



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
POLITRAUMATIZADO EN EL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL
LIBORIO PANCHANA
SOTOMAYOR**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

**AUTORAS: HERMENEJILDO SOTOMAYOR BRITHZIE
YAGUAL RODRIGUEZ GLADYS ANA**

TUTORA: LIC. DELFINA JIMBO B. MSc.

LA LIBERTAD – ECUADOR

2013

**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS EN EL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL
LIBORIO PANCHANA
SOTOMAYOR.”**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

**AUTORAS: HERMENEJILDO SOTOMAYOR BRITHZIE
YAGUAL RODRIGUEZ GLADYS ANA**

TUTORA: LIC. DELFINA JIMBO B. MSc.

LA LIBERTAD - ECUADOR

2013

La Libertad, Junio 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor (a) del trabajo de investigación: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR elaborado por el Sr./a HERMENEJIDO SOTOMAYOR BRITHZIE y YAGUAL RODRIGUEZ GLADYS ANA, egresado de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, /Facultad de ciencias sociales y de la salud de la Universidad Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de licenciatura en enfermería, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la apruebo en todas sus partes.

Atentamente

.....
Lic. Delfina Jimbo, MsC

TUTORA

Ancón, Junio del 2013

CERTIFICACIÓN DE REVISIÓN GRAMATICAL

**DE: ALEXIS ZULEMA ALBÁN ÁLVAREZ
ESPECIALIZADA EN LITERATURA Y PEDAGOGÍA**

En mi calidad de Licenciada de la especialidad de Literatura y Pedagogía, luego de haber revisado y corregido la Tesis **“ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIA,** previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** de los estudiantes de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, **HERMENEJILDO SOTOMAYOR BRITHZIE Y YAGUAL RODRIGUEZ GLADYS ANA,** certifico que está habilitada con el correcto manejo del lenguaje, claridad en la expresión, coherencia en los conceptos, adecuado empleo de la sinonimia, corrección ortográfica y gramatical.

Es cuanto puedo decir en honor a la verdad.

**ALEXIS ZULEMA ALBÁN ÁLVAREZ
LICENCIADA EN LITERATURA Y PEDAGOGÍA**

DEDICATORIA

A Dios por guiarme y fortalecerme en cada paso que doy.

A mis padres, a mi esposo Winger que me dio apoyo, a todas las personas que de alguna manera contribuyeron para que Salga adelante y en especial a mi hijo Whiller que lo amo con mi vida.

Brithzie

A Dios por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor y por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

A mi Madre y Padre por haberme educado y Gracias a sus consejos, por cultivar e inculcar ese sabio don de responsabilidad.

¡Los quiero mucho!

Gladys

AGRADECIMIENTO

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

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

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

A nuestra tutora, Licenciada Delfina Jimbo le agradecemos por su tiempo, apoyo y paciencia durante el desarrollo de esta tesis. ¡Gracias!

Brithzie -Gladys

TRIBUNAL DE GRADO

Licdo. Guillermo Santa María MSc
**DECANO DE LA FACULTAD
C.C. SOCIALES Y DE LA SALUD**

Dr. Juan Monserrate Cervantes, MSc.
**DIRECTOR DE LA ESCUELA
DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Lcda. Sonia Santos Holguín. Msc
PROFESORA DEL ÁREA

Lcda. Delfina Jimbo B. MSc.
TUTORA

Abg. Milton Zambrano Coronado, MSc.
SECRETARIO GENERAL – PROCURADOR

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS EN EL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL
“LIBORIO PANCHANA
SOTOMAYOR”.**

Autoras: Hermenejildo Sotomayor Brithzie
Yagual Rodríguez Gladys.

Tutora: Lcda. Delfina Jimbo B. Msc.

RESUMEN:

Este trabajo de investigación es descriptivo de tipo cuantitativo transversal, el objetivo de investigación es analizar la atención de enfermería en pacientes poli traumatizados en el área de emergencia del Hospital “Liborio Panchana Sotomayor”. Donde la muestra son los pacientes que ingresan al área de emergencia y las enfermeras que laboran en el área respectiva. Las técnicas utilizadas son las de observación con su respectiva guía sobre el paciente politraumatizado, y las encuestas mediante un cuestionario de preguntas sobre Manejo del paciente politraumatizado.

Concluyendo que el 60 % de las enfermeras del área de emergencia conocen sobre el proceso de atención de enfermería pero no lo ejecutan. Las actividades que realizan son de forma mecánica y rutinaria, el 60 % de las enfermeras manifiesta que no tienen estandarizado protocolos de enfermería, motivo por el cual no proporcionan una atención oportuna eficaz y eficiente. Razón por lo cual se plantea implementar el protocolo de atención de enfermería en politraumatizados que contribuirá a mejorar la CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

PALABRAS CLAVES: Atención de enfermería, manejo del paciente politraumatizado.

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS EN EL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL
“LIBORIO PANCHANA
SOTOMAYOR”.**

Autoras: Hermenejildo Sotomayor Brithzie
Yagual Rodríguez Gladys.

Tutora: Lcda. Delfina Jimbo B. Msc.

ABSTRACT

This research is quantitative descriptive cross the goal of research is to analyze nursing care in patients with multiple trauma in the emergency area of the hospital "Sotomayor Panchana Liborio". Where the sample is patients who enter the emergency area and nurses who work in the respective area. The techniques used are those of the respective observation guide to the trauma patient, using a questionnaire survey of questions on trauma patient handling.

Concluding that the 60% of emergency nurses in the area know about the nursing process but not running. The activities involve routine mechanically and also the 90% of nurses object that guidelines exist but do not use, why not provide optimal quality care to users. Wherefore implants a nursing protocol for poly traumatized that contribute to improving care efficiently and effectively.

KEY WORDS: Nursing care, trauma patient management

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
REVISIÓN ORTOGRÁFICA Y GRAMATOLÓGICA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
TRIBUNAL DE GRADO	vi
RESUMEN	vii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	xii
INTRODUCCION	1
Planteamiento del problema	3
Enunciado del problema	5
Justificación	6
Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Hipótesis	8
CAPITULO 1	
MARCO TEÓRICO	
1 Marco Teórico.	9
1.1 Fundamentación científica.	9
1.1.1 Virginia Henderson	9
Metaparadigmas.	9

Necesidades de Virginia Henderson.	11
Supuestos Principales.	12
Afirmaciones teóricas.	13
1.1.2 Proceso de atención de enfermería.	14
Etapas del proceso de atención de enfermería.	14
Características del proceso de atención de enfermería.	14
Valoración.	15
Métodos para obtener datos.	15
Documentación de registro de valoración.	16
Diagnóstico de enfermería.	16
Tipos de diagnóstico.	17
Planificación.	18
Tipos de planes de cuidado.	19
Actuaciones de enfermería.	19
Ejecución.	23
Evaluación	23
1.1.3 P.A.E en pacientes politraumatizado.	25
Valoración.	25
Diagnóstico de enfermería.	26
Planificación de cuidado.	27
Evaluación.	29
1.1.4 Politraumatismo.	29
Definición.	29
Clasificación de los politraumatismos.	30
Cinemática del trauma.	31
Epidemiología.	31
Complicaciones.	32
Medios de diagnóstico.	32
Cuidado de enfermería.	33
1.1.5 Valoración en el paciente politraumatizado.	33
Valoración primaria en paciente politraumatizado.	35

Valoración Secundaria.	37
1.1.6 Lenguaje de enfermería	38
Valoración.	39
Diagnóstico de enfermería.	40
Resultados	41
Intervenciones	42
1.1.7 Sistema de cuidado.	44
Estandarización de enfermería.	44
1.1.8 Guías terapéuticas clínicas.	45
1.1.9 Guías educativas.	46
1.1.10 Guías de enfermería.	47
1.2 Marco Legal.	49
1.2.1 Ley Orgánica de la salud.	49
1.2.2 La Constitución de la República del Ecuador.	49
1.2.3 Ley de amparo y derecho del paciente.	51
1.2.4 Código de salud.	52
1.3 Marco conceptual.	53
1.3.1 Atención.	53
1.3.2 Proceso.	54
1.3.3 Cinemática.	54
1.3.4 Respiración.	54
1.3.5 Hemorragia.	54
1.3.6 Oxigenación.	54
1.3.7 Circulación	55

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Tipo de investigación.	56
2.2 Población y muestra.	56
2.3 Variable a investigar.	57
2.4 Operalización de las variables.	57

2.4.1	Uso del proceso de atención de enfermería.	57
2.4.2	Manejo de pacientes poli traumatizados.	60
2.5	Técnicas para la recopilación de datos.	61
2.6	Instrumentos.	62
2.7	Prueba piloto.	62
2.8	Procedimiento para la obtención de datos.	63
2.9	Procesamiento y presentación de datos.	63
2.10	Talento Humano.	63
2.11	Sujetos a investigar.	63
2.12	Tutora.	63

CAPÍTULO III

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

3.1	Análisis e interpretación de datos	64
3.2	Proceso de atención	64
3.3	Valoración Primaria	66

CONCLUSIONES	68
---------------------	----

RECOMENDACIONES	69
------------------------	----

BIBLIOGRAFIA	70
---------------------	----

ANEXOS	74
---------------	----

GLOSARIO	97
-----------------	----

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Etapas del proceso de atención	14
Planificación de cuidado	27
Cuidado de enfermería	33
Uso del proceso de enfermería	57

Manejo de paciente politraumatizado	60
Anexos: proceso de atención de enfermería	64
Anexos: valoración primaria.	66
Anexos: respiración	87
Anexos: manejo de paciente politraumatizado	88
Anexos: valoración secundaria	89
Anexos: valoración secundaria del examen físico	90
Anexos: anamnesis del paciente politraumatizado	91
Anexos: aplicación del PAE según HC	92
Anexos: Guía de observación sobre el uso P.A.E	84
Cronograma de elaboración del trabajo de investigación	85
Presupuesto para la elaboración del trabajo investigativo	86
Cuadros estadísticas de valoración (respiración).	86
Manejo del paciente politraumatizado.	88
Valoración secundaria	89
Valoración secundaria: Examen físico.	90
Anamnesis de paciente politraumatizado.	91
Aplicación de P.A.E.	92
Ejecución y evaluación	93
Estandarización del sistema de cuidado	94
Recurso económicos.	109
Cronograma para implementar P.A.E.	110
Ciclo rápido de calidad sobre estandarización P.A.E.	120

PROPUESTA

	Pág.
Antecedentes	101
Marco Institucional	102
Matriz FODA	103
Justificación	104
Objetivo General	105
Objetivos Específicos	105
Resultados esperados	106
Beneficiarios	107
Presupuesto	108
Cronograma	109
Conclusiones y recomendaciones	119
Bibliografía	122

INTRODUCCIÓN

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

En el paciente politraumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales y otros parámetros como las pupilas, piel, relleno capilar, son imprescindibles para la valoración, tratamiento y cuidados específicos que necesita cada paciente.

La actuación principal ante un paciente politraumatizado es un factor determinante en la supervivencia y disminución de secuela, siendo imprescindible las intervenciones de enfermería.

En el hospital Liborio Panchana Sotomayor observamos que no tienen estandarizados protocolos de atención de enfermería para el paciente politraumatizado, el personal de enfermería no realiza el proceso de atención de enfermería ya que no ejecutan planes de cuidado, planes de educación y guías terapéuticas con el objetivo de evitar complicaciones y secuelas, por tal motivo se resuelve investigar la atención de enfermería en pacientes politraumatizado que ingresan al área de emergencia.

El objetivo es determinar si el personal de Enfermería aplica el proceso de atención de enfermería a los pacientes poli traumatizado con el propósito de

mejorar la calidad de atención .este estudio es cuantitativo, descriptivo y transversal. Las técnicas utilizadas son las encuestas para las enfermeras y las guías de observación para los pacientes politraumatizado. El universo es de 10 enfermeras que laboran en el área de emergencia y la muestra son 28 pacientes politraumatizado.

El resultado de la investigación es que el 60% de enfermeras conocen el proceso de atención de enfermería, 40% no realizan ningún tipo de valoración, 17% no realizan diagnósticos de enfermería, 17% no planifican, 67% no ejecutan; 100% no evalúa el proceso.

Por último se describe una propuesta encaminada a implementar un protocolo de atención de enfermería en paciente que acuden al área de emergencia del hospital
Liborio Panchana Sotomayor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El politraumatismo son lesiones externas e internas que involucran uno o más órganos y sistemas, causados generalmente por un mecanismo externo que pone en riesgo la vida. Esta es la cuarta causa de mortalidad que más rápidamente se ha incrementado en los países desarrollados y ocasiona más años de vida perdidos que otras patologías. El traumatismo tiene magnitudes epidémicas en la sociedad moderna, constituyendo una de las principales causas de muerte en niños, adolescentes y adultos jóvenes. En los países industrializados, un elevado porcentaje del PIB se consume en relación con las consecuencias de los traumatismos.

Los traumatismos según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son causados en un 70% por los accidentes de tráfico. Estos a nivel mundial provocan 1,8 millones de muertos, entre 20 y 50 millones de lesionados y unos 5 millones de discapacitados permanentes. En los países desarrollados suponen la primera causa de mortalidad en el grupo de 5 a 44 años. En América Latina constituye la tercera causa de muerte tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo además es la responsable de muerte de 3 a 4 adolescentes entre 15 y 24 años y 2 de 3 adultos jóvenes de 28 a 40 años.

Los riesgos de morbilidad y mortalidad son grandes en los sujetos politraumatizados, porque fácilmente pueden sufrir un shock. La disminución de oxígeno en sangre (hipoxemia) y las hemorragias que provocan alteración de la función de los órganos vitales e insuficiencia de diversos aparatos e infección generalizada. La insuficiencia respiratoria y la parada cardiorespiratoria. Así como también lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado

general, como son la Hemiplejia, Cuadriplejia, Convulsiones, Fracturas y la Sepsis.

En el ECUADOR el politraumatismo es la tercera causa de muerte para todos los grupos de edad, el rango es de 1-45 años de edad. A nivel nacional en el 2001 se registraron 16.735 traumas de extremidades, 10.739 traumas craneoencefálicos, 15.534 traumas de tórax, 3.070 traumas de abdominales y de pelvis. Según el INEC en el 2004 se registraron 49.647 traumatismos por año, 8.560 muertes por año, 25 muertes por día, y 1 muerto por hora. Los grupos más vulnerables son los niños y los menores de 25 años. Las tasas de mortalidad por esta causa son mayores en los jóvenes de Sexo masculino. La provincia de Santa Elena tiene 236.533 habitantes y sus estadísticas con respecto al politraumatismo son similares a nivel nacional

El Cantón *Santa Elena* tiene 144.076 habitantes de los cuales 70.680 son Mujeres y 73.396 varones. Población que es atendida por cinco hospitales del MSP; y entre lo que tenemos al Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Este tiene una dotación de 113 camas, presta atención las 24 horas día y los 365 días del año, dispone de equipos de alta tecnología y de un talento humano de enfermería deficiente, oferta los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia, y Emergencias las 24 horas.

El Servicio de Emergencia atiende un promedio anual de 45.874 pacientes de los cuales, 1680 son pacientes politraumatizados y el 23% de estos pacientes son transferidos a hospitales de alta complejidad por la gravedad del caso y el 77% son hospitalizados en las diferentes áreas del hospital. La atención de los politraumatizados en la emergencia debe estar dado por el profesional de

enfermería quien debe tomar decisiones con pensamiento crítico que permitan dar atención oportuna al paciente asegurando su estabilización mediata evitando acciones que puedan producir complicaciones que le causen discapacidades permanentes e incluso la muerte.

El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención inicial al politraumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Aumentando la calidad asistencial aumentamos el grado de éxito, disminuyendo la morbi- mortalidad de los primeros y posteriores momentos. Ante esta situación, los profesionales de Enfermería deben estar capacitados no solo para solucionar problemas de salud, sino para detectarlos y prevenirlos, ello implica no solo igualar las estrategias de enseñanza, sino introducir en ellas una mirada común que permita diversificar y flexibilizar las metodologías que estimulen al desarrollo de herramientas que los lleven a “aprender de sus propios pacientes”.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La atención brindada al paciente politraumatizado del servicio de emergencia del hospital Liborio Panchana Sotomayor es rutinario mecánico sin ningún proceso de planificación de cuidado, no dispone de protocolos y guías de atención para estos pacientes lo cual puede repercutir en la calidad de vida de los mismos debido a las graves complicaciones y secuelas que van desde un simple trauma hasta la muerte. Por lo que surge la siguiente interrogante

¿Cuál es el proceso de atención de enfermería que aplican las enfermeras a los pacientes que ingresan al área de emergencia con politraumatismo?

JUSTIFICACIÓN

El politraumatismo tiene magnitudes epidémicas en la sociedad moderna, constituyendo una de las principales causas de muerte en niños, adolescentes y adultos jóvenes. El traumatismo es uno de los problemas sanitarios con mayor impacto económico. En los países industrializados, un elevado porcentaje del PIB. Las causas más prevalentes son por accidentes de tránsito 49%, en segundo lugar por caídas 16% y en tercer lugar por impacto de bala 10 % o arma blanca 9%, aplastamiento 5%.

