



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PROGRAMA DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA  
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES XXVII B**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN  
EMERGENCIA Y DESASTRES**

**APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE  
ENFERMERIA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO  
HEREDIA 2009**

**INVESTIGADORES**

Lic. Enf. Castillo Castillo, Yury Alberto.  
Lic. Enf. Lostaunau Del Rio, Lupe.  
Lic. Enf. Rivas Galdos, Marlene Marivel.  
Lic. Enf. Saavedra Diaz, Alex Renan

LIMA – PERÚ

2012

**DRA. YESENIA MUSAYON OBLITAS**  
**ASESORA**

## **JURADO EXAMINADOR**

**PRESIDENTA: Mg. PATRICIA OBANDO CASTRO**

**MIEMBRO : Mg. INES SILVA MATHEUS**

**SECRETARIA: Lic. EVA CHANAME AMPUERO**

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la aplicación del proceso de atención de enfermería en pacientes politraumatizado del servicio de emergencia del hospital Cayetano Heredia 2009 **DISEÑO METODOLÓGICO:** El tipo de estudio es descriptivo, corte transversal, cuantitativo, Área de estudio servicio de emergencia del Hospital Nacional Heredia, la población considerada para el estudio serán los pacientes que ingresan con diagnóstico de politraumatizados. **TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** Se utilizará como técnica la entrevista y la observación. **PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** A los paciente politraumatizado por técnica de observación y el instrumento será la lista de chequeo el cual tiene como objetivo identificar el cuidado enfermero del paciente del paciente politraumatizado. En donde se considera las características del profesional de enfermería y luego valorar el cuidado enfermero que realiza frente al paciente politraumatizado durante las 24 horas por tres semanas. **FABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:** Los datos serán recolectados mediante un instrumento que está constituido por 5 partes compuesto por preguntas cerradas y dicotónicas en la cual el evaluador va a responder con un sí o con un no los ítems que se aplica a los enfermeros, se tendrá en cuenta los principios éticos respeto beneficencia, justicia.

**PALABRAS CLAVE :** Politraumatizado, cuidado enfermero.

## ÍNDICE

Resumen	Pág.
Introducción	02
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	03
1.1. Planteamiento del problema	03
1.2. Formulación del problema	05
1.3. Objetivos	05
1.4. Justificación	06
1.5. Propósito	07
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	08
2.1 Antecedentes	08
2.2 Base teórica	11
2.3 Variable	33
2.4 Operacionalización de variables	33
<b>CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODOS</b>	39
3.1 Tipo de estudio	39
3.2 Área de estudio	39
3.3 Población y muestra	40
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.5 Diseño de recolección de datos	41
3.5.1. Validación y confiabilidad de los datos	41
3.5.2. Plan de recolección de datos	41
3.6 Procesamiento y análisis de datos	42
<b>CAPITULO IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS ADMINISTRATIVAS</b>	
4.1 Consideraciones éticas	44
4.2 Consideraciones administrativas	45
4.2.1 Presupuesto	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXO	

## INTRODUCCIÓN

El politraumatismo en todos los países representa una pandemia silenciosa de los últimos tiempos. Se define politraumatizado a aquella persona que sufre dos o más lesiones traumáticas que pueden alterar sus funciones vitales poniendo en peligro su vida a causa de la simultaneidad de la lesión, gravedad, urgencia y necesidad de asistencia multidisciplinaria (1).

El enfermero(a) ante un politraumatizado representa un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo este imprescindible y fundamental dentro de los equipos de Emergencias, con una buena actuación integral basada en conocimientos primarios practicados de forma sistemática, constante y protocolizada, cumple la misión de evitar errores y omisiones en la valoración, tratamientos y cuidados necesarios que nos permitan responder a la necesidad del paciente, ya que el objetivo de la profesión de enfermería es brindar la atención adecuada al politraumatizado que ingresa al servicio de emergencia, junto al equipo de salud, realizando la evaluación inicial y siguiendo el orden correcto de" prioridades; dicha evaluación inicial implica realizar una revisión rápida de las lesiones para tomar las medidas necesarias para el restablecimiento de la salud y la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes (2). Basados en las recomendaciones que el Colegio Americano de Cirujanos, a través del Comité de Trauma y el curso de ATLS (Advanced Trauma LifeSupport),

El servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, diariamente se ve influenciada por su amplia jurisdicción y su ubicación céntrica y accesible de todo el cono norte de Lima, a la recepción de pacientes politraumatizados, se torna inminente entonces la necesidad

tener datos veraces y actuales sobre el cuidado enfermero que se brinda en el servicio de Emergencia del Hospital Cayetano Heredia, al paciente politraumatizado, lo cual influye directamente en todo el proceso de atención, sustentada en la alta tasa de accidentes que trae como consecuencia pacientes politraumatizados que acuden a la emergencia para recibir cuidados de manera adecuada, oportuna teniendo en cuenta el orden correcto de prioridades del RBCDE del trauma , con el propósito de consensuar esta valoración inicial del politraumatizado por los enfermeros, fortaleciendo las áreas débiles a través de capacitaciones continuas y contribuir en la mejora de la calidad del cuidados enfermero al paciente politraumatizado.

Para esto se diseñó este estudio con el objetivo de determinar el nivel de cumplimiento del cuidado enfermero en el paciente politraumatizado que acude al servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El equipo de salud del servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, enfrenta innumerables situaciones de politraumatismo siendo este cada vez más creciente en nuestra sociedad, por los elevados índices de accidentabilidad y violencia.

Cada año, en todo el mundo, más de 100 millones de personas sufren traumatismos, las proyecciones de la OMS indican que, para el 2020, las lesiones (politraumatismos) causadas por accidentes de tránsito podrían ser la tercera causa de muerte y discapacidad en el mundo.

La oficina de estadística e informática del Ministerio de Salud, muestra que la morbilidad general por causas de politraumatismos (codificado en el CIE 10), ocupa un alarmante tercer lugar para el año 2000 con 6% del total de los casos.

La Policía Nacional del Perú, durante el año 2006 registró un total de 77840 casos de politraumatismo reflejando un incremento del 3.8% con relación al año anterior. Los incidentes más frecuentes fueron los choques automovilísticos con 31611 casos (40.6%), atropellados 17523 casos.



22.5%), choque y fuga 12920 casos (6.6%) e imprudencia del peatón 9.1% y el 2007 registró un total de 79972 casos de Lesiones de tránsito. y un 11.9% por violencia familiar y robos. El Hospital Nacional Cayetano Heredia, se encuentra ubicado en el distrito de San Martín de Porres, provincia de Lima, recibe numerosas víctimas poli traumáticas producto de accidentes de tránsito y violencia urbana. Según las estadísticas de este hospital, en el último trimestre del 2008 se tuvieron 470 politraumatizados, donde la población más afectada oscila entre las edades de 16 a 45 años. Siendo un problema de atención médica especializada y se considera que su solución está en la capacidad resolutive, que debe abarcar aspectos de prevención, asistencia oportuna y eficaz de aquel traumatizado para luego conservar su vida en las siguientes etapas de la atención a este.

Los enfermeros del servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia como miembros de este equipo multidisciplinario reciben y prestan atención al politraumatizado no tienen la evidencia documentada de cómo enfrentan este reto; cuanto conocen del manejo del politraumatizado, como ejecutan los procedimientos que implican esta atención, llevando por ello ante tal incertidumbre; con este, estudio se pretende determinar el cuidado enfermero del paciente politraumatizado.

