



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA  
ATENCIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS POR EL SERVICIO  
MÓVIL DE URGENCIAS.

Trabajo académico para Optar el Título de Especialista en Enfermería en  
Emergencias y Desastres

**Investigadoras:**

Belaunde Garcia, Laura Adriana

Ramirez Lopez Lisset Yohana

Cáceres Robles Juan Carlos

**LIMA - PERÚ**

**2018**

**Asesor de tesis**

---

Lic. Esp. Luis Huamán Carhuas

JURADO EXAMINADOR

PRESIDENTA: Dra. ROXANA OBANDO ZEGARRA

SECRETARIA: Lic.Esp. OLGA PEREA CANCHARES

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas en la atención de pacientes politraumatizado por el personal de Enfermería del Servicio de Atención Móvil de Urgencias 2018 **DISEÑO METODOLÓGICO:** El tipo de estudio es con enfoque cuantitativo, correlacional, corte transversal, área de estudio las 33 unidades del servicio móvil de urgencias, la población considerada es de 165 licenciados en enfermería. **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** se utilizará la encuesta y la lista de observación. **PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:** Durante las reuniones mensual, se evaluará mediante el cuestionario y la lista de cotejo no participante que tiene como objetivo identificar tanto el nivel de conocimiento y el nivel de práctica respectivamente en la atención de pacientes politraumatizados en la unidad móvil. **ANÁLISIS DE DATOS:** Los datos serán recolectados mediante los instrumentos validados y aprobados por el juicio de expertos, que determinen su nivel de confiabilidad, el cuestionario consta de 28 preguntas, a su vez la lista de cotejo consta de 14 ítems, ambos compuestos por preguntas cerradas que será aplicado a los enfermeros y enfermeras que cumplan los criterios de inclusión, se tendrá en cuenta los criterios éticos según la declaración de Helsinki II.

**PALABRAS CLAVE:** politraumatismo, atención paciente politraumatizado, cuidado enfermería, servicio de atención móvil de urgencias.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	3
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
1.1.    Formulación del Problema.....	6
1.2.    Justificación .....	6
1.3.    Viabilidad y Factibilidad.....	7
CAPÍTULO II: OBJETIVO DE ESTUDIO.....	9
2.1.- Objetivo general: .....	9
2.2.- Objetivos específicos:.....	9
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO.....	10
3.1.- Antecedentes de Estudio.....	10
3.2.- Base Teórica: .....	13
CAPÍTULO IV: MATERIAL Y METODO .....	38
4.1 Diseño de Estudio .....	38
4.2.- Población de estudio:.....	38
4.3.- Muestra: .....	39
4.4 Definición operacional de variables.....	41
4.5.- Procedimiento y técnica de recolección de datos .....	46
CAPÍTULO V:CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS.....	49
5.1. Referencias bibliográficas .....	55
ANEXO.....	59

## INTRODUCCIÓN

Los politraumatismos en los países en vías de desarrollo son un problema de salud pública, así lo determina la OMS (boletín abril 2009), que afecta no sólo a la persona sino además a la familia y sociedad, por los costos que implica su atención, intervención y recuperación; cabe mencionar que dentro de los estudios y datos recogidos no se valora el impacto del dolor y sufrimiento, que padece el paciente politraumatizado.

El presente proyecto pretende determinar el factor predominante del enfermero en la supervivencia, estabilización, recuperación y disminución de secuelas de paciente con politraumatismos, además el rol que ocupa en los equipos de salud de atención pre hospitalaria, ejecutando el Proceso de Atención de Enfermería de forma sistemática, ordenada y consensuada, por ende el presente proyecto determinará cómo fortalecer aquellos conocimientos y prácticas necesarias para el desarrollo de la atención eficiente.

Los estudios a cargo The Global Burden of Disease Study (GBD) 2010 constituye fuente epidemiológica sobre distribución global de las enfermedades y trastornos más prevalentes, los factores riesgo – salud, así como el índice de mortalidad y secuelas no letales (discapacidades) que afectan a los Politraumatizado jóvenes y se prolonga durante el resto de su vida. En su informe el GDB, determina que los politraumatismos son la sexta causa de muerte y la quinta discapacidad moderada y severa, siendo para los menores de 35 años la primera causa de muerte y discapacidad. Siendo los accidentes de tránsito, el 35% de fallecidos globalmente por trauma, causando 1.3 millones de muertos y discapacitados, por tanto, un problema de salud pública debido a la escasa estrategia preventiva y de respuesta en la atención inmediata de los servicios de salud frente a los politraumatismos.

En España según datos del INE durante el año 2012 fallecieron alrededor de 1915 personas por accidente de tránsito (15% más que el 2011); en Perú para el mismo período Enero – Diciembre 2012 se registraron 25614 lesionados producto de 15175 accidentes de tránsito; se considera que la muerte del paciente Politraumatizado

acontece como se verá en el presente estudio por tres picos claramente definidos, es durante el abordaje inicial donde se puede lograr la estabilización del paciente, lo suficiente como para asegurar una adecuada vía aérea, respiración efectiva y circulación, que nos permita identificar y valorar con detenimiento las lesiones que implican el trauma respectivo.

Una correcta evaluación resulta fundamental para el éxito de la atención hospitalaria, y la recuperación pronta del paciente, es en éste punto donde las intervenciones del personal de enfermería resultan de suma importancia para coordinar con las atenciones que recibirá a lo largo de su proceso de recuperación.

El objetivo del presente estudio por parte de los investigadores es determinar la relación entre los conocimientos y prácticas que nos permitan incrementar la recuperación del paciente, la bibliografía nos demostrará que es durante la primera media hora el tiempo preciso en que se tomará las decisiones acertadas y correcta aplicación de procedimientos que podrían generar la brecha entre la vida y muerte de la persona, así como llevar una vida con calidad.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Anualmente existen 1.25 millones de muertes en consecuencias a los accidentes de tránsito. Aproximadamente entre veinte y cincuenta millones de seres humanos sufren de distintos traumatismos ya sean no mortales y que en consecuencia les genere algún tipo de dificultad a futuro.

Los accidentes de tránsito son la principal causa de defunción para las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años. Las secuelas generadas por los accidentes de tránsito conllevan a pérdidas de índole económico tanto para la persona afectada, la familia y la nación. A nivel de esto último se dice que del PBI representan del 1% al 3%. En el caso de las defunciones por este motivo se ha encontrado que por lo menos el 90% se da en países en vías de desarrollo, lugares en donde en circulación podemos encontrar que menos del 54% de los vehículos que cuentan con matrícula a nivel mundial. <sup>(1)</sup>

Cabe recalcar que una atención eficiente y eficaz de emergencia tiene como inicio el mismo lugar en donde se ha producido el traumatismo, inicialmente con los testigos, atención prehospitalaria, un correcto transporte y culmina con las acciones que prestarán dentro del nosocomio.

Cada año, cerca de 1,3 millones de personas fallecen a raíz de un accidente de tránsito, más de 3000 defunciones diarias y más de la mitad de ellas no viajaban en automóvil.

En América Latina ha subido la tasa de mortalidad en Brasil, en Bolivia, en Cuba, en Chile, en Uruguay y en El Salvador.

A nivel nacional, según el INEI se han registrado veintidós mil doscientos veinte tres millones de accidentes para el año 2012, que resultó un incremento del 11.7% respecto al año anterior <sup>(3)</sup>. A su vez el Sistema de Atención Móvil de Urgencias-SAMU 106, tiene como objetivo principal la gestión integral de la atención pre hospitalario tanto en urgencias y emergencias. La atención médica pre hospitalaria que abarque en totalidad la Región Metropolitana y regiones asistiendo a los

pacientes en el lugar donde se produzca la emergencia, en el menor tiempo posible, trasladándolos en las condiciones de estabilización que requieran hasta el centro asistencial más adecuado a su situación específica. (4)

El profesional de enfermería tiene como una de sus funciones la labor asistencial que implica el uso del Proceso de atención de enfermería ,en base a los diferentes modelos y teorías con el fin de velar por la calidad de vida del usuario ,es en éste contexto que se plantea medir los conocimientos que tienen sobre la intervención pre hospitalaria y las prácticas que ésta tiene frente a los traumatismos de múltiples índoles en los pacientes para de alguna forma; analizar la implicancia que esto conlleva y mejorar la atención para un mejor ejercicio profesional .Es de todo ello en dónde ésta investigación plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas en la atención de pacientes Politraumatizado del personal de enfermería por el servicio móvil de urgencias?.

### **1.1. Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas en la atención de pacientes Politraumatizado del personal de enfermería por el servicio móvil de urgencias?

### **1.2. Justificación**

El presente proyecto tiene como conveniencia la actividad del profesional de enfermería que se desempeña a nivel pre hospitalario en las unidades móviles (servicio de atención móvil de urgencia), pues éste enfrenta la demanda de atención del paciente Politraumatizado, sin guías clínicas ni protocolos nacionales establecidos, que les permitan afrontar los diversos escenarios y las respuestas frente

a cada evento que atiende; los procedimientos que ejecuta se ajusta a un consenso general, observándose muchas veces disparidad en la atención del quehacer diario.

Será de relevancia social, puesto que a medida que el quehacer de enfermería sea identificado por la población que es atendida, reconocerá en éste a un equipo que labora para la atención con calidad. Permitirá además ampliar el campo laboral del enfermero especialista puesto que es con la base de conocimientos y pericia en su actuar podrá desenvolverse en los distintos escenarios de la atención pre hospitalaria, no sólo con sus intervenciones para el abordaje inicial del paciente con politraumatismos, sino que podrá en virtud de su experiencia prevenir posibles complicaciones que desencadenan producto de un evento adverso, reduciendo el tiempo de recuperación y mejora tras la fase de rehabilitación.

La implementación de protocolos y guías clínicas para la atención de paciente Politraumatizado en los servicios de unidad móvil, permitirá al personal de enfermería obtener los mismos estándares de calidad, además como la retroalimentación sobre los incidentes que pudieran presentarse por cada evento atendido, así como la evaluación en los casos que requiera analizar los indicadores de calidad.

Este proyecto de investigación es de suma importancia ya que debido a sus resultados se podrá poner mayor énfasis en los protocolos de emergencia destinado para la atención de este tipo de pacientes, que permitirán al enfermero cumplir de mejor manera su accionar con cuidados específicos, sistematizados y prioritarios para disminuir la mortalidad y las consecuencias de los usuarios implicados y así asegurar una mejor calidad de vida. (6)

### **1.3.Viabilidad y Factibilidad**

El tema de investigación que se está realizando cuenta con el suficiente acceso a información primaria, tanto en internet revistas, guías, entre otros.

Es estudio poblacional se realizará en las unidades móviles de atención de urgencias SAMU, que cuenta con las unidades necesarios q nos facilitarán la información para dicho estudio.

La investigación contará con la participación del personal enfermero que labora en las unidades móviles de SAMU que brindará apoyo en el proyecto, también la Universidad Peruana Cayetano Heredia contribuirá en los aspectos de asesoría.

Con la ejecución de nuestra investigación no se altera ni causa ningún daño a un individuo comunidad ni ambiente más bien tiene la finalidad de conocer qué tanto conoce el personal que labora en dichas unidades el manejo de paciente politraumatizado.

