



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO.



**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL
PACIENTE POLITRAUMATIZADO.**

VALENCIA, JUNIO 2017

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO.

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL
PACIENTE POLITRAUMATIZAD**

Autor : Lcda. Yujacvi Cousin

Trabajo de grado presentado ante la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para optar a título de Magister en Enfermería en Cuidado integral al adulto críticamente enfermo.

Valencia Junio 2017

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE
ENFERMO.

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL
PACIENTE POLITRAUMATIZADO.**

Autora: Lcda. Yujacvi Cousin

Aprobado en el área de estudios de la Universidad de Carabobo por miembros de la comisión
Coordinadora del Programa.

Nombre, Apellido y Firma

Valencia Junio 2017

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE
ENFERMO.

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Yo Neris Ortega, en mi carácter de tutor mediante la presente hago constar que he leído el proyecto de grado titulado **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO** presentado por la LCDA. YUJACVI COUSIN titular de la cedula de identidad 18.146.922 para optar el título de Magister en Enfermería en Cuidado integral al Adulto Críticamente Enfermo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y merito suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Valencia Abril 2017

Dra. Neris Ortega

CI 3.897.920

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE
ENFERMO.**

ACTA DE APROBACION DEL PROYECTO

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE
ENFERMO.

Nosotros, miembros del jurado designados para evaluación de trabajo de grado titulado presentado por CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO PRESENTADO POR Lcda. Yujacvi Cousin cedula 18.146.922 para optar por el título de Magister en Enfermería en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: -

En la ciudad de Valencia a los días del mes año 2017

Nombre, Apellido y Cedula; firma del jurado

ÍNDICE GENERAL

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

RESUMEN

ABSTRAC

INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1-Planteamiento del problema.....	3
1.2.-Objetivos del Estudio.....	10
1.3.-Justificacion del Estudio.....	11
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1.-Antecedentes del Estudio.....	13
2.2.-Bases Teóricas.....	18
2.3.-Definición de Términos.....	40
2.4.-Sistema de Hipótesis.....	41
2.5.-Sistema de Variables.....	42
2.6.-Operacionalización de Variables.....	43
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1.- Diseño de la Investigación.....	47
3.2.- Tipo de la Investigación.....	47
3.3.- Población.....	48
3.4.- Muestra.....	48
3.5.- Instrumento de recolección de la información.....	49

3.6.- Procedimiento de recolección de la información.....	49
3.7.- Validez y confiabilidad del instrumento.....	50
3.8.- Técnica de análisis de datos.....	51
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	
4.1.-Presentación de los resultados.....	52
4.2.- Análisis e interpretación de los resultados.....	68
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	Pág.
4.2.1.- Características de las muestras.....	68
5.1.- Conclusiones.....	71
4.2.2.- Hipótesis Especifica N° 1.....	71
5.2.- Recomendaciones.....	73
4.2.3.- Hipótesis Especifica N° 2.....	73
4.2.4.- Hipótesis Especifica N° 3.....	79
Referencias Bibliográficas.....	77
4.2.5.- Hipótesis General.....	83

ANEXOS: Instrumentos, Consentimiento informado.

LISTA DE CUADROS

CUADRO	PÁG.
1. Distribución del personal de enfermería según edad, hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016	53
2. Distribución del personal de enfermería según sexo, hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016	54
3. Distribución del personal de enfermería según turno laboral, hospital "Pablo Acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de apure. Noviembre 2016.	56
4. Distribución del personal de enfermería según años de servicio hospital "Pablo Acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016.	57
5. Distribución del personal de enfermería según situación laboral hospital "pablo acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016.	59
6. Media (x) y desviación estándar (s) de las puntuaciones obtenidas por el personal de enfermería investigado en el factor valoración neurológica según conocimiento y práctica en el cuidado del paciente politraumatizado hospital "pablo acosta Ortiz" Emergencia de adultos. San Fernando de apure. Noviembre 2016.	60
7. Media (x) y desviación estándar (s) de las puntuaciones obtenidas por el personal de enfermería investigado en el factor valoración respiratoria según conocimiento y práctica en el cuidado del paciente politraumatizado hospital "Pablo Acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de apure. Noviembre 2016.	62
8. media (x) y desviación estándar (s) de las puntuaciones obtenidas por el personal de enfermería investigado en el factor valoración	

hemodinámica según conocimiento y práctica en el cuidado del paciente politraumatizado hospital "Pablo Acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de apure. Noviembre 2016. **64**

9. Media (\bar{x}) y desviación estándar (s) de las puntuaciones obtenidas por el personal de enfermería investigado en el cuidado del paciente politraumatizado hospital "pablo acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016. **66**