Los profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia muchas veces no aplican un cuidado especializado que requiere un paciente politraumatizado, se considera que los 30 minutos iniciales son vitales en el manejo del paciente

politraumatizado, representando un alto costo biológico y económico que genera la atención del trauma, no solamente en el tratamiento del estado agudo sino en la rehabilitación, esto obliga un manejo inicial coordinado y disciplinado por parte del equipo de salud .

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la aplicación del proceso enfermero en paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. Objetivos general:**

Determinar la aplicación del cuidado enfermero al pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del hospital Cayetano Heredia 2009.

### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- 1) Identificar la proporción de enfermeras que cumplen la valoración por respuestas humanas del paciente politraumatizado.
- 2) Identificar la proporción de enfermeras que cumplen el diagnóstico de enfermería.
- 3) Identificar la proporción de enfermeras que cumplen la planificación completa.
  
- 4) Identificar la proporción de enfermeras que cumplen la ejecución del paciente politraumatizado.

- 5) Identificar la proporción de enfermeras que cumplen el plan de cuidado del paciente politraumatizado,

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Los (as) enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia enfrentan la demanda de atención del paciente politraumatizado de diversa forma y no sabemos que conocen de ello, si los procedimientos que ejecutan se ajustan a un consenso general, o si el cuidado que brindan al politraumatizado es la correcta, se cuenta con un grupo de enfermeros que son contratados que dejan de laborar en nuestro hospital y son remplazados por otros habiéndose hecho esto como un círculo vicioso, llegando sin la experiencia necesaria en este servicio para la atención del paciente politraumatizado, y como no se tiene evidencia documentada que determine el cuidado enfermero en el paciente politraumatizado en emergencia y si se encuentra disparidad en el quehacer. Luego del cual además de los datos que se obtengan podamos llegar a consensuar este manejo entre todos los colegas de enfermería para que así el cumplimiento alcance sus objetivos del cuidado en la atención del paciente politraumatizado en emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH).

#### **1.5. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:**

Con los datos recolectados esperamos establecer las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en las enfermeras del servicio de emergencia del hospital Nacional Cayetano Heredia en cuanto al nivel del cumplimiento del cuidado enfermero del paciente politraumatizado, y que de acuerdo a ello, mejorar la calidad del cuidado enfermero al paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del hospital Nacional Cayetano Heredia y así disminuir los índices de mortalidad y secuelas por este padecimiento.

Se espera también unificar conocimientos y criterios que permitan la elaboración de una guía de valoración a todo los pacientes politraumatizados y lograr así el restablecimiento favorable del paciente.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

## **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

En un estudio realizado por Palacios H en Sullana sobre nivel de conocimiento del personal de enfermería en la atención del paciente politraumatizado llegó a la conclusión que el personal de enfermería tiene un nivel de regular sobre dicho conocimiento constituyendo el 62.5% del total, las atenciones por lesiones por accidentes de tránsito son aproximadamente el 4% del total de las atenciones en los servicios de emergencia del total de hospitales estudiados, en base a la información que se consigna en los registros médicos de atención de emergencia y de las historias clínicas de hospitalización es posible implementar y desarrollar nuevos sistemas de registro de información sobre causa externa y que incluya su clasificación, diagnóstico y localización de lesiones y utilización de scores anatómicos para la valoración de la magnitud e importancia de las lesiones.

Otro estudio realizado por MSc. Peña M. sobre conocimiento que poseen las enfermeras intensivistas sobre el cuidado al paciente politraumatizado con soporte ventilatorio antes y después de participar en un programa educativo teórico – práctico la investigación tuvo como objetivo comparar el conocimiento que poseen las enfermeras intensivistas del Hospital Universitario

"Jesús María Casa; Ramos" de Acarigua-Araure Estado Portuguesa- Venezuela, sobre el cuidado del paciente politraumatizado con soporte ventilatorio referido a: cuidado directo

y manejo del equipo de ventilación mecánica antes y después de participar en un programa Educativo Teórico - Práctico. El diseño de la investigación fue pre-experimental de corte transversal, con un solo grupo de enfermeras, al cual se le aplicó pre y post prueba (cuestionario y una guía de observación para medir la práctica).

La población seleccionada para el estudio estuvo conformada por un total de 33 enfermeras; la muestra estuvo constituida por 22 enfermeras intensivistas. La información fue recolectada mediante la aplicación de un cuestionario estructurado en 2 partes: la primera parte recolecto información relacionada con los datos sociodemográficos; la segunda parte midió el conocimiento teórico de las enfermeras sobre el cuidado al paciente politraumatizado con soporte ventilatorio, y el manejo del equipo de ventilación mecánica. Los resultados evidenciaron, que hubo un incremento del conocimiento teórico-práctico de las enfermeras sobre el cuidado al paciente politraumatizado con soporte ventilatorio posterior a la aplicación del programa educativo teórico- práctico. Se recomienda dar continuidad al programa en todo el personal que labora en las áreas críticas; para actualizar y estandarizar criterios de actuación en estos pacientes.

En el estudio de Salas M, el año 2005 en la Oroya, sobre el nivel de conocimientos de los enfermeros del hospital Alberto Hurtado Abadía Essalud, sobre el proceso de atención de enfermería y su aplicabilidad". En una población de 33 enfermeros, concluyó que el

55% de los licenciados poseen un nivel de conocimiento medio sobre el PAE, el 30% posee un nivel alto y el 15% nivel bajo. Referente a la variable aplicabilidad del PAE el 91% refirió obtener los datos para la valoración del paciente, asimismo el 91% considera que relación enfermera-paciente se objetiviza en la historia clínica cuando en las anotaciones de enfermería se registran las inquietudes del paciente y el apoyo emocional que se brinda, el 70% manifiesta brindar cuidados basados en diagnósticos de enfermería, y el 27% refirió aplicar el PAE.

En el estudio de Aldave A, en el año 2004, sobre el perfil epidemiológico del trauma de la unidad de shock trauma del hospital regional de Huacho, concluyó que el trauma fue la primera causa de atención más frecuente en varones de 25 a 34 años. Los accidentes de tránsito fueron la primera causa, teniendo mayor riesgo relativo de causar lesiones más severas. Se afectó en mayor proporción la región craneoencefálica. Al evaluar la severidad según la Escala de Glasgow la mayor parte tuvo la valoración entre 14 -15, pero según el trauma score revisado teniendo un porcentaje de sobrevida menor al 90%. A mayor número de regiones anatómicas afectadas mayor severidad.

Los procedimientos más realizados fueron la colocación de CVC y de tubo orotraqueal. Los pacientes fueron referidos a sala de operaciones, al a unidad de vigilancia intensiva y los que fallecieron en su mayor parte tenían según trauma score menor igual a 11.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Definición de Cuidado:**

Proviene del latín cogitare que significa prestar atención a alguien o a algo, asistir a alguien, viene a ser también una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de enfermería.

### **2.2.2. Definición de Cuidado de Enfermería:**

El cuidado de enfermería es multidimensional en el sentido de que tiene múltiples significados que van desde los valores que la sustentan (lo ético), las características o elementos que lo definen como un fenómeno esencial de la profesión ( lo ontológico) que presenta variaciones según el contexto en que se da, la forma en que se conoce a través de las diferentes teorías, modelos, procesos de atención, evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales (lo epistemológico),y es complejo en el sentido de que ha evolucionado desde lo intuitivo a lo científico, y se puede definir de diferentes formas dependiendo del contexto en que se da y de las vivencias de las personas Teóricas de la enfermería han centrado la definición del cuidado de enfermería en la relación enfermera-cliente, otras en la intervención terapéutica, y otras en el cliente-



usuario-persona, en este caso para fines de nuestro estudio nos vamos a basar Leininger.