El presente trabajo de investigación se realizará en corto plazo aproximadamente de enero – abril del año 2018.

El financiamiento de la investigación será por medios de recursos monetarios propios de los investigadores, de manera que el proyecto no requiere de un financiamiento mayor o ser financiado por alguna entidad.

## **CAPÍTULO II**

### **OBJETIVO DE ESTUDIO**

#### 2.1.- Objetivo general:

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas en la atención de pacientes politraumatizado por el personal de Enfermería del Servicio de Atención Móvil de Urgencias.

#### 2.2.- Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos sobre la atención de pacientes politraumatizado por el personal de enfermería del Servicio de Atención Móvil de Urgencias
- Identificar las prácticas en la atención de pacientes politraumatizado por el personal de enfermería del Servicio de Atención Móvil de Urgencias
- Establecer estadísticamente la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas en la atención de pacientes politraumatizado por el personal de enfermería del Servicio de Atención Móvil de Urgencias.

## CAPÍTULO III

### MARCO TEÓRICO

#### 3.1.- Antecedentes de Estudio

##### **Antecedentes Internacionales**

Pupiales (2017), realizó la investigación titulada Conocimientos y prácticas clínicas del personal de enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico Politraumatizado - Área de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo que tuvo como finalidad medir los conocimientos y prácticas clínicas de los enfermeros en el abordaje inicial del paciente con compromiso politraumático. El estudio realizado fue de tipo observacional, descriptivo, de tipo transversal. Se utilizó la técnica de observación mediante una guía de recopilación de datos de pacientes Politraumatizado. De los datos obtenidos se pudo determinar que el 100 % del personal enfermero conoce el proceso de atención enfermero sin embargo no lo aplica, haciendo de sus actividades una rutina y sólo un 35.3% asume lo dicho por los protocolos establecidos (8).

Yagual (2013), en su investigación Atención de enfermería en pacientes Politraumatizado en el área de Emergencia del hospital “Liborio Panchana Sotomayor”. Que fue de tipo descriptivo y transversal y cuyo objetivo fue analizar la atención de enfermería en pacientes poli traumatizados tuvo como muestra a las cuarenta licenciadas que trabajan en el área de emergencia, utilizando la técnica de la observación mediante una guía , terminó obteniendo que el 60 % no ejecuta lo estipulado en los protocolos pese a conocer muy bien el orden de estos.(9).

Figuerola (2012), realizó el estudio titulado Actuación del personal de enfermería en la asistencia y su influencia en la recuperación del paciente Politraumatizado atendido en el área de emergencia del Hospital Provincial General Latacunga, tuvo como objetivo general establecerla relación entre ambas variables, garantizando la estabilización hemodinámica de las funciones vitales y disminuyendo futuras complicaciones. Fue un estudio cualitativo de tipo descriptivo y retrospectivo y usó técnicas como encuestas y fichas de observación y se llegó a la siguiente conclusión: Que el personal que labora en el área de enfermería no están capacitados de manera correcta para el manejo de pacientes con esas características (11).

Tafur y Tulcanazada (2012), realizaron el estudio titulado Rol del profesional de enfermería en el manejo temprano de pacientes Politraumatizado en el servicio de Emergencias en base a protocolos de atención en el “Hospital San Luis De Otavalo cuyo objetivo fue determinar la importancia de la función enfermera en el primer contacto con usuario Politraumatizado, que ingresan en la unidad de emergencias para brindar atención con calidad y calidez. El estudio fue de tipo descriptivo y se utilizó un método de selección aleatoria. Se llegó a la siguiente conclusión los conocimientos de los enfermeros de dicho servicio es regular lo que amerita la actualización y capacitación en forma permanente y en sus actividades diarias la mayor parte del profesional dan cumplimiento a cada uno de los cuidados que se debe brindar en la atención del paciente Politraumatizado, sin la aplicación de instrumentos de apoyo con sustento científico (12).

Crespo y Yugs (2012), realizaron el estudio sobre la relación existente entre los conocimientos por parte del personal de enfermería sobre atención inicial a personas con TEC grave y el proceso de atención de enfermería que le brinda dentro de la unidad de emergencia del hospital Eugenio Espejo, en dónde se capacito e implementó nuevos protocolos para mejorar la atención

Esta investigación fue analítico descriptivo porque permitió valorar el nivel de conocimientos de las enfermeras/os y transversal. Se utilizaron como instrumentos una encuesta y guía de observación al personal de enfermería y se llegó a la conclusión que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente (13).

### **Antecedentes Nacionales**

Roldan (2013), realizó su investigación sobre los Conocimientos de las enfermeras del SAMU en la evaluación inicial del paciente poli traumatizado por accidente de tránsito Lima – Perú. 2013 cuyo objetivo fue determinar dichos conocimientos con la finalidad de brindar a la institución material de primera fuente para que pueda establecer mejores estrategias y/o programas de capacitación y actualización dirigida a sus profesionales. El estudio fue de tipo descriptivo con corte transversal. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Se llegó a la conclusión que la mayoría (51%) desconoce sobre el proceso adecuado del examen físico, valoración del sistema nervioso y pasos de la evaluación primaria ,seguida de un (49%) que tienen conocimiento sobre la maniobra para el control de la columna cervical, la obstrucción de la vía aérea ,evaluación del estado hemodinámico, y evaluación para determinar traslado(14).

Tarazona (2008), realizó el estudio titulado Nivel de conocimiento de la enfermería en la atención al usuario adulto Politraumatizado en el servicio de emergencia de la Clínica San Pablo-sede norte 2008- Independencia, en dónde la finalidad fue medir el conocimiento del personal enfermero y dicho campo. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. Se llegó a la conclusión que las enfermeras en su mayoría 10 (62.5%) cuentan con conocimiento medio, y sólo 2 (12.5%) cuentan con un amplio nivel de conocimiento, finalmente se observa que la

cuarta parte 4 (25%) presentan un bajo nivel de conocimiento en cuanto a la intervención dirigida al paciente Politraumatizado. (15).

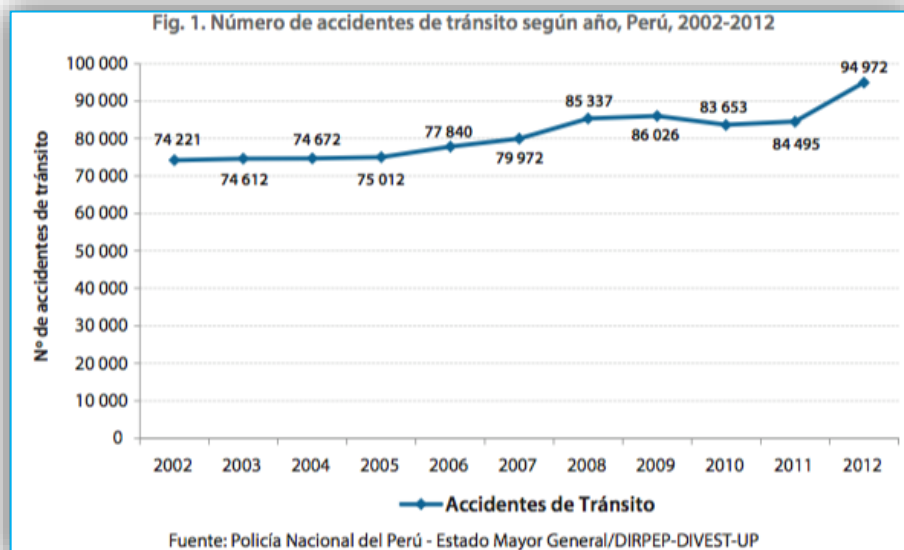
### **3.2.- Base Teórica:**

La enfermera; de manera general, en su conocimiento de la profesión reconoce 3 elementos en su filosofía: Conocimiento, Valores y ser (individuo), siendo el conocimiento fundamental porque es una ciencia y su procesará de atención se basa en la lógica y el método científico.

### **SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL PERÚ (16)**

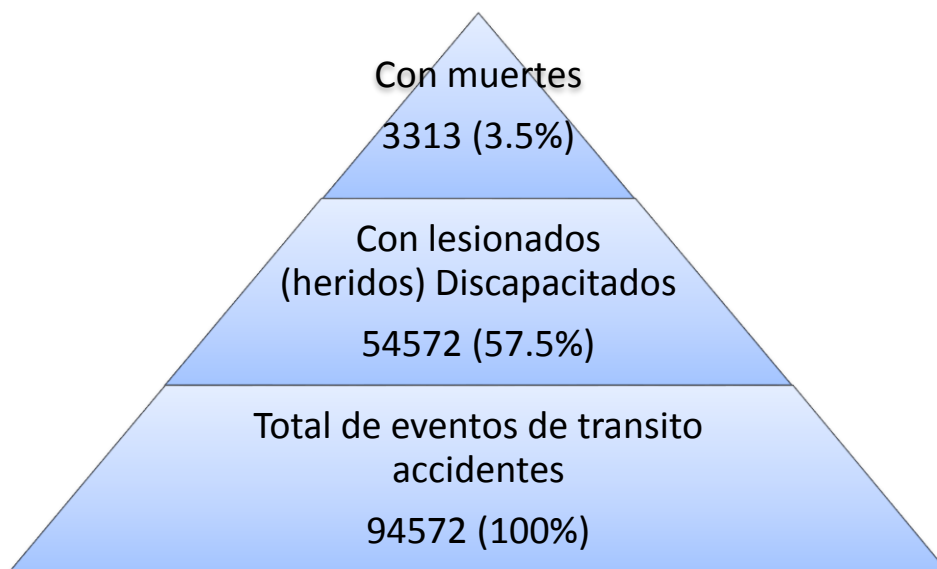
El presente análisis está basado en el último informe publicado por la Dirección General de Epidemiología y el Ministerio de Salud, el Análisis Epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú 2013, siendo este un informe multisectorial.

De acuerdo a los datos proporcionados por la Policía Nacional del Perú, la tendencia del número de accidentes de tránsito se ha ido incrementando a nivel nacional, en el año 2002 se registraron 74221 accidentes de tránsito en comparación con el año 2012 en que fueron registrados 94972 lo que representa un incremento del 27% de los accidentes de los años anteriores.



Para el año 2012, el número total de accidentes fue de 94972, resultando heridas 54 572 personas (57.5%) de este porcentaje se desconoce las personas que hayan desarrollado alguna discapacidad, 3313 personas fallecieron por esta causa correspondiendo al 3.5% del total

Grafico 1.- Pirámide de los traumatismos causados por el tránsito. Perú 2012



Fuente: Policía Nacional del Perú – Estado Mayor General

## **UNIDADES MÓVILES DE URGENCIAS**

Son ambulancias tipo II Y III, medicalizadas, dotadas del equipo humano y técnico necesario para atender todo tipo de emergencias, incluida la gestión de accidentes de múltiples víctimas extra hospitalarias en el origen de la llamada.

Así como el traslado de los pacientes que lo requieran en las adecuadas condiciones clínicas de soporte y mantenimiento hasta el Centro Hospitalario.