Mil seiscientos ochenta pacientes acuden al servicio de emergencia con traumatismos múltiples y para la atención de enfermería cuenta con enfermeras y auxiliares de enfermería, las cuales deben estar debidamente capacitadas en la atención de pacientes que ingresan al servicio con distinto grado de complejidad en su salud; situación que nos conlleva a pensar que cada profesional de enfermería debe atender pacientes diarios. El compromiso de estos pacientes exige que el equipo de profesionales que está a cargo de su cuidado esté especializado en este tipo de situaciones. Además, el niño constituye un paciente especial de modo que, aunque siguiendo un esquema de actuación similar al del adulto (A, B, C, D, E), hay diferencias anátomo-fisiológicas que hacen de su cuidado una atención especial. Así pues la enfermería moderna nos exige tener un pensamiento crítico en todo lo relacionado con la práctica profesional para, obtener respuestas relevantes a las preguntas formuladas durante nuestro ejercicio profesional; además tomar decisiones bien informadas, basadas en el uso juicioso de los resultados de investigaciones y poder así desempeñar un ejercicio profesional basado en la evidencia.

Cuando las enfermeras no han ofrecido cuidados específicos basados en un pensamiento crítico, existe alteración físicas, biológicas, psicamental conductual en la mayoría de pacientes poli traumatizados, debido a la falta de entrenamiento de la mayoría de las enfermeras en el pensamiento crítico analítico, en el tipo de pensamiento que permite focalizar la valoración y emitir un diagnóstico de la situación en la cual sustentar el resto de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Por lo tanto esta investigación es significativa ya que le permite conocer las acciones que se debe seguir en el manejo de los pacientes politraumatizados, tomando en cuenta su condición y las necesidades del paciente.

La presente investigación se basa en el proceso de atención de enfermería aplicado en paciente con politraumatismo, con el fin de identificar los factores que posibiliten una atención de Enfermería de alta calidad que facilite la recuperación integral del paciente, la evolución favorable hacia un óptimo estado de salud y la reinserción social y laboral en las mejores condiciones posibles, así como también poder realizar recomendaciones de intervenciones de enfermería más eficaces.

También este estudio pretende aportar conocimientos con fines de crear mecanismos para mejorar y prevenir las secuelas del paciente politraumatizado haciendo del servicio de emergencia eficiente y eficaz en su atención, Por otro lado también es de [interés](#) para los usuarios ya que se indican las acciones y cuidados que se les puede ofrecer una atención de [calidad](#) a sus usuarios, previniendo complicaciones en el paciente que ha sufrido múltiples lesiones que afecten su condición general.

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVO

Determinar si el personal de Enfermería aplica el proceso de atención de enfermería a los pacientes poli traumatizado que acuden al área de emergencia del hospital “Liborio Panchana Sotomayor”

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer el tipo de valoración que utilizan las licenciadas en enfermería en pacientes con politraumatismos.
- Identificar los posibles diagnósticos de enfermería que utilizan en los pacientes politraumatizados.
- Reconocer las intervenciones y acciones de enfermería que aplican las enfermeras a los paciente politraumatizado.
- Identificar el tipo de evaluación que utilizan en el proceso de atención las licenciadas a los pacientes que acuden con politraumatismos

HIPÓTESIS

El uso del proceso de atención por las enfermeras influyen en el manejo adecuado del paciente politraumatizado.

CAPITULO 1

1. MARCO TEÓRICO

1.1 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.1.1 VIRGINIA HENDERSON

Las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se tratan de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

METAPARADIGMAS

- **Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades.
- **Cuidado:** Esta dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales

- **Entorno:** Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- **Persona:** como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

- 1. Nivel sustitución:** La enfermera sustituye totalmente al paciente.
- 2. Nivel de ayuda:** La enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- 3 Nivel de acompañamiento:** La enfermera permanece al lado del paciente desempeñado tareas de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”

NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Utiliza para realizar la valoración:

1°Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico

2°.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3°.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5°.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6°.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimiento.

7°.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermo.

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos

SUPUESTOS PRINCIPALES

- La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

- La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo
- Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Relación enfermera – paciente: Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

La enfermera como sustituta del paciente: Este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La enfermera como auxiliar del paciente: Durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.

La enfermera como compañera del paciente: La enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico: La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

1.1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

RECOGIDA y SELECCIÓN de DATOS (Valoración)	Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
DIAGNÓSTICO de ENFERMERÍA	Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
PLANIFICACIÓN	Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
EJECUCIÓN ó INTERVENCIÓN	Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
EVALUACIÓN	Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

CARACTERÍSTICAS DEL P.A.E

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.

- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

VALORACIÓN

Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS.

A) **Entrevista Clínica:** Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

B) **La Observación:** En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) **La Exploración física:** La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. La exploración física se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del

paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación. Los pasos de esta fase son:

A. Identificación de problemas:

Análisis de los datos significativos. Síntesis.

B. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

C. Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

PLANIFICACIÓN.

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los

distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería.

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, en torno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo.
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

Para problemas interdependientes:

- Controlar los cambios de estado del paciente.
- Manejar los cambios de estado de salud.
- Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería.

Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.

Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

Consulta y remisión a otros profesionales.

Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería

Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos:

La fecha.

El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.

Especificación de quién (sujeto).

EJECUCIÓN O INTERVENCIÓN.-Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

EVALUACIÓN.-Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica

2. Señales y Síntomas específicos:
 - Observación directa
 - Entrevista con el paciente.
 - Examen de la historia

3. Conocimientos:
 - Entrevista con el paciente
 - Cuestionarios (test)

4. Capacidad psicomotora (habilidades).
 - Observación directa durante la realización de la actividad

5. Estado emocional:
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - Información dada por el resto del personal

6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud):
 - Entrevista con el paciente.
 - Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudiadas. Veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

El paciente ha alcanzado el resultado esperado.

El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

1.1.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

VALORACIÓN.

Respiración – Circulación

a) Respiración

Vía aérea – obstrucción

Tipo: apnea, taquipnea, bradipnea, apnea.

Frecuencia y Saturación de oxígeno

Movimiento torácico y abdominal

Dificultad respiratorio: Cianosis

b) Circulación

Frecuencia cardiaca- tensión arterial

Edema- herida- hemorragia

Color piel y tegumentos

Cambios de temperatura

c) Comunicación

Comunicación verbal – no verbal – símbolos

Expresa movimientos significativos

Presenta alteración intelectual, psicológica, sociológica

Mantiene todos los sentidos

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

- **Alteración de la Respiración**
Cambio o modificación en la función respiratoria.
- **Alteración de la Presión Arterial**
Cambio o modificación de la presión sistólica o diastólica.
- **Alteración Cerebral**
Cambio o modificación en la capacidad de pensar o de razonar.
- **Alteración de la Perfusión Tisular**
Cambio o modificación en la oxigenación de los tejidos.
- **Deterioro de la Termorregulación**
Fluctuación de la temperatura entre hipotermia e hipertermia.
- **Alteración de la Integridad de la Piel**
Cambio o modificación en las condiciones de la piel.
- **Deterioro de la Movilidad Física**
Disminución de la capacidad para realizar movimientos independientes.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Diagnóstico.	Intervenciones	Resultados	
		Actuales	Esperados
Alteración de la Respiración	Etiqueta:		
Signos y síntomas:	Cambio o modificación en la función respiratoria.	disnea	Respiración espontanea
Disnea			
Taquipnea	Acciones: Realizar Hiperextensión de la cabeza.	Taquipnea	Frecuencia respiratoria:20x
Diaforesis	Instruir una respiración lenta y profunda, cambios de posición y tos.	Diaforesis	Ausente
Cianosis	Valorar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	Cianosis	Saturación de O2: 98%
desviación traqueal	Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.	Desviación traqueal	Normal

Diagnóstico.	Intervención	Resultados	
		Actuales	Esperados
Alteración de la Perfusión Tisular	Etiqueta:		
Signos y síntomas	Valorar si hay relleno	Hipotensión	Presión

Hipotensión	capilar para descartar (deshidratación, shock, hipotermia)		arterial:120/90
Taquicardia	Valorar la hemodinámica (pulso, frecuencia cardiaca, conciencia, diuresis, etc.)	Taquicardia	Frecuencia cardiaca:80x
Piel fría y pálida	Realizar Canalización de vía periférica	Piel fría y pálida	Temperatura normal:36.5°
Retraso en el llenado capilar	Administrar soluciones cristaloides.	Retraso en el llenado capilar	Llenado capilar normal.

Diagnóstico.	Intervención	Resultados	
Alteración Cerebral	Etiqueta.	Actuales	Esperados
	Cambio o modificación en la capacidad de pensar o de razonar.		
Signos y síntomas Convulsiones	monitorizar el nivel de conciencia	convulsiones	Disminuyo las convulsiones
Vómitos	Evitar las actividades que aumente la presión intracraneal.	Vómitos	No ha presentado

Cefalea	Valorar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.	Cefalea	No refiere
Vértigo	Valorar el reflejo corneal.	Vértigo	No refiere
Confusión	Referir al médico los cambios de estado del paciente.	Confusión	Escala de Glasgow: 15 puntos

EVALUACIÓN:

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Al medir el proceso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería Griffith 1990.

La evaluación del logro o no logro de los objetivos, es la clave para determinar la efectividad del plan.

- Se mantuvo las vías aéreas permeables, aspirando secreciones y líquidos.
- Se colocó en posición semiflower por lo que mejoró la respiración en un 98%.
- Estimular la respiración profunda en intervalos frecuentes.
- Evitar la ingestión de alimentos que produzcan ingestión.
- Evitar la aspiración de alimentos: vómitos, secreciones respiratorias, sangre o cuerpos extraños.

Se evalúa en forma rápida el estado de conciencia según sea la respuesta al estímulo verbal, al estímulo doloroso, se determina además simetría y reactividad pupilar.

1.1.4 POLITRAUMATISMO

DEFINICIÓN

La OMS la define como lesión Corporal a nivel orgánico, intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infligida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica

De aquí se desprende que una persona con traumatismo severo o politraumatismo padece una lesión traumática que pone en riesgo la vida con deterioro hemodinámico, respiratorio y/o neurológico.

Todo sujeto que presente dos o más lesiones traumáticas graves, periféricas, viscerales o mixtas que entrañen una repercusión circulatoria y/o respiratoria.

Se puede definir el politraumatizado como todo herido con lesiones orgánicas múltiples producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve [riesgo](#) vital.

La enfermedad traumática representa hoy día en la principal causa de [muerte](#) en las primeras cuatro décadas de la vida. La correcta valoración y tratamiento inicial de estos pacientes ha sido desde hace años establecida y universalmente aceptada debido a su sencillez.

CLASIFICACIÓN DE LOS POLITRAUMATISMOS

Se clasificaran de acuerdo a las heridas sufridas por el accidentado en tres categorías:

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

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

- C. **Grave:** Paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles.

CINEMÁTICA DEL TRAUMA.

El primer paso en la atención hospitalaria de urgencia en la evaluación del paciente politraumatizado, es evaluar la escena del accidente y los [eventos](#) ocurridos, dando respuesta a las siguientes interrogantes:

- 1.- ¿Cómo se presenta la escena?
- 2.- ¿Quién le pegó a qué?
- 3.- ¿A qué [velocidad](#)?
- 4.- ¿Que tan largo fue el tiempo de detención?
- 5.- ¿Usaban las víctimas algún medio de protección?
- 6.- ¿Los cinturones de [seguridad](#) sujetaron adecuadamente a las víctimas o se soltaron?
- 7.- ¿Fueron las víctimas expulsadas fuera del vehículo?

EPIDEMIOLOGÍA.

El trauma constituye a nivel mundial, la tercera causa de muerte para todas las edades, luego de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, pero es la primera causa de muerte por debajo de los 45 años de edad.

Los accidentes de tránsito y las caídas de altura son generalmente responsables de los compromisos más serios.

Se producen anualmente entre 10 a 15 mil muertes por accidentes de tránsito, es decir 30 a 40 muertes diarias, de las cuales un escaso 5 a 8 % están relacionadas a fallas mecánicas inevitables y el resto, a múltiples factores relacionados a diversas variables locales.

COMPLICACIONES.

- Raddomiolisis.
- Infeción.
- Insuficiencia renal aguda
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Falla multiorgánica.
- Cuagulopatía.
- Distres respiratorio.
- Asociadas a la ventilación mecánica
- Muerte.

MEDIO DIAGNÓSTICO:

- Hemoglobina y Hematocrito: en sangramientos, disminuida en exámenes seriados.
- Contaje Blanco y Fórmula: en traumatismos hay leucocitosis.
- Examen de Orina: contusión renal → hematuria microscópica.
- Amilasa Sérica: pancreatitis aguda traumática.
- Gasometría en sangre arterial: en traumatismos torácicos severos – intubación

- / ventilación mecánica, alteración PO₂ y CO₂
 - Urea-Creatinina.
 - Tiempo y actividad protrombínica.
 - Exámenes radiológicos.
 - TAC.
- **Columna cervical:** Que incluya las siete vértebras cervicales y la primera torácica. Una radiografía de columna cervical normal no excluye ninguna lesión y, por lo tanto, la inmovilización cervical debe mantenerse hasta tener una valoración especializada del paciente. El médico de urgencias coloca collares cervicales, no los retira.
 - **Tórax:** Ante la evidencia de neumotórax a tensión, neumotórax abierto o tórax inestable, la prioridad es lograr óptimo intercambio gaseoso mediante una adecuada expansión pulmonar. La radiografía se realiza una vez que se haya completado este objetivo durante la resucitación.
 - **Pelvis:** Es de gran ayuda para comprobar la existencia de lesión traumática de la pelvis en paciente víctima de trauma cerrado, especialmente en aquellos casos que no es posible establecer el origen de un estado hipovolémico o cuando el examen de la pelvis es equívoco.
 - **Ecografía Abdominal.** Es un método rápido, portátil, no invasor, poco costoso y fácil de repetir en la sala de urgencias.

El método es especialmente útil para establecer la presencia de líquido intraperitoneal, y tanto no evaluar la [morfología](#) de los órganos abdominales. Se examinan secuencialmente la región subxifoidea para determinar la presencia de líquido intrapericárdico, posteriormente la fosa hepato-renal (Saco de Morrison), la fosa espleno-renal y finalmente el área suprapúbica.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inmovilización completa de columna cervical o columna completa. <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia. <input type="checkbox"/> Intubación orotraqueal. <input type="checkbox"/> Vía venosa y sueroterapia. <input type="checkbox"/> Obtención de muestras sanguíneas. <input type="checkbox"/> Administración de analgesia. <input type="checkbox"/> Colocación de sonda vesical y nasogástrica. <input type="checkbox"/> Vigilancia del nivel de conciencia, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, pulsioximetría, alteraciones motoras /sensoriales, diuresis, EKG y otros signos. <input type="checkbox"/> Administración de medicación pertinente. <input type="checkbox"/> Tratamiento postural: Trendelemburg, Antitrendelemburg, Fowler, Semifowler. <input type="checkbox"/> Evitar situaciones que aumenten la presión intracraneal. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aspiración cavidad bucal. <input type="checkbox"/> Aspiración broncopulmonar. <input type="checkbox"/> Inmovilización fracturas. <input type="checkbox"/> Hiperventilación. <input type="checkbox"/> Drenajes torácicos. <input type="checkbox"/> Curas locales de heridas. <input type="checkbox"/> Medidas de reanimación. <input type="checkbox"/> Aseo del paciente. <input type="checkbox"/> Taponamiento compresivo de hemorragias. <input type="checkbox"/> Desnudar al paciente. <input type="checkbox"/> Apoyo emocional. <input type="checkbox"/> Abrigar al paciente. Control de temperatura externa. <input type="checkbox"/> Registro de aportes y pérdidas. <input type="checkbox"/> Educación Sanitaria.
---	---

1.1.5 VALORACIÓN EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

En el paciente politraumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales y otros parámetros como las pupilas, piel, relleno capilar, son imprescindibles para la valoración, tratamiento y cuidados específicos que necesita cada paciente.

El papel del Enfermero es primordial e imprescindible en la atención inicial al politraumatizado, donde el tratamiento y cuidados deben ser precoces. Aumentando la calidad asistencial aumentamos el grado de éxito, disminuyendo la morbi- mortalidad de los primeros momentos y posteriores.

El enfermero está dentro del equipo sanitario integral, donde todo debe ser coordinado desde el primer momento.

Cuando atendemos a un politraumatizado debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio, o si fuese necesario reanimación Cardiopulmonar (RCP) y desfibrilación. Se realiza una valoración de las constantes vitales; frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, pulsioximetría y monitorización del individuo si es posible. También valoraremos el color de la piel, relleno capilar, tamaño pupilar y su respuesta a la luz, así como el nivel de conciencia.

Esta primera fase se denomina valoración primaria. En ella se identifican y valoran los problemas que comprometen la vida del paciente, para corregir estos de forma precisa e inmediata. Es el ABCDE:

A.- Control de vía aérea y control cervical

B.- Respiración.

C.- Circulación con control de hemorragia.

D.- Discapacidad.-Estado neurológico.

E.- Exposición / Entorno.

Un resumen de la atención de Enfermería es:

- Aplicación del Collarín.
- Aplicación de Oxígeno.
- Monitorización electrocardiográfica (EKG) y pulsioximetría.
- Canalizar vías periféricas.
- Extraer muestra de sangre para determinaciones.
- Control de hemorragias de consideración.

VALORACIÓN PRIMARIA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

A.- Control de la Vía aérea y Cervical.