Ella refiere que "El cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la enfermería", de manera que para el enfermero el cuidado es un fin y la más alta dedicaron al paciente y sus numerosas investigaciones la han llevado a comprender también que el cuidado como acciones de asistencia, de apoyo, y de facilitación a la persona que tiene necesidad de recuperar su salud o mejorar sus condiciones de vida.

**Colliere (1997)**, refiere que cuidar es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, de manera temporal o definitiva. De manera que el cuidar es ante todo un acto de vida ,permitiendo que esta se continúe y se reproduzca de ahí que la enfermera realiza una serie de acciones por medio de las cuales brinda cuidados a los pacientes ayudándolos a satisfacer sus necesidades mediante: las acciones de cuidado y las acciones administrativas".

**Hildegar de Peplau**, describe los cuidados del enfermero como un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermera capaz de responder a la necesidad de ayuda, la propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero (3).

Los cuidados del paciente politraumatizado comienzan con la evaluación primaria que incluye la vía aérea, con las precauciones debidas en cuanto a la columna cervical, la respiración, la circulación y un breve examen neurológico.

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

## **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Viene a ser la ciencia de la profesión y se basa en un método lógico y racional que sirve al profesional para planear la atención de enfermería, es considerado también como un instrumento de evaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad del trabajo de la enfermera.

El proceso de atención de enfermería es continuo pero integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente implicando una actuación constante y en todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente no sólo desde una dimensión física o biológica sino también desde una perspectiva psicológica sociológica cultural y espiritual.

El proceso de enfermería abarca también por una parte la recogida, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades del paciente, y por otra parte, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y su evaluación global.

Este proceso se divide en 5 etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

**Valoración** : Es la etapa inicial del proceso de enfermería donde se requiere la máxima exactitud posible mediante la recolección de datos, basada en la observación y la entrevista al paciente así como todo aquello referente al enfermo.

La obtención de datos: La labor de recopilación y posterior análisis de datos se basa en la observación directa ya sea en forma de signos clínicos o referencias verbales recogidos en el transcurso de la entrevista o la exploración.

Entre los datos a obtener pueden diferenciarse unos que son objetivos detectados directamente por el personal de enfermería, y los otros son los datos subjetivos facilitados por el propio paciente siempre y cuando su estado lo permite, o a sus familiares o al personal que prestó la atención prehospitalaria, para conocer los eventos relacionados con el mecanismo del trauma. En la etapa de la valoración se recoge información sobre los siguientes ámbitos: La información de carácter general debemos recopilar nombre y edad

del paciente para identificar, como por ejemplo informarse sobre qué tipo de religión práctica ,tener en cuenta el estado físico del paciente politraumatizado que presenta lesión grave y requiere un cuidado rápido y oportuno.

La valoración del paciente politraumatizado comienza con la valoración primaria que incluye la vía aérea, con las precauciones debidas en cuanto a la columna cervical, la respiración, la circulación y un breve examen neurológico. Una vez completada la valoración primaria, se desnuda el paciente, se le cubre para mantener la temperatura corporal y se realiza una determinación detallada de los signos vitales. Por último, se lleva a cabo una evaluación secundaria más detallada, de la cabeza a los pies, para identificar posibles lesiones; estas evaluaciones se deben realizar en forma simultánea.

## **REVISIÓN PRIMARIA**

El objetivo de la valoración primaria es la identificación de lesiones que amenazan la vida del paciente e iniciar el manejo de acuerdo con el ABCDE del trauma.

- A: Vía aérea con protección de la columna cervical.
- B: Ventilación y respiración (breathing).
- C: Circulación y control de hemorragias.
- D: Déficit neurológico.
- E: Exposición.

#### **A. Vía aérea con protección de la columna cervical**

Antes de cualquiera otra acción, se debe asegurar la vía aérea, controlando la columna cervical ("todo paciente que ingresa con trauma múltiple tiene lesión de la columna cervical hasta que se demuestre lo contrario"). Hay que buscar signos de obstrucción de la vía aérea ocasionados por cuerpos extraños, fracturas de mandíbula o de huesos faciales, lesión de tráquea o de laringe, vómito o sangre.

Signos y síntomas: disnea, respiración laboriosa, cianosis, traumatismos de cara o cuello, ansiedad, pánico, ausencia de murmullo vesicular, incapacidad para hablar, diaforesis, taquicardia.

#### **B. Ventilación y respiración (breathing)**

Asegurar una vía aérea permeable es el primer paso para una correcta ventilación. Si la respiración no mejora después de despejar la vía aérea, se deben buscar otras causas: un trauma torácico directo (fracturas costales) causa dolor y provoca hipoventilación e hipoxemia, el traumatismo craneano puede provocar patrones respiratorios anómalos y comprometer la ventilación, y una lesión medular alta provoca respiración abdominal y parálisis de los músculos intercostales. En pacientes con trauma torácico se deben identificar en forma prioritaria el neumotórax, la contusión pulmonar y el hemotórax, porque ponen en inminente riesgo la vida del paciente. Neumotórax a tensión: el mecanismo que lo ocasiona es el trauma directo. Los signos y síntomas son ausencia del murmullo vesicular del lado afectado, hiperresonancia, dificultad respiratoria, cianosis, aleteo nasal, taquicardia, hipotensión, sudoración, ingurgitación de venas yugulares, enfisema subcutáneo y desviación de la tráquea hacia el lado no afectado. Tórax inestable: resulta de la fractura de cuatro o más costillas en un mismo hemitórax y se manifiesta por asimetría y movimiento no coordinado durante la respiración (movimiento paradójico de la zona de la pared torácica. afectada), dolor severo, disnea, disminución de la expansibilidad pulmonar, respiración rápida y superficial, cianosis.

Neumotórax abierto: lo produce una herida en el pecho, y se caracteriza por la salida de burbujas que indican lesión pulmonar.

**C. Circulación y control de la hemorragia:**

El diagnóstico inicial de shock es clínico y se basa en la evaluación de la perfusión de los órganos y de la oxigenación tisular. El shock representa la manifestación más importante del compromiso circulatorio: al disminuir agudamente el volumen sanguíneo, la primera respuesta del organismo a la pérdida hemática es la vasoconstricción periférica para preservar el flujo sanguíneo al cerebro, corazón y riñones.

**D. Déficit neurológico**

La evaluación inicial del estado de conciencia comienza en el momento con la recepción del paciente en la sala de trauma, por medio del diálogo con el paciente y de los diferentes procedimientos que pueden producirle dolor; posterior al ABC, se comprueba el estado de las pupilas y se determina el grado de compromiso neurológico.

**E. Exposición evitando la hipotermia**

Se expone el paciente retirando toda la ropa; en ocasiones es necesario cortarla. Se desnuda al paciente para identificar

rápidamente las lesiones, pero luego se lo debe cubrir para evitar la hipotermia, que en el politraumatizado es común y tiene efectos nocivos. Se deben tomar medidas para preservar el calor corporal que incluyen cobijas calientes,

líquidos endovenosos tibios y aumento la temperatura de la sala de trauma (si dispone de aire acondicionado).

## **REVISIÓN SECUNDARIA**

Una vez realizada la revisión primaria, y controlados los parámetros del ABC, se efectúa un examen completo para evaluar todos los sistemas en forma ordenada en un corto periodo de tiempo.

Durante la revisión secundaria se reevalúa el ABC, se completan la anamnesis, el examen físico y los estudios diagnósticos que estén indicados.

