes politraumatizados puede darse en los primeros segundos o minutos del accidente, generalmente por lesiones difícilmente tratables (muy pocos de estos pacientes pueden ser salvados), como laceraciones cerebrales, de médula espinal alta o tronco cerebral, lesiones cardíacas, ruptura de aorta y de grandes vasos, hemorragias masivas (1).

El paciente que supera esta etapa entra en lo que se suele denominar la "hora de oro" del paciente politraumatizado, período en el que se pueden evitar algunas muertes "prevenibles" si se instaura en forma oportuna el tratamiento adecuado. En esta etapa la muerte sobreviene por hematomas subdurales o epidurales, hemo neumotórax, ruptura de bazo, laceración hepática, fractura de pelvis o lesiones múltiples asociadas con hemorragia masiva. Más tardíamente (días o semanas después del traumatismo), la muerte deriva de complicaciones secundarias a sepsis o falla orgánica múltiple (1).

De los factores que influyen en la morbimortalidad de los pacientes politraumatizados, son vulnerables a la acción de los sistemas de salud la oportunidad del rescate y reanimación del paciente, la calificación del personal que atiende al paciente, y la disponibilidad de métodos diagnósticos (por ejemplo, de diagnóstico por imágenes) y terapéuticos eficaces (cirugía, cuidados intensivos). En la atención de

estos pacientes son muy relevantes también las decisiones y disposición de traslado interhospitalario cada vez que sea necesario.(2)

En el Hospital Hipólito Unanue, al 2009, dentro de las causas de mortalidad en primer estuvieron los traumatismos y envenamientos, pero no hay un registro exacto de cuantos son, por esta causa específicamente (2).

Desde la perspectiva de una atención de calidad con garantías explícitas en salud, se debe llegar a garantizar a los pacientes politraumatizados un manejo de cuidado en el servicio de emergencia integral, atención oportuna y de calidad, que incluya las prestaciones de efectividad demostrada y sea provista por profesionales e instituciones calificados. Dentro del cual se encuentra el profesional de enfermería, por ello se busca determinar la relación entre el conocimiento y aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el profesional de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2015.

Frente a lo expuesto, se consideró pertinente la realización de la presente investigación planteando el siguiente problema:

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero (a) del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2015?

1.7. Objetivos

Objetivos General:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y su aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero (a) del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2015.

Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero (a) del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue.
- Identificar el nivel de aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero (a) del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue.

- Correlacionar el nivel de conocimiento y su aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero (a) del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue.

1.8. Justificación

La muerte en los pacientes politraumatizados puede darse en los primeros segundos o minutos del accidente, generalmente por lesiones difícilmente tratables (muy pocos de estos pacientes pueden ser salvados), como laceraciones cerebrales, de médula espinal alta o tronco cerebral, lesiones cardíacas, ruptura de aorta y de grandes vasos, hemorragias masivas.

El paciente que supera esta etapa entra en lo que se suele denominar la "hora de oro" del paciente politraumatizado, período en el que se pueden evitar algunas muertes "prevenibles" si se instaura en forma oportuna el tratamiento adecuado. En esta etapa la muerte sobreviene por hematomas subdurales o epidurales, hemo neumotórax, ruptura de bazo, laceración hepática, fractura de pelvis o lesiones múltiples asociadas con hemorragia masiva. Más tardíamente (días o semanas después del traumatismo), la muerte deriva de complicaciones secundarias a sepsis o falla orgánica múltiple.

El profesional de enfermería debe encontrarse capacitado, y brindar una atención eficiente, oportuna y de calidad, para ello es que se quiere determinar la relación entre el conocimiento y grado de aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el profesional de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2015.

Para así con los resultados hacerlos llegar a las autoridades competentes, y estos asuman las acciones correctivas necesarias, en pro de la calidad de la atención al paciente adulto.

1.9. Hipótesis

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero (a) del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2015.

1.10. Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
VARIABLE INDEPENDIENTE Nivel de conocimiento respecto a la guía del cuidado del paciente adulto politraumatizado	<i>“Nivel de conocimiento de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado sobre la capacidad de aprehender sobre la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente, categorizado en muy bueno, bueno, regular y deficiente”.</i> (9)	Definición Causas Periodos de mortalidad traumática Signos y síntomas Atención	<ul style="list-style-type: none"> - Muy bueno - Bueno - Regular - Deficiente 	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE aplicación de la guía del cuidado del paciente adulto	“Es la ejecución de las intervenciones de enfermería	Intervención de enfermería en el servicio de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> - Alto - Promedio - Bajo 	Nominal

<p>politraumatizado</p>	<p>en el Servicio de emergencia por la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente, categorizado en alto, promedio y bajo”(12)</p>			
-------------------------	---	--	--	--

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Se han encontrado los siguientes trabajos de investigación relacionados con el tema en estudio:

A nivel internacional:

Inga R.(3), "Estudio bacteriológico en infecciones de mayor incidencia en el servicio de emergencia del Hospital Nacional de Venezuela", la población fueron todos los pacientes con criterios de sepsis admitidos en el área de trauma Shock y de Pacientes Críticos de Emergencia, entre Diciembre del 2004 a Febrero del 2005. Concluyendo que: la frecuencia de enfermedades infecciosas en el servicio de emergencia es del 11%, siendo la edad promedio de los pacientes de 66 años, el 58% ingresa a la unidad de trauma shock, y el porcentaje de infecciones intrahospitalarias es de 21%.

A nivel nacional:

Maldonado D. (4), "Tesis para optar la Maestría de la Universidad Peruana Unión Grado de satisfacción del usuario en el triaje de emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral del Distrito de San Juan de Lurigancho periodo 2009", concluyendo que de 50 profesionales de salud, el grado de satisfacción de los usuarios que son atendidos en el triaje de emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano es mayoritariamente grado medio (82%), en menor porcentaje grado bajo (16%) y ningún usuario presentó un alto nivel de satisfacción con la atención recibida, los usuarios que no son atendidos en la emergencia y son derivados a consultorios externos presentan el menor grado de satisfacción alcanzando el 32% a diferencia del 7% que presentan grado bajo de satisfacción y que si fueron atendidos por emergencia, esta diferencia es significativa estadísticamente.

El componente de satisfacción que presenta más bajo el grado de satisfacción es la diligencia o capacidad de respuesta a la emergencia (26%) seguido de la confiabilidad (20%) a la calidez (16%). Esta última presenta el menor porcentaje de usuarios que señalan un alto grado de satisfacción respecto a este componente" (4).

Morales B. (5), "Tesis sobre conocimiento del profesional de enfermería sobre la atención al paciente prioridad I del Hospital Rebagliati 2010". Estudio descriptivo, con una muestra de 78 enfermeras; en donde resulto que el 70% tenía conocimiento alto, y estudios de especialidad, además en cuanto a la capacitación el 100% se encontraban capacitados.

Jiménez G. (6), "Tesis cuidado al paciente politraumatizado y estrés laboral en el profesional de enfermería del Hospital Honorio delgado Arequipa 2012". Estudio correlacional y con una muestra de 67 enfermeras del servicio de emergencia, Resultando que existe relación entre las variables, en donde el nivel de estrés fue bajo y el cuidado fue eficiente en un 68%.

Machado M. (7), "Nivel de conocimientos en pacientes politraymatizado en el Hospital Rebagliati Lima 2012". El personal médico y no médico debe conocer y practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar cerebral. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de una muestra formada por 68 licenciados en enfermería. Se realizó una encuesta anónima de veinte preguntas basadas en las normas internacionales del Comité de Enlace Internacional de Resucitación año 2005 (Guías 2005).

Resultados: Del total de encuestas revisadas se consideraron 16 con resultados muy satisfactorios (más de 80 puntos) 12 encuestas satisfactorias, (entre 60 y 80 puntos) y 40 insatisfactorias (menos de 60 puntos).Conclusiones: Existe un insuficiente nivel de conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar cerebral, lo que hace necesario la capacitación del personal del Centro en las maniobras de reanimación cardiopulmonar cerebral (7).