La permeabilidad y estabilidad de la vía aérea es el primer punto a valorar. En un individuo inconsciente hay que comprobar su vía aérea, en el sujeto que tiene disminuido su nivel de conciencia puede ocurrirle la caída de la lengua hacia atrás o una bronco aspiración

La cabeza y el cuello no deben ser hiperextendidos en un politraumatizado; la utilización de la tracción del mentón con control cervical, es la maniobra de elección para la apertura de la vía aérea.

Si la vía aérea no fuese permeable se deben extraer los objetos que la obstruyan o en su defecto valorar la punción cricotiroidea. Valorar también la intubación orotraqueal si fuese necesario, y la cánula de Guedell.

B.- Respiración.

Hay que valorar la correcta ventilación y el adecuado aporte de oxígeno. Buscaremos las causas que alteran la ventilación y emprenderemos las medidas adecuadas, intubación orotraqueal, drenaje torácico

C.- Circulación y Control de Hemorragias.

La hemorragia es la principal causa de muerte tras un traumatismo. Cuatro son los puntos a valorar:

- Nivel de Conciencia.
- Coloración de la Piel.
- Pulso.

- Hemorragias.

Se deben canalizar una o dos vías periféricas de grueso calibre, 14-16, Para poder administrar gran cantidad de fluidos en poco tiempo. Las mejores vías de acceso venoso periférico en el adulto son:

- Vena ante cubital.
- Venas del antebrazo.

Si no es posible el acceso periférico, pensar en el acceso venoso central, siendo las vías de elección:

- Yugular interna.
- Vena femoral.
- Subclavia.

D.- Evaluación neurológica.

Tras solucionar los problemas vitales se realiza una valoración del nivel de conciencia y pupilas:

- Valorar traumatismos craneoencefálico (TCE), traumatismo facial y cervical.
- Respuesta pupilar y movimientos oculares.
- Escala de Glasgow.

E.- Exposición / Control Ambiental

El paciente debe ser desnudado por completo. Teniendo en cuenta que en estos pacientes existe gran riesgo de hipotermia, debiendo tomar las medidas oportunas.

VALORACIÓN SECUNDARIA.

La valoración secundaria consiste en un análisis pormenorizado de posibles lesiones desde la cabeza a los pies, mediante la vista, el oído y el tacto. El examen secundario no se inicia hasta que no se haya realizado la valoración inicial y resuelto los problemas vitales. En esta fase es donde colocaremos las sondas nasogástrica y vesical, si sospechamos posible lesión de la lámina cribiforme la sonda nasogástrica la colocaremos por la cavidad bucal.

A.- Historia.

Debemos conocer el mecanismo lesional y si es posible los antecedentes del paciente; patología previa, medicación habitual y última comida.

Conociendo el mecanismo lesional podemos predecir distintos tipos de lesión en base a la dirección del impacto, la cantidad de energía y el tipo de accidente. En caso de existir quemaduras debemos conocer el medio en que se produce la lesión, exposición a productos químicos, tóxicos, radiaciones.

B.- Examen Físico.

- Cabeza y cara.
- Columna cervical y cuello.
- Tórax y espalda.
- Abdomen y Pelvis.
- Periné, recto y vagina.
- Músculo esquelético.
- Neurológico.

C.- Monitorización.

- Frecuencia respiratoria.
- Pulsioximetría.
- Presión arterial.

- Monitorización cardiaca.

El paciente politraumatizado debe ser reevaluado constantemente para asegurar que son detectados nuevos hallazgos y que no empeora los signos vitales evaluados inicialmente.

1.1.6 LENGUAJE DE ENFERMERÍA DE LA CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO CLÍNICO (CCC).

La “**CLASIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS CLÍNICOS**” (CCC). Esta terminología fue desarrollada por la Dra. Virginia K. Saba (2005) y sus colegas de la Universidad de Georgetown, con la finalidad de proveer un método que permitiera predecir la necesidad de recursos para el cuidado y la medición de resultados en el paciente.

Provee un marco de referencia único, una estructura de codificación y conceptos que identifican la esencia del cuidado de enfermería, conformado por 4 patrones de cuidado: funcional, fisiológico, psicológico y de comportamientos de salud; cada uno de ellos está constituido por componentes que son 21.

En las etapas del proceso enfermero, se inicia con la identificación del diagnóstico de enfermería basada en la valoración de signos y síntomas, seguido de la selección de intervenciones de enfermería y las acciones necesarias para la obtención de resultados, que se evidencian en el proceso terapéutico que a continuación se menciona:

VALORACIÓN:

Patrón conductas de salud: Grupo de elementos que se refieren a acciones para sostener, mantener o recuperar la salud.

- Componente Medicación (H).
- Componente Seguridad (N).
- Componente Conductas de Salud (G).

Patrón funcional:

- Componente Actividad (A).
- Componente Volumen de Líquidos (F).
- Componente Nutricional (J).
- Componente Auto cuidado (O).
- Componente Sensorial (Q).

Patrón fisiológico.

- Componente Gástrico/Intestinal (B).
- Componente Cardíaco (C).
- Componente Respiratorio (L).
- Componente Metabólico (I).
- Componente Regulación Física (K).
- Componente Integridad de la Piel (R).
- Componente Perfusión Tisular (S).
- Componente Eliminación Urinaria (T).
- Componente Ciclo Vital (V)

Patrón psicológico.

- Componente Cognitivo (D).
- Componente Afrontamiento (E).
- Componente Rol-Relaciones (M).
- Componente Auto concepto (P).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Alteración de la Respiración

Cambio o modificación en la función respiratoria.

Alteración de la Presión Arterial

Cambio o modificación de la presión sistólica o diastólica.

Alteración Cerebral

Cambio o modificación en la capacidad de pensar o de razonar.

Alteración de la Perfusión Tisular

Cambio o modificación en la oxigenación de los tejidos.

RESULTADOS:

Los resultados se realizaran bajo los siguientes parámetros:

Esperados

- Mejorar
- Estabilizar
- Evitar deterioro

Actuales

Mejorado
Estabilizado
Deteriorado

Metas o Resultados de Enfermería. NOC-

Alteración de la Respiración

Cambio o modificación en la función respiratoria.

Resultados actuales	Resultados esperados
Disnea	Mejorado
Cianosis	Estabilizado
Desviación traqueal	Estabilizado
Diaforesis	Mejorado
Taquicardia	Mejorado

Alteración de la Perfusión Tisular

Cambio o modificación en la oxigenación de los tejidos.

Resultados actuales	Resultados esperados
Taquicardia	Estabilizado
Pulso débil	Estabilizado
Piel fría y palida	Mejorado
Retraso del llenado capilar	Mejorado

Alteración Cerebral

Cambio o modificación en la capacidad de pensar o de razonar.

Resultados actuales	Resultados esperados
Convulsiones	Mejorado
Vómitos	Estabilizado
Cefalea	Mejorado

INTERVENCIONES.

A través de los siguientes cuidados vamos a mejorar la atención de enfermería en los pacientes politraumatizado, siguiendo los siguientes parámetros:

- Valorar/Monitorear
- Enseñar/Instruir
- Manejar/Realizar
- Coordinar/Referir

Manejo de Vías Aéreas

Definición.- Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.

Actividades

- Realizar Hiperextensión de la cabeza.
- Realizar la colocación de collarete.
- Instruir al paciente en la posición que le permita el potencial de ventilación máximo.
- Realizar fisioterapia torácica.
- Monitorizar la eliminación de las secreciones fomentando la tos o empleando la succión.
- Instruir una respiración lenta y profunda, cambios de posición y tos.
- Administrar aire u oxígeno humidificados.
- Monitorear el estado respiratorio y de oxigenación.
- Valorar la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de fluidos.

Cuidado de la Oxigenoterapia

Definición: Acciones realizadas para la administración de un tratamiento con

Actividades

- Valorar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Monitorizar el movimiento torácico mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.

- Valorar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne Stokes, Biot y esquemas atáxicos.
- Monitorear los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados.
- Instruir la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Valorar si hay disnea y los sucesos que la mejoran y empeoran.

Cuidado Circulatorio

Definición: Acciones realizadas para el manejo y soporte de la circulación de la sangre en los vasos sanguíneos.

Actividades:

- Valorar si hay relleno capilar para descartar (deshidratación, shock, hipotermia etc.)
- Valorar la hemodinámica (pulso, frecuencia cardiaca, conciencia, diuresis, etc.)
- Realizar Canalización de vía periférica.
- Administrar soluciones cristaloides.
- Instruir al paciente en posición que le permita elevar los miembros inferiores.

Monitorización neurológica

Definición.- Recolección y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas

Actividades.

- Valorar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.

- Monitorizar el nivel de conciencia
- Valorar las tendencias de la escala de Glasgow.
- Monitorizar contaste vitales.
- Valorar el reflejo corneal.
- Evitar las actividades que aumente la presión intracraneal.
- Monitorizar los parámetros hemodinámico.
- Referir al médico los cambios de estado del paciente.

1.1.7 SISTEMA DE CUIDADO

ESTANDARIZACIÓN DE ENFERMERÍA

El uso de estándares tiene el propósito de garantizar la adherencia a las recomendaciones que han demostrado la seguridad y efectividad de un procedimiento. Un estándar describe una serie de pasos que se deben realizar en forma secuencial durante el desarrollo de determinado procedimiento; debe ser divulgado, el personal que lo va a aplicar entrenado para lograr el cumplimiento de las recomendaciones y controlado en el tiempo para evaluar su eficacia.

- La Gestión de Calidad involucra básicamente cinco procedimientos que deberían ser de amplio conocimiento, implementación obligatoria y divulgación permanente, ellos son:
 - Estandarización de las guías de manejo.
 - Elaboración y control de registros.
 - Acciones preventivas y correctivas.
 - Seguimiento a eventos adversos.
 - Revisión y ajuste de los procesos frente a los objetivos del servicio.
- Se reconocen beneficios internos y externos derivados de la implementación de programas de garantía de la calidad aplicada a la práctica clínica:

- Seguridad del paciente.
- Respaldo a la práctica profesional.
- Eficiencia y eficacia en las labores rutinarias.
- Reducción del desperdicio.
- Mayor conciencia sobre el mejoramiento continuo.
- Procedimientos respaldados por literatura científica.
- Generación del conocimiento.
- Mayor capacidad de análisis de los procesos y procedimientos.

1.1.8 GUÍAS TERAPÉUTICAS CLÍNICAS

Definición:

Son documentos desarrollados sistemáticamente para facilitar las decisiones, al equipo multidisciplinario y a pacientes, acerca del cuidado de la salud apropiado para circunstancias clínicas específicas. Estas guías, cuando tienen los fundamentos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), pueden facilitar un manejo médico eficiente, efectivo y consistente; y finalmente mejoran los resultados para la salud de los pacientes.

- ✓ Ser validables.
- ✓ Aplicabilidad clínica.
- ✓ Flexibilidad clínica.
- ✓ Claridad de criterios.
- ✓ Realismo.
- ✓ Carácter multidisciplinario

1.1.9 GUÍAS EDUCATIVA

En esencia todo paciente politraumatizado debe ser transportado para una completa evaluación intrahospitalaria. La ambulancia básica sólo dejará de

transportar pacientes encaso de negación firmada por el paciente sin compromiso de la esfera mental, de igual forma en la medicalizada ó por decisión exclusiva del médico con previa consignación en la historia pre hospitalaria de atención.

En situaciones de emergencia y desastre la prioridad de traslado debe asignarse de acuerdo con lo estipulado por el grupo de triage:

Prioridad I (Rojos), Prioridad II (Amarillos),
Prioridad III (Negros) y Prioridad IV (Verdes).

Prioridad tipo I ó ROJA: Se aplica a los lesionados críticos recuperables, quienes requieren una atención médica urgente, puesto que por la gravedad de las lesiones pueden perderla vida y con los recursos disponibles tienen probabilidad de sobrevivir.

Prioridad tipo II ó AMARILLA: Se aplica a los lesionados críticos diferibles, quienes requieren una atención médica que da lugar a espera.

Prioridad tipo III ó NEGRA: Se aplica a los lesionado críticos no recuperables, es decir, aquellos cuyas lesiones son de tal gravedad, que existen pocas o ninguna probabilidad de sobrevivir, pero que merecen algún grado de atención médica.

Prioridad tipo IV ó VERDE: Se reserva para aquellos lesionados no críticos, o sea los que presentan lesiones leves o que su atención puede dejarse para el final sin que por ello se vea comprometida su vida.

1.1.10 GUÍAS DE ENFERMERÍA

La enfermería basada en la evidencia es una metodología de análisis y estudio crítico de la literatura científica, que da valor tanto a la experiencia como a la

contundencia de la información sobre el cuidado, lo que permite sacar conclusiones rigurosas para el cuidado o intervención de enfermería. La metodología acoge la mejor evidencia científica que exista en el momento sobre cualquier problema o fenómeno de enfermería, la cual sumada al análisis crítico, tiene la capacidad de producir unas recomendaciones sustentadas científicamente.

Los cuatro niveles de evidencia provienen de experimentos y observaciones que poseen un nivel metodológico en términos de cantidad de casos, del azar y de la calidad del instrumento utilizado - que dan suficiente confianza y validez al mismo para hacer recomendaciones científicas - hasta de opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencias no cuantificadas o en informes de comités de expertos.

NIVEL DE EVIDENCIA I. Obtenida de por lo menos un experimento clínico controlado, adecuadamente aleatorizado, o de una meta análisis de alta calidad.

NIVEL DE EVIDENCIA II. Obtenida de por lo menos un experimento clínico controlado, adecuadamente aleatorizado o de un meta análisis de alta calidad, pero con probabilidad alta de resultados falsos positivos o falsos negativos.

NIVEL DE EVIDENCIA III.1. Obtenida de experimentos controlados y no aleatorizados, pero bien diseñados en todos los otros aspectos.

NIVEL DE EVIDENCIA III.2. Obtenida de estudios analíticos observacionales bien diseñados tipo cohorte concurrente o casos y controles, preferiblemente metacéntricos o con más de un grupo investigativo.

NIVEL DE EVIDENCIA III.3. Obtenida de cohortes históricas (retrospectivas), múltiples series de tiempo, o series de casos tratados.

NIVEL DE EVIDENCIA IV. Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la Experiencia clínica no cuantificada, o en informes de Obtenida de por lo menos un experimento clínico controlado, adecuadamente aleatorizado, o de una meta análisis de alta calidad.

1.2 MARCO LEGAL.

1.2.1 LEY ORGÁNICA DE LA SALUD.

La Declaración Universal de Derechos Humanos recoge el derecho a la salud en el art. 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

1.2.2 LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR:

En la constitución política del Ecuador , art.32 establece “La salud es un derecho que garantiza el estado” mediante políticas económicas, sociales y culturales, educativas y ambientales en donde la prestación de servicios de salud debe ser con enfoque de género , regida por los principios de calidad, equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética.

La Ley Orgánica de la Salud, en el capítulo sobre los derechos y deberes de las personas y del estado en relación con la salud, establece en el art. 7 los derechos de las personas sobre la salud:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;

- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis.
- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito.
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la personas y para la salud pública.
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previo.
- l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida”.

1.2.3 LEY DE DERECHO Y AMPARO DEL PACIENTE:

La Ley de Derechos y Amparo del Paciente en el capítulo sobre los derechos del paciente (art. 2-7) señala los derechos de los pacientes: atención digna, a no ser discriminado, derecho a la confidencialidad, a la información, a decidir.

Todos los Ecuatorianos tenemos derecho a la salud entre estos derechos están: el ser informado de cada procedimiento que van a realizar en beneficio nuestro, ser informado sobre nuevas alternativas de tratamiento, tener una atención oportuna y eficaz, respetando nuestra autonomía. AMPARO AL PACIENTE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Art. 7.- Situación de emergencia.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier servicio de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud. Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el servicio de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió.

1.2.4 CÓDIGO DE LA SALUD.

De los Derechos de amparo al paciente en situación de

Emergencia

Art. 6.- Los establecimientos privados que prestan servicios de emergencias en salud y los trabajadores de salud que laboran en los mismos deberán brindar la atención requerida a toda persona sin discriminación alguna que presente una situación que comprometa su vida con la finalidad de preservar su supervivencia.

Una vez estabilizada la persona ésta será referida a un establecimiento público, a menos que manifieste su voluntad contraria y asuma los compromisos monetarios correspondientes. De su oportuna atención y referencia quedarán los registros correspondientes para futuras obligaciones y derechos. El reglamento de esta ley regulará esta disposición.

Art. 7.- Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el centro de salud tendrá derecho.

En caso de que la persona atendida no disponga de los medios para el pago de los cuidados realizados; la Autoridad Sanitaria Nacional cancelará los mismos, de acuerdo al tarifario que emita para el efecto; una vez que técnicamente, haya verificado que se trató de una emergencia. De comprobarse que no se trató de un caso de emergencia el paciente asumirá los gastos a los que se hace referencia en el presente artículo.

Accidentes

Art. 176.- El Estado reconoce a los accidentes de tránsito como problema de salud pública, en cuanto sus consecuencias afecten la integridad física y mental de las personas

Art. 177.- La Autoridad Sanitaria Nacional, en coordinación con los organismos competentes y los gobiernos autónomos descentralizados, impulsarán y desarrollarán políticas, programas y acciones para prevenir y disminuir los accidentes de tránsito, laborales, domésticos, industriales y otros; así como para la atención, recuperación, rehabilitación y reinserción de las personas afectadas.