Examen de cabeza a pies: consiste en una valoración detallada y sistemática de todo el cuerpo, incluye auscultación, inspección, palpación y percusión.

1. Cabeza y cuello: examinar la cabeza en busca de heridas evidentes, hemorragias externas, deformidades, elementos empalados o drenaje nasal o auricular. En el cuello, observar heridas evidentes, hemorragias externas, distensión de las venas yugulares, posición de la tráquea.
2. Tórax: inspección de heridas que aspiran, movimientos respiratorios, hemorragia externa, enfisema subcutáneo.



3. Abdomen: signos de traumatismo evidente, hemorragia externa y objetos empalados. La rigidez, la distensión y el dolor son signos de posibles lesiones internas y de hemorragia activa.
4. Pelvis: signos de traumatismos óseo y de tejidos blandos, inestabilidad de la pelvis que evidencia fractura.
5. Genitourinario: hemorragia externa, objetos empalados, sangre en el meato urinario, hemorragia vaginal o hematoma escrotal. En toda mujer se debe realizar examen vaginal para descartar lesiones internas.
6. Extremidades: signos de traumatismo evidentes, hemorragia externa, objetos empalados o deformidades; se determina el tiempo de llenado capilar y se determina la presencia y calidad de los pulsos, los cuales deben ser iguales en ambas extremidades.
7. Espalda: debe girarse el paciente en bloque para evaluar la columna en busca de dolor o deformidad, los glúteos y las extremidades inferiores. Debe determinarse el tono rectal y revisar las heces en busca de sangrado interno.

**Diagnóstico:** Viene a ser la segunda fase del proceso de enfermería correspondiendo al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa Su finalidad consiste en determinar

con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata, pues, de elaborar el diagnóstico de enfermería

punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos. Gracias a esta fase del proceso, en definitiva, pueden sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de atenciones adaptado a sus necesidades.

Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano. De este modo, pueden determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y los potenciales que permitan conformar un cuadro global de la situación.

Entre los diagnósticos presentes tenemos:

- Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación perfusión.
- Deterioro de la respiración espontánea r/c fatiga, de los músculos respiratorios.
- Perfusión tisular inefectiva (renal, cerebral, cardiopulmonar, periférica) r/c hipovolemia, hiperventilación, etc.

- Disminución del gasto cardiaco por disminución de la precarga secundaria a hemorragia.
- Termorregulador ineficaz r/c Traumatismo.
- Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos, biológicos).
- Capacidad adaptativa intracraneal disminuida r/c lesiones cerebrales.
- Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa" de volumen de líquidos.
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c traumatismo que a la regulación de la temperatura.
- Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos accesorios.
- Deterioro de la mucosa oral r/c traumatismo.

**Fase de planificación de cuidados:** En esta fase sobre la base de los datos recabados en la etapa de valoración y en el diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir minimizar o corregir los problemas identificados previamente. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos.

En una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas deba ceñirse a los procedimientos indispensables e inmediatos.

**Fase de ejecución:** En esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuación elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente, al menos idealmente.

Apertura de la vía aérea mediante elevación del mentón por tracción de la mandíbula, sin hiperextensión del cuello; retirar cuerpos extraños y aspirar secreciones, vómito y sangre.

Inmovilización del cuello con un collar rígido.

Oxigenación a concentraciones altas mediante un dispositivo de bolsa y válvula (100%) o con máscara de Venturi (50%).

Monitoreo de la función respiratoria por medio de la saturación percutánea asegurando la FiO<sub>2</sub> necesaria para mantener la saturación en 90% o más.

Asistir al médico durante la intubación endotraqueal o, si es el caso, la realización de cricotiroidotomía.

Exposición del pecho del paciente e inspección de los movimientos respiratorios; determinar la frecuencia respiratoria.

Verificar la permeabilidad de la vía aérea.

Si no hay respiración espontánea, realizar la reanimación básica y avanzada. Asistir al médico en la intubación endotraqueal.

Si hay respiración espontánea, oxigenación a concentraciones altas con un dispositivo de bolsa y válvula (100%) o con máscara Venturi (50%).

Búsqueda de signos de neumotórax a tensión, tórax inestable  
neumotórax abierto.

Asistir al médico en la colocación de un tubo de tórax.

Monitoreo permanente del patrón respiratorio.

Cubrir la herida torácica con una gasa estéril, sólo en tres extremos; el extremo libre permite la presión negativa y evita neumotórax a tensión.

Evaluación del paciente: estado de conciencia, llenado capilar, coloración de la piel y la temperatura corporal.

Conservación de la temperatura corporal y evitar hipotermia por exposición prolongada. En lo posible, colocar cobijas térmicas, administrar líquidos endovenosos y sangre calientes (a la temperatura corporal, 37° C).

Canalización de dos venas de calibre grueso, como mínimo con catéter periférico No. 14 a 16 para un paciente adulto y 20 a 24 en niños menores.

En casos de canalización difícil, asistir al médico en el acceso intraóseo (en niños menores de cinco años) o acceso a la vena por venodisección.

Administración de soluciones cristaloides, como lactato de Ringer, que es una solución isotónica con similar composición a la del líquido extracelular. La dosis inicial es de 2.000 ml en bolo en un adulto.

Recolección de muestras de sangre para hemoclasificación y reserva, hemoglobina y hematocrito; además, se deben dejar en reserva muestras para el caso en que el paciente tenga antecedentes de enfermedad asociada que empeora su situación actual. Se sugiere que las muestras sean tomadas después de iniciar la reposición de líquidos endovenosos.

En caso de hemorragia externa, aplicar presión directa sobre el sitio sangrante con una compresa estéril o un vendaje compresivo.

Evaluación de signos de taponamiento cardíaco, como hipotensión, ingurgitación yugular, disminución de los ruidos cardíacos, y preparar el equipo y asistir al médico durante la pericardiocentesis

o procedimiento de ventana pericárdica. Inserción de sonda vesical N° 16 o 18 para monitoreo del estado de la volemia, previa evaluación de las contraindicaciones del procedimiento, tales como, sangrado genital o trauma pélvico. La diuresis del adulto debe ser no

menos de 30-50 mL/hora y de 1 mUkg / hora en el paciente pediátrico.

La reposición de líquidos en los niños se realiza de la siguiente manera:

- 20 ml/kg de cristaloides en goteo intravenoso rápido; si no hay respuesta, repetir un bolo de 20 mL/kg de una solución cristaloides isotónica en goteo endovenoso.
- Para la transfusión en niños, administrar 10 mL/kg de glóbulos rojos concentrados.

**Déficit neurológico:** La primera revisión neurológica permite establecer la severidad de la lesión por medio de la escala de coma de Glasgow en adultos, y de la escala de coma de Glasgow modificada en la población pediátrica. Mantenimiento lineal de la médula espinal por medio de la tabla para inmovilización espinal. Oxigenación a concentraciones altas con un dispositivo de bolsa y válvula (100%) o con máscara de venturi (50%).

Administración de analgésicos según indicación médica.

Exposición evitando la hipotermia: Desnudar totalmente el paciente.

En general es preferible retirar la ropa cortándola.

No exponer innecesariamente a la persona.

Administración de líquidos tibios.

Evitar mantener el paciente húmedo con secreciones o sangre

Exposición evitando la hipotermia:

**Revisión secundaria:** La actuación de la enfermera en el equipo de salud debe ser complementaria con las demás especialidades que manejan el paciente con trauma múltiple.

Valoración permanente del estado de conciencia del paciente.

Monitoreo de los signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, temperatura corporal y tensión arterial.

Inserción de sonda nasogástrica N° 18 para descomprimir el estómago y disminuir el riesgo de broncoaspiración.