Palma N. (8), “Determinación del Nivel de Conocimiento Habilidades y Prácticas en pacientes con politraumatismos en Personal de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca – 2011”. Hubo 64 participantes. El método de estudio fue Observacional, descriptivo y prospectivo. Resultados: 18 fueron varones, 46 mujeres; el 23%(15) del personal aprobó la encuesta. Conclusión: Solamente el 23% del profesional de salud conoce sobre politraumatismos. El área Crítica es el servicio mejor preparado, y profesionales capacitados previamente.

A nivel local:

No se han encontrado trabajos de investigación relacionado con las variables del estudio a nivel local.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Nivel de conocimiento

“Conocimiento significa acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia y razón natural “. “Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente” (9).

El nivel de conocimiento es medible por la escala:

Nivel muy bueno: cantidad de conocimientos absolutos relacionados a un tema.

Nivel bueno: cantidad de conocimientos necesarios sobre un tema.

Nivel regular: cantidad de conocimientos básicos pero no necesarios de un tema.

Nivel deficiente: no se tiene conocimientos básicos del tema (9).

2.2.2. Nivel de conocimiento de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado

Politraumatizadoes la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente.

“Nivel de conocimiento de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado es la capacidad de aprehender sobre la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente, categorizado en muy bueno, bueno, regular y deficiente”(10).

- Paciente con trauma severo: prioridad I:
- Víctima de accidente de tránsito.
- Quemadura con extensión mayor de 20%.
- Precipitación.
- Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
- Injuria en extremidades con compromiso vascular.
- Herida de bala o arma blanca.
- Sospecha de traumatismo vertebro medular.
- Evisceración.
- Amputación con sangrado no controlado.
- Traumatismo encéfalo craneano.

Los **factores de riesgo** son: coexistencia de trauma cráneo encefálico y lesiones viscerales y / o periféricas, coexistencia de lesiones viscerales y lesiones periféricas y coexistencia de dos o más lesiones periféricas graves.

El trauma es la primera causa de muerte en la población joven y la tercera en la población general, siendo el politraumatizado, la primera causa por trauma, sobre todo en las primeras cuatro décadas de la vida, con un porcentaje elevado de incapacitados permanentes, con la consiguiente repercusión laboral y económica para la sociedad y para el estado. La morbilidad está directamente ligada a la gravedad y nivel de compromiso de las lesiones iniciales del paciente politraumatizado (11).

Los periodos de mortalidad traumática:

Periodo I: son los primeros minutos después del trauma, que el sujeto fallece instantáneamente o pocos minutos después del impacto, por lesiones letales de órganos o estructuras vitales, rotura de grandes vasos, rotura cardíaca, lesión cerebral irreversible.

Periodo II: primeras horas después del accidente, que la muerte se produce por causas potencialmente evitables, denominada mortalidad precoz, evitable mediante adecuada y oportuna atención por personal especializado.

Periodo III: abarca semanas siguientes al trauma, donde la mortalidad se da por el fracaso multiorgánico, complicaciones post operatorias, sepsis, etc.

Los traumatismos importantes implican que el tratamiento debe comenzar antes de que se establezca un diagnóstico definitivo.

La tarea diagnóstica del clínico consiste en identificar el sistema orgánico al borde de la insuficiencia (12).

Los **síntomas y signos** más frecuentes son:

- Considerar las circunstancias en que se ha producido una lesión concreta y asumir la gravedad de la misma.
- Monitoreo de las constantes vitales cada 5-15 minutos, durante la primera hora.
- Registro de ingresos y pérdidas para establecer evolución y respuesta al tratamiento.
- Alteraciones y modificaciones del hematocrito, gasometría arterial.
- Las complicaciones son no trabajar sobre injurias periféricas mientras los sistemas cardiopulmonar y neurológico no están estabilizados. .

La **asistencia del politraumatizado** se inicia en el lugar de los hechos.

- Transporte del politraumatizado: en avión, helicóptero, ambulancia.

- A Centros Especializados: Unidad de SHOCK Trauma, Unidad de Cuidados Intensivos, otros centros.
- Personal especializado: Médicos, Enfermeras, Auxiliares, Paramédicos.
- Trabajo en equipo, bajo una Jefatura.

Según nivel de complejidad y capacidad de resolución:

Atención prehospitalaria: manejo en el lugar del accidente por personal paramédico, que centra su atención en las áreas de alta prioridad, antes de su transporte. Fluido terapia de reanimación durante el transporte. Comunicación – contacto por radio, teléfono.

Atención niveles I y II, III: equipo organizado para la atención del paciente politraumatizado. Jefe de equipo y personal con conocimiento del programa ATLS.

Acciones iniciales:

- Recibir el informe del personal prehospitalario de Emergencia.
- Trasladar al paciente desde la camilla de la ambulancia: mantener la inmovilización de la cabeza y columna cervical.
- Mantener y comprobar el funcionalismo de todas las intervenciones iniciales.
- Retirar toda la ropa.

- Establecer prioridades del examen primario, por el Jefe de Equipo.
- Iniciar las medidas terapéuticas tan pronto como se identifique su necesidad

Terapéutica- normas básica:

No se debe pasar de una fase asistencial a otra, sin haber resuelto, o por lo menos, iniciado, las medidas encaminadas a solucionar problemas detectados.

Reevaluación periódica de la vía aérea, ventilación, circulación, así como la efectividad de las medidas adoptadas.

Evaluación primaria.

Considerar obstrucción de vía aérea, fractura facial, lesión cervical, lesión de traquea.

Vía aérea y control cervical.

- Tracción mandibular con control cervical.
- Aspiración de secreciones o cuerpo extraño.
- Descartar fracturas faciales, desviación de la traquea.
- Mantener permeabilidad con cánula orofaríngeo.
- Si necesario, aislar vía aérea: intubación endotraqueal o Cricotirotomía.
- Alinea cuello y collarín cervical.

Ventilación.

- Evaluar posible neumotórax a tensión, neumotórax abierto, tórax inestable, hemotórax.
- Administrar oxígeno y o ventilar con ambú, si ventilación está comprometida.
- Desnudar tórax, si lesiones lo permiten.
- Inspección: simetría, trabajo respiratorio, heridas, ingurgitación yugular.
- Palpación: enfisema subcutáneo, crepitantes.
- Percusión: matidez, resonancia torácica.
- Auscultación.
- Descartar lesiones vitales: drenar neumotórax, ventilación asistida, sellado valvular en neumotórax abierto.
- Pulsioximetría.

Circulación.

- Evaluar hemorragia interna, fractura de pelvis, fractura de fémur.
- Control de hemorragias externas.
- Valorar estado hemodinámica (pulso, color, temperatura, relleno capilar, nivel de conciencia).
- Colocar dos vías endovenosas.

- Monitorizar electrocardiograma

Déficit neurológico.

- Evaluar mala oxigenación, shock, TEC.
- Valorar pupilas. Escala de Glasgow: si menor de 8, colocar tubo endotraqueal.

Exposición del paciente.

Evaluación secundaria.

Antecedentes personales.

Mecanismo de la lesión.

Exploración física.

Cabeza y cara: reevaluar vía aérea. Otorragia, pupilas, equimosis mastoides, agudeza visual, fractura facial, fractura con hundimiento de cráneo, descartar cuerpo extraño en vía aérea, fractura maxilar.

Cuello: asegurar inmovilización cervical, desviación de tráquea, ingurgitación yugular, enfisema subcutáneo, alteración sensibilidad del cuello, soplos carotídeos. Descartar lesión de columna cervical, de tráquea, de carótida.

Tórax: signos de trauma torácico cerrado o abierto, alteración de expansión torácica, enfisema subcutáneo, revisar costillas, clavícula. Auscultación de paredes anteriores, bases, precordio. Descartar contusión pulmonar, rotura traqueo bronquial, ruptura de diafragma, neumotórax, hemotórax, taponamiento cardíaco, ruptura de esófago, ruptura aortica, fractura de clavícula, costillas.

Abdomen: auscultar ruidos intestinales, valorar dolor y sensibilidad a la palpación, resistencia muscular. Descartar rotura hepática, de bazo, páncreas, renal, víscera hueca.