Art. 178.- La Autoridad Sanitaria Nacional tendrá competencia para vigilar, regular y dictar la normativa aplicable para la atención de víctimas de accidentes de tránsito, atendidas mediante el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, en coordinación con la autoridad nacional encargada del tránsito y transporte terrestre.

Artículo.-69.- Del control, auditoría y verificación de las lesiones producto de un accidente de tránsito se encargará la Autoridad Sanitaria Nacional, quien establecerá el tipo de lesiones y el costo del tratamiento.

1.3 MARCO CONTEXTUAL

1.3.1 ATENCIÓN

La atención es la capacidad que tiene alguien para entender las cosas o un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración. Desde el punto de vista de la [psicología](#), la atención no es un [concepto](#) único, sino el nombre atribuido a una variedad de fenómenos. Tradicionalmente, se ha considerado de dos maneras distintas, aunque relacionadas.

1.3.2 PROCESO

Un proceso es un conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o [suceden](#) (alternativa o simultáneamente) bajo ciertas circunstancias con un fin determinado.

1.3.3 CINEMÁTICA.

La cinemática estudia los movimientos de los cuerpos independientemente de las causas que lo producen.

1.3.4 RESPIRACIÓN.

Es un proceso vital mediante el cual nuestro cuerpo toma el aire del ambiente y lo introduce a al organismo al mismo tiempo que recupera el bioxido de carbono del interior del cuerpo, para ser expulsado mediante el mismo sistema.

1.3.5 HEMORRAGIA.

Es la fuga de sangre fuera de su camino normal dentro del sistema cardiovascular provocado por la ruptura de vasos sanguíneos como venas,arteria y capilares.

1.3.6 OXIGENACIÓN.

Se refiere a la cantidad de oxígeno en un medio. En sangre se lo usa como sinonimo con saturacion que describe el grado de capacidad de transporte de oxígeno de la hemoglobina normalmente(98%-100%).

1.3.7 CIRCULACIÓN.

Es la distribución a todas las células del organismo, de las moléculas alimenticias y también del oxígeno así como la recojida del bioxido de carbono del agua y del

amoniac o sus derivados que son los pructos de desechos de la respiracion celular.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La metodología de la investigación Cuantitativa debido a que a través de este se estudia las características del proceso de atención de enfermería y el manejo del paciente politraumatizado.

Es descriptiva porque se da a conocer de manera global la atención de enfermería en pacientes politraumatizados que facilitan las enfermeras que laboran en el área de emergencia del hospital general Dr. "Liborio Panchana Sotomayor".

La investigación de corte transversal porque se observó y se analizaron las variables en un período determinado.

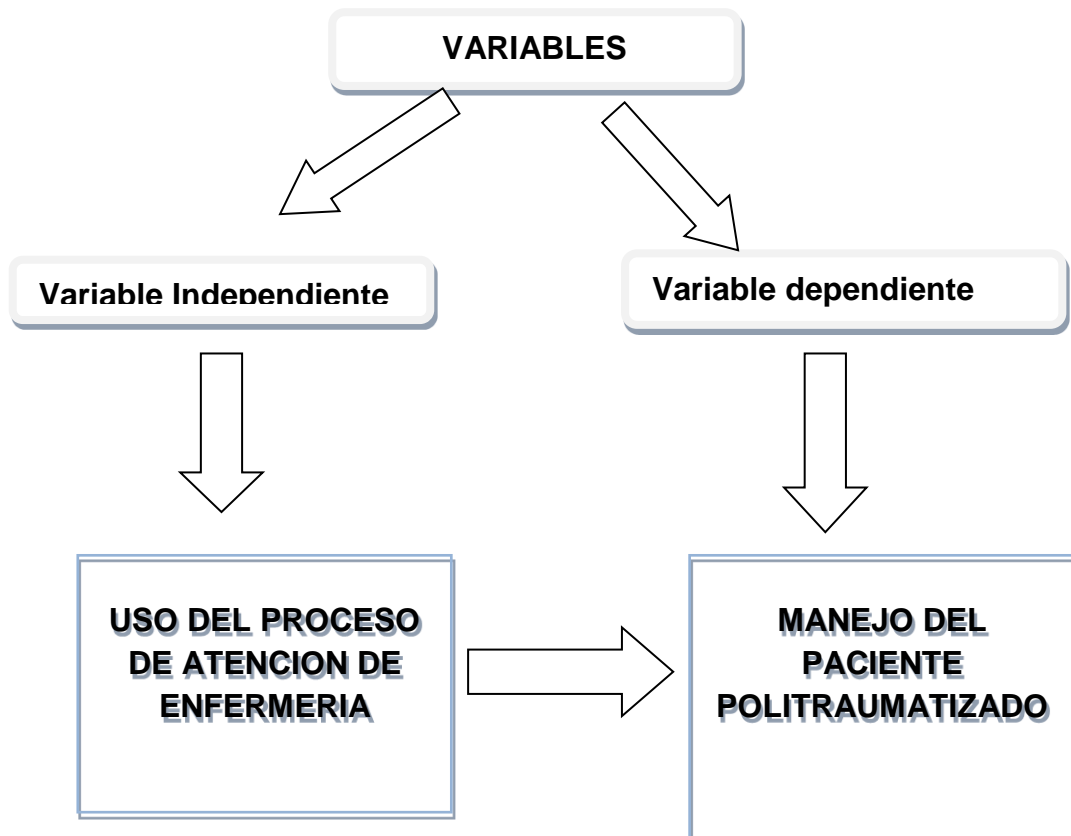
2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio son las enfermeras que laboran en el área de emergencia del hospital general Dr. Liborio Panchana Sotomayor Cantón Santa Elena y los pacientes que ingresan a la misma área.

Al medir la variable proceso de atención se lo realizó con el universo existente que es de 10 enfermeras y para medir la variable manejo del paciente politraumatizado se lo realizó tomando una muestra de la población que es el promedio de pacientes que ingresan al área de emergencia en un trimestre del año 2013 siendo la muestra.

2.3 VARIABLE A INVESTIGAR

ESQUEMA DE VARIABLES



2.4 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

2.4.1 USO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es la aplicación del método científico en a la práctica asistencial de enfermería, el cual permite a la enfermera prestar cuidado de forma racional lógica y sistemática.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
1.- METODO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	Valora al paciente	
	Conoce el P.A.E	Si
		No
	Cuando realiza la valoración	Al ingreso
		Inicio de la guardia
		Al termino de la guardia
		Diariamente
		PRN
		No valora
	Tipo	Cefalocaudal
		Patrones funcionales
		Sistemas o aparatos
		Focalizada al problema
		Al libre albedrio
	Diagnóstico de enfermero	Si
		No
	Planificación de la intervención	Si
		No
Ejecución	Si	
	No	
Evaluación	Si	
	No	
2.-ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	Actividades del cuidado directo	
	Observan signos de síntomas	Si
		No
	Realizan procedimientos invasivos.	Si
		No
	Administran medicación y fluidos coloidales	Si
		No
	Toman los signos vitales.	Si
		No
	Llevan un control de ingesta y excreta	Si
		No

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	
2.-ATENCIÓN DE ENFERMERIA	Actividades del registro de enfermería		
	Registran signos vitales.	Si	
		No	
	Registran la ingesta de líquidos y electrolitos.	Si	
		No	
	Administración de medicamento y notas de enfermería.	Si	
		No	
	3.-SISTEMA DE CUIDADOS	Estandarización	
		Existen Protocolos	Si
No			
Aplican protocolos		Si	
		No	
Existen guías de enfermería		Si	
		No	
Aplican guías de enfermería		Si	
		No	
Existen planes de educación		Si	
		No	
Aplican planes de educación		Si	
		No	
Existen planes de cuidado		Si	
		No	
Aplican planes de cuidado		Si	
		No	
Existen planes de alta		Si	
		No	
Aplican planes de alta		Si	
		No	

2.4.2 MANEJO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADOS:

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
VALORACIÓN PRIMARIA	A .- MANTENIMIENTO DE VIA AEREA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hiperextensión de la cabeza ❖ Colación de collarete ❖ Explorar orafaringe y retirar cuerpo extraños ❖ Administración de oxígeno
	Paciente consciente	
	Paciente inconsciente con respiración espontánea.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hiperextensión de la cabeza ❖ Colación de collarete ❖ Explorar orafaringe y retirar cuerpo extraños ❖ Administración de oxígeno ❖ Cánula de guedel ❖ Intubación orotraqueal
	Paciente inconsciente con apnea	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Maniobra de elevación de la mandíbula ❖ Colación de collarete ❖ Explorar orafaringe y retirar cuerpo extraños. ❖ Cánula de guedel ❖ Ventilación con ambú ❖ Intubación orotraqueal
	B.-RESPIRATORIA oxigenación- ventilación	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ingurgitación yugular ❖ Desviación traqueal ❖ Crepitación ❖ Herida ❖ Dolor
	Valorar el cuello	
	Valorar la simetría de la ventilación	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Movimientos respiratorio ❖ Frecuencia y amplitud de la respiración ❖ Empleo de la musculatura asesoría ❖ Matidez o timpanismo ❖ Tonos cardiacos
	C.- CIRCULACIÓN Y CONTROL DE HEMORRAGIAS Signos de hipo perfusión	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pulso: amplitud, frecuencia y regularidad ❖ Piel: color y temperatura ❖ Relleno capilar ❖ Presión arterial.
	Control de hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicar compresión local ❖ Elevación de miembros inferiores ❖ Canalización de vías ❖ Administrar soluciones cristaloide ❖ Revaloración hemodinámica
	D : NEUROLÓGICA: ANALGESIA Y SEDACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estado de conciencia ❖ Escala de glasgow ❖ Pupilas ❖ Uso de analgesia

VALORACION SECUNDARIA	AMNENSIS	
	Paciente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alergia ❖ Antecedentes médico quirúrgico ❖ Hábitos tóxicos ❖ Tratamiento habituales ❖ Tiempo transcurrido de la última comida
	Accidente	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tiempo del accidente ❖ Uso de sistema de seguridad ❖ Posición del paciente ❖ Presencia de sangrado y vomito
	EXAMEN FISICO Impresión de cabeza	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Heridas ❖ Fracturas ❖ Sangrado
	Cara	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Heridas ❖ simetría reactividad pupilas ❖ hematoma ❖ agudeza visual ❖ papal deformidades
	Cuello	<ul style="list-style-type: none"> ❖ inspección de tráquea ❖ ingurgitación yugular ❖ palpar el pulso carotideo ❖ heridas y hematomas ❖ dolor
Tórax, abdomen, extremidades	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Heridas ❖ Hematomas o lesiones ❖ Fractura ❖ Timpanismo ❖ Matidez ❖ Ruidos peristáltico 	

2.5 TÉCNICA PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS.

Para la recopilación de la información se utilizó la encuesta y la observación para medir la variable del proceso de atención de enfermería, se toma datos de fuente secundaria con las historias clínicas en el que se midió las etapas del proceso.

Con respecto a la variable manejo del paciente politraumatizado se utilizara la encuesta en la que se midió la valoración primaria y secundaria.

- Las enfermeras del servicio de emergencia.
- Pacientes politraumatizados.

2.6 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que se utilizó en esta investigación son:

- Cuestionario.
- Preguntas se midió los parámetros de evaluación del paciente politraumatizado.

Con la guía de observación se determino la atención de enfermería que otorgan las enfermeras del área de emergencia a través de la técnica de observación directa , como instrumento utilizamos la guía de observación la cual nos permitió obtener la información sobre si se aplica o no el proceso de atención de enfermería en los usuarios.

Con la guía de observación se determino la atención de enfermería que otorgan las enfermeras del área de emergencia a través de la técnica de observación directa , como instrumento utilizamos la guía de observación la cual nos permitió obtener la información sobre si se aplica o no el proceso de atención de enfermería en los usuarios.

2.7 PRUEBA PILOTO

El cuestionario está considerado por la metodología cuantitativa como el instrumento de mayor uso en la recolección de datos, sobre todo porque se integra por un conjunto de preguntas relacionadas con una o más variables a medir.

Lista de cotejo: Evalúa el desempeño de las actividades, técnicas e instrumentos implementados.

Evaluar la idoneidad de la investigación mediante las encuestas y la observación indirecta, mediante la lista de cotejo.

Determinar la calidad de la tarea del encuestador.

2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCION DE DATOS

La información que detallamos, se recopiló asistiendo al área de emergencia 2 días a la semana en horario de (9:00-13:00).

La observación indirecta se realizó a través de un listado de cotejo, las realizamos durante una semana.

Y las encuestas al personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia, las realizamos en 3 días.

2.9 PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

El presente trabajo se realizó con el programa Excel utilizando gráficos, barras, pasteles, aplicando porcentajes con análisis de datos cuantitativos, para observar la tendencia del conocimiento en la información recopilada a los usuarios.

2.10 TALENTO HUMANO

Autoras

- Brithzie Hermenejildo Sotomayor.
- Gladys Yagual Rodríguez.

2.11 SUJETO A INVESTIGAR

- Los pacientes politraumatizado en el área de emergencia.
- Los licenciados en enfermería que laboran en el área de emergencia.

2.12 TUTORA:

- Lcda. Delfina Jimbo Balladares. MSc

CAPÍTULO III

3.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

La recolección de datos se efectuó bajo el objetivo planteado en la investigación en donde se quiere identificar: uso del proceso de atención de enfermería y manejo del paciente politraumatizado. Una vez obtenido los datos se procede a realizar el análisis e interpretación de los resultados, fundamentándose en el proceso de atención de enfermería, complicaciones del paciente politraumatizado y la teoría de Virginia Henderson.

3.2 PROCESO DE ATENCIÓN: Para evaluar esta variable se utilizó dos instrumentos un cuestionario y un listado de cotejo para corroborar los datos que obtuvimos en nuestra investigación.

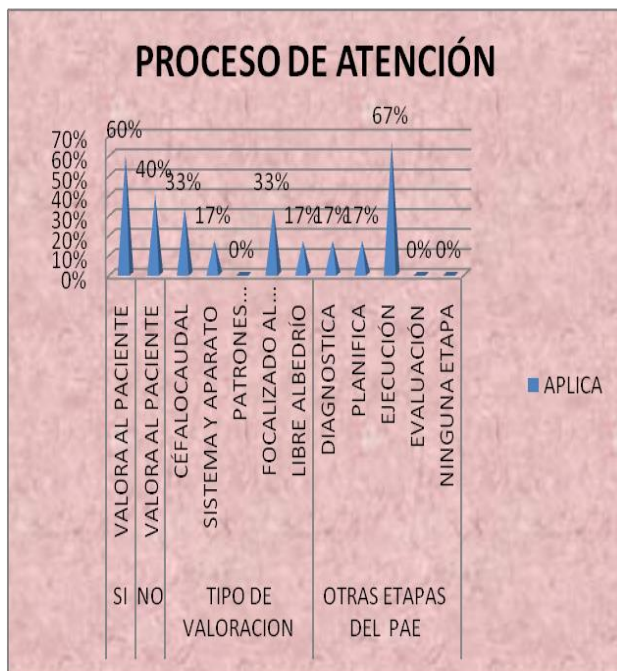


GRÁFICO N° 1 P.A.E

Con respecto a si las enfermeras valoran, se obtuvo los siguientes resultados. El 60% de las enfermeras refieren que si valoran y que lo hacen focalizada al problema o céfalo caudal en un 33% y por sistema y aparatos, y al libre albedrío en un 17%. Realizan diagnósticos 17%, planifican 17%, ejecución 67%, no realizan evaluación 100%.

Fuente: Listado de cotejo

Elaborado por: Hermenejildo B. y Yagual G.

Según Marriner, el proceso de atención de enfermería es la

aplicación de la resolución científica de problemas, a los cuidados de enfermería.

El proceso de atención de enfermería va a permitir una mejor atención de calidad y calidez en la aplicación del método científico de forma lógica y sistemática, considerando que las etapas del proceso de atención de enfermería cumplen un papel fundamental en el proceso del diagnóstico basándose en la valoración de los signos y síntomas del paciente politraumatizado y reducir los factores que atribuyen para mejorar la calidad de vida del paciente, en el proceso de planificación se desarrollaran estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas que presente el paciente politraumatizado, en la ejecución se va a poner en práctica los cuidados establecidos para disminuir los riesgo de morbi-mortalidad en los pacientes politraumatizado, la evaluación nos permite realiza un juicio determinado si se ha conseguido el objetivo establecido y verificar si se alcanzaron los resultados esperados.