Las unidades móviles de nivel 2 y 3 cuentan con maletín de reanimación, balones de oxígeno, un aspirador de secreciones, camilla telescópica para el traslado rápido del paciente, así como silla de ruedas, set de collarines para fracturas, desfibriladores, oxímetros de pulso, un ventilador mecánico y otros implementos médicos.

### **Sistema de Atención Médico Móvil de Urgencia (SAMU)**

Implementado por el Ministerio de Salud en el año 2011, es un servicio médico integral que permite, poder recibir asistencia inmediata en el lugar cuando se presente una urgencia y emergencia, atendido por un equipo de salud que brinde un servicio eficiente y de calidad, de manera gratuita.

El SAMU responde a la llamada al número de contacto 106, un número para casos de emergencia, atendido por un profesional capacitado y entrenado en urgencias y emergencias, desde el cual informa, orienta al usuario y/o persona que notifica los casos de urgencia y emergencia, a su vez para coordinar la movilización desde el lugar del incidente hasta el establecimiento de salud respectivo.

### **Cuerpo General de Bomberos Voluntarios**

La institución conformada por bomberos voluntarios realiza su actividad ad honorem, acuden con su unidad médica para atender los accidentes de tránsito reportaron para el año 2018.

Según lo investigado las atenciones médicas, no disponen de un código específico para politraumatismos, por ende, los tipos de emergencia que se encuentran en los rótulos de accidentes vehiculares y algunos de los casos tipificados en emergencias médicas, caben dentro de la clasificación para los politraumatismos.

Tabla 1.- Estadísticas de Emergencias Atendidas a nivel Lima, Callao e Ica. Tipo de Emergencia 2018

TIPO DE EMERGENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Incendio	592	442	507	456	430	358	420	298	0	0	0	0	3503
Fuga de gas	309	257	302	308	272	281	285	199	0	0	0	0	2213
Emergencias Médicas	3143	2861	3464	3235	3650	3514	4176	2588	0	0	0	0	26631
Rescates	182	157	191	149	134	182	162	115	0	0	0	0	1272
Derrame de productos	1	0	1	0	1	1	4	2	0	0	0	0	10
Cortocircuito	141	119	131	140	134	118	132	80	0	0	0	0	995
Servicio Especial	88	94	128	149	148	125	190	80	0	0	0	0	1002
Accidentes Vehicular	702	620	760	778	796	790	818	633	0	0	0	0	5897
Falsa Alarma	10	11	13	6	8	4	9	12	0	0	0	0	73
Desastres Naturales	4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	8
<b>TOTAL</b>	<b>5172</b>	<b>4562</b>	<b>5498</b>	<b>5221</b>	<b>5574</b>	<b>5374</b>	<b>6196</b>	<b>4007</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>41604</b>

FUENTE: Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Perú – Comando Nacional

## Vigilancias de las lesiones por accidentes de tránsito

Implementado el año 2007 por la Dirección General de Epidemiología, la Vigilancia en Salud Pública de las lesiones por accidentes de tránsito, actualmente se encuentra en las diversas Direcciones de Salud del país.

Las regiones más alejadas como Cusco, Madre de Dios, Tacna, Ucayali, Puno y San Martín regiones alejadas son aquellas que están más expuestas debido a la vulnerabilidad de su organización y respuesta de los servicios de salud.

Los datos de la vigilancia de las lesiones por accidentes de tránsito, que han dado origen a este proyecto indican la necesidad de mejora en la atención pre-hospitalaria, debiendo incrementarse el traslado de los lesionados por ambulancia de salud.

### Gravedad de las lesiones por accidentes de tránsito (17)

La gravedad de las lesiones por accidentes de tránsito, son en mayor porcentaje leves, seguidos de las potencialmente graves y un porcentaje significativo es grave, lo que implica discapacidades permanentes, así como temporales. Sin embargo, en el último quinquenio se muestra una reducción de las lesiones leves y aumento de las lesiones graves; esto implica la necesidad de fortalecer los servicios de emergencia de los hospitales con fines de reducir la mortalidad y la discapacidad de los lesionados.

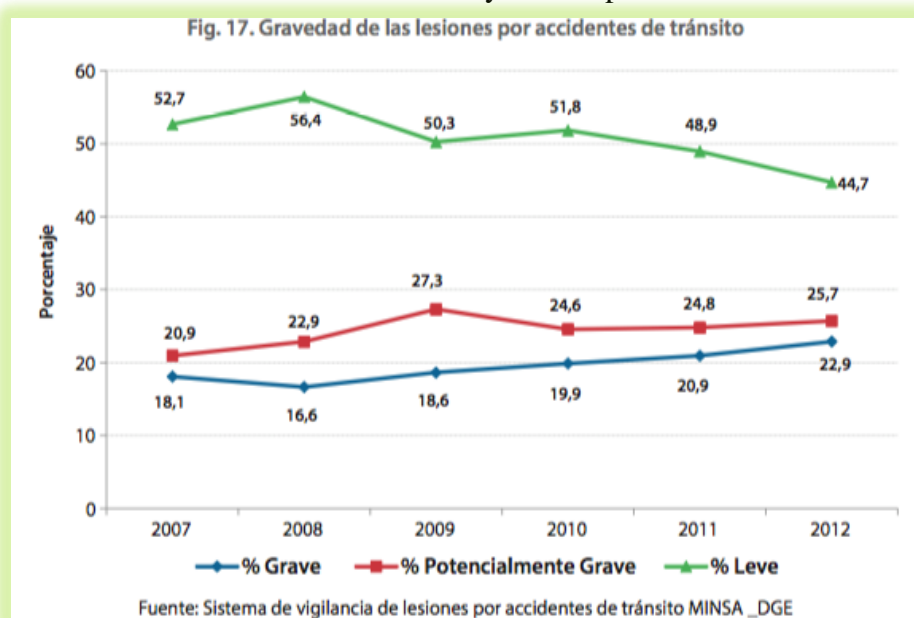


Tabla2.- Tipo de Accidentes de tránsito y severidad de las lesiones 2007 – 2012

Tipo de accidente	Gravedad de las lesiones por accidentes de tránsito					
	Grave	%	Potencialmente Grave	%	Leve	%
Choque	9749	39.97	10730	35.17	24073	39.03
Atropello	6346	26.02	7827	25.65	21341	34.60
Volcadura						
Caída de ocupante vehículo	1148	4.71	1063	3.48	2594	4.21
Otro	1618	6.63	2309	7.57	3497	5.67
S/d	2353	10.88	4615	15.13	3925	6.36
total	24392	100.00	305140	100.00	61685	100.00

Fuente: Sistema de Vigilancia de lesiones por accidentes de tránsito MINSA\_DGE

Es importante conocer y reconocer la capacidad de quienes realizan las atenciones inmediatas en los politraumatismos de accidentes de tránsito, según los datos recogidos se observa que:

Tabla3.- Traslado de lesionado y severidad de lesiones, 2007-2012

Traslado de lesionado	Gravedad de las lesiones por accidentes de tránsito					
	Grave	%	Potencialmente Grave	%	Leve	%
Ocasionante	3239	13.28	3649	11.96	10044	16.28
Familiar	4727	19.38	5040	16.52	9183	14.89
Propios medio	1604	6.58	2038	6.68	4287	6.95
Serenazgo	696	2.85	643	2.11	1495	2.42
Persona particular	1838	7.54	2527	8.28	19539	31.68

Policia	7092	19.08	8809	28.87	19539	31.68
Bombero	1647	6.75	3536	11.59	4979	8.07
Ambulancia servicio salud	1151	4.72	1496	4.90	2248	3.64
S/d	2398	9.83	2820	9.24	6701	10.86
TOTAL	24392	100.00	30510	100.00	61685	100.00

Fuente: Sistema de Vigilancia de lesiones por accidentes de tránsito MINSA\_DGE

El traslado por personal de salud o por bomberos constituyen en lesiones graves (11.47%) y potencialmente graves (16.49%); el traslado de las lesiones por unidades distintas a las ambulancias y/o bomberos constituiría un riesgo pudiendo incrementar la gravedad y mortalidad por las lesiones durante el traslado, así como la falta de preparación para afrontar el segundo pico en la escala de los politraumatismos. Esto evidencia la necesidad de fortalecer la atención pre hospitalaria.

### **CONOCIMIENTO SOBRE PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Para el proyecto de investigación, se usará como marco referencial la Guía Clínica Politraumatizado Adulto, además la guía del curso ATLS, siendo este usado por su amplia difusión y su prestigio en las diversas instituciones donde ha sido implementado.

### **PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

La OMS 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.

Definición de Politraumatizado: Persona con más de una herida y /o lesión grave a nivel visceral o periférica que comprometen a la función circulatoria o respiratoria que atenta la vida de la persona (16)

El MINSA órgano rector de Salud en nuestro país, en su Guía del Politraumatizado Adulto, lo define como:” Politraumatizado es la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, que comporta riesgo vital para el paciente.

### **CLASIFICACION DEL POLITRAUMATISMO**

Según el manual ATLS (Soporte vital avanzado en trauma) los politraumatismos se pueden clasificar tal como se presenta:

- ❖ P. LEVE: Pate con lesiones superficiales, contusas sin heridas ni fracturas
- ❖ P. MODERADO: Con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.
- ❖ P. SEVERO O GRAVE: Pate con alguna de las siguientes condiciones:
  - Eyección de pate de vehículo cerrado.
  - Muerte de cualquier ocupante del vehículo.
  - Caída mayor a dos veces la altura del pate.
  - Impacto a gran velocidad >50 km/hr
  - Compromiso hemodinámico: Presión sistólica <90 mmHg.
  - Glasgow <13
  - Fractura de dos o más huesos largos
  - Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle.
  - Embarazo

*Fuente: ATLS. Manual del Curso. Séptima Edicion.2011 37:39; 45:70*

Además, se considera que la muerte en el Politraumatizado acontece en tres picos claramente delimitados:

### **PICOS DE LA MUERTE DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

- **Primer Pico**

Se produce en los primeros minutos tras la agresión. Aparece debido a laceraciones cerebrales, en grandes vasos y corazón y lesiones espinales altas. Muy pocos de estos enfermos pueden ser salvados.

- **Segundo Pico**

Se produce entre los primeros minutos y las primeras horas, es la llamada "hora de oro". La muerte ocurre por hematomas epidurales, subdurales, hemo-neumotórax, rotura esplénica, laceración hepática, fracturas pélvicas y otras lesiones múltiples. Es en este momento donde alcanzan su máxima responsabilidad los equipos de emergencia, dependiendo de ellos la vida de los lesionados.

- **Tercer Pico**

Se produce a los días o semanas después del trauma fundamentalmente debido a sepsis o falla multiorgánico. Fallecen el 20% de los pacientes que llegan a esta etapa.


*Fuente: ATLS. Manual del Curso. Séptima Edición. 2011 37:39; 45:70*

Como se observa, son en los pacientes con el segundo pico, aquellos que pueden recuperarse con tratamiento y abordaje inmediato, para ello es necesario que se cumplan 3 condiciones:

- Atención Inmediata por personal capacitado y preparado.

- Traslado en la brevedad posible hacia un Centro Especializado para el abordaje de paciente Politraumatizado.
- Transporte en medio adecuado, por personal competente y capacitado.