Pelvis: comprobar dolor e inestabilidad a la presión antero-posterior, medial y sínfisis púbica. Descartar fractura de pelvis, lesión de recto, génito urinaria.

Recto y genitales: buscar equimosis y heridas de perine, hematoma escrotal, sangre en el meato, sangre intra rectal, posición de la próstata, tono esfínter anal. Descartar lesión de uretra, vejiga, vagina y recto.

Extremidades: hematomas, deformidades, coloración distal, crepitación, pulsos, sensibilidad, relleno capilar. Descartar síndrome compartimental, fracturas con compromiso vascular.

Neurológico: reevaluar estado de conciencia (Glasgow), pupilas, déficit motor, en extremidades. Descartar hemorragia epidural, hematoma subdural (11).

Revaloración frecuente.

Mantener equilibrio hidroelectrolítico.

Procedimientos complementarios a la evaluación secundaria.

Regla de los seis tubos en la atención inicial del politraumatizado:

Esenciales:

Tuboendotraqueal.

Línea venosa: catéter venoso 14-18, dos; en miembro superior.

Sonda naso gástrico.

Sonda vesical.

Opcionales:

Drenaje pleural.

Catéter peritoneal.

Dentro de las pruebas diagnósticas: de sangre, hemograma, hematocrito, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, gasometría arterial, perfil coagulación, grupo sanguíneo y Rh, electrocardiograma, examen completo de orina. Radiografías básicas: columna cervical C1-C7, Tórax, Pelvis. Estudio diagnóstico de abdomen: lavado

peritoneal, Ecografía abdominal, laparotomía exploratoria, TAC abdominal si sospecha de lesión retroperitoneal. Estudio diagnóstico cráneo encefálico: TAC cerebral: si en coma, GLASGOW < 8, focalización, anisocoria, lesión abierta. Píelo grafía intravenosa. Cistografía.

Interconsultas, según trauma implicado:

- Neurocirugía.
- Cirugía General.
- Cirugía de tórax.
- Traumatología.

Criterios de referencia interna y externa:

UCI.

Inestabilidad hemodinámica.

Tratamiento médico, manejo del medio interno.

Ventilación mecánica.

Hospitalización.

Estable hemodinámica mente.

Requiere tratamiento médico, hospitalizado.

Sala de observación de Emergencia.

Primeras horas luego del trauma, estable hemodinámica mente, en observación, de acuerdo a evolución clínica, para definir tratamiento indicado.

Sala de Operaciones.

Luego de evaluación por especialidad, tratamiento definitivo es quirúrgico

Otro hospital o Institución.

Si hospital, no tiene capacidad o tecnología adecuada para resolver trauma grave del paciente

Alta médica.

Poli contuso leve, que luego de evaluación clínica y exámenes auxiliares adecuados, no revela gravedad.

A su domicilio con indicaciones.

Con Referencia o Contrareferencia.

Todo paciente que ingrese a un servicio de urgencias debe ser considerado portador potencial de enfermedades transmisibles y por tanto todo el personal debe observar.

Medidas Universales de Protección:

Uso de guantes, mascarilla (tapabocas), anteojos, polainas y ropa impermeable, para proteger la piel y las mucosas de cualquier contacto con sangre o líquidos corporales.

Manejo cuidadoso de los elementos corto punzantes (agujas, hojas de bisturí y otros elementos cortantes). Las agujas no deben reenfundarse, doblarse ni desprenderse de las jeringas. Todos estos elementos, una vez utilizados, deben depositarse en recipientes especialmente diseñados para ese propósito.

Manejo adecuado de sangre, líquidos corporales y tejidos Incluye no sólo el manejo de las muestras en el área de urgencias, sino también su transporte y manipulación en el laboratorio.

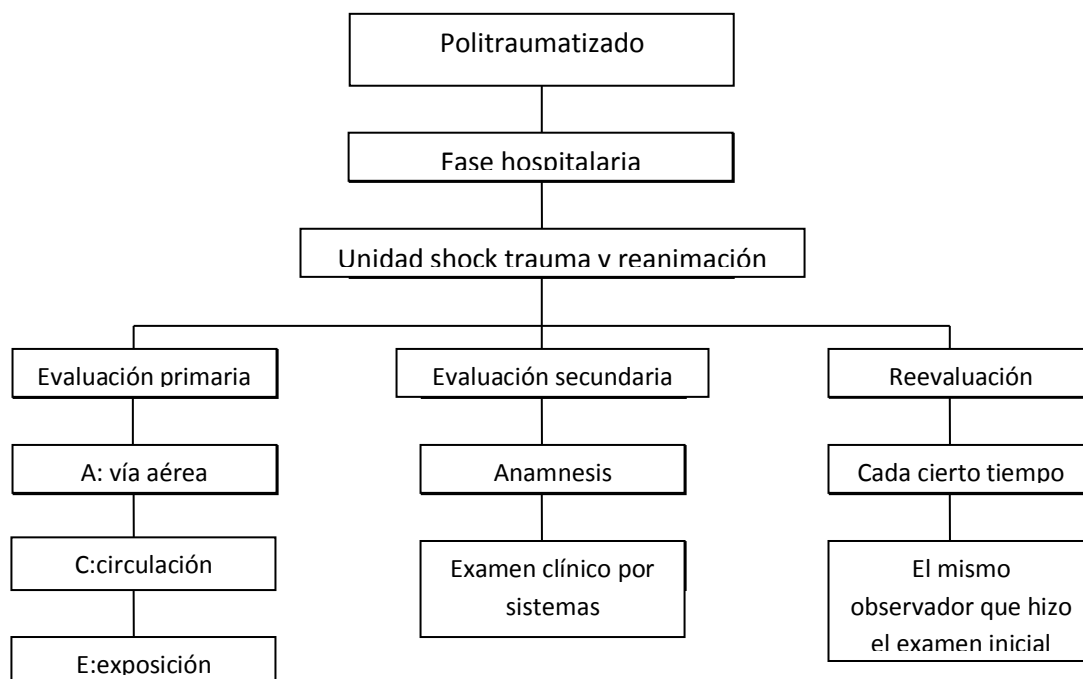
Lavado inmediato de las manos y superficies corporales si se contaminaron con sangre u otros fluidos corporales, antes y después del contacto con los pacientes y siempre después de retirarse los guantes.

Elementos necesarios en un servicio de urgencias para la atención inicial del trauma:

- Oxígeno (máscaras, nebulizadores)
- Collar cervical semirrígido

- Succionador (cánulas rígidas)
- Cánulas orofaríngea y nasofaríngea
- Tubos endotraqueales (de varios números)
- Laringoscopio (con hojas curvas y rectas)
- Bolsa reservorio de oxígeno
- Catéteres plásticos No. 14 o 16 Fr
- Jeringas
- Tubos de tórax y trampas de agua
- Apósitos y compresas estériles
- Inmovilizadores para fracturas
- Tablas espinales largas
- Equipo de pequeña cirugía.
- Monitores cardiacos, con desfibrilador.
- Pulsioxímetro.
- Medicamentos: analgésicos, vacuna antitetánica, suero fisiológico, polipéptidos polimerizados, sangre, adrenalina, atropina, dopamina, antibióticos (9).

Tabla Nº 01 Fluxograma de atención al paciente politraumatizado



Fuente: Guía de Atención del MINSA (2010)

2.2.3. Aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el servicio de emergencia:

“Es la ejecución de las intervenciones de enfermería en el Servicio de emergencia por la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente, categorizado en alto, promedio y bajo”(12).

El politraumatismo es considerado como múltiples traumatismos es decir heridas o lesiones intencionales o no intencionales en el cuerpo a partir de un mecanismo contra el cual el cuerpo no puede proteger a si mismo. Significa la alteración multisistémica, poniendo en grave riesgo de vida. Se requiere tratamiento multidisciplinario por ser principal causa de muerte. Los Traumatismos múltiples tienen el potencial de afectar cada sistema en forma simultánea (13).

Población objetivo: Jóvenes, adultos y adultos mayores que hayan sufrido algún tipo de agresión física ocasionando el problema de salud que acudan al servicio de emergencias.