Se contraindica en presencia de traumatismo craneal o facial (lesión maxilofacial o fractura de la fosa anterior del cráneo) por el

riesgo de penetración inadvertida al encéfalo a través de la placa cribiforme o del hueso etmoides, en estos pacientes se recomienda la vía orogástrica.

Control de la volemia mediante la administración de líquidos endovenosos y monitoreo horario de la eliminación urinaria.



Succión de secreciones de acuerdo con las necesidades del paciente. Administración de analgésicos para manejo del dolor y evaluación de la efectividad del mismo.

Administración de antibióticos según la indicación médica, para disminuir el riesgo de infección.

Administración de toxoide antitetánico.

Valoración constante de la integridad de la piel y cambios de posición.

Curación de heridas; mantenerlas secas y determinar constantemente el sangrado.

Reposo y soporte de articulaciones con lesiones agudas.

Instrucción al paciente sobre el manejo y cuidado de inmovilizaciones.

Ayuda al paciente durante la movilización

Traslado del paciente, después de su estabilización y con monitoreo permanente, para estudios diagnósticos, a salas de cirugía o a la unidad de cuidado intensivo.

Informar los cambios al médico tratante.

Disminuir la ansiedad del paciente con expresiones de apoyo, amabilidad e información sobre su estado actual y los procedimientos que se han de realizar.

Información a la familia sobre la situación del paciente (actividad conjunta entre médico y enfermera) y permitir el acompañamiento del paciente cuando sea pertinente.

**Fase de Evaluación:** Este es la última fase del proceso de evaluación, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente.

La fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también las reacciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado.

En esta fase puede comprobarse el logro de los objetivos propuestos, pero a la par pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido.

Paciente politraumatizado.

**a. Definición:**

Es todo individuo que sufre traumatismo (golpes) de múltiples órganos (hígado, bazo, pulmón, etc.) y sistemas corporales (circulatorio, nervioso, respiratorio, etc.) algunos de los cuales compromete, aunque solo sea potencialmente, un riesgo vital para el accidentado.

Otra definición de trauma múltiple, es aquel trauma capaz de producir alteración en la estabilidad hemodinámica (taquicardia, hipotensión, hipo perfusión, SIRS, etc.) o que involucra el daño de dos o más órganos y/o sistemas. están basados en las recomendaciones que el Colegio Americano de Cirujanos, a través del Comité de Trauma y el curso de ATLS (Advanced Trauma LifeSupport),

**b. Profesión de enfermería**

Enfermería es la ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarias para atender correctamente a las necesidades del individuo, grupo o

comunidad referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento. La sociedad le concede a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poder realizar. Esta decide que hacer, como hacerlo y quien debe hacerlo.

Enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad con la cual interactúa permanentemente como sujeto de acción, esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable. Con el paso del tiempo, la enfermería parece tornarse en una profesión cada vez más importante en los servicios de salud, más creativa para satisfacerlos y más objetiva para definir sus esfuerzos y metas profesionales.

En el contexto actual, enfermería tiene que responder a las exigencias de las instituciones y clientes, requiriendo habilidades, conocimientos generales, dinamismo y poder de decisión, creatividad y liderazgo, inteligencia emocional, compromiso para que pueda brindar la asistencia prestada con eficiencia, calidad y calidez.

Toda la interacción de la práctica de enfermería se ha descrito en tres dimensiones: interdependientes, son las actividades interrelacionadas con el médico y otros profesionales del equipo de salud; y las independientes realizadas por el profesional de enfermería a sus criterios y decisión para cumplir con el cuidado del paciente.

El avance tecnológico y del mercado obligan al profesional de enfermería a replantear su perfil profesional con nuevos conocimientos (autoconocimiento, sistematización del cuidado de enfermería, planteamiento estratégico, políticas de salud, costos,) desarrollar habilidades (formar equipos, liderar conflictos negociar y reconocer el papel del líder) actitudes (desarrollar talentos apertura de cambio compromiso con su trabajo e institución sociabilidad, flexibilidad ética y trabajo en equipo.

### **2.3. VARIABLE**

Este tipo de estudio es univariable

### **2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Definición operacional de términos:

La historia de los cuidados se perfila alrededor del devenir histórico de las civilizaciones, pasando de lo mítico a lo racional; pero, en todas las épocas, cuidar es ayudar a vivir e intentar evitar el sufrimiento. Cuidar es, también, ayudar a morir, podemos considerar al cuidado enfermero un arte, término definido como virtud, disposición o habilidad para hacer de alguna cosa algo único e irrepetible, entendido también como la facultad mediante la cual el hombre expresa lo material o lo inmaterial para dar lugar a la creación. Por tanto, dar vida a la materia y el cuidado de la vida (ambos un desafío) son un arte.

El cuidado enfermero es un arte porque une lo tecnológico, intelectual y creativo con lo espiritual y cada individuo es único e irrepetible, la enfermera al proporcionar cuidado lo crea de acuerdo con las necesidades particulares de cada paciente, sin subordinarse a lo mecánico debido a que, para lograrlo, se requiere una interrelación de personas con personas y no entre piezas de maquinaria en las que la enfermera transfiera su propio ser a la función que hace. En suma, el cuidado enfermero es un arte porque implica un acto que debe ser humano.

Cuidado enfermero: Es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermera capaz de responder a la necesidad de ayuda, la propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero. El Cuidado enfermero sobre

la evaluación inicial del paciente politraumatizado está dado por las informaciones y conceptos que tienen los enfermeros para brindar la atención respectiva, siguiendo una secuencia correcta de prioridades en la atención del paciente politraumatizado, en el cual va a ser medida a través de un cuestionario y guía de observación y categorizado en nivel bueno, regular y malo.

Los enfermeros tienen un papel fundamental por su precisión, rapidez y humanidad en la atención. El trabajo de enfermería en estos casos se debe basar en la existencia de conocimientos sólidos y el desarrollo de habilidades inherentes a estos cuidados aplicando el ABCDE de la atención inicial al politraumatizado, ya que con el seguimiento exacto de dicho método, se elevan las posibilidades de vida y se evitan iatrogenias en los pacientes tratados.

Patricia W. Iyer. Refiere que el equipo de salud exige al profesional habilidades y destrezas afectivas, cognitivas, motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros.

Paciente Politraumatizado: Es todo individuo que sufre politraumatismos (golpes) de múltiples órganos (hígado, bazo, pulmón, etc.) y sistemas corporales (circulatorio, nervioso, respiratorio, etc.) algunos de los cuales compromete aunque solo sea potencialmente un riesgo vital para el accidentado.





## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual de variable	Dimensiones	Definición Operacional de variable	Indicadores	Escala de medición
<p><b>Variable Independiente</b></p> <p>Cuidado enfermero</p>	<p>Es un proceso interpersonal terapéutico en la atención de enfermería al paciente politraumatizado que permite reconocer las necesidades del paciente por medio de la valoración de los aspectos físicos – emocionales para analizar y priorizarlas, diagnosticar, planificar al paciente politraumatizado-Para ello se utilizará el proceso de atención de enfermería (PAE)</p>	<p>Valoración</p>	<p>Es la etapa inicial del proceso de enfermería donde se requiere la máxima exactitud posible mediante la recolección de datos, basada en la observación y la entrevista al paciente así como todo aquello referente al enfermo.</p>	<p>Presión arterial mmHg Pulso Frecuencia Cardiaca Frecuencia Respiratoria Temperatura en °c Saturación % Puntaje de Escala de Glasgow Reacción Popular Valoración del estado de conciencia Valoración cefalocaudal Valoración completa : 03-04 Valoración incompleta 01-02 Sin valoración 0</p>	<p>Aplica</p> <p>No aplica</p>
		<p>Diagnóstico</p>	<p>Viene a ser la segunda fase del proceso de enfermería es un juicio clínico acerca de un individuo familia o grupo que deriva de un proceso sistémico y deliberado de</p>	<p>Diagnóstico de enfermería Patrón respiratorio ineficaz r/c disminución del estado de conciencia Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación – perfusión. Disminución del gesto cardiaco r/c disminución de la precarga secundaria a hemorragia.</p>	<p>Aplica</p> <p>No aplica</p>

Variables	Definición conceptual de variable	Dimensiones	Definición Operacional de variable	Indicadores	Escala de medición
			Recogidas y análisis de datos (SHOEMAKER)	Riesgo de aspiración r/c disminución del estado de conciencia Riesgo de aspiración r/c disminución del estado de conciencia Con diagnósticos completos : 3- 4 Con diagnósticos incompletos 1-2 Sin diagnóstico 0	Aplica  No aplica
	Planificación	Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos.		Inmovilización completa de columna cervical y columna completa (Colocación de collarín y/o férulas) Permeabilidad de vías aéreas Aspiración de secreciones Oxígeno terapia /Intubación orotraqueal Monitoreo de funciones vitales y saturación de oxígeno. Acceso venoso y sueroterapia Administración de Analgésicos y prescripción médica pertinente Colocación de sonda vesical y naso gástrica  Con diagnósticos completos : 3- 4 Con diagnósticos incompletos 1-2 Sin diagnóstico 0	Aplica  No aplica

Variables	Definición conceptual de variable	Dimensiones	Definición Operacional de variable	Indicadores	Escala de medición
		Ejecución	En esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuación elaborado previamente y cuya meta es la de conducir al paciente al menos idealmente.	<p>Inmovilización completa de columna cervical y columna completa (Colocación de collarín y/o férulas)</p> <p>Permeabilidad de vías aéreas</p> <p>Aspiración de secreciones</p> <p>Oxígeno terapia/intubación ortotraqueal</p> <p>Monitoreo de funciones vitales y saturación de oxígeno.</p> <p>Acceso venoso y sueroterapia</p> <p>Administración de Analgésicos y prescripción médica pertinente</p> <p>Colocación de sonda vesical y naso gástrica</p> <p>Con diagnósticos completos : 3- 4</p> <p>Con diagnósticos incompletos 1-2</p> <p>Sin diagnóstico 0</p>	<p>Aplica</p> <p>No aplica</p>
		Evaluación	Corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos y los resultados	<p>Intercambio gaseosos favorable</p> <p>Perfusión tisular cerebral eficaz</p> <p>Funciones vitales y saturación de oxígeno dentro de parámetros normales</p> <p>Incremento de escala de conciencia Glasgow</p> <p>Con diagnósticos completos : 3- 4</p> <p>Con diagnósticos incompletos 1-2</p> <p>Sin diagnóstico 0</p>	<p>Aplica</p> <p>No aplica</p>

## **CAPITULO III**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO:**

El tipo de estudio es descriptivo, porque se analizará los resultados de un cuestionario como instrumento y se valorarán sus resultados.

Es corte Transversal, según el periodo y secuencia del estudio por que estudia las variables en forma simultánea, haciendo un corte en el tiempo; en este el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos.

Cuantitativo porque se expresarán los resultados en porcentajes de la muestra.

#### **3.2. ÁREA DE ESTUDIO:**

La investigación se realizará en el servicio de emergencia del hospital Nacional Cayetano Heredia, ubicado en Av. Honorio Delgado N° 460 Urb. Ingeniería el distrito de San Martín de Porres, provincia de Lima, departamento de Lima.

El hospital cuenta con un nivel de atención III y IV de atención donde acude población nivel medio y bajo este, hospital recibe en su mayoría de veces pacientes politraumatizados por accidentes automovilísticos,

caídas, etc. considerado también como hospital de referencia es por ello nuestro interés en realizar dicho estudio.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

**3.3.1. Población:** La población considerada para el estudio serán todos los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia adultos.

**3.3.2. Muestra:** Para la muestra serán considerados en el estudio, todas las 49 enfermeras que laboran en el servicio de emergencia, del hospital Nacional Cayetano Heredia.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Todos los pacientes que ingresan con diagnóstico de politraumatizado.
- Todos los pacientes que ingresan con dos o más lesiones traumáticas que pueden poner en peligro su vida.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes que presentan menos de dos lesiones leves sin riesgo de vida.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica a utilizar será la observación a través de la lista de chequeo que se realizará en las 24 horas del día por 3 semanas turnándonos cada 6 horas, para nuestra recolección de información llenando una lista de chequeo que es un formato compuesto por cinco partes con diferentes ítems (ANEXO), el cual fue sometido a validez y confiabilidad del contenido mediante el juicio de expertos, en un total de 10.

### **3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.5.1. Validación y confiabilidad de los instrumentos.**

La validez se realizó por medio de juicio de expertos, según criterios establecidos en el formato de la UPCH, aplicándose a los resultados del juicio de expertos la prueba binomial, obteniéndose una significancia estadística de 0.01 ( $p < 0.05$ ) lo cual permite confirmar con un nivel de confianza del 95% que el instrumento es válido.

#### **3.5.2. Plan de recolección de datos:**

- 1) Se realizará la inscripción del proyecto de investigación en la dirección de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y en el Comité Institucional de Ética de la misma Universidad.

- 2) Se solicitará permiso a la dirección del Hospital Nacional Cayetano Heredia y al departamento de enfermería para la aplicación de la prueba piloto
- 3) Las investigadoras se presentaran en el servicio de emergencia, donde se coordinarán y solicitarán facilidades al médico jefe y a la enfermera jefe del servicio de emergencia explicando los objetivos del estudio.
- 4) Se identificará al paciente politraumatizado en el servicio de emergencia.
- 5) Se pedirá permiso correspondiente a la enfermera asistencial de turno para la aplicación del estudio, explicando la finalidad del estudio y solicitar su consentimiento.
- 6) El instrumento se aplicará después de haberse confirmado el diagnóstico del paciente.

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos serán recolectados mediante un instrumento que estará constituido por 5 partes, compuesto por preguntas cerradas y dicotómicas en la cual el evaluador va a responder con un si o con un no los ítems que se aplicó a los enfermeros que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia mediante la observación, con una ficha de chequeo enfocado en el proceso de atención de enfermería que lo aplican a los pacientes politraumatizados, que ingresaron al servicio de emergencia.

El instrumento fue sometido a validez y confiabilidad del contenido mediante el juicio de expertos, en un total de 10 personas, se mejoró el instrumento mediante las sugerencias.

Una vez terminado la recolección de los datos estos serán procesados mediante el programa de MICROSOFT EXCEL donde se crearán tablas estadísticas para luego efectuar los análisis estadísticos en el programa Basic.



## CAPITULO IV

### CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS

#### 4.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación que planteamos se registrará según el informe Belmont basado en la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento (1974-1978). Detallándose como sigue:

- **Respeto a las personas:** A los profesionales de enfermería se considerará el consentimiento informado para la ejecución del presente proyecto, de este modo los protegeremos con una participación anónima, respetando su autonomía, y demostrando en todo momento cortesía.
- **Beneficencia:** Se maximizarán los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación, de tal forma que se puede concluir en aportes importantes para que el cuidado enfermero del politraumatizado alcance mejores estándares de efectividad.
- **Justicia:** En la ejecución del proyecto de investigación que proponemos se usarán procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente los instrumentos.