El tratamiento del paciente traumatizado grave requiere de una evaluación rápida de lesiones y establecer el tratamiento que salve la vida del paciente. Debido a que el tiempo es esencial, es recomendable establecer el tratamiento que salve la vida del paciente. Debido a que el tiempo es esencial, es recomendable establecer un abordaje sistemático fácil de revisar y de aplicar. (17)

 **LA EVALUACION PRIMARIA:** La evaluación primaria lleva el siguiente procedimiento, de acuerdo al manual del ATLS.

**A (Airway) Vía aérea con protección de la columna cervical:** La vía aérea, es la parte más importante de la evaluación inicial, el solo permeabilizar la vía aérea removiendo cuerpos extraños puede llegar a disminuir en un 20% en ese momento la mortalidad del individuo, se debe determinar ¿Qué vía aérea va a tener este paciente?, para esto el punto clave es el estado de conciencia; paciente despierto y colaborador sólo ameritaría aporte de oxígeno con máscara Venturi y monitoreo del nivel de conciencia con la escala de Glasgow y si ésta disminuye a valores <8 puntos se debe permeabilizar la vía aérea de forma artificial, bastaría sólo con un tubo orofaríngeo, siempre evitando que se produzca efecto nauseoso y si el paciente está inconsciente E.G.<8 pts. o presenta algún tipo de lesión en el cuello como hematoma, se debe de plantear la intubación oro traqueal, ya que en el caso del trauma cervical, éste podría tratarse de un hematoma y éste aumentar produciendo la obstrucción mecánica de la vía aérea y sería más difícil realizarlo posteriormente.

**B (BREATHING) Control de la ventilación y respiración:** Debemos evaluar si el paciente respira, qué frecuencia y amplitud tiene cada respiración, si el tórax se moviliza simétricamente, se debe realizar la palpación del tórax buscando

fracturas costales o enfisema, ya que esto nos daría idea de la presencia de un neumotórax l cual podríamos drenar con un catéter grueso N°14 o 16G colocado en la línea media clavicular del 2do espacio intercostal del hemitórax afectado.

**C (CIRCULATION) Control de hemorragias y soporte circulatorio:** El objetivo principal en este punto es evitar la hipovolemia por hemorragias, condicionando perfusión sistémica con las complicaciones subsiguientes, la evaluación del pulso en las grandes arterias es un indicativo del estado hemodinámico de los pacientes, la forma siguiente es una guía rápida de obtener datos.

+Pulso radial no es palpable con sistólica <80 mmHg

+Pulso femoral no es palpable con sistólica < de 70 mmHg

+ Pulso carotídeo no es palpable con sistólica < de 60 mmHg

**D (DISABILITY) Examen Neurológico:** Se evaluará el nivel de conciencia, éste debe ser realizado con la escala de Glasgow, el monitoreo nos dará idea según sea el compromiso de lesión neurológica, recordando que éste puede ser alterado por otras razones no neurológicas.

**E (EXPOSITION)** Se debe exponer la mayor parte del cuerpo en las que se sospeche exista algún tipo de lesión para realizar un completo examen en forma adecuada, siempre teniendo en cuenta que se debe evitar la hipotermia y mantener el respeto al pudor del paciente.

*Fuente: ATLS. Manual del Curso. Séptima Edición.2011 37:39; 45:70*

🌐 **LA EVALUACIÓN SECUNDARIA:** En esta evaluación se lleva acabo los siguientes procedimientos según lo indicado por la ATLS.

EXAMEN FÍSICO:

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

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

\*Tórax: Signos de trauma torácico cerrado o abierto, alteración de expansión torácica, enfisema subcutáneo, revisar costillas, clavícula. Auscultación de paredes anteriores, bases, precordial. Descartar contusión pulmonar, rotura traqueo bronquial, de diafragma, neumotórax, hemotórax, taponamiento cardíaco, ruptura aórtica, fractura de clavícula, costillas.

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

\*Pelvis: Comprobar dolor e inestabilidad a la presión anteroposterior, medial y sínfisis púbica. Descartar fractura de pelvis, lesión de recto, genitourinaria.

\*Recto y Genitales: Buscar equimosis y heridas de periné, hematoma escrotal, sangre en meato, sangre intra rectal, posición de la próstata, tono de esfínter anal. Descartar lesión de uretra, vejiga vagina y recto.

\*Extremidades: Hematomas, deformidades, coloración distal, pulsos, sensibilidad, relleno capilar. Descartar síndrome compartimental, fracturas con compromiso vascular.

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

*Fuente: ATLS. Manual del Curso. Séptima Edición.2011 37:39; 45:70*

**Revaloración frecuente:**

El paciente Politraumatizado pasará por una reevaluación para evitar que mayores síntomas aparezcan y se traten inmediatamente. Sin embargo, pueden aparecer problemas mayores a medidas que se van tratando las lesiones primigenias, es por ello de suma importancia la observación constante del usuario, así como el registro de todo lo encontrado acompañado de la toma constante de funciones vitales. (18).

**PRACTICA SOBRE ATENCION DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Para el proyecto de Investigación se usará la Guía del Politraumatizado Adulto del MINSA, según Resolución Ministerial N516-2005/MINSA del que en su sección manejo e Intervenciones indica:

**ATENCION INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Cuánto más antes se atienda al paciente Politraumatizado sus probabilidades de supervivencia aumentan hasta en un 85%, haciendo que el tiempo influya de manera trasversa.

En la fase pre hospitalaria se cuenta con diez minutos para la evaluación integral del paciente, evaluación que tiene que ser llevada siguiendo los protocolos establecidos a conciencia, sistemática y secuencialmente para no obviar nada importante.

La conducción emocional del evaluador es de vital importancia; si bien es cierto debe ser rápida pero no hasta el punto de no percibir puntos críticos, ya que podría ser un grave error que comprometa la vida del usuario.

## **Evaluación primaria**

Este tipo de evaluación suma la valoración de escena, la evaluación inicial y finalmente la revisión rápida de trauma. Todos los pacientes serán evaluados de forma inicial así sólo tengan una simple lesión.

## **EVALUACIÓN DEL PACIENTE TRAUMATIZADO**

**\*Valoración de la escena:** Se compone de las siguientes fases.

**Aislamiento frente a sustancias corporales:** Para ello debemos seguir todo lo estipulado en las medidas de bioseguridad.

**Seguridad de la escena:** Contar con un lugar seguro y cercano para la ambulancia y prever si la escena es segura y confiables para poder acudir hacia el usuario.

**Triaje inicial:** Establecer la totalidad cuantificada de pacientes.

**Equipo esencial/recursos adicionales requeridos:** El equipo básico para la atención de los pacientes deberá estar integrados por: gafas nasales, por equipos de protección personal, collarín rígido, equipos para canalización de vías venosas, mochila de trauma, tabla larga con inmovilizador de cabeza, equipo con oxígeno y mascarillas.

**Mecanismo de lesión:** Los mecanismos básicos de lesión por movimiento son:

- Lesiones contusas (caídas, colisiones de vehículos, golpes contusos).
- Lesiones penetrantes (proyectiles, empalamiento, cuchillos).

**\*Evaluación inicial:** Es la evaluación que debe realizarse en menos de dos minutos manteniendo el siguiente orden:

Impresión general del paciente al acercarse: Se evalúa prioritariamente a los pacientes que tienen lesiones severas, teniendo en cuenta que el riesgo prevalece en niños y ancianos.

Nivel de conciencia: Si vemos que hay respuestas por parte del paciente se asume que la vía aérea está abierta y que el nivel de conciencia es normal. Si no vemos respuestas o estas son confusas, aplicaremos la escala AVDI.

### **Niveles de Estado Mental (AVDI)**

A.- Alerta (despierto y orientado).

V- Responde a estímulos Verbales.

D- Responde al Dolor.

I- Inconsciente.

**Evaluación de la vía aérea:** Debemos evaluar signos obstructivos.

**Evaluación de la circulación:** Evaluaremos la presencia de pulso y hemorragias.

\*Revisión rápida de Trauma: Es una evaluación cefalocaudal corta y breve para verificar si hay alguna lesión que coloque en riesgo la vida del paciente.

Primero debemos obtener el historial SAMPLE del paciente:

S- Síntomas.

A- Alergias.

M- Medicamentos que toma.

P- Enfermedades Previas.

L- La última ingesta oral.

E- Eventos que prendieron al accidente (¿Por qué sucedió?).

### **EXPLORACION ENFOCADA:**

Es aquella evaluación que se da cuando se enfoca una parte del cuerpo lesionado a ya sea por un mecanismo de bala o corte.

Evaluación secundaria: Esta evaluación se da para encontrar alguna probable lesión que no pudimos percibir en una evaluación primaria, el momento en el que se lleva a cabo es en el traslado hacia el nosocomio, mantiene el siguiente orden:

- 1) Toma de signos vitales y registro.
- 2) Exploración Neurológica: Debe incluir un examen del nivel de conciencia, tamaño y reactividad pupilar, función motora y función sensorial.
- 3) Monitorización.
- 4) Exploración cefalocaudal
  - Cabeza: Buscamos deformidades, contusiones, abrasiones, penetraciones, equimosis peri oculares y retro auriculares o salida de líquido o sangre de oídos o nariz. Evaluar de nuevo vía aérea.
  - Cuello: Buscamos DCAP, estado de venas del cuello y la alineación de la tráquea.
  - Tórax: Buscamos DCAP, movimientos paradójicos, ruidos respiratorios bilaterales, ruidos cardíacos fuertes o apagados y volvemos a revisar el sellado de heridas abiertas.
  - Abdomen: Buscamos distensión y dolor a la palpación.
  - Pelvis y Extremidades: Buscamos DCAP y constatamos el pulso, función motora y sensorial de las extremidades con fracturas. Haremos esto antes y después de traccionar y alinear cualquier fractura.

Reevaluación (Exploración continua), se realizará cada 5 minutos en pacientes críticos y cada 15 minutos en los estables, y en el orden siguiente:

- 1) Interrogar al usuario sobre su estado.
- 2) Reevaluar el estado mental (nivel de conciencia, Glasgow, etc.).
- 3) Reevaluar ABC: Permeabilidad de vía aérea, respiración y circulación.
- 4) Reevaluar Abdomen.
- 5) Reevaluar cada lesión identificada.
- 6) Revisar las intervenciones.

## **BASES TEÓRICAS**

El quehacer de Enfermería reconoce como su actuar, a las actividades que realiza dentro de su propio sistema filosófico y meta paradigmas, éstas mismas, así como su comprensión determinan su intervención en un fenómeno o situación, este sistema filosófico, que llamaremos teorías y modelos de enfermería responde a la interacción de 3 componentes importantes: conocimiento, valores y Ser (individuo).

Para el presente trabajo se recurrirá a 2 modelos y teorías de enfermería, para fundamentar el marco conceptual de la investigación.

### **MODELO DEL CUIDADO DE VIRGINIA HENDERSON (20)**

El modelo de Virginia Henderson parte de la teoría que el individuo sano o enfermo es un todo completo, un ser con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

### **POSTULADOS**

**Necesidad Fundamental:** Según la teoría de Henderson, es todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Es un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, no puede encontrarse como carencia.