Objetivo: Brindar atención inmediata al paciente politraumatizado e identificar signos y síntomas de alarma. Brindar atención oportuna limitando el riesgo a daños sobre agregados.

Intervención de Enfermería:

Alteración de la perfusión tisular cerebral, cardio-pulmonar, gastro-intestinal y periférico:

- Valore el estado de conciencia del paciente.
- Controle en forma estricta las funciones vitales, priorizando frecuencia cardíaca y presión arterial.
- Administre oxígeno según prescripción.
- Canalice vía periférico con cateterismo intravenoso N° 16, 18.

- Realice control seriado de Glicemia.
- Monitorice función cardiaca.
- Tome muestra y valore resultados de gases arteriales.
- Coloque sonda foley, según indicación médica.
- Realice control estricto de balance hídrico.
- Mantenga al paciente en control de diuresis horaria.
- Administre soluciones por vía endovenosa según indicación médica.
- Mantenga preparado el coche de paro y equipo para intubación.
- Realice coordinaciones para la tomografía, ecografía y rayos X
- Mida presión intracraneal cada media hora.
- Realice movimientos en bloque
- Coloque sonda foley para valorar diuresis.
- Realice medición y monitoreo de presión venosa central (PVC).
- Tome muestra de sangre para control seriado de hematocrito, hemoglobina y grupo.
- Administre transfusiones sanguíneas o hemoderivados según prescripción médica.

- Tome muestra de sangre y valore resultados de electrolitos (14).

Disminución del gasto cardíaco:

- Valore estado de conciencia.
- Evalúe presencia de cianosis (piel).
- Valore presencia de pulsos periféricos.
- Tome y valore EKG.
- Valore presión arterial y presión venosa central (P.A. y PVC).
- Realice monitorización cardíaca
- Monitoree presión arterial
- Valore llenado capilar.

Deterioro del intercambio gaseoso:

- Permeabilice vía aérea
- Aspire secreciones con sistema de circuito cerrado y según técnica

Coloque tubo oro faríngeo.

- Mantenga al paciente en posición semifowler y/o lateralizado.
- Administre oxígeno según prescripción.

- Tome muestra de sangre para gasometría y valore resultados
- Mantenga equipo preparado para intubación.
- Prepare al paciente para tomar Rayos de tórax.

Limpieza ineficaz de las vías respiratorias:

- Aspire secreciones con sistema de circuito cerrado. (GP A2).
- Realice monitorización de Oximetría de pulso.
- Valore presencia de reflejo tusígeno /o nauseoso.
- Anote características de las secreciones.
- Mantenga una adecuada hidratación del paciente evitando excesos.
- Mantenga al paciente en posición semifowler.
- Mantenga preparado el equipo para realizar posible intubación.
- Valore lesiones y fracturas músculo
- Tome muestra de sangre para valoración de gasometría.

Daño:

Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:

- * Prioridad I : Gravedad súbita extrema.
- * Prioridad II : Urgencia mayor.
- * Prioridad III : Urgencia menor.
- * Prioridad IV : Patología aguda común.(15)

Emergencia médica y/o quirúrgica:

Se entiende por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II (16).

Red de Servicios de Emergencia:

Conjunto de servicios de emergencia organizados según capacidad resolutoria, interconectados por redes viales y comunicación oportuna, que establecen relación funcional con el servicio de mayor capacidad de resolución en emergencias, a fin de asegurar la atención progresiva al paciente en situación de emergencia (17).

Todo establecimiento de salud, está obligado a brindar atención médico quirúrgica de emergencia a toda persona que lo necesite, conforme a lo señalado en la Ley N° 27604 y el Decreto Supremo 016-2002/SA.

El Servicio de Emergencia debe contar con un Jefe de Guardia especialista en Medicina Interna o en Medicina de Emergencias y Desastres y con las mayores competencias para la atención de emergencias y la gestión del servicio. En el caso de Servicios de Emergencia de especialidades podrá contar con el especialista según el caso {Pediatra, Gineco-Obstetra), según dispositivo Decreto Supremo N° 024-83-PCM.

Unidad de Reanimación o Shock Trauma:

Área del servicio de emergencia destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento inmediato de los pacientes que presentan daños de Prioridad I.

Jefe (a) de Enfermería del Servicio de Emergencia:

Enfermera colegiada y de preferencia con especialidad, acreditar labor continua en el Servicio de Emergencia, mayor de 3 años para hospital II y de 5 años para hospital III respectivamente, contar con Certificado / Constancia de participación en Educación Continua, expedidos por instituciones reconocidas. * Contar con estudios en Gestión o Administración de Servicios, mínimo 3 meses para hospital II y 6 meses para hospital III. No estar incurso en sanciones éticas. Contar con habilidades y actitudes proactivas,

estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo.

Enfermera Asistencial:

Enfermera colegiada, de preferencia con especialidad o con competencias en el manejo de pacientes en situación de emergencia. Certificado/Constancia de participación en actividades de capacitación referidas a la especialidad, expedidos por instituciones reconocidas. Acreditar labor en forma exclusiva en el Servicio de Emergencia. Contar con habilidades y actitudes proactivas, estabilidad psicológica y emocional, buena salud física y capacidad de trabajo.

Persona Adulta:

Persona cuya edad oscila entre los 20 a 59 años.

2.2.4. Imogene King. Teoría del logro de metas

FILOSOFÍA, TEORÍA Y METATEORÍA

Una metateoría es una teoría formulada a partir de otras teorías ya existentes. Una metateoría puede referirse a un punto de vista específico de una teoría y las meta-propiedades de sus materias, pero no a la aplicación de dicha teoría (10).

Por tanto consideramos que la teoría de Logros de Metas propuesta por Imogene King es una metateoría ya que su base se encuentra en

la teoría general de sistemas de Betty Neuman, y tiene una clara dependencia de las teorías de la psicología (ciencia de la conducta Sigmund Freud).

Descripción de metaparadigmas:

SALUD: ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, utilizando los medios personales para conseguir una vida cotidiana optima, por tanto es entendida, como la capacidad para funcionar en los roles sociales.

CUIDADO/ENFERMERÍA: es considerada como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y el cliente influyen en la relación. Promueve, como mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo. Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería.

Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si estas son acertadas se alcanzarán las metas, se llegará a un crecimiento, desarrollo y efectividad de los cuidados). Por

lo tanto, si se logra una equidad de criterios entre la enfermera y el cliente, se lograra una transacción; mientras que contrariamente si no se logra un acuerdo se producirá estrés.

Tiene como fin una meta en la cual interactuamos todos, y cada uno desde su rol social. De esta manera es la enfermera quien aporta conocimientos y habilidades específicas y el cliente su auto-conocimiento y sus percepciones.

PERSONA: es considerado como un ser social, emocional, con capacidad de percibir, controlar y tomar decisiones. Poseedor de un correcto auto-conocimiento, por tanto puede ser participe en las decisiones que afecten su vida y su salud, aceptando o rechazando los cuidados.

Tiene tres necesidad de salud fundamentales, información sanitaria útil y oportuna, cuidados para prevenir enfermedades, ayuda cuando las demandas de auto-cuidado no pueden ser satisfechas.

Esta así mismo, es un sistema abierto, compuesto por tres subsistemas:

Sistema personal: la persona como unidad total, como un yo individual. Para la comprensión de este sistema define los conceptos de percepción y autoconocimiento, crecimiento y desarrollo personal, autoconcepto, autoimagen, espacio y tiempo, señalando las

relaciones y las influencias que existen entre los mismo y que configuran el yo.

Sistema Interpersonal: está compuesto por dos o más personas, que interactúan en una situación determinada. Los conceptos que King señala para comprender este sistema son los de interacción, comunicación, transacción, rol y estrés, como los aspectos principales que influyen en las interacciones personales.

Sistema Social: es el que proporciona las estructuras para la interacción social, definiendo las reglas de comportamiento y los modos de acción. Los conceptos de organización, poder, autoridad, status y toma de decisiones definen características importantes de este sistema. Dentro de él se encuentran también las creencias, actitudes, valores y costumbres que se transmiten culturalmente a través de sistemas sociales tales como la familia o la escuela.