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICOS	PAG
<p>1. Distribución del personal de enfermería según edad, hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016.</p> <p>.....</p>	53
<p>2. Distribución del personal de enfermería según sexo, hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016.</p> <p>.....</p>	55
<p>3. Distribución del personal de enfermería según turno laboral, hospital "Pablo Acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de apure. Noviembre 2016.</p> <p>.....</p>	56
<p>4. Distribución del personal de enfermería según años de servicio hospital "Pablo Acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016.</p> <p>.....</p>	58
<p>5. Distribución del personal de enfermería según situación laboral hospital "pablo acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016.</p> <p>.....</p>	59
<p>6. Media (x) y desviación estándar (s) de las puntuaciones obtenidas por el personal de enfermería investigado en el <i>factor valoración</i></p>	61

neurológica según conocimiento y práctica en el cuidado del paciente politraumatizado hospital "pablo acosta Ortiz" Emergencia de adultos. San Fernando de apure. Noviembre 2016.

.....

7. Media (x) y desviación estándar (s) de las puntuaciones obtenidas por el personal de enfermería investigado en el *factor valoración respiratoria* según conocimiento y práctica en el cuidado del paciente politraumatizado hospital "Pablo Acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de apure. Noviembre 2016..... **63**

8. media (x) y desviación estándar (s) de las puntuaciones obtenidas por el personal de enfermería investigado en el *factor valoración hemodinámica* según conocimiento y práctica en el cuidado del paciente politraumatizado hospital "Pablo Acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de apure. Noviembre 2016. **65**

.....

9. Media (x) y desviación estándar (s) de las puntuaciones obtenidas por el personal de enfermería investigado en el cuidado del paciente politraumatizado hospital "pablo acosta Ortiz" emergencia de adultos. San Fernando de Apure. Noviembre 2016. **67**

.....

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE
ENFERMO.

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL
PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

Autor: Lcda. Yujacvi Cousin

Tutor: Dra. Neris Ortega

Año: 2017

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería en el cuidado al paciente politraumatizado en sus factores valoración neurológica, valoración respiratoria y valoración hemodinámica, el cual se ubica en una investigación correlacionar de campo, descriptiva de corte transversal cuya población está conformada por 40 enfermeros técnicos y licenciados de la Emergencia de Adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz de los cuales se tomó una muestra de 19 enfermeros que representan el 45.5% de la población, la recolección de la información se obtuvo mediante la aplicación de cuestionario constituido en 2 partes la primera compuesta por los datos sociolaborales y la segunda parte por 31 ITESM con cuatro opciones de respuestas aunado a esto se aplicó una observación directa de 29 ITEMS tipo dicotómico (SI-NO) los mismos fueron sometidos a proceso de validación mediante juicio de experto y cuya confiabilidad se realizó a través de una prueba piloto aplicada a 10 elementos muestrales con las mismas características del personal de la emergencia pero en otro centro hospitalario, la prueba estadística aplicada fue T Student para medir si hay relación entre el conocimiento y la práctica, cuyos resultados arrojaron una diferencia promedio de 6,42 puntos a favor del conocimiento con respecto a la puntuación de la practica ejecutada, diferencia significativa ($p < 0,00001$) por lo que las variables tienen una diferencia marcada entre si no se relacionan, concluyéndose que no hay relación entre el conocimiento y la practica ejecutada, esta situación podría estar influenciada por la ausencia de formación especializada, una carente educación en servicio para el cuidado del paciente crítico en los aspectos neurológicos, respiratorios y hemodinámicos y programas de capacitación teórico practico específicos para el cuidado del paciente politraumatizado en las unidades de urgencias, recomendándose la aplicación de programas de educación en servicios enfocados en las debilidades que presentan el personal de enfermería de la emergencia de adulto en la atención al politraumatizado, de igual forma motivar al personal a realizar especialización y maestría en dirigidos al cuidado del pacientes críticos.

Palabras claves: conocimiento, práctica, politraumatizado, valoración.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE
ENFERMO.

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF NURSING IN THE CARE OF THE POLITRAUMATED
PATIENT.