## 4.2 CONSIDERACIONES ADMINISTRATIVAS

### 4.2.1 Presupuesto

	<b>PERSONA</b>	<b>COSTO C/U</b>	<b>No. DE HORAS CONTRATADAS</b>	<b>COSTO TOTAL S/.</b>
04	Pago por Sustentación	200		800.00
04	Acta de Sustentación	22		88
01	Asesor Estadístico	25	10	250.00
01	Digitadota	5	30	100.00
			60	1150.00

### Recursos Materiales:

<b>CONCEPTO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Hojas borrador	300	0.05	S/ 15.00
Hojas Bond	2000	0.10	48.00
Pasajes	40	1.00	40.00
Horas de Internet	300	1.00	300.00
Lapiceros	12	1.00	12.00
Refrigerios	100	4.00	400.00
<b>Sub Total de Materiales</b>			<b>S/ 815.00</b>

### Servicios

<b>CANTIDAD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>COSTO</b>
80	Transporte pasaje	S/ 120.00
500	Fotocopias	50.00
03	Carnet de Biblioteca	60.00
03	Anillados	15.00
		245.00
<b>TOTAL</b>		<b>2210.00</b>

## **A.- PROBLEMAS ESPERADOS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN**

- Esperamos tener observaciones en la elaboración del presente proyecto de investigación que se irán considerando para su aceptación
- Los turnos de recolección de datos podrían variar de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los lo cual se programará una nueva lista.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA (2010) gráfica de gant modificado

ACTIVIDADES	Ab	Ma	Ju	Jul	Ag	Set	Oc	Nov	Dic	En
	r	y	n		o		t	v		o
Diseño del proyecto	XX									
Identificación y Formulación Del Problema		XX								
Revisión de antecedentes			XX							
Justificación e importancia			XX							
Formulación de objetos				XX						
Revisión de la literatura y Bases teóricas					XX					
Diseño metodológico					XX					
Operacionalización de Variables						XX				
Elaboración de instrumento							XX			
Prueba piloto-juicio de Expertos								XX		
Recolección de datos									XX	
Procesamiento de datos									XX	
Resultado, análisis y Discusión										XX
Elaboración del informe Final										XX
Entrega del informe final										XX

## ESCALA DE ESTANINO

Para la obtención de los niveles de clasificación del cuidado enfermero de los pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Los puntos de corte A y B donde:

$$A = \text{Media} - 0.75 * \text{Desv.}$$

$$B = \text{Media} - 0.75 * \text{Desv.}$$



Donde

Niveles	Clasificación
0	NO
1 a 2	A VECES
3 a 4	SI

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llontop Guevara P. Evaluación de la probabilidad en pacientes Politraumatizados ingresados a la UCI del Hospital María Auxiliadora 1999-2002
2. Palacios Herrera L. Nivel de conocimiento del personal de enfermería en la atención del paciente politraumatizado del Hospital de Piura Nro 15, Abr 2002.
3. Marriner.Tomey M. Modelos y teorías en enfermería, 4ta ed : España HarcourtBrace, 1999
4. LicideMederos.V Atención de enfermería al paciente politraumatizado, Cuba 1999 pag 125-130
5. Abraham Toruño S. trauma score - in juryseverity score (triss) Valorar supervivencia en el paciente traumatizado. Managua - Feb 2004
6. IyerTaptich.B Proceso y diagnostico de enfermería.4ta ed,: México DF: Mc-Graw Hill Interamericana Editores; 2009.
7. Polit H. Investigación científica en ciencias de la salud, 6ta ed: México DF: Mc-Graw Hill Interamericana Editores; 2000
8. Jiménez Murillo, F.J. Montero Pérez Medicina de Urgencias, guía diagnóstica y protocolos de actuación, 2 da ed,: España 1999.
9. Morales S.N., Impacto de desastres y situaciones de Emergencia en el ámbito de la Salud del Perú,2001
10. Zegarra Cipres M Bou Llusar,J 2005 : Concepto,tipos y dimensiones del conocimiento. 2 da ed : Barcelona España 1995.
11. Instituto Latinoamericano de ciencias y desarrollo,estrategias y manejo de emergencias médicas quirúrgicas, Perú 2007

12. Guasca Caicedo, E. Manejo inicial de enfermería del paciente politraumatizado, 9<sup>na</sup> ed : Bogota 2000
13. Revista de la sociedad Peruana de Medicina Perú 2008.
14. [http://www.ajbarra.org/Enfermeria/Manejo inicial del enfermerial del paciente politraumatizado. htm](http://www.ajbarra.org/Enfermeria/Manejo%20inicial%20del%20enfermeria%20del%20paciente%20politraumatizado.htm)
15. <http://www.monografias.com/trabajos/antIn28/politraumatizado.htm>.
16. [http://www.redsalud.com./archivos/gulas/poiitraumatizado. htm](http://www.redsalud.com./archivos/gulas/poiitraumatizado.htm).
17. <http://www.imss.gob.com/rdonlyres/19AED234-DD82-402CBD2D.htm.->

# **ANEXOS**



## ANEXO N° 2

### LISTA DE CHEQUEO

**UNIVERSIDAD PERUANO CAYETANO  
HEREDIA FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN**

Para identificar el nivel de cumplimiento en el cuidado enfermero en el paciente politraumatizado en emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2009.

Institución de salud: Servicio

Fecha

La técnica a utilizar es la observación en donde se aplicara la parte de chequeo sobre la valoración de enfermería; en el cuidado enfermero del paciente politraumatizado.

FICHA DE CHEQUEO	No	Si
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>VALORACIÓN</b></li><li>- La enfermera realiza el control de funciones vitales: Presión arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Temperatura, Saturación de oxígeno</li><li>-La enfermera realiza la valoración céfalo caudal: Cabeza Estado de conciencia, Escala de Glasgow, reacción pupilar, Tórax Abdomen Miembros superiores Miembros inferiores</li><li>• <b>DIAGNOSTICO:</b></li><li>- La enfermera formula el diagnostico de; Patrón respiratorio ineficaz r/c disminución del estado de conciencia.</li><li>- La enfermera formula el diagnostico de; Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación perfusión.</li></ul>		

- La enfermera formula el diagnostico de; Disminución del gasto cardiaco r/c disminución de la precarga secundaria a hemorragia.
- La enfermera formula el diagnostico de; Riesgo de aspiración r/c
- disminución del estado de conciencia.
- La enfermera formula el diagnostico de; Riesgo de aspiración r/c disminución del estado de conciencia.

• **PLANIFICACIÓN:**

- La enfermera planifica la Inmovilización completa de columna cervical y columna completa  
Colocación de collarín Férulas
- La enfermera planifica la permeabilidad de vías aéreas  
Tubo de mayo  
Tubo endotraqueal
- La enfermera planifica la aspiración de secreciones.
- La enfermera planifica la oxigenoterapia.
- La enfermera planifica el Monitoreo de funciones vitales y saturación de oxígeno.
- La enfermera planifica el acceso venoso: sueroterapia.  
Administración de analgésicos prescripción médica pertinente
- La enfermera planifica la colocación de sonda: Sonda vesical
- Sonda Nasogástrica

• **EJECUCIÓN:**

- La enfermera realiza la ejecución completa de los cuidados
- planeados en el paciente politraumatizado.
- La enfermera realiza la ejecución incompleta de los cuidados planeados en el paciente politraumatizado.
- La enfermera no realiza la ejecución de los cuidados planeados en el paciente politraumatizado.