ENTORNO: no está definido explícitamente, aunque utiliza los términos ambiente interno y externo en su enfoque de los sistemas abiertos. Puede interpretarse desde la teoría general de sistemas de Betty Neuman, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.

RELACIÓN ENFERMERO-PACIENTE-FAMILIA

En el marco de la enfermería, la relación enfermera – paciente es un tipo de sistema interpersonal que se define como un proceso de interacción humana entre ambos, en el cual cada uno percibe al otro la situación, y a través de la comunicación identifica problemas, fijan objetivos, exploran los medios y se ponen de acuerdo para alcanzar los objetivos propuestos. Por lo tanto la relación es un proceso de acción-reacción-interacción-transacción.

A nuestro entender la relación entre la enfermera y el paciente en esta teórica solo se limita a los cuidados del paciente cuando este lo requiere. Por lo tanto ante esta limitación no se observa la presencia familiar ni de ningún otro espacio dentro de esta relación.

PARADIGMA DE CATEGORIZACIÓN

Corriente que comenzó a desarrollarse a principios de siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor causal era la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica.

Por lo cual creemos que esta teoría responde a este paradigma en sus dos orientaciones, la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad unida a la práctica médica, porque:

- El interés central de la Enfermería es el ser humano, en interacción con su entorno, lo que conduce a las personas a un Estado de Salud entendido como la Capacidad para desempeñar un Rol social.
- Planifica, aplica y evalúa los cuidados enfermeros.
- Aporta conocimientos y habilidades para el proceso de atención de enfermería aplicado a un individuo visto desde tres dimensiones: personal, interpersonal y social en continua interacción.

Esquema N° 01: TEORIA DE IMOGENE KING APLICADO AL CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO)A) DE UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO



El presente esquema representa que para el cuidado del enfermero que es el logro de metas, se necesita la práctica (Aplicación), Conocimiento (Formación. Capacitación, Especialidad, Actualización, Guías, normas, protocolos) para el desempeño de una cuidado enfermero(a).

2.3. Definición conceptual de términos

2.3.1. Nivel de conocimiento respecto a la guía del cuidado del paciente adulto politraumatizado:

“Nivel de conocimiento de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado es la capacidad de aprehender sobre la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente, categorizado en muy bueno, bueno, regular y deficiente”.(9)

2.3.2. Aplicación de la guía del cuidado del paciente adulto politraumatizado:

“Es la ejecución de las intervenciones de enfermería en el Servicio de emergencia por la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente, categorizado en alto, promedio y bajo” (12).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

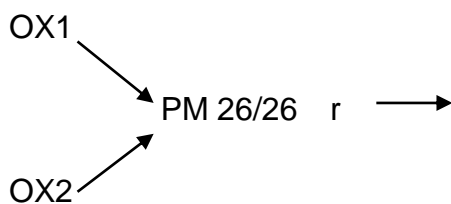
3.1. Material y métodos

Tipo de Estudio:

Prospectivo (de un tiempo hacia adelante), transversal (en un determinado tiempo), descriptivo (permite conocer situaciones) y de relación (asociación de 2 ó más variables)(13).

Tipo de investigación:

Tiempo



Leyenda:

X1: Variable Independiente: Nivel de conocimiento.

X2: Variable dependiente: Aplicación de la guía del cuidado del paciente adulto politraumatizado.

P=población

M= muestra

r=relación

O=variable

3.2. Población y Muestra

Población:

La población estuvo constituida por 26 profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Criterios de Inclusión:

- Personal profesional de enfermería que labora en la el Servicio de Emergencia.
- Personal profesional de enfermería que acepte participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Personal profesional de enfermería que se encuentre de licencia o vacaciones.
- Personal profesional enfermería que labore en otros servicios.

Unidad de análisis

Profesional de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue.

Tipo de muestreo

Para el estudio se realizó el muestreo no probabilístico, por intención.

Validez

Se realizó la validez por 4 expertos (ver Anexo N° 01).

Confiabilidad

Se aplicó la prueba de confiabilidad alpha de cronbach (ver Anexo N° 02).

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El método y técnica la entrevista.

Instrumento N° 01:

Cuestionario creado por la autora, bajo las normas de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el servicio de emergencia del Ministerio de Salud (2010). (Ver anexo N° 02).

Este instrumento consta de 20 ítems de respuesta múltiple, que medirán el nivel de conocimiento, cada ítems contestado correctamente equivale a 1 punto e incorrectamente 0 puntos.

Calificado en la siguiente escala:

Nivel de conocimiento muy bueno: 17 a 20 puntos

Nivel de conocimiento bueno : 14 a 16 puntos

Nivel de conocimiento regular : 11 a 13 puntos

Nivel de conocimiento deficiente : 0 a 10 puntos

Instrumento N° 02:

Lista de cotejo creado por la autora, bajo las normas de la guía de intervención de enfermería en emergencia y desastres del Ministerio de Salud (2006). (Ver Anexo N° 03).

Instrumento que consta de 4 dimensiones y 54 ítems, con un rango de: si aplica 3 puntos, a veces aplica 2 puntos y no aplica 1 punto.

Escala de puntuación:

Nivel de aplicación alto	: de 127 a 162 puntos.
Nivel de aplicación promedio	: de 91 a 126 puntos.
Nivel de aplicación bajo	: de 54 a 90 puntos.

3.4. Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y pidió el consentimiento de la población en estudio haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los profesionales de enfermería para su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5. Procesamiento de datos

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18 se presentan los datos en tablas simples y complejas, y se elaboraron gráficos para cada tabla.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba t student.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

TABLA N° 01

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE CUIDADO AL PACIENTE
ADULTO POLITRAUMATIZADO EN EL ENFERMERO (A) DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE, TACNA 2015**

Nivel de conocimiento	N°	%
Muy bueno	19	73,0
Bueno	4	15,4
Regular	1	3,9
Deficiente	2	7,7
Total	26	100,0

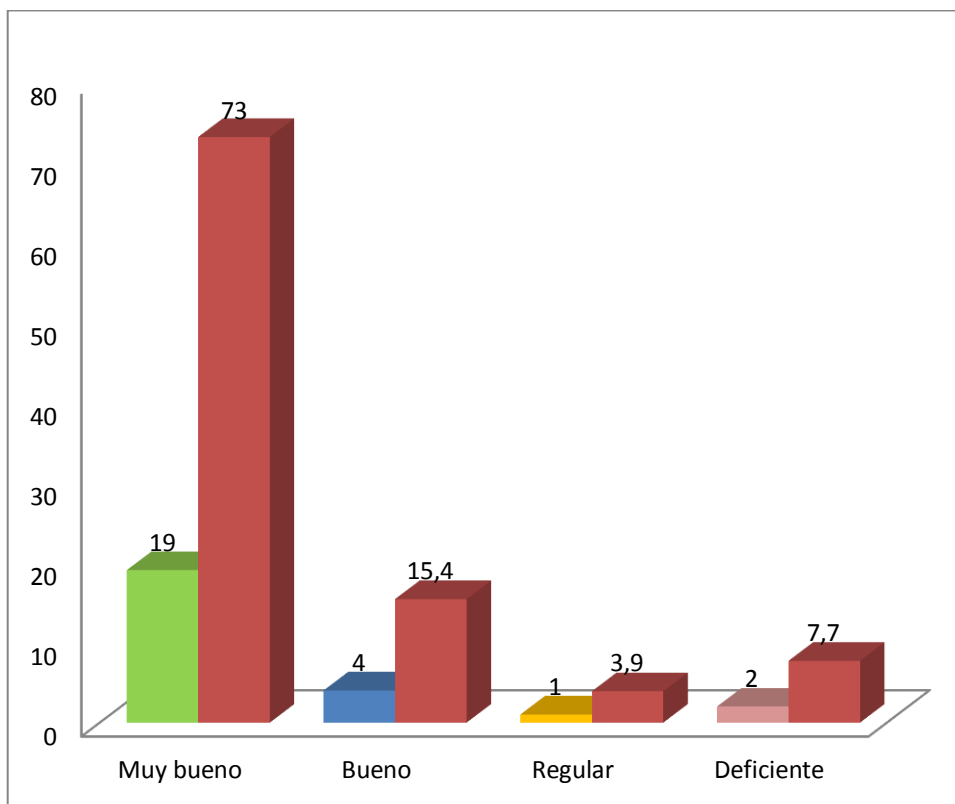
Fuente: Cuestionario del investigador.