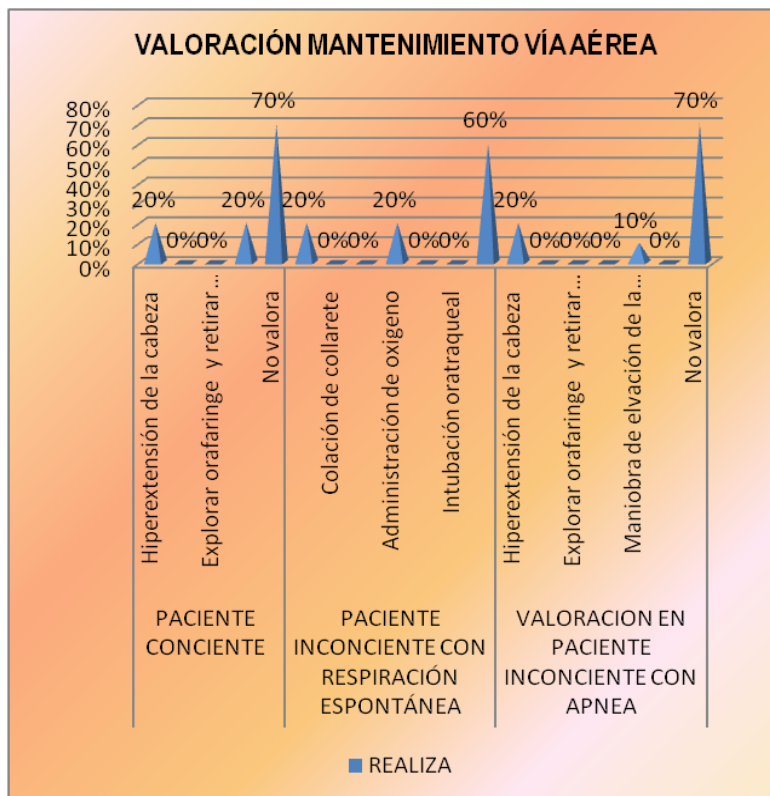
De acuerdo a la revisión de las historias clínicas se observó que el 100% de las enfermeras no aplica ninguna etapa del PAE y no tienen establecido ningún registro al respecto (ver Grafico n#8) la atención de enfermería está dada en un 100% por las indicaciones médicas y la evaluación del cuidado está circunscrito en un 29% por las condiciones del paciente (ver grafico n#9)

Con respecto al establecimiento de un sistema de cuidado se observa que el 20% de las enfermeras refieren que existen guías y plan de educación de los cuales refiere el 60% indican que no se aplica (ver gráfico y cuadro10)

De acuerdo con SILVA, la falta de estandarización de protocolos, normas y procedimientos, pueden indicar la desorganización de la gestión de enfermería y según MAYERS proceso de atención de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problema.

GRÁFICO N# 2

VALORACIÓN PRIMARIA



Fuente: Personal de enfermería

Elaborado por: Hermenejildo B. y Yagual G.

Con respecto a la valoración primaria, EL 70% de las enfermeras no valora el mantenimiento de la vía aérea.

El 60% no valora a el paciente inconsciente con respiración espontanea, 70% no valora al paciente inconsciente con apnea. Respecto al parámetro de la respiración el 70 % no valora la simetría de la ventilación y el 80% no valora el cuello (ver gráfico n#3).

En el manejo del paciente politraumatizado es primordial valorar las vías aéreas al individuo consiente e inconsciente, evitando que el paciente bronco aspire también se debe valorar una correcta ventilación y un adecuado aporte de oxígeno. Es necesario auscultar los campos pulmonares e identificar movimientos simétricos, murmullo vesicular para observar si el paciente tiene una adecuada ventilación y oxigenación, para reducir el riesgo de mortalidad en los pacientes politraumatizados que llegan a este centro de salud.

Con relación a la valoración circulación y neurológica se observa que el 60% de las enfermeras no realizan valoración respectiva. (Ver gráfico y tabla 4).

En lo relacionado al nivel de conciencia y control de hemorragias se debe monitorear constantes vitales, coloración de piel, temperatura, llenado capilar y una revaloración para evitar complicaciones anexas a las diferentes clases de patología que presenten los pacientes politraumatizados. También es importante realizar al paciente politraumatizado la valoración neurológica por medio de la escala de Glasgow que no permite valorar el nivel de conciencia, movimientos oculares y controlar el dolor al paciente.

Con respecto a la valoración secundaria se observa que el 60% personal de enfermería no realiza el examen físico de tórax, abdomen y extremidades (ver gráfico y tabla 5). No realizan amnesis del paciente el 80% y 90% no realizan la amnesis del accidente (ver gráfico n#7). Mientras que el 80% no realiza el examen físico de cara 80% y el 70% no realiza examen físico de cuello (ver gráfico y tabla 6)

CONCLUSIONES

En cuanto al análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta el objetivo de nuestro estudio “Determinar si el personal de enfermería aplica el proceso de atención de enfermería a los pacientes politraumatizado que acuden al área de emergencia del hospital “Liborio Panchana Sotomayor” se concluye lo siguiente:

- Con respecto al uso de proceso de atención de enfermería concluimos que más de la mitad de las enfermeras no aplican el proceso enfermero el cual favorece la interacción humana que busca conocer las repuestas humanas ante los problemas del orden biológico, psicológico y social , esto se debe a que no tienen estandarizado protocolo y guías de atención en donde se refleja la forma de valorar y los posibles diagnósticos de enfermería, intervenciones, acciones y resultados a utilizar en cada uno de los pacientes y la forma en la cual se va a evaluar los cuidados de enfermería.
- Gran parte de las enfermeras la atención de enfermería la realizan en forma mecánica y rutinaria: debido a que la gestión de enfermería no tiene establecido ningún modelo de atención en enfermería que permita brindar una atención con calidad. Las enfermeras en base a su desarrollo profesional refiere que los posibles diagnósticos de enfermería para los pacientes politraumatizado son: déficit de la ventilatoria mecánica, cambio de la presión arterial, hipotermia, deterioro de la integridad cutánea, disminución de la movilidad física.
- Por lo anterior expuesto y proporcionando la respuesta de nuestro objetivo general: Determinar si el personal de enfermería aplica el proceso de atención de enfermería a los pacientes politraumatizado que acuden al área de emergencia del hospital “Liborio Panchana Sotomayor”, se deduce que a través de este estudio de la atención de enfermería que se otorga en el hospital “Liborio Panchana Sotomayor” a los pacientes politraumatizados no es satisfactoria para evitar complicaciones y secuelas, debido a que el personal de enfermería realiza labores mecánicas y rutinarias, sin proceso alguno, ni protocolos establecidos comprobando de esta forma la hipótesis planteada al inicio de la investigación: El uso del proceso de atención por las enfermeras influye en el manejo adecuado del paciente politraumatizado.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a nuestra investigación y a las conclusiones obtenidas se destacan las siguientes recomendaciones:

- La gestión de enfermería debe establecer un modelo de cuidado en que se defina protocolos de enfermería para cada una de las disfuncionalidades incluyendo para el manejo adecuado del paciente politraumatizado, utilizando como método de trabajo el proceso enfermero y que se diseñe formularios para el registro de la atención de enfermería los cuales nos permitirá realizar investigaciones y generar nuevos conocimientos
- Establecer un programa de educación permanente en servicio en donde se analice casos, se expongan temas específicos sobre el manejo de politraumatizado con el fin de disminuir complicaciones y secuelas, de esta forma proporcionar una atención de eficaz y eficiente.
- Que la gestión de enfermería del hospital Liborio Panchana Sotomayor tome como insumo la propuesta realizada por los interno de enfermería de la U.P.S.E y mejore las condiciones del área de reanimación.

BIBLIOGRAFÍA

ALT ,2008 Colegio Americano de Cirujanos Comité de Trauma. Soporte Vital Avanzado en Trauma para Médicos.

ALTED LÓPEZ. (2010); Asistencia al paciente traumatizado: Centros de Trauma versus Hospital General. Edición 4

BANIT DM, GRAU G, (2000) Fisher JR. Evaluation of the acute cervical spine: trauma

BARRANCO RUIZ, F. (1999) Principio de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. SAMIUC. Editorial Alhulia

CARPENITO L., 2008 - Diagnósticos Enfermería. Aplicación a la práctica clínica.

FRANCOISE, MARIE. (2007) Encontrar los sentidos de los cuidados de enfermería Rev. Rol de Enfermeros.

GARCÍA CASTRILLO, RIESGO. F., BUSTO DE PRADO. (2001) Modelo de Atención Integral a las Urgencias. Emergencias Vol. 13

GARCÍA GONZÁLEZ, María de Jesús (2004) Proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson.

G.M. ALBAICETA. (2009) Curvas presión-volumen en la lesión pulmonar aguda. Med Intensiva

GORDON (2009) Sociedad española de emergencias y desastres.

KENNETH D (2011) Manejo quirúrgico del paciente politraumatizado (dstc) fundamentos.

MARRINER. T.A., RAILE, A.M. (1999) Modelos y Teorías en Enfermería .4 ta Edición. Editorial Harcourt Brance.

MASSON. 2007 Manual de soporte vital avanzado en trauma. Ediciones 4.

MENDOZA J. (2008) Protocolos de técnicas del programa nacional del paciente politraumatizado

MORALES ASECIO, JM. (2001) Reorientación hacia los servicios de Urgencias hacia el Paciente. Emergencias Vol. 13, nº 1.

RUIZ RODRIGO, María Teresa (2000) Los Diagnósticos Enfermeros. Editorial Masson

SARZOSA G, Manual de la Enfermería, Editorial Cultural S.A. Madrid – España

SELFRRIDGE-THOMAS. Judy (1998) Actuación de Enfermería en Urgencias. Ed. Harcourt-Brace; 1998: 8.

SOSA ACOSTA, Álvaro (2004) Urgencias Medicas. Cuba. Editorial Ciencias Médicas

URDEN LD, STACY KM. Cuidados intensivos en enfermería. 2ª ed. Madrid: Elzevir

WATSON J, (2009); Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial Interamericano

Zacarías F. 2009 BASES CIENTIFICAS DE LA ENFERMERA 2da Edición.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA.

- Constitución política de la República del Ecuador (2010). Constitución 2008.
www.vertic.org/...ecuador/EC_Ley_Organica_de_Salud.pdf.
- GARCIA M, (2010): Proceso de atención de enfermería.
Modelo de Virginia Henderson.
- Henderson, V.A. (2009) the Nature of Nursing American Journal of Nursing
[http:// www.aibarra.enfermería.Org/](http://www.aibarra.enfermería.Org/)
- Mendoza J. (2008) Protocolos de Técnicas del Programa Nacional de paciente politraumatizado. Ecuador.
www.monografias.com/trabajos66/politraumatismo/politraumati2o 2.sht.
- Montas F. (2008). Paciente politraumatizado - Madrid España,
<http://www.monografias.com/trabajos6/poli/poli.shtml>.

ELECTRÓNICAS

- <http://www.e-mergencia.com/foro/f135/evaluacion-primaria-secundaria-21042/>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000077.htm>.
- <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeriavol110208/Nuestrodeptlaestandarizacion.htm>
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_pae.htm
- <http://www.monografias.com/trabajos30/ninos-de-la-calle/ninos-de-la-calle.shtml>
- <http://webmd.com>lung/tceenfermería.tb-topic-overview>.
- <http://www.encolombia.com/.../enfermería/Enfermería/vol110208/Nuestrodeptl...>
- http://www.umm.edu/esp_ency/article/000077sym.htm
- <http://www.mybwmc.org/library/6/1034>
- <http://www1.delta-search.com/?q=Emergencias y Cuidados Críticos &babsrc= web&rlz=0&as>

ANEXOS

ANEXO#1

PERMISOS PARA OBTENER DATOS

La libertad 06 de mayo del 2013

Dr.

EDISSON HABLICH

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE SANTA ELENA

“LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR”.

En su despacho.-

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de quienes formamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península De Santa Elena.

Solicito de manera comedida se permita a las internas de enfermería HERMENEJILDO SOTOMAYOR BRITHZIE y YAGUAL RODRÍGUEZ GLADYS, alumnas del cuarto año de la Carrera de Enfermería, que se les facilite realizar el trabajo de investigación con el tema: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR.

Por la atención que se sirva dar a la presente, les anticipo, mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

Lic. Doris Castillo T.
DIRECTORA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO#2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN.

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Brithzie Leonela Hermenejildo Sotomayor y Gladys Ana Yagual Rodríguez Internas de Enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena. La meta de este estudio es observar cuál es la “atención de enfermería en pacientes politraumatizado en el área de emergencia del hospital Liborio Panchana Sotomayor”.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuese según el caso). Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito aparte de los de la investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya agradecemos su participación.

Brithzie Hermenejildo S

Gladys Yagual R

Encuestado

ANEXO#3

FACTIBILIDAD O VIABILIDAD

¿Es políticamente viable?

Es viable por el alto índice de accidentes de tránsito en la Provincia de Santa Elena, se debería realizar el seguimiento pertinente.

¿Si dispone de recursos: económicos, humanos y materiales?

Si se dispone de ciertos recursos económicos, se trabajaría en conjunto con la comunidad, equipos de salud, concientizando a todos los individuos acerca el tema de nuestro proyecto.

¿Es suficiente el tiempo previsto?

SI, porque vamos a realizar diferentes actividades para lograr nuestro objetivo propuesto.

¿Se puede lograr la participación de los sujetos u objetos necesarios para la investigación?

Si se puede lograr la participación de la comunidad con charlas educativas, talleres, educando para que se prevengan el riesgo de accidentes y reducir de politraumatismos causados por los mismos.

¿Es posible conducirlo con la metodología seleccionada? Si la conoce, defina adecuadamente.

Si es posible conducirla por el alto índice de accidentes que existen en nuestro País, las complicaciones al no tomar conciencia en prevenir.

¿Hay problemas éticos, morales en la investigación?

Si hay porque no toman conciencia conducir en estado de embriaguez y también se debe a que no utilizan las debidas herramientas de bioseguridad en el ámbito laboral.

ANEXO# 4

PERTINENCIA UTILIDAD O CONVENIENCIA

¿Se podrá generalizar los hallazgos?

Sí, porque se dará a conocer resultados obtenidos a través de nuestra investigación.

¿Qué necesidades serán satisfechas con los resultados de la investigación?

El conocimiento y la educación acerca del tema de investigación el aprendizaje sobre las medidas preventivas de accidentes de tránsito y laborales. El buen uso de señalización por parte del peatón y en lo laboral.

¿Qué prioridad tiene la solución de este problema?

Mucha debido al alto índice de accidentes a nivel mundial y de nuestro país es una de las primeras causas de morbi-mortalidad.

¿Cuál es la importancia del problema en términos de magnitud, relevancia, daños que produce, etc.?

El deterioro de la salud por la falta de conocimientos de la población acerca de esta morbilidad.

¿Está interesado y motivado el investigador?

Claro que sí, porque así ayudaremos a estas personas con nuestro estudio a brindar una mejor atención de calidad y calidez disminuyendo el índice de mor-mortalidad.

¿Es competente el investigador para estudiar dicho problema?

Sí, porque como futuras profesionales de Enfermería y parte del equipo de salud estamos inmersas a dar atención de calidad y calidez del paciente politraumatizado aplicando el proceso de atención de enfermería

ANEXO#5

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
D.P.S DE SANTA ELENA
HOSPITAL LIBORIO PANCHANA



Ministerio de Salud Pública

FORMULARIO: Atención de enfermería en paciente politraumatizado que ingresados en el área de emergencia del Hospital Liborio Panchana.

OBJETIVO: Identificar cuáles son los tipos de valoración: primaria, secundaria o las guías que utilizan las licenciadas en enfermería para el manejo del paciente poli traumatizado.

Fecha: _____

Encuesta # _____

Datos de las licenciadas en enfermería

Sexo: M F

Años de servicio: _____

Tiempo que labora en el servicio: _____

Escolaridad: _____

1- ¿REALIZA USTED LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO MARQUE CON UNA X?

SI ()

NO ()

2- ¿QUÉ TIPO DE VALORACIÓN REALIZA USTED AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO?

CEFALOCAUDAL ()

POR PATRONES FUNCIONALES ()

POR SISTEMAS O APARATOS ()

FOCALIZADA AL PROBLEMA ()

AL LIBRE ALBEDRÍO ()

3- ¿CONOCE USTED SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA?

SI ()

NO ()

4- APLICA USTED EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS?

SI ()

NO ()

5- ¿QUÉ ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA REALIZA USTED A LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS?

VALORACIÓN ()

PLANIFICACIÓN ()

EJECUCIÓN ()

EVALUACIÓN ()

NINGUNA ETAPA ()

6- ¿APLICA USTED ALGÚN SISTEMA DE CUIDADO EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO?

Estandarización	SI	NO
------------------------	-----------	-----------

Protocolos		
------------	--	--

Guía de enfermería		
--------------------	--	--

Plan de educación		
-------------------	--	--

Plan de cuidado		
-----------------	--	--



FORMULARIO #2 MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

Objetivos: Identificar los parámetros que la enfermera valora en el paciente politraumatizado.

1.- Indique usted en la valoración primaria como mantiene la vía aérea en el paciente politraumatizado

	VALORACIÓN	SI	NO
	Hiperextensión de la cabeza		
	Colocación de collarete		
	Exploración orofaringe		
	Intubación orotraqueal		
	Maniobra de la elevación de la mandíbula		
2.-	Ventilación con Ambú		
	Todas las anteriores		
	Ningunas de las anteriores		

Seleccione las posibles respuestas, ¿Que parámetros valora en el paciente inconsciente con respiración espontanea?

	VALORACIÓN	SI	NO
	Hiperextensión de la cabeza		
	Colocación de collarete		
	Exploración de orofaringe y retirar cuerpos extraños		
	Cánula de guedel		
	Intubación orotraqueal		

Todas las anteriores

Ninguna de las anteriores

3.-Seleccione las posibles respuestas ¿Qué parámetros valora en el paciente inconsciente con apnea?