Autor: Lcda. Yujacvi Cousin
Tutor: Dra. Neris Ortega
Año: 2017

ABSTRAC

The present study aims to determine the relationship between knowledge and practice that carries out nursing in the care of the polytraumatized patient in their neurological assessment, respiratory assessment and hemodynamic assessment, which is located in a correlational field research, descriptive cross-sectional whose population is conformed by 40 technical nurses and graduates of the Adult Emergency of the Pablo Acosta Ortiz Hospital with a sample of 19 nurses that represent the 45.5% of the population. The collection of the information was obtained through the application of a questionnaire consisting of 2 parts, the first composed by the social and labor data and the second part by 31 ITEMS with four options of answers. And the second part by 31 ITEMS with four options of answers together with a direct observation of 29 ITEMS dichotomous type (YES-NO) that were submitted to a validation process by expert judgment. The statistical test applied was Student, to measure if there is a relationship between knowledge and practice, the results showed an average difference of 6.42 points in favor of knowledge regarding the practice score, a significant difference ($p < 0.00001$), which concludes that there is no relationship between knowledge and practice. This situation could be influenced by the absence of specialized training, absence of in-service education for critical patient care in neurological, respiratory and hemodynamic aspects, and practical theoretical training programs specific for the care of the polytraumatized patient in the emergency units. Finally, it is recommended to implement education programs in services focused on the weaknesses presented by nurses of the adult emergency in the care of polytraumatized patients, as well as motivate staff to undertake specialization and mastery focused on the care of critical patients.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el incremento de violencia y accidentes tanto de tráfico como laborales, han propiciado que la atención a los pacientes aumente considerablemente, constituyendo esto que las salas de emergencia sea el punto de elección para el cuidado de estos enfermos.

Al respecto refiere Rodas R. (2012) que la violencia “es una agresión de determinada parte del cuerpo que sobrepasa la capacidad de resistencia del mismo y causa daño dentro de esa área”. (pág. 01)

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

Siendo los politraumatismos la principal causa de muerte dentro de las primeras décadas de la vida, afecta principalmente la población más joven y con mayor productividad

para la sociedad, no escapando de esta situación nuestro país ya que según la Organización Mundial de la Salud para el (2015) se ha posicionado como el quinto lugar en Latinoamérica con un incremento considerable en siniestros.

Esto conlleva a la actuación de un equipo de salud multidisciplinario, siendo el cuidado integral de enfermería la meta fundamental de nuestra atención, en conjunto con un trabajo de equipo que va a proporcionar bienestar, el restablecimiento de la salud y la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

El papel del profesional de enfermería es primordial e imprescindible en la atención al Politraumatizado, en las primeras 24 a 48 horas luego del ingreso al centro hospitalario, donde el cuidado incluye tratamiento integral lo que redundará en la calidad en la asistencia, disminuyendo la morbimortalidad de los primeros minutos y posterior tiempo de atención. Por lo que se debe implementar la valoración secundaria que incluyen una revaloración primaria y una evaluación de vías aéreas, ventilación, circulación, sistema neurológico y posterior examen físico segmentario permanentemente.

El presente estudio está enmarcado en la línea de investigación de los cuidados de enfermería a pacientes politraumatizado graves y fallas multiorganica de la maestría en enfermería “Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo”.

El estudio está constituido de la siguiente manera: capítulo I: El problema el cual contiene el planteamiento, sus objetivos y la justificación. El capítulo II el marco teórico referencial contiene los antecedentes que fundamentan las variables en estudio, bases teóricas y la definición de términos, el sistema de hipótesis, el sistema de variables y su Operacionalización. El capítulo III: marco metodológico está estructurado por el diseño y tipo de estudio, la población y muestra, el instrumento de recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento Procedimiento de

recolección de la información, las pruebas estadísticas a utilizadas el tipo de estudio, el capítulo IV: contiene Presentación de los resultados Análisis e interpretación de los resultados Características de las muestra Hipótesis específica N° 1, Hipótesis específica N° 2, Hipótesis específica N° 3 y Hipótesis general , el capítulo V: presentación de las conclusiones y recomendaciones del estudio, Por último se presenta la referencia bibliográfica.

CAPÍTULO I

CAPITULO I: EL PROBLEMA

Este capítulo está estructurado por el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos y la justificación.

1. EL PROBLEMA

Las unidades de emergencia son el primer punto de atención a pacientes politraumatizado por lo que tienen el compromiso de proporcionar asistencia rápida, con todos los recursos humanos y tecnológicos durante su tiempo de permanencia en la unidad, tomando en consideración que en nuestros hospitales por la demanda en ingresos de pacientes politraumatizado y la poca capacidad en los cupos de las Unidades de Cuidado Intensivo, estos pacientes deben permanecer en las instalaciones de emergencia durante 24 a 48 horas luego de su ingreso.