• **EVALUACIÓN:**

- La enfermera realiza la evaluación de los cuidados planeados y ejecutados del paciente politraumatizado.

### ANEXO N° 3

#### EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a esto se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación.

A continuación sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N° de ítem	Validez de contenido		Validez de Instructor		Validez de criterio		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		
9	X		X		X		
10	X		X		X		
Amplié según cree conveniente							

**Sugerencias:** Se espera que al final de la investigación, el proceso del cuidado se dé en forma holística para los pacientes politraumatizado que ingresan al servicio de emergencia realizando el proceso de enfermería.

**ANEXO N° 4**  
**EVALUACIÓN DEL JUICIO DE EXPERTOS**  
**PRUEBA BINOMIAL**

<b>CRITERIOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>ACUERDO</b>	<b>P</b>
1. ¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002
2. ¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de la investigación?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002
3.- ¿Los instrumentos de la recolección de datos facilitaran el logro de los objetivos de la investigación?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002
4.- ¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con la o las variables del estudio?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002
5.- ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002
6.- ¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002
7.- ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002
8.- ¿Del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002

9.- ¿En el instrumento de recolección de datos, usted agregaría algún ítem?	A	D	A	A	A	A	A	D	A	7	0.090
10.- ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002
11.- ¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	0.002
TOTAL											0.11

### **NOTA**

D: Respuesta **desfavorable** a la validez del contenido

A: Respuesta favorable a la validez del contenido:

\*P: Obtenido con la prueba binomial.

Si  $P < 0.05$ , las concordancias entre jueces es estrictamente significativa.

En las preguntas donde P es  $>$  a 0.05 (no hay concordancia significativa entre jueces), se tomaron en cuenta las observancias y sugerencias de los expertos para la elaboración del instrumento definitivo.

## ANEXO N° 5 VALORACION DE ENFERMERIA

### I- DATOS GENERALES:

Fecha de ingreso:	Hora de ingreso:	Edad:	Tipo de atención: SIS ( ) SOAT ( ) Otros
Diagnostico:		Antecedentes:	
Traído por: Familiar ( ) Policía ( ) Bombero ( ) Médico ( ) Enfermera ( ) Otros ( )			
Procedencia: Referencia ( ) Consultorio ( ) Casa ( ) Otros			

### II- VALORACIÓN SUBJETIVA

### III- VALORACION OBJETIVA :

<b>Funciones Vitales</b>	PA :	FC:	Sat O <sub>2</sub> :
	T°:	FR:	

#### I- NEUROLOGICO:

Escala de GLASGOW: Puntaje total ( ) O: ( ) ; V: ( ) ; M: ( )

Orientado  Desorientado  Somnoliento  Estupor  Coma  Pupilas  
 Isocóricas  Pupilas Anisocóricas  Fotorreactivas  Paralíticas  Midriáticas   
 mióticas  Hemiparesia MSD ( ) MSI ( ) MID ( ) MII ( ) Hemiplejia MSD ( ) MSI ( ) MID ( ) MII ( )

Paraplejia: Cefalea: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

#### Diagnósticos de enfermería :

Alteración de la perfusión tisular cerebral r/c traumatismo :

Alteración de la capacidad adaptativa intracraneal r/c

Confusión Aguda r/ c

#### II- RESPIRATORIO

Frecuencia:....., calidad: superficial  , regular  , irregular  polipnea  taquipnea  apnea

disnea en reposo  ejercicio  Se cansa con facilidad sí  no  Ruidos respiratorios:

crépitos  sibilantes  roncus  características .....

Drenajes:

Oxigenoterapia: sí  no

TET :  Traqueostomia  , VM  modo .....

#### Diagnósticos de enfermería:

- Deterioro del intercambio gaseoso r/c ventilación e hipoventilación pulmonar

- Patrón respiratorio ineficaz r/ c disminución de la expansión pulmonar

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c obstrucción de las vías reas, vía aérea artificial secreciones bronquiales ,etc

#### III CARDIOVASCULAR

Pulso Palpable  No palpable  Débil filiforme  intermitente  cianosis  llenado capilar

edema: localización..... ligero moderado grave no

Dolor torácico . Tipo ..... irradiación ..... localización ..... frecuencia.....

.duración.....

Intensidad.....

#### Diagnósticos de enfermería:

Disminución del gasto cardiaco r/ c alteración de la frecuencia o ritmo cardiaco , alteración de la precarga

Perfusión tisular inefectiva r/c interrupción del flujo arterial y/o venoso ,desequilibrio en la perfusión

Dolor agudo r/c agente lesivo (bilógico,físico,etc.)

#### IV- GATROINTESTINAL

Abdomen :blando depresivo  tabla  distensión abd  Dolor  
Tipo.....localiza  .....        
Ruidos hidroaéreos aumentados  disminuidos  nauseas  vómitos  estreñimiento   
diarrea   
Características.....Rectorragia  Hematoquesia  Melena  Medios invasivos   
.....  
**Diagnósticos de enfermería:**  
Dolor agudo r/c agente lesivo (biológico,físico,etc.)   
Deficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos   
Diarrea r/c .....  
Estreñimiento r/c .....

#### V- GENITOURINARIO

Espontaneo  Poliurea  Oligurea  Anuria  Hematuria  retención  incontinencia   
Disuria  Globo vesical  Medios invasivos .....  
**Diagnósticos de enfermería :**  
Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo y motor  
Retención urinaria r/c obstrucción,alta presión uretral,etc  
Incontinencia urinaria refleja r/c lwsión tisular cistitis etc

#### VI-PIEL Y MUCOSAS

Mucosa oral : Intacta  lesiones  húmeda  seca   
Piel : normal  pálida  hidratación  turgente  seca  palidez  cianosis  ictericia   
Equimosis  Heridas   
**Diagnósticos de enfermería:**  
Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos   
Riesgo de traumatismo r/c factores externos   
Riesgo de infección r/c .....

#### V- MOVIMIENTO

Grado de dependencia: I , II , III ,IV , Hemiplejia  Cuadriplejia  Tracción  Fracturas   
Fuerza mus       
Conservada disminuída flacidez contractura parálisis  
**Diagnósticos de enfermería:**  
Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular o musculoesqueletico

#### VI – COMUNICACIÓN

Comunicación con gestos  Por gestos  Por escritura  Afásico  Otros:

**GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES**  
**SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL PARA LA GUÍA DE OBSERVACIÓN**

Número de jueces	Acuerdos	Desacuerdo	P*
9	9	0	0.002
9	7	2	0.090

n: número de ítems

P: promedio  $= \text{TOTAL} / n$   
 $= 0.11 / 11$   
 $= 0.01$

Un valor P promedio inferior a 0.05 es un indicador de validez por lo tanto el cuestionario es válido.



## **INFORME DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS POR LOS JUECES EXPERTOS**

Se llevó a cabo un resumen contenido los aspectos principales del proyecto de investigación, fueron entregados a 10 profesionales para la validación de los instrumentos elaborados, como son el cuestionario, la lista de chequeos, la ficha de evaluación antropométrica.

Pero sólo se obtuvo los informes de 9 expertos debido a que uno de ellos no se encontraba en la ciudad de Lima.

- Con la evaluación de los expertos contribuyeron con el diseño de los instrumentos, el mejoramiento de la redacción y orden de las preguntas así como el enriquecimiento del contenido.
- Las sugerencias se basaron en modificar algunos ítems del cuestionario.
- , colocar respuestas específicas.
- Se modificó algunos ítems de recolección de datos en base a la adecuada validación por los jueces de expertos.
- Se logró unificar criterios en cuanto a la estructura temática de los instrumentos de recolección de datos.