VALORACIÓN	SI	NO
Maniobra de elevación de mandíbula		
Colocación de collarete		
Exploración de orofaringe y retirar cuerpos extraños		
Cánula de guedel		
Ventilación con ambú		
Todas las anteriores		
Ninguna de las anteriores		

4.-Seleccione con (x) las respuestas ¿Qué parámetros valora en la valoración primaria de circulación y control de hemorragia en el paciente politraumatizado?

VALORACIÓN	SI	NO
Desviación traqueal		
Dolor		
Movimientos respiratorios		
Empleo de la musculatura accesoria		
Matidez o timpanismo		
Tono cardíaco		
No conoce		
No valora		

5.- ¿Indique como realiza la valoración primaria del control de hemorragias en el paciente politraumatizado?

VALORACIÓN	SI	NO
Pulso, amplitud y frecuencia		
Presión arterial		
Relleno capilar		
Piel, color y temperatura		
Revaloración hemodinámica		
No conoce		
No valora		

6.-¿Señale con (x) lo que usted preguntaría en un segundo momento dentro de la anamnesis, del paciente o del accidente?

ANAMNESIS	PACIENTE	ACCIDENTE
Alergia		
Antecedente médico quirúrgico		
Hábitos tóxicos		
Tiempo transcurrido última comida		
Tiempo del accidente		
Uso sistema de seguridad		
Posición del paciente		
Presencia de sangrado y vómito		

7.- ¿Señale con (x) que parámetros evalúa usted en un segundo momento en el examen físico de las diferentes partes del cuerpo del paciente politraumatizado?

INSPECCIÓN	CABEZA	CUELLO	TÓRAX, ABDOMEN Y EXTREMIDADES
Heridas.			
Fractura.			

Sangrado.			
Simetría de pupila.			
Hematoma.			
Agudeza visual.			
Palpa deformación.			
Inspección de tráquea.			
Ingurgitación yugular.			
Palpa pulso carotideo.			
Dolor.			
Timpanismo – matidez.			
Ruidos peristálticos.			



UNIVERSIDAD ESTADAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA.
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
 CARRERA DE ENFERMERÍA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.
 D.P.S DE SNTA ELENA
 HOSPITAL DR. "LIBORIO PANCHANA S.



Guía de observación #1 sobre el uso del proceso de atención de enfermería

Listado de cotejo sobre el P.A.E

NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS																												
Indicador	Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No	
Valoran	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
TIPO DE VALORACIÓN																												
Cefalocaudal																												
Libre albedrio																												
Focalizado al problema																												
Patrones funcionales																												
Sistemas o aparatos																												
Registran valorar																												
DIAGNÓSTICO																												
Diagnostican																												
Usan formularios																												
PLANIFICACIÓN																												
Realizan planificación																												
Registran planificación																												
EVALÚAN																												
Acciones de enfermería																												
Condiciones del paciente																												
LISTADO DE COTEJO SOBRE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA																												
ACTIVIDADES DEL CUIDADO CLÍNICO																												
Observan signos y síntomas																												
Realizan procedimiento invasivo																												
Adminstran medicación y fluidos coloidales																												
Toman constantes vitales																												
Llevar un control de ingesta y excreta																												
ACTIVIDADES DE REGISTRO DE ENFERMERÍA																												
Registran signos vitales y balance hídrico																												
Adminstran medicación y registran																												
Registran la ingesta de líquidos y electrolitos																												

ANEXO # 6

CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES														
	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2012	2012	2012	2012	2012	2012	
Elaboración y presentación, primer borrador	X	X	X												
Elaboración y presentación, segundo borrador				X	X	X									
Elaboración y presentación, tercer borrador						X	X	X							
Reajuste y elaboración borrador limpio									X						
Entrega para la revisión										X					
Elaboración de la encuesta									X						
Ejecución de la encuesta										X					
Procesamiento de la información											X				
Resultado											X	X			
Análisis e interpretación de datos												X			
Conclusión y recomendaciones												X			
Entrega para la revisión												X			
Entrega para revisión total												X			
Entrega del informe final													X		
Sustentación de la tesis														X	

ANEXO # 7

PRESUPUESTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

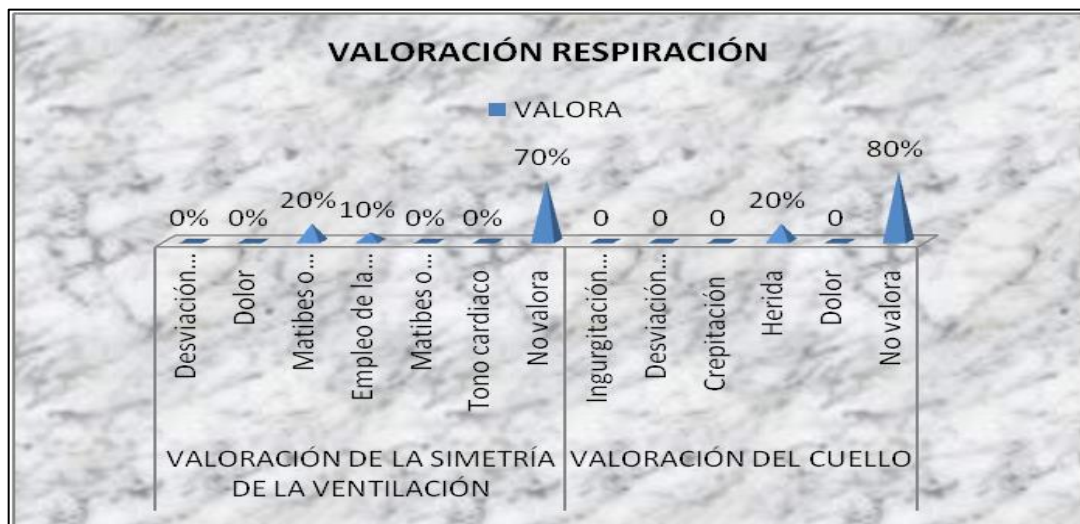
CANTIDAD	RECURSOS	RUBROS	
	ACTIVIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
100	Transporte	2	200
30	Guayaquil	12	360
4	Resma de hojas	3,75	15
2	Cuadernos	1,5	3
5	Carpetas plásticas	0,7	3,5
2	Pen drive	12	24
700	Fotocopias	0,02	14
2500	Impresiones	0,1	25
3	CD	1	3
5	Empastado	15	75
100	Almuerzos	1,5	150
300	Horas de internet	0,8	240
5	Anillados	1	5
10	Material de escritorio	30	30
1	Laptop	800	800
	Imprevistos	85	85
1	Gramatologo	180	180
TOTAL			\$2212,5

TABLAS ESTADISTICAS

TABLA Y GRÁFICO N#3

VALORACIÓN (RESPIRACIÓN)

VALORACIÓN DE LA SIMETRÍA DE LA VENTILACIÓN	Desviación traqueal	0	0%
	Dolor	0	0%
	Movimiento respiratorio	2	20%
	Empleo de musculatura accesoria	1	10%
	Matidez o timpanismo	0	0%
	Tono cardiaco	0	0%
	No valora	7	70%
VALORACIÓN DEL CUELLO	ingurgitación yugular	0	0
	Desviación traqueal	0	0
	Crepitación	0	0
	Herida	2	20%
	Dolor	0	0
	No valora	8	80%



Fuente: Valoración primaria (respiración)

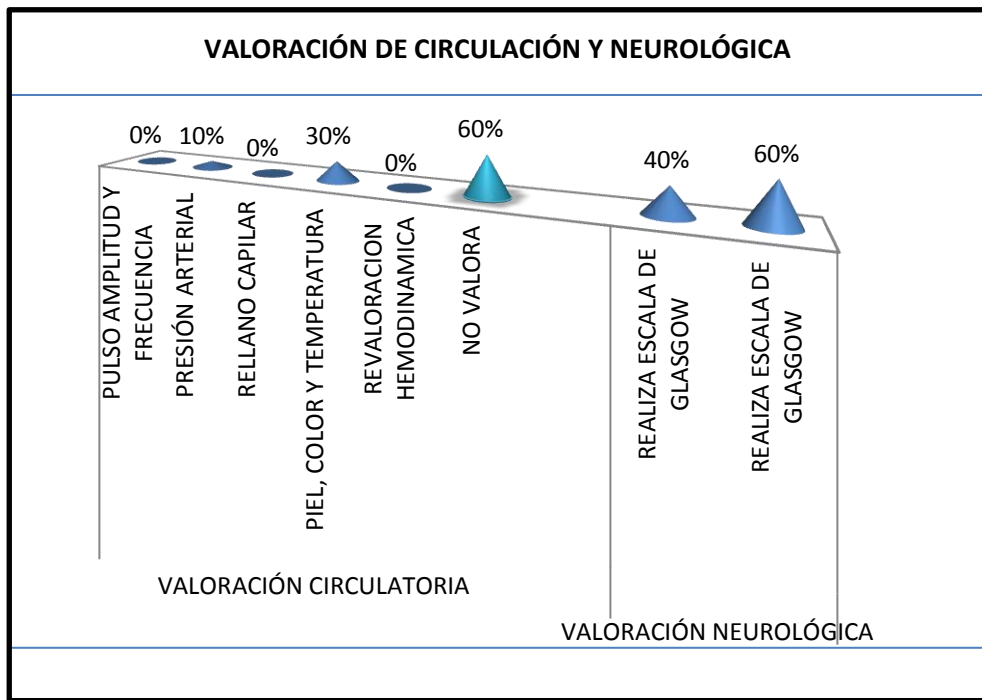
Elaborado: B.Hermenejildo y G Yagual.

ANÁLISIS: Los resultados obtenidos en relación si las enfermeras realizan la valoración primaria de la respiración se pudo comprobar que el 20% valora el movimiento respiratorio y un 10% emplea la musculatura accesoria, mientras que el 70% no valora. En la valoración del cuello se observa que el 20% valora la herida, el 80% no valora.

CUADRO Y GRAFICO #4

MANEJO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO

MANEJO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO				
VALORACIÓN CIRCULATORIA	CIRCULACIÓN Y CONTROL DE HEMORRAGIA	Pulso amplitud y frecuencia	0	0%
		Presión arterial	1	10%
		rellano capilar	0	0%
		Piel, color y temperatura	3	30%
		Revaloración hemodinámica	0	0%
		No valora	6	60%
VALORACIÓN NEUROLÓGICA	SI	Realiza escala de glasgow	4	40%
	NO	Realiza escala de glasgow	6	60%



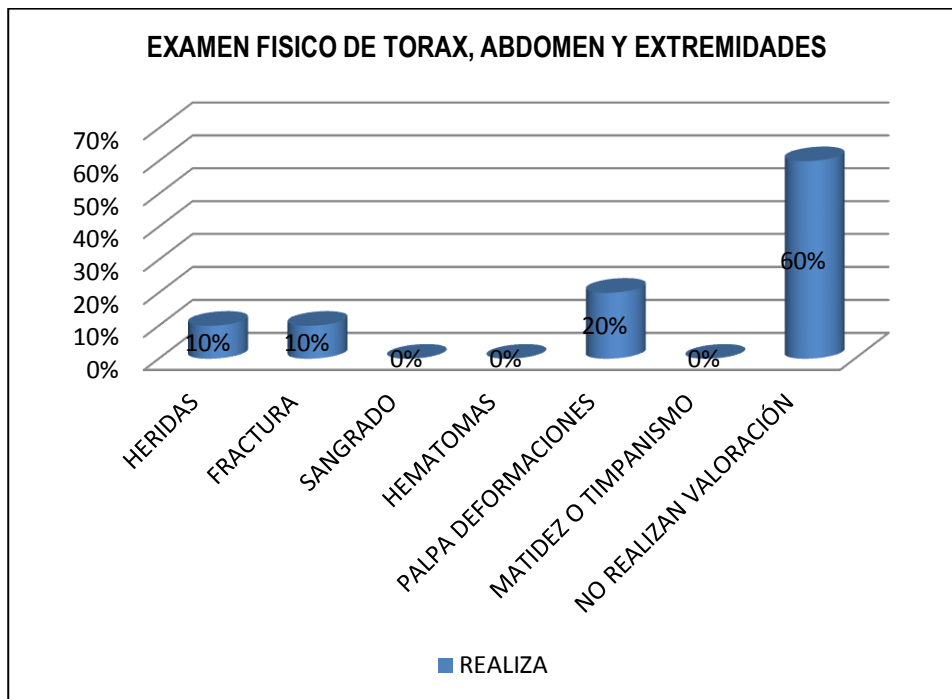
Fuente: Manejo del paciente politraumatizado

Elaborado: B.Hermenejildo y G Yagual.

ANÁLISIS: Los resultados que obtuvimos en la valoración de la circulación y neurológica tenemos que el 60% no valoran, el 10% lo hacen por el parámetro de presión arterial y el 30% lo realizan por piel, color y temperatura. En la valoración neurológica obtuvimos los siguientes resultados: El 60% no utiliza la escala de Glasgow, mientras que el 40% si la utiliza.

CUADRO Y GRAFICO #5
VALORACIÓN SECUNDARIA

Examen físico del tórax, abdomen	CANTIDAD	PORCENTAJE
Heridas	1	10%
Fractura	1	10%
Sangrado	0	0%
Hematomas	0	0%
Palpa deformaciones	2	20%
Matidez o timpanismo	0	0%
No realizan valoración	6	60%



Fuente: Valoración secundaria (Examen físico: tórax, abdomen y extremidades)

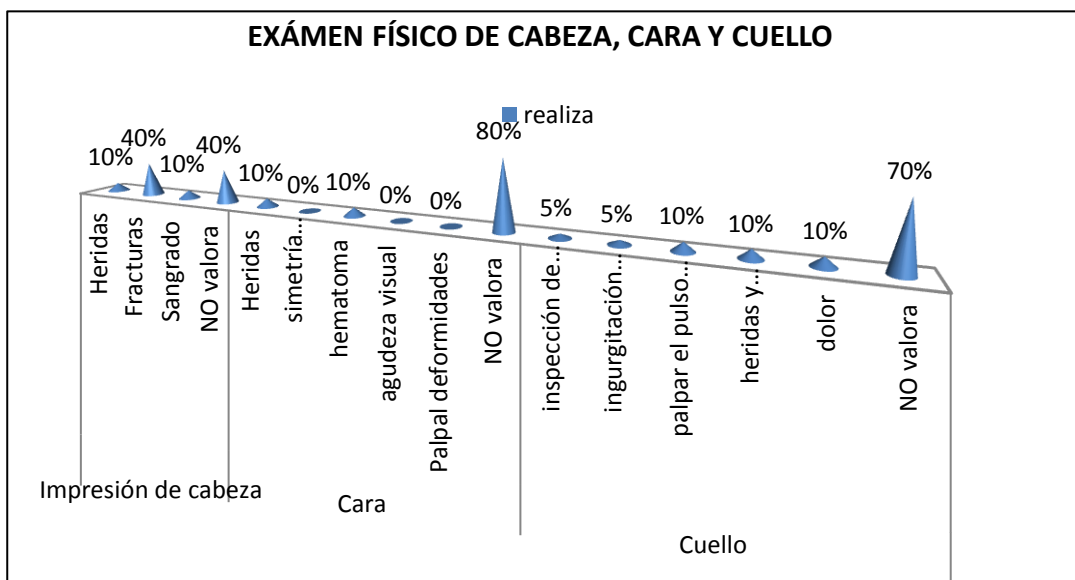
Elaborado: B.Hermenejildo y G Yagual.

ANÁLISIS: En la valoración secundaria del examen físico tenemos los siguientes resultados, el 60% no valora, el 20% palpa deformaciones, un 10% valora por heridas, el 10% restante lo hace por fracturas.

CUADRO Y GRAFICO #6

VALORACIÓN SECUNDARIA: EXAMEN FÍSICO

EXAMEN FÍSICO		CANTIDAD	PORCENTAJE
Impresión de cabeza	Heridas	1	10%
	Fracturas	4	40%
	Sangrado	1	10%
	No valora	4	40%
Cara	Heridas	1	10%
	Simetría reactividad pupilas		0%
	Hematoma	1	10%
	Agudeza visual		0%
	Palpar deformidades		0%
	No valora	8	80%
Cuello	Inspección de tráquea		5%
	Ingurgitación yugular		5%
	Palpar el pulso carotideo	1	10%
	Heridas y hematomas	1	10%
	Dolor	1	10%
	No valora	7	70%



Fuente: Valoración secundaria (Examen físico: Cabeza, cara y cuello)

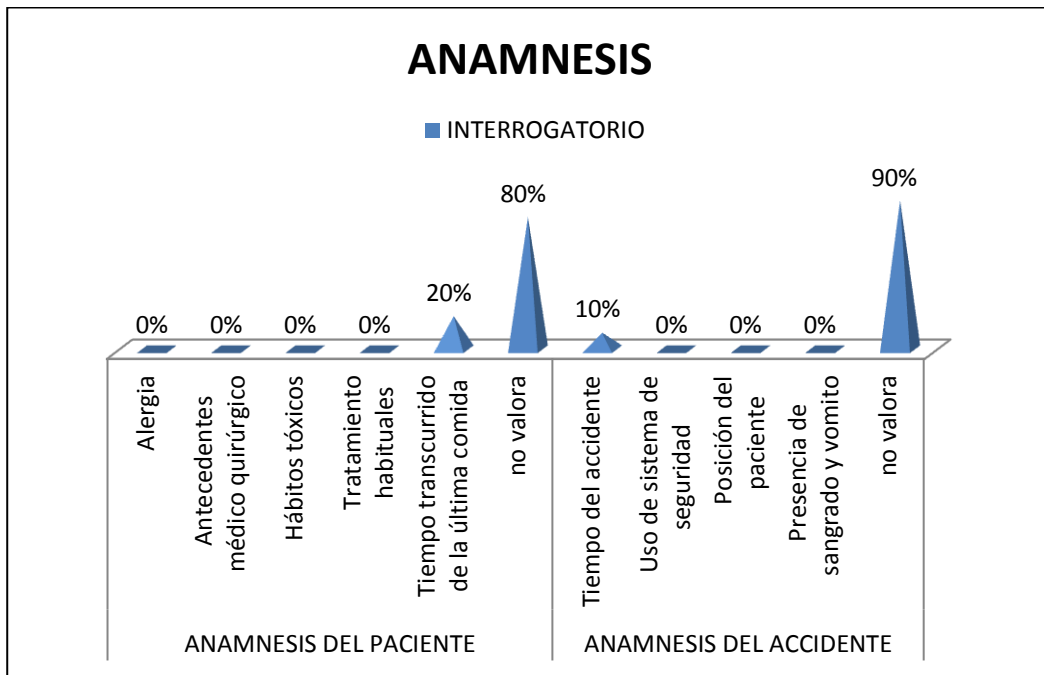
Elaborado: B.Hermenejildo y G Yagual.