Interpretación:

En la presente tabla se puede observar el nivel de conocimiento de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero(a), en donde: el 73% (19) reportaron nivel de conocimiento muy bueno; 15,4%(4) nivel bueno; 3,9% (1) nivel regular y un 7,7% (2) deficiente.

GRÁFICO N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE CUIDADO AL PACIENTE ADULTO POLITRAUMATIZADO EN EL ENFERMERO (A) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2015



Fuente: Tabla N°01.

TABLA N° 02

**NIVEL DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE CUIDADO AL PACIENTE
ADULTO POLITRAUMATIZADO EN EL ENFERMERO (A) DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE, TACNA 2015**

Nivel de aplicación	N°	%
Alto	20	76,9
Promedio	5	19,2
Bajo	1	3,9
Total	26	100,0

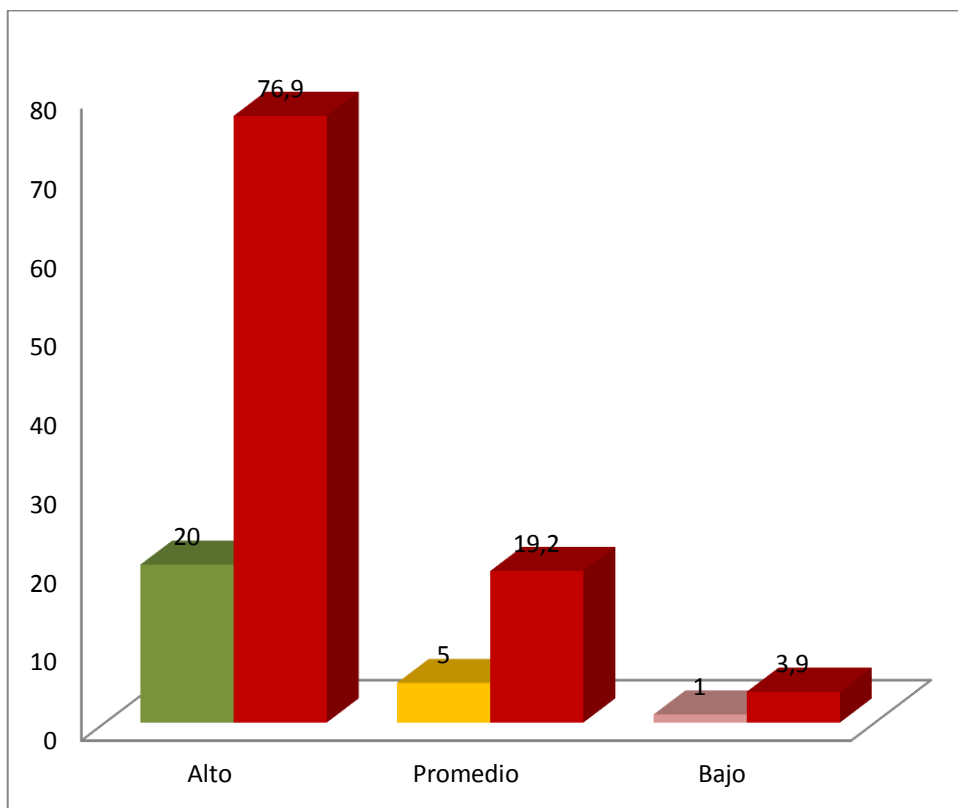
Fuente: Cuestionario del investigador.

Interpretación:

La presente tabla nos muestra el nivel de aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado en el enfermero (a), en donde; el 76,9% (20) nivel de aplicación alto; 19,2% (5) nivel promedio y 3,9% (1) nivel bajo.

GRÁFICO N° 02

NIVEL DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE CUIDADO AL PACIENTE ADULTO POLITRAUMATIZADO EN EL ENFERMERO (A) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2015



Fuente: Tabla N° 02.

TABLA N° 03

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA GUÍA DE CUIDADO AL PACIENTE ADULTO POLITRAUMATIZADO EN EL ENFERMERO (A) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2015

Nivel de conocimiento	Nivel de aplicación						Total		T student n=25
	Alto		Promedio		Bajo		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
Muy bueno	18	69,2	1	3,9	0	0,0	19	73,0	t= 1,70 25=gl(n-1) P=0,00 P<0,05
Bueno	1	3,9	3	11,5	0	0,0	4	15,4	
Regular	0	0,0	0	0,0	1	3,9	1	3,9	
Deficiente	1	3,9	1	3,9	0	0,0	2	7,7	
Total	20	76,9	5	19,2	1	3,9	26	100,0	

Fuente: Cuestionario elaborado por el investigador.

Interpretación:

El 69,2% de lo enfermeros (as) tienen nivel de conocimiento muy bueno, también un alto nivel de aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado.

Estadísticamente se observa que existe relación entre el nivel de conocimiento y nivel de aplicación de la guía de cuidado al paciente adulto politraumatizado ya $t=1,70$ y $p<0,05$.

4.2. Discusión

En la **tabla Nº 01** se aprecia el nivel de conocimiento de la guía de cuidado del paciente adulto politraumatizado en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, en donde: el 73% (19) nivel de conocimiento muy bueno; 15,4% (4) nivel bueno; 3,9% (1) nivel regular y 7,7%(2) nivel deficiente.

Difieren en cuanto a sus resultados al estudio de Crespo L. (14), Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave y politraumatismo, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo- Ecuador, julio 2011. Concluyendo: que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente.

Similar resultado al de Labrada A. (15), Grado de conocimientos básicos sobre trauma en atención primaria, ¿cultura médica o necesidad?, Cuba; 2011. Concluyendo: que se aplicaron 61 cuestionarios a profesionales de salud (enfermeras y médicos), Concluyendo: que el promedio fue superior entre quienes habían recibido actualización en trauma (41,8 vs. 18,3; $p=0,004$). Seis preguntas (35 %) tuvieron porcentaje de aciertos > 60 % y 5 (25 %) > 80 %. No todos los encuestados se sienten capacitados para

atender a un paciente politraumatizado en su área de salud, y aunque tienen un aceptable nivel de conocimientos teóricos, no todos se encuentran actualizados, por lo que la necesidad de capacitación es alta.

González J. (2010) 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” (16).

Respecto a conocimientos enfermeros diversos estudios han demostrado que una guía práctica, visual y de fácil manejo, sirve de apoyo gráfico en la labor asistencial del profesional de enfermería aumentando y/o fijando sus conocimientos; facilita la realización de una asistencia de calidad en los procedimientos de enfermería en las urgencias traumatológicas sobre todo al personal de nueva incorporación; mejora la efectividad de los mismos; potencia una buena praxis, que reduce la probabilidad de la aparición de complicaciones, con lo que se evitan costos innecesarios (17).

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. Contrastando con nuestros resultados, se concluye en un aumento de la calidad asistencial, contribuye a un aumento de la satisfacción del usuario, y, a la par, un aumento de la eficiencia de los procedimientos y cuidados de enfermería traumatológica.

En la **tabla Nº 02** se observa el nivel de aplicación de la guía de cuidado del paciente adulto politraumatizado en donde: el 76,9%(20) nivel de aplicación alta; 19,2% (5) nivel promedio y 3,9% (1) nivel bajo.

Difieren sus resultados al de Martínez L. (18), Cuidados de enfermería de acuerdo a los protocolos internacionales enfocado a los pacientes politraumatizados que ingresan a la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital “Dr. Eugenio P. D’Bellard” en Guatire Estado Miranda España 2012. Que concluye: La mayoría de profesionales de enfermería no aplica los protocolos en el momento de ingreso de pacientes a emergencia. Existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan la valoración inicial de los pacientes politraumatizado que incluye conocer el estado del sistema respiratorio, valoración circulatoria y neurológica.

Iyer P. (19), Sostiene que la aplicación de cuidados oportunos son parte de la fase del proceso 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.

“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” (20).