Por la complejidad de las lesiones de estos pacientes el equipo de salud debe poseer habilidades y destrezas para ofrecer cuidados enmarcados en la valoración de los principales sistemas afectados. Por consiguiente Vértice, (2013) sostiene que “un paciente con politraumatismo es el que presenta diferentes lesiones que entrañan repercusiones respiratorias o circulatorias y que lo sitúan en una situación crítica que requiere atención inmediata” (pag.3).

En el concepto de politraumatizado que definen Diez (2008) identifica las siguientes características:

Es un paciente que tras sufrir un accidente traumático presenta dos o más lesiones que ponen en peligro su vida con inestabilidad respiratoria y hemodinámica. Debiéndose distinguir entre paciente contusionado y polifracturado en cuyo caso tienen afectados aparato locomotor y partes blandas, según esto podemos clasificar a los pacientes en politraumatismos graves y potencialmente graves (pág. 90).

En consideración a las características descritas por este autor determina que para que exista un politraumatismo debe existir una asociación de lesiones donde se implica compromiso vascular y óseo. Consiguientemente Adams y Flemming (2008) explica que un “politraumatismo es un conjunto de lesiones múltiples ocurridas en distintas partes de los órganos y una situación en que al menos una lesión o varias lesiones combinadas comprometen la vida” (pág.134).

Así pues, lo antes expuesto por los autores nos indica que un paciente politraumatizado equivale no, a un gran número de lesiones o fracturas, sino, al riesgo que supone para la vida del paciente las respuestas orgánicas desencadenadas por ellas.

Los politraumatismos han cobrado gran relevancia en todo el mundo y sus causas son exclusivamente extrínsecas, con respecto a esto Guinot M. (2009) asegura que “la principal causa de los politraumatismos suelen ser los accidentes independientemente de su tipo. Entre estos los de tráfico y laborales son los que mayor número de paciente politraumatizado generan” (Pág. 52).

De acuerdo a los boletines de la OMS en el 2009, se establece que los politraumatismos son una epidemia desatendida en los países en desarrollo, lo cual ocasiona más de cinco millones de muerte al año, una cifra aproximadamente igual a las ocasionadas por el VIH/SIDA, la malaria y tuberculosis combinadas y calcula que para el 2020 haya un aumento de hasta 20%.

En este sentido, la OMS estima que más del 90% de las muertes por traumatismos ocurren en países con ingresos bajos y medios en los que no suelen aplicarse medidas de prevención y cuyos sistemas de salud están menos preparados para afrontar el reto. Como tales, los politraumatismos constituyen claramente al círculo vicioso de la pobreza y producen consecuencias económicas y sociales que afectan a las personas y comunidades.

En consecuencia la OMS (2013) en su informe sobre la seguridad vial estipula que cada año 1,3 millones de personas pierden la vida producto de traumatismos secundarios accidentes de tránsito. De continuar esa tendencia actual en el año 2030 las colisiones en las vías de tránsito se habrán convertido en la quinta causa más importante de muerte (Pag.3).

Por otra parte un estudio realizado en Venezuela, por el Departamento de Demografía de la universidad Andrés Bello (2008) sitúa al país en el quinto lugar en Latinoamérica con un alto índice de siniestros siendo esto causa de muerte y con un aumento considerable de morbimortalidad.(pág. 05)

Por su parte, el Observatorio Venezolano de Seguridad Vial en su III informe en el (2014) afirma que los primeros cuatro meses del 2013 hubo un incremento del 52% de fallecidos por siniestros en motos, cobrando más de 77014 vidas. Expresando de esta forma que entre los estados con mayor índice de mortalidad se encuentran Barinas, Mérida, Táchira y Apure.(pág. 10)

Cabe destacar que en el Estado Apure se registró en el último anuario de morbimortalidad emanado por el Ministerio para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela en el 2010, 915 casos de ingresos a centros de salud producto de accidentes de tránsito.

Mientras que el Instituto Nacional de Tránsito Terrestre del Estado Apure estima que se produjo un aumento de 95% entre los años 2011 y 2012 de accidentes de tránsito, siendo los moto taxistas los principales protagonistas.

Es fundamental que dentro de estas áreas que labore un personal especializado en el cuidado de pacientes politraumatizado. Profesionales que son responsable de atender a estos pacientes críticos Espinoza J. (2013) hace referencia a aptitudes que deben tener estos trabajadores como entrenamiento básico y continuo, ser profesional licenciado, poseer especialidades en emergencia y realizar cursos intensivos. (Pág. 20)

Por el auge de los politraumatismos en las áreas de emergencia surge la necesidad de que el personal de salud este en la capacidad de identificar cambios producidos en estos pacientes, durante el tiempo de hospitalización sobre todo dentro de las 48 a 72 horas de estadía hospitalaria, considerando que estos pacientes cursan por tres picos de que predispone al paciente a la muerte y se convertirá en un factor indispensable en las tomas de decisiones.