ANÁLISIS: En la valoración secundaria del examen físico tenemos los siguientes resultados, el 40% no valora la impresión de la cabeza, el 80% no valora la impresión de la cara, un 70% valora el cuello.

CUADRO Y GRAFICO #7

ANAMNESIS DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO

AMNANESIS DEL PACIENTE	Alergia	0	0%
	Antecedentes médico quirúrgico	0	0%
	Hábitos tóxicos	0	0%
	Tratamiento habituales	0	0%
	Tiempo transcurrido de la última comida	2	20%
	no valora	8	80%
AMNANESIS DEL ACCIDENTE	Tiempo del accidente	1	10%
	Uso de sistema de seguridad	0	0%
	Posición del paciente	0	0%
	Presencia de sangrado y vomito	0	0%
	no valora	9	90%



Fuente: Anamnesis de paciente politraumatizado

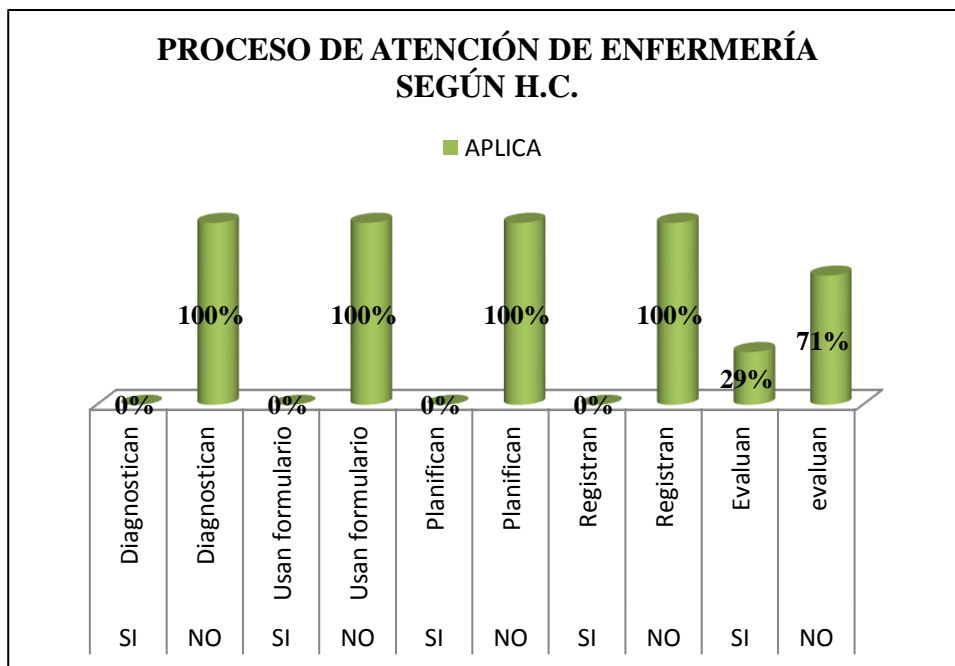
Elaborado: B.Hermenejildo y G Yagual.

ANÁLISIS: En la anamnesis del paciente politraumatizado tenemos los siguientes resultados: el 80% no valora la anamnesis del paciente, el 20% tiempo transcurrido de la última comida, mientras que el 90% no valora la anamnesis del accidente, mientras que el 10% valora el tiempo del accidente.

CUADRO Y GRAFICO #8

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA SEGÚN H.C.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA SEGÚN H.C.				
DIAGNÓSTICO	SI	Diagnostican	0	0%
	NO	Diagnostican	28	100%
	SI	Usan formulario	0	0%
	NO	Usan formulario	28	100%
PLANIFICACIÓN	SI	Planifican	0	0%
	NO	Planifican	28	100%
	SI	Registran	0	0%
	NO	Registran	28	100%
EVALUACIÓN	SI	Evalúan	8	29%
	NO	Evalúan	20	71%



Fuente: Anamnesis de paciente politraumatizado

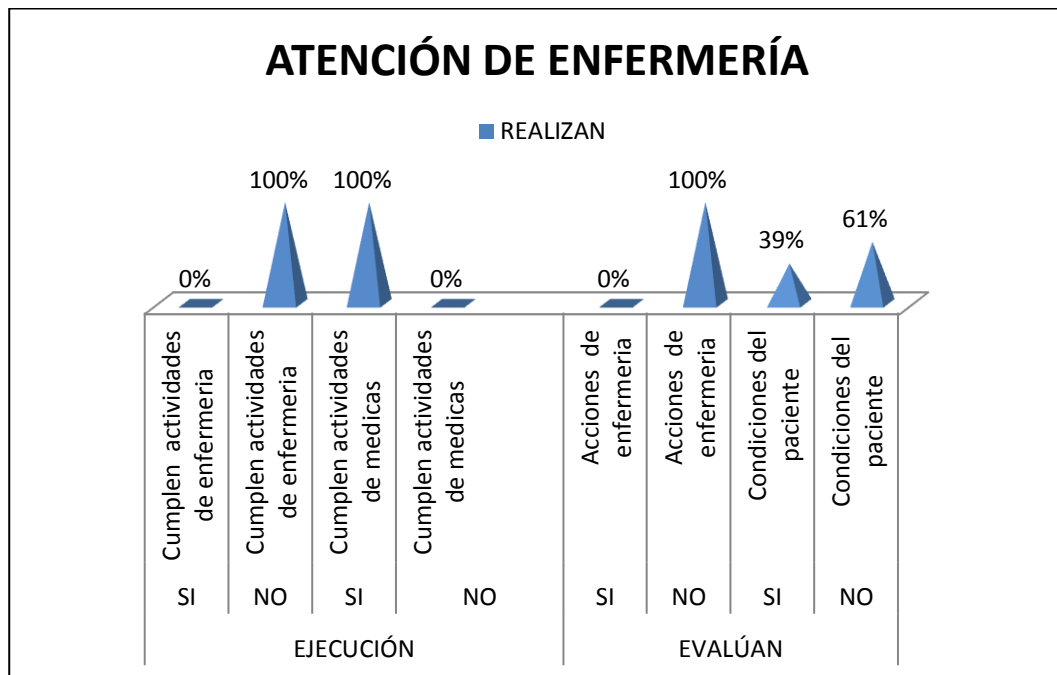
Elaborado: B.Hermenejildo y G Yagual.

ANÁLISIS: Aplicación del proceso de atención de enfermería según historia clínica se obtiene los siguientes resultados: no diagnostican el 100%, no utilizan el formulario el 100%, no planifica el 100%, no registra el 100%, no evalúan el 71%.

CUADRO Y GRAFICO #9

PAE: EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

EJECUCIÓN	SI	Cumplen actividades de enfermería	0	0%
	NO	Cumplen actividades de enfermería	28	100%
	SI	Cumplen actividades médicas	28	100%
	NO	Cumplen actividades de médicas	0	0%
EVALUAN	SI	Acciones de enfermería	0	0%
	NO	Acciones de enfermería	28	100%
	SI	Condiciones del paciente	11	39%
	NO	Condiciones del paciente	17	61%



Fuente: PAE:(Ejecución y Evaluación)

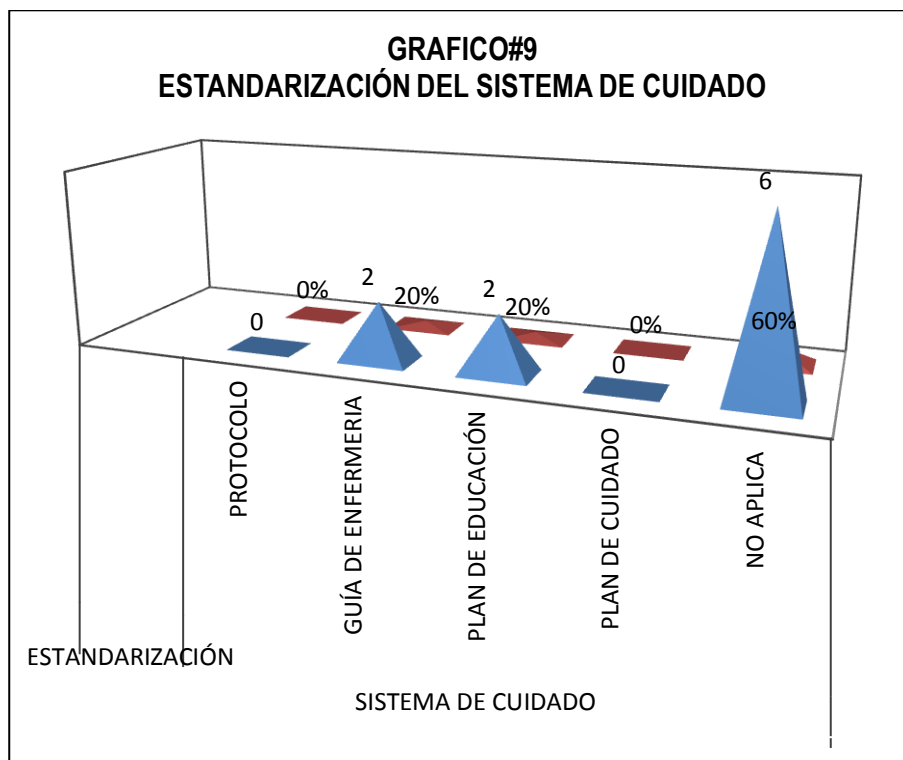
Elaborado: B.Hermenejildo y G Yagual.

ANÁLISIS: En el proceso de atención de enfermería obtuvimos los siguientes resultados: No cumplen con las actividades de enfermería el 100%, cumplen con las actividades médicas el 100%, no cumplen con las acciones de enfermería el 100%, no evalúan el 61%.

CUADRO Y GRAFICO #10

ESTANDARIZACIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADO.

ESTANDARIZACIÓN			
SISTEMA DE CUIDADO	PROTOCOLO	0	0%
	GUÍA DE ENFERMERÍA	2	20%
	PLAN DE EDUCACIÓN	2	20%
	PLAN DE CUIDADO	0	0%
	NO APLICA	6	60%



Fuente: PAE:(Ejecución y Evaluación)

Elaborado: B.Hermenejildo y G Yagual.

ANÁLISIS: En la estandarización del sistema de cuidado se obtuvo los siguientes resultados: No aplican el sistema de cuidado el 60%, el 20% lo realiza a través de guías de enfermería, un 20% realizan plan de educación.

ANEXOS #9

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

**PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL AREA DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR**





GLOSARIO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es el conjunto de actividades y comportamientos que se aseguran la mejor atención posible del paciente mediante el ejercicio profesional del personal de enfermería.

POLITRAUMATIZADO

Paciente con dos o más lesiones graves que ponen en peligro la vida, localizadas en diversas partes del cuerpo, abiertas o cerradas, a nivel óseo o visceral y que pueden ser potencialmente letales.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Aplicación del método científico para la resolución de problemas que requieren de intervenciones enfermeras. A través de este proceso las enfermeras identifican los problemas de salud del paciente y se planifican y llevan a cabo los cuidados enfermeros necesarios.

MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Es la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado continuo y observación del paciente, con quien se maneja la vía aérea, ventilación, circulación y control de hemorragia, déficit neurológico para evitar las complicaciones que pongan en peligro la vida con apego a estándares a través de intervenciones de enfermería.

LISTADO DE COTEJO

Es un instrumento que permite identificar comportamiento con respecto a actitudes, habilidades y destrezas. Contiene un listado de indicadores de logro.

GESTIÓN DE CALIDAD EN ENFERMERÍA

Es un procedimiento llevado a cabo por las enfermeras para establecer, aplicar, controlar y evaluar los cuidados que reciben los pacientes y orientar los recursos humanos y materiales disponibles hacia actividades tendientes alcanzar estándares de atención reconocidos por el grupo de profesionales (Dee Ann Gillies, 1994).

PROPUESTA



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

**IMPLEMENTAR PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMO EN EL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL “LIBORIO PANCHANA
SOTOMAYOR”.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

BRITHZIE HERMENEJILDO SOTOMAYOR

GLADYS YAGUAL RODRÍGUEZ.

TUTORA: LIC. DELFINA JIMBO MSc.

LA LIBERTAD – ECUADOR

2013

ANTECEDENTES

Los traumatismos son cuadros debidos a accidentes graves ya que constituyen una de las primeras causas de mortalidad y la 3ra causa que aporte severas lesiones. El personal de enfermería sin dudas, dentro de su desempeño, brinda atención continua al paciente desde su ingreso hasta el alta.

Es el primero en detectar cualquier situación que pueda presentar el enfermo y que reclame de una actuación rápida de la cual en múltiples oportunidades es dependiente la vida del paciente, de ahí la importancia de contar en nuestro equipo con profesionales de enfermería dotados de conocimientos científicos que avalen su desempeño profesional con la prontitud que se necesita fundamentalmente en momentos críticos.

En la constitución política del Ecuador , art.32 establece “La salud es un derecho que garantiza el estado” mediante políticas económicas, sociales y culturales, educativas y ambientales en donde la prestación de servicios de salud debe ser con enfoque de género , regida por los principios de calidad, equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética.

El hospital “LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR” pertenece al ministerio de salud pública de la provincia de Santa Elena. Es un hospital regional que presta atención ambulatoria y de internación los 365 días del año las 24 horas del día. La atención que brinda el hospital requiere de tecnología y talento humano capacitado.

Considerando la importancia del Proceso de Atención de Enfermería, nos proponemos realizar protocolo de enfermería para que el personal de enfermería realice las intervenciones adecuada a pacientes politraumatizados en la aérea de emergencia del hospital Liborio Panchana Sotomayor para lograr la incorporación a la sociedad todo los paciente con el menor números de lesiones discapacitantes.

2. MARCO INSTITUCIONAL

La institución en la que se ejecutara el diseño de Protocolo de atención de enfermería en pacientes con politraumatismos en el Hospital Liborio Panchana de la provincia de Santa Elena, ubicada en la av. Márquez de la plata, atrás del cementerio. El hospital cuenta con 110 camas oferta servicios de cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, consulta externa, hospitalización y emergencia, además servicios técnicos complementarios, como rayos x, ecosonografía, audiología, laboratorio clínico, farmacia.

El protocolo se aplicara el área de emergencia donde se ofertan los servicios de internación a los pacientes politraumatizados. Resultando beneficiados de este Protocolo el personal de Enfermería que realiza sus actividades en el área de emergencia contribuyendo a la mejora y calidad de atención a los pacientes con politraumatismos.

3. MATRIZ FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Atención brindada por el equipo de salud durante las 24 horas del día.	Personal técnico insuficiente para cubrir la atención las 24 horas del día y los 365 días del año
Organización estructural y administrativa para cumplir la política institucional	Disminución de la calidad de los servicios
Accesibilidad al servicio de salud	Falta de materiales, insumos y medicamentos
Excelente apertura para el desenvolvimiento pre-profesional	Personal no capacitado en diferentes áreas

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Capacitaciones que ofrece el hospital	Crisis política y económica del país
Ley de modernización y Sistema Nacional de Salud que permiten el desarrollo institucional	Usuarios insatisfechos por falta de gestión de calidad.
Adquisición y mejoramiento de destrezas hospitalarias al personal de salud.	Pérdida de la imagen institucional
Aplicación de avances médicos desarrollados por especialistas que trabajan en el hospital	Política social en salud no implementada acorde a la realidad

JUSTIFICACIÓN

El politraumatismo es un problema de morbi-mortalidad ya que va a generar grandes secuelas, cuando no se presta una atención eficaz y eficiente para la atención adecuada.

Las instituciones de salud como empresas productoras de servicios sean todos los miembros del equipo de salud deben disponer de estándares e indicadores de calidad en la atención de los usuarios, con el fin de ser competitivos y de este modo satisfacer las necesidades de los usuarios.

Las enfermeras deben estar altamente capacitadas en el manejo del paciente politraumatizado desarrollando habilidades y destrezas para evitar o disminuir complicaciones, grandes secuelas e inclusive la muerte.