**Independencia:** Satisfacción de una o más, de las necesidades del individuo través de las acciones que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su etapa de vida y de desarrollo, según las normas y criterios de salud vigentes.

**Dependencia:** No satisfacción de una o varias necesidades del individuo por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas, debido a incapacidad o de una falta de suplencia.

**Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental, y se manifiesta por signos observables en el individuo (enfermedad).

**Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

**Fuente de dificultad:** Son aquellos limitantes, que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, son las causas y/o factor relacionado de una dependencia.

### **NECESIDADES HUMANAS**

El modelo de Virginia Henderson, evidencia sus elementos de la siguiente manera:

El objetivo de su modelo es mantener o recuperar la independencia del individuo, con la satisfacción de sus catorce necesidades.

- 1.- N. de respirar.
- 2.- N. de beber y comer.
- 3.- N. de eliminar.
- 4.- N. de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- N. de dormir y descansar.
- 6.- N. de vestirse y desvestirse.
- 7.- N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- N. de evitar los peligros.
- 10.- N. de comunicarse.
- 11.- N. según sus creencias y sus valores.

12.- N. de ocuparse para realizarse.

13.- N. de recrearse.

14.- N. de aprender.

El individuo debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

El Rol de la enfermera en la atención del paciente politraumatizado es de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

El paciente politraumatizado encontrado en la zona de emergencia en muchas ocasiones está comprometido uno o varios sistemas, por lo que requiere de la atención inmediata, rápida y segura por parte del equipo de salud, para ofrecerle los primeros cuidados que son de vital importancia y prevenir las complicaciones que pongan en peligro la vida del mismo.

Dentro de las necesidades que están alteradas en el paciente politraumatizados podemos destacar los siguientes:

### **1.- Respiración y circulación**

Aquí la enfermera realiza la valoración y define diagnósticos.

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c presencia de cuerpos extraños, retención de secreciones o disfunción neuromuscular m/p disnea, cianosis, sonidos respiratorios adventicios o cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio.
- Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro músculo esquelético m/p disminución de la ventilación por minuto y/o disnea y/o alteración de la relación inspiración/expiración y/o alteración de la frecuencia respiratoria

- Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación- perfusión por obstrucción de la vía aérea m/p cianosis y disnea.
- Riesgo de aspiración r/c reducción del nivel de conciencia

Y las intervenciones de las enfermeras van a consistir en:

✚ Monitorización respiratoria

- Mediante la saturación percutánea, con una  $FiO_2$  necesaria para mantener saturación al 90% o más.

✚ Ayudar a la ventilación

✚ Oxigenoterapia

- Oxigenación a concentraciones altas mediante reservorio para alcanzar 100% o con mascarilla de Venturi al 50%.

✚ Manejo de las vías aéreas:

- Apertura manual de la vía aérea mediante elevación del mentón hacia arriba por tracción de la mandíbula, sin hiperextensión del cuello
- Inmovilización del cuello con un collarín rígido para mantener la posición neutra del eje-cabeza-cuello-troco.

✚ Aspiración de las vías aéreas

- Aspirar secreciones, vómito y sangre.
- Deterioro de la integridad tisular r/c hipovolemia y/o interrupción del flujo arterial por compresión de los vasos sanguíneos, hipotensión y respuesta simpática por estrés m/p

- Disminución de las pulsaciones en una o más arterias distales

- Cambios en la temperatura de la piel

- Cambios en las reacciones pupilares

- Alteración de la presión sanguínea y/o rellano capilar aumentado

- Disnea

- Alteración de la frecuencia respiratoria

- Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la frecuencia cardiaca y/o alteración del ritmo cardíaco m/p aumento del tiempo de llenado capilar,

cambios en el color de la piel, ingurgitación yugular, piel fría y sudorosa y/o disminución de los pulsos periféricos.

Y las intervenciones de las enfermeras van a consistir en:

- + Monitorización de los signos vitales
- + Manejo del shock
- Reposición de líquidos
- Control de las hemorragias
- Manejo de la hipovolemia

## **2.- Termorregulación**

- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c exposición prolongada al medio ambiente

Y las intervenciones de las enfermeras van a consistir en:

- + Manejo ambiental
- + Monitorización de los signos vitales

## **3.- Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.**

- Riesgo de infección r/c traumatismo, procedimiento invasivo y alteración de defensas primarias.

Y las intervenciones de las enfermeras van a consistir en:

- + Cuidados de las heridas
- + Protección contra las infecciones

Una vez efectuados y solucionados todos estos pasos, se procederá a una reevaluación del paciente, para detectar si ha sufrido algún cambio en el tiempo transcurrido.

## **4.- N. de descanso y sueño**

- Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos m/p posición antiálgica para evitar el dolor y/o conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto)

Las intervenciones serán:

- + Administración de analgésicos

## **MODELO DEL CUIDADO DE BENNER (21)**

Según este modelo, la autora describe las diferencias entre conocimiento teórico y práctico, y sostiene que incluso este último puede desarrollarse antes que la teoría, por lo que puede ayudar a ampliarla.

Para ella el cuidado está en el contexto de la práctica, enriqueciendo el conocimiento y comprensión del paciente. La teoría de Benner se enfoca en “el conocimiento presente en la práctica descubre e interpreta la teoría, se anticipa a ella o la amplía, sintetiza y adapta la teoría a la asistencia de enfermería; además el conocimiento aumenta a lo largo del tiempo con el ejercicio de una disciplina aplicada, la cual le permitirá adquirir la habilidad basada en las situaciones clínicas reales”

Benner en su obra sobre la adquisición de habilidades en enfermería, adaptó el Modelo Dreyfus, desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades, evidenciando la existencia de cinco grados de competencia:

- **Principiante:** Se utiliza la experiencia específica, enfermeros que inician su carrera profesional, al no tener experiencia relacionada requiere normas que regulen su actividad, son incapaces de modificar su comportamiento fuera de ese contexto.
- **Principiante avanzado:** se utiliza el pensamiento analítico basado en normas de la institución, el enfermero cuenta con experiencia previa, reconoce aspectos de la situación que puede cambiar las reglas, sus intervenciones son flexibles y aceptables.
- **Competente:** el estudiante percibe que toda la formación es importante, el enfermero ha desarrollado durante algún tiempo las mismas labores, puede planificar intervenciones enfocadas en conseguir objetivos a largo plazo, es capaz de considerar aspectos de la situación actual y futura, y planifica en base a un contexto abstracto del problema que se le presente.

- **Eficiente:** se pasa de ser un observador externo a tener una posición de implicación total, el enfermero percibe la situación en todos sus aspectos y actúa de manera global, su percepción aún está basada en la experiencia significativa que le da el tiempo ejerciendo la misma labor.

- **Experto:** valora los resultados de la situación, los enfermeros expertos no toman decisiones basadas exclusivamente en guías clínicas, su gran experiencia les permite planificar intervenciones centrada en los aspectos más relevantes del problema.

Es solo en este grado de competencia, donde la enfermera conoce al paciente, es capaz de identificar sus problemas, sin derroche de tiempo y actuar de acuerdo al saber global que tiene de la persona. Conocer las necesidades reales de un politraumatizado, es un aspecto fundamental para la enfermera experta, incluso si esto implica un cambio en la práctica.

Para el presente proyecto, se debe considerar a la Enfermera con experiencia en Emergencias que desarrolla un papel importante en esos momentos cruciales al realizar la atención inicial del paciente para logra clasificar, agilizar procesos y determinar la actuación correspondiente que se debe tener frente al paciente Politraumatizado.

Según este modelo, es en el ejercicio de las intervenciones que la enfermera debe poner en práctica su conocimiento, debido a que de su experiencia depende la seguridad y en muchas ocasiones la vida del paciente. Una decisión errada puede ser vital tanto para el paciente como para ella. Adicionalmente el desarrollo en esta área amerita de una práctica dinámica que involucra el trabajo de todos los demás profesionales, por ello es necesario el desarrollo de otras habilidades como el trabajo en equipo, toma rápida de decisiones acertadas y resolución de conflictos, que dan como resultado una práctica armónica; y lo más importante la calidad de la atención generando satisfacción del paciente.

Es de gran importancia dentro del equipo de salud, en el servicio de Emergencia la labor que desarrolla la enfermera, pues la atención al paciente en esta área produce

altos niveles de estrés debido a la presión de la situación clínica del paciente y la inestabilidad de las condiciones emocionales de la familia. El desarrollo de una práctica tranquila, eficiente, eficaz en un entorno dinámico tendrá un impacto positivo en la calidad de la atención y desenlace en la atención del paciente Politraumatizado.

## **PERFIL PROFESIONAL DE LA ENFERMERIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES (22)**

La Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias (IBAMEUE) emprendió en febrero de 2006 en la ciudad de Lima (Perú), la tarea de definir el Perfil Profesional de Enfermería que desarrolla su labor profesional en la atención a urgencias, emergencias y desastres.

Definiendo al profesional enfermera del área de Emergencias y Urgencias como: "la provisión de cuidados especializados de Enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida enfermos o con lesiones. El estado de salud de dichos pacientes puede ser estable o inestable, sus necesidades complejas y requerir de vigilancia estrecha o cuidados intensivos" (23)

### **DEFINICION**

El Profesional de Enfermería, Especialista en Urgencias, Emergencias y Desastres, proporcionará cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo, en el ámbito individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario institucional o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial.

Para poder desarrollar las funciones propias de la Enfermería en Urgencias, Emergencias y Desastres, el profesional deberá reunir una serie de requisitos:

#### Perfil Educativo:

Aprobar un curso avanzado acreditado que abarque las siguientes áreas consideradas en la práctica de enfermería en urgencias:

- ✓ Valoración, diagnóstico y cuidado de individuos de todas las etapas de la vida, en situaciones de urgencias.
- ✓ Selección y priorización de la atención (Triage Hospitalario/RAC Triage en desastres).
- ✓ Estabilización y reanimación en adultos y pacientes pediátricos (ACLS, PALS).
- ✓ Intervenciones en crisis.

#### Características Personales:

- Capacidad resolutive, Innovadora
- Capacidad de adaptación a situaciones de estrés
- Capacidad de liderazgo, habilidad de dirección de colectivos humanos
- Contar con un amplio criterio, identificación de problemas y toma de decisiones
- Excelentes habilidades de comunicación
- Flexibilidad
- Trabajar en equipo

## **CAPÍTULO IV**

### **MATERIAL Y METODO**

#### **4.1 Diseño de Estudio**

Por el presente estudio y naturaleza del problema, además por los objetivos planteados para el presente estudio, corresponde a una investigación con enfoque cuantitativo, se ubica en el segundo nivel de investigación, de tipo correlacional ya que permitirá obtener información precisa sobre las variables del estudio, así como describir y establecer una relación entre las variables propuestas para luego con los resultados obtenidos proceder a identificar y determinar los conocimientos y prácticas que maneja el personal de enfermería en la atención al paciente Politraumatizado en la unidad de atención móvil de urgencias; y transversal porque se estudiarán las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo para analizarlos fenómenos que están ocurriendo en el problema planteado.