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. (2009) expresa que la “Calidad de atención debe estar enmarcada dentro de las características de cuidado seguro, apropiado, continuo y humanizado”.

Basado en esta referencia y los resultados, 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.

En la **tabla Nº 03** el 69,2% (18) de profesionales de enfermería reportó nivel de conocimiento muy bueno y nivel de aplicación alto de la guía de cuidado del paciente adulto politraumatizado.

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de cuidado del paciente adulto politraumatizado, ya que $p (t > 0,05)$ se acepta H_a existe dependencia entre variables y se rechaza H_0 donde eran independientes las variables. $n=26$ por eso se utiliza la prueba t student (análisis de una sola muestra o población).

La atención de enfermería en el servicio de urgencias está orientada al cuidado rápido y apropiado durante la reanimación inicial y la estabilización del paciente politraumatizado. Los cuidados del paciente politraumatizado comienzan con la evaluación primaria que incluye la vía aérea, con las precauciones debidas en cuanto a la columna cervical, la respiración, la circulación y un breve examen neurológico. Una vez

completada la valoración primaria, se desnuda el paciente, se le cubre para mantener la temperatura corporal y se realiza una determinación detallada de los signos vitales. Por último, se lleva a cabo una evaluación secundaria más detallada, de la cabeza a los pies, para identificar posibles lesiones; estas evaluaciones se deben realizar en forma simultánea (Guía de atención al paciente politraumatizado 2010) (22).

Los profesionales de la Enfermería debemos ser capaces de relacionarnos para poder coordinar y optimizar nuestros esfuerzos dirigidos a cada paciente. Los cuidados de enfermería deben ser integrados, para que posean también un esquema lineal, es decir, una continuidad; y no un esquema escalonado. El centro de nuestro trabajo debe ser el individuo y no las tareas que desarrollamos. Un paciente no cambia dependiendo de la condición en la que se encuentre, pueden variar sus problemas y necesidades por la evolución del proceso o los recursos sanitarios disponibles, pero nunca la persona (23).

El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención al politraumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Por ello los conocimientos y su aplicación de las guías de cuidado al paciente politraumatizado debe ser óptima ya que aumenta la calidad asistencial, aumenta el grado de éxito, disminuyendo la morbi- mortalidad

de los primeros momentos y posteriores. El enfermero (a) está dentro del equipo sanitario integral, donde todo debe ser coordinado desde el primer momento.

CONCLUSIONES

- La mayoría de profesionales de enfermería reportaron en un 73% nivel de conocimiento muy bueno y en menor porcentaje 7,7% nivel deficiente de la guía de cuidado del paciente adulto politraumatizado.
- La mayoría de profesionales de enfermería presentó en un 76,9% nivel de aplicación alto y en menor porcentaje 3,9% nivel bajo de la guía de cuidado del paciente adulto politraumatizado.
- Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y aplicación de la guía de cuidado del paciente adulto politraumatizado, ya que $p(t > 0,05)$ según prueba de t student.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados a la jefatura de servicio y jefa de departamento de Enfermería del hospital para que se pueda considerar las estrategias pertinentes.
- Incentivar la programación de actividades educativas, con la finalidad de actualizar al personal de enfermería sobre el cuidado del paciente politraumatizado.
- Promover la realización de estudios similares en otros establecimientos de salud, lo que permitirá realizar inferencia y generalización de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) American College Of Surgeons. "Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos". 8va edición. Editorial Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos.2007. Chicago.p.90.
- 2) Consejo Peruano De Reanimación "Normas Peruanas de la Resucitación Cardiopulmonar Básica". 2010. Editorial CPR.p.90.
- 3) Inga R. "Estudio bacteriológico en infecciones de mayor incidencia en el servicio de emergencia del Hospital Nacional de Venezuela 2005". Universidad peruana Unión. p.120.
- 4) Maldonado D. "Tesis para optar la Maestría de la Universidad Peruana Unión Grado de satisfacción del usuario en el triaje de emergencia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral del Distrito de San Juan de Lurigancho periodo 2004".Perú.p.56.
- 5) Morales B. "Tesis sobre conocimiento del profesional de enfermería sobre la atención al paciente prioridad I del Hospital Rebagliati 2010".
Jimenez G. "Tesis cuidado al paciente politraumatizado y estrés laboral en el profesional de enfermería del Hospital Honorio delgado Arequipa 2012".

- 6) Machado M. "Nivel de conocimientos en pacientes politraumatizado en el Hospital Rebagliati Lima 2012".
- 7) Palma N. "Determinación del Nivel de Conocimiento Habilidades y Prácticas en pacientes con politraumatismos en Personal de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca – 2011". Hubo 64 participantes. El método de estudio fue Observacional, descriptivo y prospectivo. Resultados: 18 fueron varones, 46 mujeres; el 23%(15) del personal aprobó la encuesta. Conclusión: Solamente el 23% del profesional de salud conoce sobre politraumatismos. El área Crítica es el servicio mejor preparado, y profesionales capacitados previamente.
- 8) Jiménez M. "Medicina de Urgencias y Emergencias". 3era edición. Editorial Interamericana. México. 2008. p.56.
- 9) Ministerio de Salud "Compendio de guías de intervenciones y procedimientos de enfermería en emergencia y desastres". Editorial del MINSA. 2010. Lima. p. 1-173.
- 10) Ospina J. "Índices de Severidad del Trauma y la enfermedad". Editorial Interamericana. México. 2008. Cap. 26. p. 383-402.
- 11) Ministerio De Salud / Dirección General De Salud De Las Personas "Norma técnica de los Servicios de Emergencia del MINSA". Editorial MINSA. 2010. p.47.

- 12) Nolan Jp, Soar J, Zideman Da, Biarent D, BossaertLI, Deakin C, KosterRw. "Resumen Ejecutivo de la Guías 2010 del ERC". Editorial GuidelinesWritingGroup. Europa. p. 81.
- 13) Hernández R. Metodología de la Investigación. México: Editorial Interamericana; 2011.
- 14) Crespo L. "Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneo encefálico grave y politraumatismo, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo- Ecuador, julio 2011".
- 15) Labrada A. "Grado de conocimientos básicos sobre trauma en atención primaria, ¿cultura médica o necesidad?, Cuba; 2011".
- 16) Gonzales J. "Cuidado Intensivo y Trauma". Distribuna. Bogotá. Colombia. 2006. p.234.
- 17) Colegio de Enfermeros del Perú. Enfermería profesional. 20 de Diciembre del 2010. Perú. Disponible en: www.cep.org.pe/
- 18) Martínez L. "Cuidados de enfermería de acuerdo a los protocolos internacionales enfocado a los pacientes politraumatizados que ingresan a la Unidad Clínica de Emergencia Adultos del Hospital "Dr. Eugenio P. D´Bellard" en Guatire Estado Miranda España 2012".

- 19) MINSA "Atención de emergencias". 18 de Diciembre del 2010.
Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/destacados/sns/ITCM_InformeFinal56-68.pdf
- 20) García F. del Busto de Prado. "Modelo de Atención Integral a las Urgencias. Emergencias". Vol. 13, nº 3 Junio 2011: 153-154.
- 21) Barrios M. "Reorientación hacia los servicios de Urgencias hacia el Paciente. Emergencias". Vol. 13, nº 1 Febrero; 2009: 1-3.
- 22) F. Barranco Ruiz. "Principio de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos". SAMIUC. Ed Alhulia.; 2009: 1354-1356.
- 23) Grupo de Trabajo para Medicina de Urgencias Santander. "Manual de Urgencias para Enfermería". Ed. Aran; 2011: 139-145.
- 24) Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. "Atención Inicial al Paciente Politraumatizado", Valoración y Resucitación. Ed Fundación EPES. Revisión 1999: 1-17.
- 25) Consejo Español de RCP. M Ruano 2ª ed. Ed Masson; 1999: 79-93, 177-198.
- 26) Subcomité de RCP de la Sociedad Española de Emergencias (SEMES). Recomendaciones en Resucitación Cardiopulmonar Avanzada. Ed ELA; 2006: 19-21, 111-121.
- 27) "Manual de Enfermería". Ed Océano-Centrum; 2010: 1-10.