En nuestro estudio se observó que las enfermeras no están capacitadas para el manejo del paciente politraumatizado.

Se plantea realizar un protocolo de atención de enfermería del paciente politraumatizado a través del proceso de atención de enfermería que servirá para optimizar la atención integral, beneficiando a las enfermeras ya que a través del protocolo realizaran las actividades de forma ágil, oportuna y así disminuir las secuelas y complicaciones reinsertando se esta manera al paciente a la sociedad.

OBJETIVO GENERAL:

OBJETIVO

- ❖ Mejorar la atención de calidad de enfermería del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

PRIMER MOMENTO

- ❖ Revisión bibliográfica
- ❖ Diseñar un protocolo de atención de enfermería
- ❖ Difundir el protocolo y aprobar.

SEGUNDO MOMENTO

- ❖ Monitorear si se cumple con el protocolo de atención
- ❖ Evaluar la implementación del respectivo protocolo en pacientes poli traumatizados.

ESTRATEGIAS

Las estrategias que se utilizaran para desarrollar el protocolo de atención de enfermería en pacientes con politraumatismo serán las siguientes.

- ❖ **PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN** : serán dirigidas a las enfermeras que laboran en el área de emergencia, con las que se coordinara los días, horas que se llevara a cabo la respectiva capacitación con el propósito de no obstaculizar las actividades laborales, se trataran temas competentes a su labor diestra.

- ❖ **SUPERVISIÓN:** Se supervisara de forma continua a las enfermeras del área de emergencia del hospital “Liborio Panchana Sotomayor”.
- ❖ **MONITOREO:** La monitorización se efectuara a través de la observación y de una encuesta para medir si las capacitaciones han llenado las perspectivas de las enfermeras.

RESULTADOS ESPERADOS.

Se realizara test de preguntas antes de la capacitación para saber cuáles son los conocimientos que ellos tienen y después de la capacitación para evaluar los conocimientos que captaron durante la capacitación.

Se supervisara mediante guías para verificar si aplican el protocolo de atención de enfermería en los pacientes con politraumatismos.

Se monitorizara mediante las historias clínicas para verificar el cumplimiento de la aplicación del protocolo de atención de enfermería a los pacientes con politraumatismo que ingresan al área de emergencia.

Una vez realizada la evaluación se observara la satisfacción del deber cumplido en la investigación:

- Desarrollar habilidades y destrezas en el manejo del paciente politraumatizado.
- Mejorar la calidad de atención de enfermería en el paciente politraumatizado del área de emergencia.

BENEFICIARIOS:

DIRECTO:

- ❖ Enfermeras que laboran en el área de emergencia.
- ❖ Gestión de enfermería.

INDIRECTO

- ❖ Usuario politraumatizado ingresados en el área de emergencia.

METODOLOGÍA

UNIVERSO DEL TRABAJO:

El universo de trabajo son las enfermeras que laboran en el área de emergencia del hospital “Liborio Panchana Sotomayor”.

META:

Lograr que el 80% de las enfermeras que laboran en el área de emergencia, apliquen el protocolo de atención de enfermería a los paciente politraumatizado permitiendo garantizar la calidad de atención a los pacientes que ingresan al área de emergencia del hospital Liborio Panchana Sotomayor.

Finalmente, con esta propuesta se deja abierta la premisa para que otros investigadores formulen nuevas estrategias, basadas en la atención integral al politraumatizado en forma holística.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

RESPONSABLES:

- ❖ Enfermera líder.
- ❖ Enfermera coordinadora.
- ❖ Personal de enfermería.
- ❖ Usuarios.

RECURSO MATERIALES:

- ❖ Retroproyector
- ❖ Computadora
- ❖ Pre drive
- ❖ Xerocopias

RECURSO ECONÓMICOS:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
6	Lápices	0,20	1,20
10	Esferográficos	0,25	2,50
6	Borradores	0.50	3,00
20	Impresiones	0.10	2,00
10	Trípticos	0.50	5.00
2	Marcadores para tiza acrílica.	0.75	1,50
6	certificados de asistencia	5	30.00
1	Computadora	450	450.00
1	Alquiler de retroproyector.	50	50.00
1	experto en planes de mejoramiento continuo	1500	1500.00
1	experto en modelos de enfermería	1500	1500.00
TOTAL			3.545,20

CRONOGRAMA PARA IMPLEMENTAR PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DR. “LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR”.

FASES	ACTIVIDADES	FECHAS
1. Elaborar el plan de ciclos rápidos de ciclo estandarización de protocolos de enfermería en los pacientes politraumatizado	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar en qué consiste la elaboración de los ciclos rápidos estandarización de protocolos de enfermería en los pacientes politraumatizado • Indicar los resultados que esperamos obtener al realizar los ciclos rápidos estandarización de protocolos de enfermería en los pacientes politraumatizado • Indicar la modalidad de evaluación de los ciclos rápidos estandarización de protocolos de enfermería en los pacientes politraumatizado 	1 mes
3. Planificar los diferentes ciclos rápidos estandarización de protocolos de enfermería en los pacientes politraumatizado	<ul style="list-style-type: none"> • Se obtendrá un formato de planificación de los ciclos rápidos. 	1 mes

4. Diseñar una guía de supervisión sobre el cumplimiento de los ciclos rápidos. • Elaborar la guía de supervisión de los ciclos rápidos. 1 mes

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

PROTOCOLO #1

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Definición: Los protocolos de atención de enfermería, proporcionan la información ineludible para aplicarla en las diversas situaciones que se presentan en los diversos establecimientos de salud, permitiendo de tal forma al personal de enfermería ahorro de esfuerzo y tiempo para examinar la literatura, con ello no significa sustituir los libros o textos, por el contrario los protocolos son centro de otros profesionales y de comparación.

Conjunto de actividades que son ejecutadas por el personal de enfermería para mejorar la calidad de atención del paciente politraumatizado.

OBJETIVO:

- ❖ Facilitar a las enfermeras del área de emergencia el protocolo de atención de enfermería.

Propósito:

Este protocolo de guía para pacientes con politraumatismos, será aplicable a todos los pacientes, que acuden al área de emergencia del Hospital Liborio Panchana.

Es dirigido a todos los profesionales de enfermería, que realizan el cuidado directo al paciente politraumatizado.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

1.- Respiración_ Circulación

A.-) Respiración

- ❖ Vía aérea .- obstrucción
- ❖ Tipo: Eupnea, Taquipnea , Bradipnea, apnea
- ❖ Frecuencia y Saturación de oxígeno
- ❖ Movimiento torácico y abdominal
- ❖ Dificultad respiratoria: cianosis

B.-) Circulación

- ❖ Frecuencia cardiaca- tensión arterial
- ❖ Edema- herida- hemorragia
- ❖ Color piel y tengumentos
- ❖ Cambios de temperatura

C.-) Comunicación

- ❖ Comunicación verbal – no verbal – símbolos
- ❖ Expresa movimientos significativos
- ❖ Presenta alteración intelectual, psicológica, sociológica
- ❖ Mantiene todos los sentidos

Antecedentes personales:

- Hipertensión Arterial

- Diabetes
- Alergias
- Alcohol.

1. **Alteraciones nutricionales:**

- Obesidad
- Desnutrición

VALORACIÓN:

Patrón conductas de salud: Grupo de elementos que se refieren a acciones para sostener, mantener o recuperar la salud

- Componente Medicación (H).
- Componente Seguridad (N).
- Componente Conductas de Salud (G).

- **Patrón funcional:**

- Componente Actividad (A).
- Componente Volumen de Líquidos (F).
- Componente Nutricional (J).
- Componente Auto cuidado (O).
- Componente Sensorial (Q).

- **Patrón fisiológico.**

- Componente Gástrico/Intestinal (B).
- Componente Cardíaco (C).
- Componente Respiratorio (L).
- Componente Metabólico (I).
- Componente Regulación Física (K).
- Componente Integridad de la Piel (R).
- Componente Perfusión Tisular (S).
- Componente Eliminación Urinaria (T).
- Componente Ciclo Vital (V)

- **Patrón psicológico.**
- Componente Cognitivo (D).

- Componente Afrontamiento (E).
- Componente Rol-Relaciones (M).
- Componente Auto concepto (P).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Alteración de la Respiración

Cambio o modificación en la función respiratoria.

Alteración de la Presión Arterial

Cambio o modificación de la presión sistólica o diastólica.

Alteración Cerebral

Cambio o modificación en la capacidad de pensar o de razonar.

Alteración de la Perfusión Tisular

Cambio o modificación en la oxigenación de los tejidos.

RESULTADOS:

Los resultados se realizaran bajo los siguientes parámetros:

Esperados	Actuales
• Mejorar	Mejorado
• Estabilizar	Estabilizado
• Evitar deterioro	Deteriorado

Metas o Resultados de Enfermería. NOC

Alteración de la Respiración.

Cambio o modificación en la función respiratoria.

Resultados actuales	Resultados esperados

Disnea	Mejorado
Cianosis	Estabilizado
Desviación traqueal	Estabilizado
Diaforesis	Mejorado
Taquicardia	Mejorado

Alteración de la Perfusión Tisular.

Cambio o modificación en la oxigenación de los tejidos.

Resultados actuales	Resultados esperados
Taquicardia	Estabilizado
Pulso débil	Estabilizado
Piel fría y pálida	Mejorado
Retraso del llenado capilar	Mejorado

Alteración Cerebral.

Cambio o modificación en la capacidad de pensar o de razonar.

Resultados actuales	Resultados esperados
Convulsiones	Mejorado
Vómitos	Estabilizado
Cefalea	Mejorado

EJECUCIÓN E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

A través de los siguientes cuidados vamos a mejorar la atención de enfermería en los pacientes politraumatizado, siguiendo los siguientes parámetros:

- Valorar/Monitorear
- Enseñar/Instruir
- Manejar/Realizar
- Coordinar/Referir

1.- Manejo de Vías Aéreas

Definición.- Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.

Actividades:

- Realizar Hiperextensión de la cabeza.
- Realizar la colocación de collarete.
- Instruir al paciente en la posición que le permita el potencial de ventilación máximo.
- Realizar fisioterapia torácica.
- Monitorizar la eliminación de las secreciones fomentando la tos o empleando la succión.
- Instruir una respiración lenta y profunda, cambios de posición y tos.
- Administrar aire u oxígeno humidificados.
- Monitorear el estado respiratorio y de oxigenación.
- Valorar la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de fluidos.

Cuidado de la Oxigenoterapia

Definición: Acciones realizadas para la administración de un tratamiento con :

Actividades:

- Valorar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Monitorizar el movimiento torácico mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Valorar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne Stokes, Biot y esquemas atáxicos.
- Monitorear los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados.

- Instruir la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Valorar si hay disnea y los sucesos que la mejoran y empeoran.
- Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.

Cuidado Circulatorio.

Definición: Acciones realizadas para el manejo y soporte de la circulación de la sangre en los vasos sanguíneos.

Actividades:

- Valorar si hay relleno capilar para descartar (deshidratación, shock, hipotermia etc.)
- Valorar la hemodinámica (pulso, frecuencia cardíaca, conciencia, diuresis, etc.)
- Realizar Canalización de vía periférica.
- Administrar soluciones cristaloides.
- Instruir al paciente en posición que le permita elevar los miembros inferiores.

Monitorización neurológica.

Definición.- Recolección y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas

Actividades:

- Valorar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.
- Monitorizar el nivel de conciencia
- Valorar las tendencias de la escala de Glasgow.
- Monitorizar contaste vitales.
- Valorar el reflejo corneal.
- Evitar las actividades que aumente la presión intracraneal.
- Monitorizar los parámetros hemodinámico.
- Referir al médico los cambios de estado del paciente.

2.- Cambio de posición

Definición: movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico o psicológico.

Actividades:

- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Cambiar de posición al menos cada dos horas.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello
- Colocar al paciente en una posición terapéutica especificada.

3.-Reposición de líquido

Definición: Administración de líquidos intravenoso prescrito de forma rápida

Actividades:

- Observar y mantener un calibre grande i.v.
- Colaborar con el médico para asegurar la administración de cristaloides y coloides si procede.
- Obtener muestra de sangre para concordancia cruzada si procede.
- Administrar productos sanguíneos según prescripción.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica.
- Monitorizar el estado de oxigenación.
- Observar si hay sobre carga de líquidos.
- Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales.
- Monitorizar los niveles de creatinina, proteína total y albumina.

Monitorización de líquidos

Definición: recogida y análisis de los datos de paciente para regular el equilibrio de líquidos.

Actividades:

- Valorar los niveles de albumina y proteína total.
- Llevar un registro preciso de ingreso y egreso de líquido.
- Vigilar parámetros hemodinámicos invasivos.
- Mantener el nivel de flujo de intravenoso prescrito.
- Administración de líquido prescrito.

Monitorización neurológica.

Definición.- Recolección y análisis de datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.

Actividades

- Observar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Comprobar el nivel de observación.
- Vigilar las tendencias de la escala de Glasgow.
- Monitorizar contaste vitales.
- Vigilar el reflejo corneal.
- Evitar las actividades que aumente la presión intracraneal.
- Monitorizar los parámetros hemodinámico.
- Notificar al médico los cambios de estado del paciente.

EVALUACIÓN.

Se realizara test de preguntas antes de la capacitación para saber cuáles son los conocimientos que ellos tienen y después de la capacitación para evaluar los conocimientos que captaron durante la capacitación.

Se supervisara mediante guías para verificar si aplican el protocolo de atención de enfermería en los pacientes con politraumatismos. Se monitorizara mediante las historias clínicas para verificar el cumplimiento de la aplicación del protocolo de atención de enfermería a los pacientes con politraumatismo que ingresan al área de emergencia. Una vez realizada la evaluación se observara la satisfacción del deber cumplido en la investigación.

CONCLUSIONES DE LA PROPUESTA.

- La comunidad no concientizada acerca de los accidentes de tránsito.
- Existe poco interés del personal de salud en brindar una atención de calidad y calidez al paciente politraumatizado.
- Existe poco interés por parte del personal de enfermería en realizar el proceso de atención de enfermería a los pacientes politraumatizado.

RECOMENDACIONES DE LA PROPUESTA.

- Sería conveniente que el Ministerio de Salud Pública realice capacitación al personal de salud sobre la atención del paciente politraumatizado
- Controlar que se cumpla de una manera efectiva el protocolo implementado en el área de emergencia del hospital Liborio Panchana Sotomayor.
- Es preferible que la comunidad tenga conocimiento acerca de brindar los primeros auxilios al paciente que haya sufrido algún tipo de accidente.

CICLO RAPIDO DE LA CALIDAD SOBRE ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADO.

DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN EL PROCESO:	IDEAS DE CAMBIO:
No existe un protocolos de atención de enfermería estandarizado para los pacientes que ingresan al área de emergencia	Elaborar protocolos de atención de enfermería en pacientes con politraumatismo más frecuentes que ingresan al área de emergencia.
	Capacitar sobre los protocolos de atención de enfermería en pacientes con politraumatismo más frecuentes que ingresan al área de emergencia.

IDEAS DE CAMBIO	ACTIVIDADES	DÓNDE	CUÁNDO	RESPONSABLE
Elaborar los protocolos de atención de enfermería en pacientes con	Determinar la causa más frecuente del área de emergencia.	Hospital	Mayo	Enfermera coordinadora. Enfermera líder.
	Investigar sobre la fisiopatología de las morbilidades más frecuentes del área de emergencia.	Cyber.	Mayo	Enfermera coordinadora. Enfermera líder.

Elaborado por: B, Hermenejildo y G. Yagual (investigadoras).				
al área de emergencia	enfermería en pacientes con politraumatismo que ingresan al área de emergencia	Hospital	Mayo	Enfermera coordinadora. Enfermera líder.

IDEAS DE CAMBIO	ACTIVIDADES	DÓNDE	CUÁNDO	RESPONSABLE
------------------------	--------------------	--------------	---------------	--------------------

Capacitar sobre los protocolos de atención de enfermería.	Planificar la capacitación sobre el uso de los protocolos de atención de enfermería.	Hospital	Junio	Enfermera coordinadora. Enfermera líder.
	Organizar la capacitación sobre los protocolo de atención de enfermería en pacientes con	Hospital	Julio	Enfermera coordinadora. Enfermera líder.

Elaborado por: B, Hermenejildo y G. Yagual (investigadoras).

emergencia.

Ejecutar la capacitación sobre los protocolos de atención de enfermería en pacientes con politraumatismo que ingresan al área de emergencia.	Hospital	Julio	Enfermera coordinadora. Enfermera líder.
--	----------	-------	---

Evaluar los resultados de la capacitación. Hospital Julio Enfermera coordinadora.
Enfermera líder

BIBLIOGRAFÍA

- **García C, Fernández de la Hoz K,** (2006). Protocolo de atención de enfermería: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla-La Mancha.

Elaborado por: B. Hermenejildo y G. Yagual (investigadoras).

- **García Z, PEREZ T**(2009) Protocolos de enfermería
- Manual de Procedimientos para Personal de Enfermería en politraumatismo
<http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/>
<http://www%20Procedimientos%20de%20Enfermeria%20en%20.pdf>

- <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/803048171ae060f8e0400101f0148e2.pdf>.
- **León N** (2009), Protocolo de atención de enfermería en paciente politraumatizado. México
- http://www.nl.gob.mx/?P=salud_protocolo de enfermería