#### **4.2.- Población de estudio:**

Serán todos los enfermeros y enfermeras de las unidades móviles de atención de Lima metropolitana, la población total del personal que labora en las unidades móviles es de 165 licenciadas (os) divididas en 33 unidades, estos datos se obtuvieron del jefe de las unidades móviles de lima metropolitana. En su mayoría son licenciados con años de experiencia en el área de Emergencias y manejo de paciente Politraumatizado, en su mayoría llevando cursos BLS, ADLS (programas con certificación internacional para manejo de pacientes críticos)

### 4.3.- Muestra:

Para la presente investigación, el muestreo es de tipo probabilístico aleatorio simple con la finalidad de aumentar la representatividad de la muestra y reducir al mínimo el “error estándar” para ello, se calcula la muestra en 116 enfermeros (as) según formula estadística.

El tamaño de la muestra se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P (1-P) N}{E^2 (N-1) + Z^2 P (1-P)}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 (1- 0.5) 165}{(0.05)^2 (165-1) + (1.96)^2 \times 0.5 (1-0.5)}$$

$$n = \frac{158.466}{$$

1.3704

$$n = 115.63$$

$$n= 116 \text{ enfermeras}$$

#### Donde:

Z= Nivel de Confianza = 1.96

E = Error muestral = 5%

N = Tamaño de la población = 165

$P = \text{Proporción de éxito} = 0.5$  (frecuencia esperada del factor a estudiar)

$Q = 1 - p$

La muestra (n) resulta un total de 165 enfermeras con un nivel de confianza del 95% ( $Z=1.96$ ); un margen de error del 5% con una probabilidad de éxito ( $p=0.5$ ) y probabilidad de fracaso ( $q=0.5$ ) para el presente estudio de investigación.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **Criterio de Inclusión:**

- Licenciados de Enfermería que trabajen en el programa SAMU de Lima Metropolitana.
- Lic. En enfermería que cuenten con alguno de los cursos ( BLS, ACLS O PHTLS)
- Lic. Enfermería que deseen participar voluntariamente en el estudio.

##### **Criterio de Exclusión:**

- Lic. Enfermería que no deseen participar del estudio.
- Lic. Enfermería que no cuente con curso de BLS, ACLS O PHTLS
- Personal no licenciado

#### 4.4 Definición operacional de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SAMU	Se define como un proceso cognitivo, que refleja la realidad objetiva en la conciencia de la persona, está ligado a los procesos mentales de aprendizaje a través de la observación y por medio del modelado. Henderson en su teoría refiere al conocimiento como acumulo de conceptos sujetos al cambio,	EVALUACION PRIMARIA (ABCDE)	Es el conjunto de información, formal e informal, que posee el profesional de enfermería sobre el manejo inicial que recibe el paciente politraumatizado valorados como alto, medio y bajo según el cuestionario validado, utilizado como instrumento.	<p>VIA AEREA (A)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración</li> <li>- Apertura de la vía área</li> <li>- Hiperextensión del cuello</li> <li>- Explorar ora faringe  y retirar cuerpos extraños</li> </ul> <p>VENTILACION(B)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aporte de Oxigeno</li> <li>- Ingurgitación yugular</li> <li>- Monitoreo de la frecuencia respiratoria</li> <li>- Vía aérea permeable</li> <li>- Auscultar campos pulmonares</li> </ul>	<p>ORDINAL</p> <p>ALTO</p> <p>MEDIO</p> <p>BAJO</p>

	<p>según la época, el conocimiento puede ser científico u ordinario, según se halle influenciado por el medio y su aprendizaje.</p>	<p>EVALUACION PRIMARIA (ABCDE)</p>		<p>CIRCULACION(C)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coloración de la piel</li> <li>- Pulso</li> <li>- Comprensión torácico</li> <li>- Hemorragias</li> <li>- Canalización de la vía periférica</li> <li>- Administración de soluciones, cristaloides, soluciones isotónicas, hipotensores, expansores.</li> </ul> <p>EVALUACION NEUROLOGIC(D)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de conciencia</li> <li>- Escala de Glasgow</li> <li>- Respuesta Pupilar</li> </ul> <p>EXPOSICIONDEL PACIENTE (E)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilización del paciente en bloque</li> <li>- Desvestir completamente el paciente</li> <li>- Riesgo de Hipotermia</li> </ul>	<p>ORDINAL</p> <p>ALTO</p> <p>MEDIO</p> <p>BAJO</p>
--	---	------------------------------------	--	---	---

		EVALUACION SECUNDARIA (Evaluación)		ANAMNESIS - Alergia - Antecedentes	ALTO MEDIO BAJO
				EXPLORACION FISICA - heridas - fracturas - sangrado	
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	
PRACTICAS SOBRE ATENCIÓN DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN SAMU	Son el conjunto de habilidades y destrezas que son referidos y utilizados por la enfermera basados en la experiencia y el conocimiento, todo	CUIDADOS DE ENFERMERIA	Las prácticas son las habilidades y destrezas que aplica el profesional de enfermería para el desarrollo de protocolos y guías en una situación	CUIDADOS SISTEMA RESPIRATORIO - Retiro objetos ajenos - Aspirado de secreciones - Observación patrón respiratorio - Expansión Torácico	NOMINAL CORRECTA INCORRECTA

<p style="text-align: center;">NIVEL DE PRACTICAS SOBRE ATENCIÓN DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN SAMU</p>	<p>ello identificado como practicas correctas/incorrectas, la practica está sujeto a los factores cognitivos y las características perceptuales (uso de los sentidos) y las características situacionales que se realizan para el desarrollo de una habilidad y/o destreza.</p>	<p style="text-align: center;">CUIDADOS DE ENFERMERIA</p>	<p>determinada, basada en las acciones que se realiza. Estas serán evaluadas según una guía de observación en base al Manual de Operaciones del SAMU</p>	<p><b>CUIDADOS SISTEMA CIRCULATORIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Canalizar vías periféricas</li> <li>- Control funciones vitales</li> <li>- Evaluar y reponer perdidas</li> <li>- Controlar hemorragias</li> <li>- Evaluación de la circulación</li> <li>- Administrar soluciones.</li> <li>- Evaluar signos alteración función cardiaca</li> </ul>	<p style="text-align: center;">NOMINAL  CORRECTA INCORRECTA</p>
---	---	---	--	---	---

				<p><b>CUIDADOS SISTEMA TEGUMENTARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se valora coloración y lesiones de piel.</li> <li>- Hematomas y temperatura de piel</li> </ul>	
		<b>EVALUACION SECUNDARIA</b>		<p><b>CUIDADOS SISTEMA TEGUMENTARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración actividad motora.</li> <li>- Valora sensibilidad, ansiedad en paciente politraumatizado</li> </ul>	

#### **4.5.- Procedimiento y técnica de recolección de datos**

Se realizara las coordinaciones con el jefe de las unidades móviles de Lima Metropolitana, para obtener la autorización correspondiente, se plantea los objetivos del presente estudio: obtener información sobre los conocimientos y su relación con las practicas que emplean acerca del manejo de paciente politraumatizado en la unidad móvil, se empleara tanto el cuestionario para el nivel de conocimiento y la lista de cotejo no participante para el nivel de prácticas.

Los investigadores se presentarán en la reunión de servicio mensual que tiene el personal de enfermería SAMU, donde se coordinarán y solicitarán facilidades al enfermero coordinador explicando los objetivos del estudio y se aplicará el cuestionario a todos los participantes a excepción de los que se encuentren de turno, a ellos de forma simultánea o en la fecha más próxima se les ubicará para la aplicación del instrumento.

La estructura del cuestionario constara de: Introducción, instrucciones, datos generales del personal enfermería, y el contenido de preguntas propiamente dicho relacionados al conocimiento sobre manejo de paciente politraumatizado, se tomara en cuenta para su resolución de un tiempo aproximado de 30 minutos por persona, además constara de 28 preguntas de alternativas múltiples, el cual será validado a través de juicio de experto, que será conformado por 3 licenciadas de enfermería, 2 estadistas,1 metodólogo, los cuales presentaran sus sugerencias para mejorar el instrumento y la confiabilidad será obtenida a través de la prueba piloto con 10 licenciadas de la unidad móvil de la clínica Limatambo zona San Juan Lurigancho, medida a través del coeficiente r de Pearson; consta de 28 preguntas que evaluara conocimientos sobre manejo de paciente politraumatizado, según la Guía de Práctica Clínica de Politraumatismo en el Adulto S16-2005/MINSA

El valor del puntaje de cada pregunta del cuestionario será de la siguiente manera:

- Cada ítem respondido de forma correcta tendrá una puntuación de 1.
- Cada ítem respondido de forma incorrecta o no reconoce tendrá una puntuación de 0.

Para las prácticas, se hará uso de Lista de Cotejo no Participante consta de: instrucciones y contenido de los ítems, presenta 14 afirmaciones que se desarrollaran en base a lo observado por el investigador, esta lista de cotejo será validada por el mismo grupo de expertos que el cuestionario anterior.

El valor de cada ítem será de la siguiente manera:

- Cada afirmación observada y marcada con el ítem **SI** tendrá una puntuación de 1.
- Cada afirmación observada y marcada con el ítem **NO** tendrá una puntuación de 0.

La clasificación de los conocimientos y prácticas se brinda a continuación:

1. Para el cuestionario: se aplicará la fórmula de Stanones para categorizar el nivel de la variable en:
  - conocimiento alto
  - conocimiento medio
  - conocimiento bajo
2. Para las prácticas: total 14 ítems
  - prácticas correctas: mayor a 8 ítems
  - prácticas incorrectas: menor a 7 ítems

## **TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS**

El procesamiento de datos se realizará mediante la elaboración de una base de datos (libro de códigos) en el software Excel y el software estadístico EPIINFO versión 7.2.2.6 para Windows 7.

Se digitarán cada una de las fichas de encuesta en la base de datos elaborada en función a las distancias variables necesarias y elegidas para el estudio, para la presentación de los hallazgos se realizarán cuadros estadísticos, utilizándose cuadros de una y dos entradas los cuales sirven en base para analizar e interpretar los datos de la investigación. Para el análisis de resultados según los objetivos planteados se utilizara el Test Chi cuadrado para determinar y verificar la existencia de la relación o asociación entre variables.

## **CAPÍTULO V**

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ADMINISTRATIVAS**

#### **5.1 Aspectos éticos**

La investigación se llevará a cabo siguiendo los procedimientos que establece la declaración de Helsinki II, para investigación con seres humanos. Los participantes responderán las preguntas del cuestionario según los siguientes criterios:

- Participación voluntaria: Se explicará a los participantes sobre la importancia y objetivos que persigue la investigación y el de decidir libremente si desean participar en el estudio.
- Confidencialidad: Toda información obtenida de las fuentes se mantendrá en absoluta reserva.
- Justicia: El instrumento será aplicado bajo las mismas condiciones a todos los encuestados.