ANEXOS

ANEXO N° 01

VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

EXPERTOS /ITEMS	A	B	C	D	PROMEDIO
Y1 = 1	4	5	4	4	4
Y1 = 2	4	5	5	5	4.4
Y1 = 3	5	4	5	5	4.6
Y1 = 4	4	5	4	4	4.2
Y1 = 5	4	5	5	5	4.4
Y1 = 6	4	4	5	5	4.4
Y1 = 7	5	5	5	5	4.8
Y1 = 8	5	5	5	5	4.8
Y1 = 9	4	5	5	5	4.6

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x - y_i)^2}$$

Donde DPP= $\sqrt{\frac{1}{n} [(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_n)^2]}$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es r= 176

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

$$D_{\text{máx.}} = \sqrt{(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2}$$

Donde DPP=V $(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2$

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= 10,42

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

ANEXO N° 02

CONFIABILIDAD POR ALPHA DE CRONBACH

ethod 2 (eovariance matrix) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE(ALPHA)

Instrumento 1

De un total de 10 encuestas realizadas a nivel piloto para la confiabilidad del instrumento se obtuvo para la escala total un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.82.de confiabilidad.

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	10	100.0
Excluidos(a)	0	0.0
Total	10	100.0

Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

SEGUNDA ESPECIALIDAD

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LA GUÍA DE CUIDADO AL PACIENTE ADULTO POLITRAUMATIZADO

Instrucciones: Se está realizando un trabajo de investigación, para lo cual pido su absoluta sinceridad, contestando verazmente a la siguiente información, marcando con equis(X) a las siguientes interrogantes y es anónima:

Datos Generales

A. Edad:

- a) 20 a 39 años
- b) 40 a 59 años
- c) Mayor de 60 años:

B. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

C. Años de experiencia:

- a) Días
- b) Meses
- c) Años

D. Condición laboral:

- a) Nombrado
- b) Contratado
- c) SERUMS

d) Otra modalidad (especifique).....

E. Capacitación

Ud. ha recibido capacitación en emergencias:

a) Si

b) No

Especifique si su respuesta es sí.....

F. Tiene especialidad:

a) Si

b) No

Especifique si su respuesta es sí.....

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO

1. A un paciente politraumatizado se le considera:

a) **Prioridad I**

b) Prioridad II

c) Prioridad III

d) N. A.

2. No es una causa de politraumatismo severo:

a) Víctima de accidente de caída simple

b) **Dos o más fracturas de huesos largos proximales.**

c) Herida de bala o arma blanca.

d) Traumatismo encéfalo craneano.

3. Luego de Monitorizar función cardiaca. Se REALIZA:

a) **Toma de muestra y se valora resultados de gases arteriales.**

b) Coloque sonda foley, según indicación médica.

c) Sólo se observa evolución

d) TA

4. Al Realizar control estricto de balance hídrico. Luego: Es falso
- a) Se mantiene al paciente en control de diuresis horaria.
 - b) Administre soluciones por vía endovenosa según indicación médica.
 - c) Solo se observa
 - d) T. A.
5. Cuando se atiende a un politraumatizado se Administre oxígeno según prescripción.
- (V) (F)
6. Se Canaliza vía periférico con cateterismo intravenoso N° 16, 18.
- (V) (F)
7. No se debe realizar el control seriado de Glicemia.
- (V) (F)
8. Es importante mantener preparado el coche deparo y equipo para intubación.
- (V) (F)
9. En el Periodo I: son los primeros minutos después del trauma, que el sujeto fallece instantáneamente o pocos minutos después del impacto, por lesiones letales de órganos o estructuras vitales, rotura de grandes vasos, rotura cardiaca, lesión cerebral irreversible.
- (V) (F)
10. Periodo II: primeras horas después del accidente, que la muerte se produce por causas potencialmente evitables, denominada mortalidad precoz, evitable mediante adecuada y oportuna atención por personal especializado.
- (V) (F)

11. Periodo III: abarca semanas siguientes al trauma, donde la mortalidad se da por el fracaso multiorgánico, complicaciones post operatorias, sepsis, etc.
(V) (F)
12. Periodo IV: los traumatismos importantes implican que el tratamiento debe comenzar antes de que se establezca un diagnóstico definitivo.
(V) (F)
13. El Monitoreo de las constantes vitales es cada 5-15 minutos, durante la primera hora.
(V) (F)
14. El registro de ingresos y pérdidas es para establecer evolución y respuesta al tratamiento.
(V) (F)
15. Las Alteraciones y modificaciones del hematocrito, se valoran con la gasometría arterial.
(V) (F)
16. Se llaman Centros Especializados a: Unidad de SHOCK Trauma, Unidad de Cuidados Intensivos, otros centros.
(V) (F)
17. El Personal especializado: Médicos, Enfermeras, Auxiliares, Para-médicos. Trabajo en equipo, bajo una Jefatura.
(V) (F)
19. La asistencia del Politraumatizado se inicia en el lugar de los hechos.
(V) (F)

20. El Transporte del politraumatizado debe ser: en avión, helicóptero, ambulancia.

(V) (F)

ANEXO N° 04

LISTA DE COTEJO CREADO POR LA AUTORA, BAJO LAS NORMAS DE LA GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

N°	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	APLICA	A VECES APLICA	NO APLICA
Alteración de la perfusión tisular cerebral, cardio-pulmonar, gastrointestinal y periférico:				
1	Valora el estado de conciencia del paciente.			
2	Controla en forma estricta las funciones vitales, priorizando frecuencia cardíaca y presión arterial..			
3	Administra oxígeno según prescripción.			
4	Canaliza vía periférico con cateterismo intravenoso N° 16, 18.			
5	Realiza control seriado de Glicemia.			
6	Monitoriza función cardíaca.			
7	Toma muestra y valore resultados de gases arteriales.			
8	Coloca sonda foley, según indicación médica.			
9	Realiza control estricto de balance hídrico.			
10	Mantiene al paciente en control de diuresis horaria.			
11	Administra soluciones por vía endovenosa según indicación médica.			
12	Mantiene preparado el coche deparo y equipo para intubación.			
13	Realiza coordinaciones para la tomografía, ecografía y rayos X			

14	Mide presión intracraneal cada media hora.			
15	Realiza movimientos en bloque.			
16	Coloca sonda foley para valorar diuresis.			
17	Realiza medición y monitoreo depresión venosa central (PVC).			
18	Toma muestra de sangre para control seriado hematocrito, hemoglobina y grupo.			
19	Administra transfusiones sanguíneas o hemoderivados según prescripción médica.			
20	Toma muestra de sangre y valore resultados de electrolitos			
Disminución del gasto cardiaco:				
30	Valora estado de conciencia.			
31	Evalúa presencia de cianosis (piel).			
32	Valora presencia de pulsos periféricos.			
33	Toma y valore EKG.			
34	Valora presión arterial y presión venosa central (P.A. y PVC).			
35	Realiza monitorización cardíaca.			
36	Monitorea presión arterial.			
37	Valora llenado capilar.			
Deterioro del intercambio gaseoso:				
38	Permeabiliza vía aérea			
39	Aspira secreciones con sistema de circuito cerrado y según técnica			
40	Coloque tubo oro faríngeo.			
41	Mantiene al paciente en posición semifowler y/o lateralizado.			
42	Administre oxígeno según prescripción.			
43	Toma muestra de sangre			

	para gasometría y valore resultados			
44	Mantiene equipo preparado para intubación.			
45	Prepara al paciente para tomar Rayos de tórax.			
Limpieza ineficaz de las vías respiratorias:				
46	Aspira secreciones con sistema de circuito cerrado. (GP A2).			
47	Realiza monitorización de Oximetría de pulso.			
48	Valora presencia de reflejo tusígeno/o nauseoso.			
49	Anota características de las secreciones.			
50	Mantiene una adecuada hidratación del paciente evitando excesos.			
51	Mantiene al paciente en posición semifowler.			
52	Mantiene preparado el equipo para realizar posible intubación.			
53	Valora lesiones y fracturas músculo.			
54	Toma muestra de sangre para valoración de gasometría.			

Gracias...