El profesional de enfermería debe conocer que el tercer pico de mortalidad se produce dentro del área hospitalaria Guasca E. (2010) describe:

El tercer pico en la tasa de mortalidad se produce en el hospital transcurrido días o inclusive semanas después del accidente. Las muertes se deben a complicaciones sistémicas postraumáticas y postquirúrgicas. Pero aquí también una actuación adecuada, oportuna y eficaz, por personal idóneo, puede contribuir a la disminución de la mortalidad y morbilidad. (pág. 1415)

La atención de enfermería en las áreas de emergencia debe de estar orientada a un cuidado rápido y continuo en el paciente politraumatizado al respecto Guasca E. dice que “las actividades de enfermería debe estar en primer lugar monitoreo de la función respiratoria, seguido por la valoración del estado circulatorio y evaluación del estado de consciencia” (pág. 1416). Por lo que enfermería debe poseer el conocimiento y la practica necesaria para mejorar las condiciones de salud de estos pacientes.

La federación iberoamericana de enfermería en urgencia, emergencia y desastre (2007) propone un perfil para la enfermera de emergencia donde refiere que debe “disponer de una adecuada, completa y específica formación que les permita el correcto manejo de las situaciones críticas tanto en el ámbito prehospitalario como hospitalario, poseer actualización de las Guías de Manejo Pre Hospitalario y Guías de Intervención Hospitalarias, Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias, emergencias y desastres, al tiempo que valora inmediatamente la situación de salud del usuario en estado crítico o en riesgo inminente de muerte, utilizando criterios de oportunidad, eficacia y eficiencia”(pág. 2 y 3)

Es por esto que resulta ser fundamental que el personal conozca los aspectos a valorar en los pacientes politraumatizado, Por lo que Krosbel (2008) describe:

La valoración neurológica como aquella que comprende el examen de los ojos (pupilas) y escala de Glasgow. La valoración respiratoria es la que Krosbel, (2008) plantea y que se realiza a través del examen físico del tórax, señalando la importancia de valorar cara anterior y posterior del tórax por medio de la inspección palpación, percusión, auscultación.(pág. 260)

Por consiguiente, la valoración neurológica, respiratoria y hemodinámica en los pacientes politraumatizados es la primera etapa en el proceso enfermero y constituye la base para el diagnóstico de enfermería, la oportuna atención es un factor pre determinante ya que permite conocer si el manejo aplicado está encaminado a solucionar o minimizar los posibles problemas relacionados al paciente es por esto que Guasca E. establece que la revisión neurológica permite establecer la severidad de las lesiones por medio de la escala de Glasgow, es fundamental oxigenación adecuada y vigilancia respiratoria, valoración hemodinámica a través de la presión arterial (pág. 1420)

Es importante destacar que Domínguez J, (2014) realizó una investigación sobre la atención al politraumatizado en el servicio de emergencia de adulto, en donde describe la importancia de la evaluación del paciente con múltiples traumas, considerando que ellos cursan con graves incapacidades y secuelas invalidantes permanentes, acentuando que la enfermera debe tomar conciencia del papel que desempeña para así poder evaluar si se está actuando dentro de los parámetros esperados.

Guasca E. establece que la valoración hemodinámica debe estar orientada en mantener una constante evaluación de la perfusión de los órganos y de la oxigenación tisular. (pág. 1416)

Al respecto Canabal A, (2009) plantea la necesidad de una formación adecuada en el equipo de salud explicando que:

Esta información precisa de una adquisición de sólidos conocimientos teóricos, junto con un conocimiento práctico y unos hábitos que garanticen su correcta aplicación, lo que es muy difícil de conseguir con el ejercicio profesional, ya que la realidad no sirve de base inicial para la enseñanza, por el propio dramatismo de la situación y por la necesidad de una actuación rápida y eficaz". (Pág.11)

De esta forma encontramos que en el servicio de emergencia de adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz es el principal receptor de pacientes que han sufrido accidentes en su mayoría

de tránsito, lo que permite que haya incremento de pacientes politraumatizados ,considerando el número reducido de cupos en la unidad de cuidados intensivos, origina que se amerite en el servicio la emergencia exista un área de dos camas que cuentan con ventiladores mecánicos donde los pacientes llegan a permanecer de 24 a 48 horas posterior al ingreso y cuya atención está a cargo de profesionales de enfermería técnicos y licenciados sin ningún tipo de especialidad la cual podría desmejorar la calidad de cuidado a estos pacientes por no poseer suficiente conocimiento y practica para el manejo del mismo, por otra parte forma un personal suplente rotativos que producto del número significativo de personal de enfermería en reposo cubren estos cargos, este personal suplente se ha observado que no se le aplica una previa capacitación antes de ingresar a la emergencia de adulto.