#### **5.2 Recursos, presupuesto y cronograma**

##### **Recursos Humanos y Materiales**

###### **○ Recursos Humanos**

Investigador:

- Juan Carlos Cáceres Robles
- Laura Adriana Belaunde García
- Lisset Yohana Ramírez López

Recursos Humanos de Apoyo:

- Lic. Margarita Alayo Sarmiento

Asesor:

- Lic. Luis Huamán Carhuas

#### ○ **Recursos Institucionales**

##### **Materiales:**

- a. Biblioteca de la Facultad de Enfermería de la UPCH
- b. MINSA página web
- c. Programa Sistema de Atención Móvil de Urgencias.
- d. Datos HIS del Sistema Emergencias del MINSA Red Lima Norte
- e. Datos HIS del sistema Referencia y Contra referencia de la Red Lima Norte

##### **Recursos económicos**

Pagos diversos administrativos y servicios de Típeos, fotocopiado, empastado y presentación del informe.

Autofinanciado por los investigadores.

**Presupuesto**

<b>PRESUPUESTO PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACION</b>								
<b>ITEM</b>	<b>Unidad Medida</b>	<b>Cantidad</b>	<b>P.U. S/.</b>	<b>Sub Total</b>	<b>Cronograma de Usos de Bienes y Servicios (Cantidad)</b>			<b>Sub Total</b>
					<b>1° Bimestre</b>	<b>2° Bimestre</b>	<b>3° Bimestre</b>	
<b>BIENES</b>								
USB HP 8 GB	Unidad	1	29.00	29.00	1	-	-	<b>710.00</b>
Tinta de Impresión Negra N°56 HP deskjet 5550	Unidad	2	50.00	100.00	1	-	1	
Tinta de Impresión Color N°57 HP deskjet 5550	Unidad	2	55.00	110.00	1	-	1	
<b>LIBROS:</b>								
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION Sampieri, 5ta. Edición	Unidad	1	45.00	45.00	1			
TRATADO DE NELSON 17va. Edición. Behrman, K. Liegman. Jenson. Tomo I y II	Unidad	1	40.00	40.00	1	-	-	

Copias:							
Separata de Teoría de apoyo al estudio	Unidad	50	0.10	5.00	25	25	-
Separata sobre Proyecto de investigación	Unidad	200	0.10	20.00	100	50	50
Antecedentes directos e indirectos	Unidad	200	0.10	20.00	-	150	50
Instrumentos	Unidad	200	0.10	20.00	-	150	50
Hojas Bond	Unidad	250	0.10	25.00	100	100	50
Impresiones:							
Impresiones de antecedentes de estudio	Unidad	100	0.20	20.00	50	50	-
Impresiones de base teórica	Unidad	100	0.20	20.00	50	50	-
Impresiones para marco conceptual	Unidad	100	0.20	20.00	50	50	-
Impresiones de avances del proyecto	Unidad	200	0.20	40.00	100	100	-
Impresiones para ejemplares	Unidad	300	0.20	60.00	-	-	300
Empastado de ejemplar	Unidad	4	15.00	60.00	-	-	4
Lapiceros (Rojo y azul)	Unidad	12	0.50	6.00	4	4	4
Corrector	Unidad	2	3.00	6.00	1	-	1

Lápiz	Unidad	9	1.00	9.00	3	3	3	
Borrador	Unidad	6	0.50	3.00	2	2	2	
Regla 30 cm	Unidad	2	2.50	5.00	-	2	-	
Resaltador	Unidad	2	3.50	7.00	-	2	-	
Hojas cuadriculadas	Unidad	100	0.10	10.00	25	50	25	
Folder A4 plastificado	Unidad	6	4.00	24.00	2	2	2	
Engrapador	Unidad	1	5.50	5.50	1	-	-	
Perforador	Unidad	1	5.00	5.00	1	-	-	
Cuaderno A4 cuadriculado	Unidad	2	3.80	7.60	1	1	-	
<b>SERVICIOS</b>								
Acceso a internet	Horas	140	1.00	140.00	30	30	30	
Transporte	Unidad de pasaje	60	6.00	360.00	16	16	16	<b>1100.0</b>
Viáticos	Unidad por persona	60	10.00	600.00	16	16	16	
<b>TRAMITES ADMINISTRATIVOS</b>	Unidad por tramite	7	15.00	105.00				<b>105.0</b>
<b>TOTAL GENERAL S/.</b>								<b>1915.0</b>

## CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	2017 - 2018																															
	SEIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				JULIO				AGOSTO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Búsqueda bibliográfica		X	X	X																												
Confección del título del proyecto			X	X	X																											
Elaboración del proyecto en si					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																
Revisión del proyecto													X	X	X	X	X	X	X													
Aprobación del proyecto																							X							X		
Sustentación del proyecto																														X		

## 5.1. Referencias bibliográficas

- 1) Organización Mundial de la salud [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2017]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
- 2) Ministerio de salud [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2017]. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/samu/>
- 3) Resolución Ministerial del 26 de diciembre del 2011 con Decreto Supremo N° 017-2011-SA se creó el Programa Nacional denominado I/Sistema Nacional de Atención Móvil de Urgencia -SAMU
- 4) Nota de prensa de N° 117 – 07 Agosto 2013 del INE [Internet]. [Consultado el 28 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>
- 5) Ministerio de salud [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2017]. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/samu/>
- 6) Isabel FO, Isabel AL, Montse CO. Análisis de las competencias de la enfermería en Emergencias extra hospitalaria. Barcelona: 18° edición del MASTER DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE ENFERMERÍA ESCUELA UNIVERSITARIA DE SANTA MADRONA; 2009.
- 7) Mónica JS, Elena AD, Clara ME. Intervención específica de enfermería en la asistencia inicial al traumatizado grave. Nure Inv. [Internet. 2011 [citado 14 setiembre 2017]; 52:2. Disponible en: <file:///C:/Users/Win7/Downloads/536-1-2123-1-10-20150618.pdf>
- 8) Pupiales Molina J. Conocimientos y prácticas clínicas del personal de enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico Politraumatizado - Área de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo – 2017. [tesis licenciatura en Internet]. [Ibarra]: Universidad Técnica del Norte; 2017 [citado 15 de abril 2017]. Recuperado a partir de:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7104/1/06%20ENF%20833%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

9) Yagual Rodríguez G, Hermenejildo Sotomayor B. Atención de enfermería en paciente Politraumatizado en el área de emergencia del Hospital Liborio Panchana Sotomayor. [tesis licenciatura en Internet]. [La Libertad]: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2013 [citado 25 de abril 2017]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1004/1/TESIS.pdf>

10) Cubillo García Cristina. Cuidados de enfermería En El Paciente Politraumatizado. [tesis licenciatura en Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2012 [citado 25 de agosto 2017]. Recuperado a partir de: <file:///C:/Users/Win7/Downloads/TAZ-PFC-2012-229.pdf>

11) Figueroa Zapata Mayra. Actuación del personal de enfermería en la asistencia y su influencia en la recuperación del paciente Politraumatizado atendido en el área de emergencia del Hospital Provincial General Latacunga en el primer semestre del 2012. [tesis licenciatura en Internet]. [Ambato]: Universidad Técnica de Ambato; 2012 [citado 29 de agosto 2017]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5880/1/Figueroa%20Zapata%20Mayra%20Jackeline.pdf>

12) Tafur Karina, Tulcanaza Darwin. Rol del profesional de enfermería en el manejo temprano de pacientes Politraumatizado en el servicio de emergencias

en base a protocolos de atención en el Hospital San Luis de Otavalo”. [tesis licenciatura en Internet]. [Ibarra]: Universidad Técnica del Norte; 2012 [citado 9 de setiembre 2017]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2824/1/06%20ENF%20595%20TESIS.pdf>

13) Crespo Ana Lucía, Yugsi Luis Rafael. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Especialidades Eugenio Espejo, julio 2011 a julio 2012.[tesis postgrado en Internet]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2013 [citado 20 de setiembre 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1215/1/T-UCE-0006-46.pdf>

14) Roldán del Castillo Jennifer. Conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial al paciente Politraumatizado por accidente de tránsito Lima – Perú. 2013. [tesis postgrado en Internet]. [Lima]: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2013 [citado 9 de setiembre 2017]. Recuperado a partir de: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4949/1/Roldan\\_del\\_Castillo\\_Jennifer\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4949/1/Roldan_del_Castillo_Jennifer_2015.pdf)

15) Tarazona Apolinario Liliana. Nivel de conocimiento de la enfermería en la atención al usuario adulto Politraumatizado en el Servicio de Emergencia de la Clínica San Pablo-sede norte 2008- Independencia. [tesis postgrado en Internet]. [Lima]: Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2009 [citado 29 de setiembre 2017]. Recuperado a partir de:

[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4817/1/Tarazona\\_Apolinario\\_Liliana\\_Antonia\\_2009.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4817/1/Tarazona_Apolinario_Liliana_Antonia_2009.pdf)

- 16) Análisis Epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú 2013. [Internet]. [Consultado el 17 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2930.pdf>
- 17) Instituto Nacional de Rehabilitación, Análisis de Situación de Salud 2011. [Internet]. [Consultado el 22 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.inr.gob.pe/transparencia/Epidemiolog%C3%ADa/analisis%20situacional/ASIS%202011.pdf>
- 18) ATLS. Manual del Curso. Séptima Edición. 2011 37:39; 45:70
- 19) Organización Mundial de la Salud. Traumatismo [Internet]. [Consultado el 22 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-052290/es/>
- 20) Guía Clínica Politraumatizado Adulto [Internet]. [Consultado el 17 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM516-2005%20Emergencia%20Adulto.pdf>
- 21) DOMÍNGUEZ ALCÓN, Carmen. Para una Socióloga de la Profesión de Enfermería en España. En: Enfermería Global, Madrid: Pirámide, 2002.
- 22) BENNER P. Práctica de enfermería progresiva. Barcelona: Grijalbo; 1987
- 22) Perfil profesional de la enfermería de urgencias, emergencias y desastres [Internet]. [Consultado el 17 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/perfil\\_ibameue.pdf](http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/perfil_ibameue.pdf)
- 23) Lanzamiento del Sistema de Atención Móvil de Urgencia, [Internet]. [Consultado el 17 de agosto de 2017]. Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1590:lanzamiento-sistema-atencion-movil-urgencia-samu&Itemid=900](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1590:lanzamiento-sistema-atencion-movil-urgencia-samu&Itemid=900)

# ANEXO

## ANEXO N 2

### **“CONOCIMIENTO Y PRACTICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO POR EL SERVICIO MÓVIL DE URGENCIAS”**

Fecha:

N.º de encuesta:

#### INTRODUCCION

El paciente politraumatizado, ocasionado por accidentes de tránsito son un problema de salud pública y el número de casos se viene incrementando, además es determinante un adecuado manejo inicial para garantizar altas probabilidades de recuperación. En consecuencia, cada vez es mayor la necesidad de nuestros profesionales el conocimiento en el adecuado manejo inicial del paciente, este estudio consiste en identificar tanto los conocimientos como las prácticas que aplica en el sistema móvil de urgencias para la atención en pacientes politraumatizados.

#### INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente cada pregunta y luego marque con un aspa (x), la respuesta correcta según crea conveniente. Este cuestionario es anónimo, se solicita que responda con veracidad y precisión estas preguntas, los investigadores agradecen de antemano su sinceridad y colaboración.