Lo anteriormente expuesto por los autores mencionados sobre el cuidado que ejecuta enfermería discrepa con la realidad observada. En la unidad de Emergencia del Hospital Pablo Acosta Ortiz al momento de prestar cuidado al paciente politraumatizado conectado a ventilación mecánica se evidencia deficiencia de una apropiada capacitación no hay una continua educación en servicio donde se toquen tópicos relacionados al manejo del paciente politraumatizado. A través de cursos o talleres, lo que podría interferir en el conocimiento y destrezas que se requieren en el manejo del paciente politraumatizado que está conectado a ventilación mecánica con medios invasivos como vías centrales, sondas vesicales, nasogástricas, tubos de tórax entre otros, de esta forma teniendo más de dos sistemas comprometidos lo que agrava más su condición.

Esta situación puede observarse en la debilidad del personal de enfermería en la valoración del paciente Politraumatizado con una estadía dentro de las 24 a 48 horas posterior a

su ingreso en los cuales se debe realizar una valoración y revaloración continua para poder identificar cambios importantes para la evolución y supervivencia.

Dentro de dichas valoraciones, se encuentra en primer lugar la neurológica, observándose que no se está atendiendo la aplicación de la escala de Glasgow en pacientes politraumatizados conectado a ventilación mecánica y que debe realizarse considerándose las limitantes que el mismo estado del paciente representa, y que pudiera estar relacionado con el desconocimiento de la escala de Glasgow como un factor de valoración que nos permite determinar, cabe agregar que no se está usando el pupilometro para determinar el diámetro pupilar y todos los hallazgos encontrados no se están dejando debidamente reportados.

En segundo lugar se ha constatado que el personal presenta debilidades al realizar examen del tórax a través de la inspección, palpación, auscultación donde no se está siguiendo el orden semiológico, las características tipos y simetría torácica no se reporta, poco se identifican ruidos patológicos y fisiológicos, de manera semejante los resultados de gases arteriales no son registrados ni interpretados.

Conocimiento en la valoración hemodinámica. Se ha observado que el personal tiene deficiencia para identificar los parámetros a valorar, la importancia de los métodos hemodinámicos no invasivos, la técnica para realizar medición de PVC; aún se identifican ambigüedades con respecto a la posición del paciente, líneas topográficas y espacios intercostales a considerar. Los registros de horarios de la tensión arterial no se cumplen en todos los turnos por lo que al parecer se le resta importancia en reconocer como indicadores de la perfusión de los tejidos

Por lo anteriormente expuesto se decide realizar esta investigación para determinar: ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que ejecuta el profesional en el cuidado del paciente politraumatizado?

1.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO.

1.2.1 Objetivo General.

Determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería en el cuidado al paciente politraumatizado, en sus factores: **Valoración Neurológica, Valoración Respiratoria, Valoración Hemodinámica** en la unidad de Emergencia Adulto HPAO.

1.2.2 Objetivos Específicos.

1- Determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería sobre el cuidado al paciente politraumatizado, en su factor: **Valoración Neurológica.**

2- Determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería sobre el cuidado al paciente politraumatizado, en su factor: **Valoración Respiratoria.**

3- Determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería sobre el cuidado al paciente politraumatizado, en su factor: **Valoración Hemodinámica.**

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El paciente politraumatizado constituye hoy un grave problema de salud pública dado los altos índices por accidentes de tránsito que se registran en nuestro país.

La misma complejidad de los pacientes politraumatizados conlleva a que estos reciban una atención óptima, y de calidad lo que exige avances continuos para los profesionales de enfermería y capacitación permanente.

Es la enfermera quien tiene un papel principal en el cuidado de estos pacientes pues es ella quien por permanecer las 24 horas del día debe identificar respuestas anormales y prevenir lo prevenible, por lo que es importante conocer la congruencia entre lo que conoce y lo que practica en la asistencia de los pacientes politraumatizados

Se espera garantizar al paciente, ser cuidado por profesionales con conocimiento actualizado y que van hacer implementados en la práctica.

Para la enfermera permitirá analizar el cuidado brindado, aplicar cambios necesarios en su práctica, promover la ética en su cuidado.

Para la institución permitirá que el desempeño profesional óptimo ayude a minimizar estadía, incapacidades y muertes.

Tiene relevancia tecnológica ya que orienta a futuros estudios y servirán como antecedentes relacionado siendo una producción intelectual a través del diseño y construcción de un instrumento.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

El presente capítulo contiene información sobre los antecedentes que están relacionado con esta investigación, así mismo sobre las bases teóricas, definición de términos básicos, el sistema de hipótesis, el sistema y Operacionalización de la variable.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Rocío P. y Gómez O. (2013) en Ecuador realizaron una investigación la cual se titula *Evaluación de Atención de Enfermería en Pacientes con Politraumatismo por Accidente de Tránsito*, que acuden a la emergencia del hospital Cantonal de Daule Dr. Vicente Pino, cuya objetivo fue evaluar la atención de enfermería en pacientes con politraumatismo por accidente de tránsito que llevan al área de emergencia del hospital cantonal de Daule en el periodo comprendido entre marzo a julio de 2013, siendo este tipo de investigación descriptiva. La muestra utilizada fueron 26 enfermeros, la encuesta del actual trabajo estuvo constituida por 18 preguntas por medio de las cuales se recaudó información solamente de la población investigada teniendo en cuenta los objetivos planteados los resultados obtenidos fueron, que las encuestas realizadas al personal de enfermería arrojó datos positivo, los resultados obtenidos comprobaron que el personal desconoce el manejo inicial en este tipo de pacientes lo cual representa un estilo de vida discapacitante incluso hasta la muerte sino se toma decisiones de una forma sistematizada. Conclusiones El estudio permite suponer que el manejo inicial en los pacientes politraumatizados no es correcto por lo que se debe insistir en la implementación de un protocolo de atención de enfermería en paciente con politraumatismo en el área de emergencia.

El estudio pudo demostrar la existencia de falla en todo el proceso que tuvo que ver con la aplicación del conocimiento en los códigos de atención del paciente politraumatizado situación que puede comprometer la salud y vida de este usuario, situación que podría estar ocurriendo en los escenarios donde se realizan esta investigación que tiene que ver con el conocimiento y practica en paciente politraumatizado.

Guillen C. y Suarez E. (2013) En España, realizaron una investigación la cual fue titulada *Conocimiento y Aplicación de Código Paciente Politraumatizado y Traumático Grave en Urgencias por parte del personal de enfermería*, para obtener el título de Magister y cuyo objetivo fue valorar los conocimientos acerca de paciente politraumatizados y traumáticos graves en profesionales de enfermería de los servicios de urgencias de la especialidad de traumatología en los hospitales Vall de Hebrón y Clinic. El tipo de investigación realizada es de tipo descriptivo, de corte transversal, el tipo de muestra fue un total de 210 enfermeros divididos entre los dos hospitales en estudio entre los turnos mañana, tarde y noche. Se realizó una encuesta ad-hoc, que consta de 26 preguntas, la administración será directa, el cuestionario será auto cumplimentado, anónimo y pilotado; los cuestionarios se repartieron durante un periodo total de un año por los propios encuestadores. Los resultados obtenidos permitieron identificar los puntos donde hay fallas al momento de llevar a cabo todo proceso y actuación ante los códigos de atención a pacientes politraumatizados, de esta forma permitirá proponer mejoras del proceso de atención y mejorar la actuación de enfermería.

Siendo que la investigación antes mencionada es de carácter descriptivo de corte trasversal se asemeja al tipo de investigación a realizarse ya hay un corte en el tiempo, de igual forma para la recolección de los datos se utiliza un cuestionario aplicado a los profesionales de enfermería. Permitiendo comparar los resultados con la investigación a realizar en cuanto a la efectiva actuación de practica en el paciente politraumatizado.

Tofur y Tulcanaza en el año (2012) en Ecuador realizan una investigación titulada *Rol del profesional de Enfermería en el Manejo Temprano del Paciente Politraumatizado en el Servicio de Emergencia*, para obtener el título de Magister, en base a protocolos de atención en el hospital San Luis de Otavalo. Objetivo es determinar la importancia del rol del profesional de

enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado que ingresa a la unidad de emergencia para brindar atención con calidad y calidez .El tipo de investigación es de tipo descriptivo. Para esta investigación se realizó un muestreo aleatorio simple de pacientes politraumatizados que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo. N= 70 población de pacientes por mes. Se utiliza la observación y encuesta como técnica de recolección de datos arrojando como resultado que el estudio permitió determinar que el nivel de conocimiento es regular lo que amerita la actualización y capacitación en forma permanente. Como recomendación La coordinación de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo conjuntamente con la líder del servicio de emergencia, deben programar eventos de capacitación y actualización permanente dirigido al profesional de enfermería que labora en el Servicio de Emergencias con el fin de mantener conocimientos actualizados en cuanto al manejo del paciente politraumatizado, para brindar una atención con calidad y calidez.