#### DATOS GENERALES

Edad:

25-29 ( )

30 – 34 ( )

35 – 39 ( )

40 – más ( )

Sexo: F ( ) M ( )

Años de servicio:

1 – 4 años ( )

5 – 9 años ( )

10 – más ( )

Cursos de PHTLS o ITLS: Si ( ) No ( )

**PREGUNTAS:**

1.- ¿Qué tipo de soluciones parenterales se utiliza en el tratamiento inicial al paciente politraumatizado?

- a. Dextrosa en agua al 5% en solución salina al 0.9%
- b. Soluciones isotónicas
- c. Dextrosa en agua al 5%
- d. Ninguna de las anteriores

2.- Para realizar la evaluación rápida y detectar signos de obstrucción de la vía aérea se debe EVALUAR:

- a) Presencia de secreciones, vómitos y/o sangre
- b) Fracturas faciales mandibulares o de la tráquea y/o laringe
- c) Características de la respiración
- d) Saturación de oxígeno

3.- ¿Cuántos puntos según escala de Coma de Glasgow espero encontrar en un paciente para deducir que requiere una colocación de vía aérea definitiva (Tubo endotraqueal)?

- a) Menor o igual a 7
- b) Menor o igual a 9
- c) Menor o igual a 10
- d) Menor o igual a 8

4.- ¿Qué acción se debe de realizar para asegurar la permeabilidad de la vía aérea?

a) La maniobra recomendada para la protección de la columna cervical, extraer los cuerpos extraños de la vía aérea y establecer una vía aérea definitiva si así lo requiere.

b) Colocar collarín cervical y brindar oxígeno a través de presión positiva (Ambú) y establecer una vía aérea definitiva si así lo requiere.

c) Insertar cánula orofaríngea y establecer una vía aérea definitiva si así lo requiere

d) Evaluar la causa de la posible obstrucción de la vía aérea, realizar la maniobra para protección de la columna cervical y colocar cánula oro faríngea.

5.- ¿Qué aspecto se debe de evaluar para determinar el estado oxigenatorio en el paciente?

a) La clínica del paciente (signos y síntomas)

b) El flujo de aire que pasan a los campos pulmonares

c) Oximetría de pulso

d) Llenado capilar

6.- ¿Qué características debemos buscar en la respiración durante la evaluación inicial del paciente?

a) Frecuencia y ruidos respiratorios.

b) Frecuencia, profundidad y simetría.

c) Ritmo frecuencia y asimetría.

d) Ritmo, profundidad y ruidos respiratorios.

7.- ¿Qué aspectos se deben evaluar para realizar una revisión rápida y precisar el estado hemodinámico del paciente politraumatizado?

a) Identificar fuentes exanguinantes de hemorragia, pulso y color de la piel.

b) Llenado capilar, coloración de la piel y temperatura corporal.

c) Presión arterial signos de taponamiento cardíaco e ingurgitación yugular.

d) Estado de conciencia, color de la piel y presión arterial.

8.- ¿Cuál es el pulso más accesible para la exploración del paciente politraumatizado?

- a) El radial y el carotideo
- b) El femoral y el braquial
- c) El femoral y carotideo
- d) El carotideo y poplíteo

9.- ¿Qué características debemos buscar en el pulso?

- a) Amplitud, frecuencia, ritmo
- b) Regularidad, frecuencia y profundidad
- c) Frecuencia, ritmo y simetría
- d) Reactividad, frecuencia y ritmo

10.- Cuando debo de dejar de hacer RCP:

- a) Después de 10 minutos
- b) Cuando el paciente muestra algún signo de vida
- c) Cuando el paciente pide que pare
- d) Cada 5 ciclos.

11.- Durante la evaluación primaria ¿Cómo se debe controlar la rápida pérdida de sangre al exterior?

- a) Presión directa sobre la herida
- b) Torniquetes
- c) Férulas neumáticas
- d) Elevar el miembro afectado

12.- En el caso de una amputación traumática de una extremidad. ¿Cómo se debe controlar la pérdida de sangre al exterior?

- a) Presión directa sobre la herida
- b) Torniquetes
- c) Férulas neumáticas
- d) Pinzas hemostáticas

Es reportado por central SAMU un accidente vehicular en la avenida Brasil cuadra 9, al llegar al lugar en el interior de uno de los vehículos se observa a una paciente de 30 años aprox.; la paciente se encuentra inconsciente, con respiración superficial y con fracturas abiertas en ambas extremidades inferiores. En la valoración inicial, usted debe realizar el llamado protocolo ABCDE del Trauma.

13.- Del enunciado anterior, Los pasos a seguir en la evaluación primaria son, EXCEPTO:

- a) Mantenimiento vía aérea con control de la columna cervical
- b) Análisis del déficit neurológico
- c) Tratamiento de las fracturas abiertas
- d) Análisis del estado circulatorio

14.- Del caso anterior, en el sitio del accidente: ¿Cuál sería su prioridad de tratamiento en el paciente?

- a) Corrección de la posible hipoxia
- b) El control de todas las hemorragias
- c) El establecimiento de una vía intravenosa
- d) La inmovilización completa en tabla rígida

15.- ¿Cuáles son los parámetros que incluye la escala de coma de Glasgow para la evaluación de un paciente politraumatizado?

- a) Apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora y reactividad pupilar
- b) Apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora y evaluación neurológica
- c) Apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora
- d) Apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora y tamaño pupila

16.- El signo “Ojos de Mapache” se refiere a:

- A. Fractura de base de cráneo
- B: Insuficiencia cardíaca
- C: Falta de aire
- D: Fractura de clavícula

17.- ¿Cuál es la principal causa que compromete el estado de conciencia, en caso de un paciente politraumatizado?

- a) Disminución de la oxigenación y/o perfusión cerebral, lesión traumática del sistema nervioso central
- b) Aumento de la oxigenación y/o perfusión cerebral y lesión traumática del sistema nervioso central
- c) Hipoglicemia, traumatismo cerebral
- d) Hiperglicemia y traumatismo cerebral

18.- ¿Qué acciones se debe de realizar para facilitar el examen y evaluación completa del paciente?

- a) Debe encontrarse en camilla rígida y ser desvestido totalmente
- b) Debe ser desvestido solo la parte necesaria, para prevenir la hipotermia
- c) Debe ser expuesto según lesiones que presente
- d) Evaluación completa sin necesidad de desvestirlo

19.- ¿Cuál es la secuencia correcta de prioridades en la evaluación primaria del paciente politraumatizado?

- a) Permeabilizar la vía aérea con protección de la columna cervical, exposición del paciente con prevención de la hipotermia, evaluar la circulación con control de hemorragias, evaluar el déficit neurológico.
- b) Permeabilizar la vía aérea, evaluar la circulación con control de hemorragias y exposición del paciente con prevención de la hipotermia y evaluar el déficit neurológico.

c) Evaluar la circulación con control de hemorragias, permeabilizar la vía aérea con protección de la columna cervical, exposición del paciente con prevención de la hipotermia y evaluar el déficit neurológico.

d) Permeabilizar la vía aérea con protección de la columna cervical, evaluar la ventilación y oxigenación, evaluar la circulación con control de hemorragias, evaluar el déficit neurológico y la exposición completa del paciente con prevención de la hipotermia.

20.-Cuál es la Triada de Beck

a) Bradicardia, hipotensión y ruidos cardiacos velados

b) Hipertensión, ruidos cardiacos velados y respiración irregular

c) Ingurgitación yugular, hipotensión y ruidos cardiacos velados

d) Taquicardia, hipertensión y respiración irregular.

21.- Durante la evaluación secundaria. ¿Qué acciones se deben realizar para evitar la hipotermia?

a) Cubrir al paciente con cobertores, evitar mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre.

b) No desvestir al paciente

c) Calentar las soluciones antes de administrarlas

d) Descubrir al paciente por partes según necesite evaluar

22.- Ante una salida al exterior de vísceras desde la cavidad abdominal debo:

a) Volver a introducir para evitar infección

b) Sacar la visera completa para disminuir el dolor

c) Cubrir con apósito húmedo, estéril e irrigar SS al 0,9%

d) Cubrir con apósito seco

23.- En una herida torácica penetrante con salida de aire sin hemorragia debemos:

a) Sellar la herida completamente para evitar hemorragias

b) No cubrir

c) Empapar con alcohol

d) Colocar un parche con uno de sus lados abiertos

24.- En un paciente con sospecha de hemorragia sin manifestación de hemorragia activa, en la fase de la evaluación secundaria, ¿Cuál sería la medida a tomar?

a) Control signos vitales

b) Canalización vía venosa

c) Medición diuresis horaria

d) Traslado inmediato

25.- Piel pálida, sudorosa, pulso débil y rápido, son signos de:

a) Fractura

b) Dolor de cabeza

c) Hemorragia interna

d) Vía aérea obstruida

26.- ¿Cuál será el signo específico de hemorragia abdominal interna?

a) Abdomen no distendido

b) Abdomen blando

c) Abdomen rígido

d) Abdomen no doloroso

27.- ¿En qué consiste la evaluación secundaria del paciente politraumatizado?

a) Anamnesis, control defunciones vitales, examen físico y reevaluación

b) Interrogatorio, examen físico, y traslado.

c) Examen físico estado, evaluación neurológica y traslado.

d) Anamnesis, examen físico y traslado.

28.- Un paciente politraumatizado que contesta a preguntas de forma inadecuada, que responde con flexión al estímulo doloroso y que abre los ojos por orden, tiene un valor en la escala de Glasgow de:

- a) 9
- b) 10
- c) 11
- d) 12

## FICHA OBSERVACION NO PARTICIPANTE: LISTA DE COTEJO

### “CONOCIMIENTO Y PRACTICA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO POR EL SERVICIO MÓVIL DE URGENCIAS”

Fecha:

#### **Instrucciones para el Investigador:**

se observará las actividades que realiza, lea cuidadosamente cada afirmación luego marque con un aspa (x) hacia afirmación que se acerque a la práctica observada.

	ACTIVIDADES	SI	NO
CUIDADOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1. Verificar permeabilidad de vía aérea.		
	2. Si no existe respiración y pulso, inicia RCP básica y avanzada.		
	3. Administración de oxígeno a altas concentraciones		
	4. inspeccionar simetría del tórax signos de tórax inestable.		
	5. vigilar presencia de disfagia, vigilar signos de disnea		
	6. canalizar una o dos vías periféricas de grueso calibre 14, 16, control de constantes vitales		
	7. Evaluar y reponer perdidas de volumen, Administración de		

CUIDADOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	soluciones cristaloides y coloides		
	8. Control de hemorragias externas con compresión directa		
CUIDADOS DEL SISTEMA TEGUMENTARIO	9. Valora coloración y lesiones de la piel, Vigila presencia de diaforesis		
CUIDADOS DEL SISTEMA NEUROLOGICO	10. Valora actividad motora, respuesta verbal apertura ocular (Escala Glasgow)		
	11. Mantenimiento de la inmovilización de la columna vertebral.		
	12. Mantiene la privacidad y evita la hipotermia		
REGISTROS DE ENFERMERIA	13. Tiene adecuada comunicación con su equipo de salud, Demuestra seguridad en la atención de los pacientes		
	14. . Realiza informes de enfermería luego de estabilizar al paciente		