Se puede evidenciar que el conocimiento es regular lo que podría influir en la atención del paciente politraumatizado, aspecto importante para el estudio actual, donde se quiere conocer que conocimiento maneja el profesional de enfermería en la atención del politraumatizado.

Borja J. Collaguazo C. (2014) en Ecuador realizaron una investigación la cual titularon *Evaluación de Conocimientos y Prácticas de Enfermería en el Manejo de Pacientes con Trauma Torácico*, servicio de emergencia del hospital Eugenio Espejo para obtener el título de Magíster. El objetivo fue Evaluar el nivel de conocimiento y la adecuación de las prácticas del Profesional de Enfermería en el manejo de pacientes con Trauma Torácico en el servicio de Emergencia del Hospital Eugenio Espejo de Quito. La investigación fue descriptiva de corte transversal, El universo de estudio estuvo constituido por 51 Enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia, El nivel de conocimiento fue evaluado mediante el test de 20 preguntas, de las

cuales 16 son de selección múltiple y 4 de respuesta abierta estructurada. Las prácticas fueron evaluadas mediante una guía de observación sobre las actividades y procedimientos que el profesional debe realizar durante el proceso de atención. Los resultados muestran, además, que el grupo de profesionales capacitados y experimentados alcanzaron puntajes homogéneamente elevados. Ambos hallazgos demuestran que el instrumento diseñado para evaluar el nivel de conocimiento en Trauma Torácico es apropiado no solamente para discernir entre niveles altos y bajos de conocimiento, sino también para consistentemente reflejar niveles altos de conocimiento. Como conclusión Este es, igualmente, un hallazgo muy interesante de este estudio, y parece encajar en un contexto general de que experiencia y edad, aportan en el nivel de conocimiento teórico y práctico de los individuos, y contrasta con el hallazgo de que un mayor grado académico, no se asocia con un mayor nivel de conocimientos.

Se utiliza esta investigación como marco de referencia ya que las prácticas fueron evaluadas mediante una guía de observación sobre cuidados que el profesional debe realizar durante el proceso de atención al paciente con trauma torácico, de esta forma se quiere implementar en nuestra investigación un instrumentó de observación que permita identificar como es la práctica del enfermero en los pacientes Politraumatizado.

Fuentes Y. Guzmán I. Y Vargas M. en Venezuela estado Miranda en el (2011) realizaron una investigación la cual titularon *Cuidado de Enfermería a Pacientes con Traumatismo Craneoencefálico que Ingresan al Hospital Dr. Eugenio P.D. Ballard*. La población utilizada fue de 50 enfermeros con un muestreo intencional de 10 profesionales de enfermería, el instrumento de recolección de información aplicado fue la observación la cual se realiza en 5 oportunidades, lo que arrojó un resultado de deficiencia en cuanto a las acciones realizadas por el profesional de

enfermería referente al cuidado inmediato de pacientes politraumatizados, considerando que el 70% de las observaciones realizadas resultaron estar deficiente.

El resultado evidencio que las observaciones realizadas al personal de enfermería durante su actuación fueron deficientes, es decir, el cuidado de enfermería no fue óptimo. Relacionándose las investigaciones ya que se hace uso del la observación como instrumento de recolección de datos para evidenciar la práctica diaria de enfermería.

Quintero A. en el (2015) en Venezuela estado Portuguesa realiza una investigación titulada *Práctica de Enfermería en la Toma de Muestra para Cultivo en Pacientes Politraumatizados y su Relación con el Cumplimiento de los Principios de Asepsia y Antisepsia en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Dr. Jesús María Casal Ramos Portuguesa Venezuela.* con un diseño no experimental de corte trasversal de tipo correlacionar , la recolección de datos fue realizada a través de un instrumento de observación con escala dicotómica se utilizo coeficiente de correlación de Spearman con una confiabilidad de 0.685 la población fueron 40 profesionales con una muestra de 15enfermeras obteniendo como resultado que el 86,66% profesional de enfermería se ubica entre el nivel alto y medio en cuanto a la toma y cumplimiento de principios de asepsia relacionado al cultivo de secreciones endotraqueal. Como conclusión como conclusión se obtuvo que el personal de enfermería cumpla con los principios de asepsia y antisepsia para cultivo de punta de catéter de vía central y para muestra de cultivo de secreción endotraqueal.

En relación a la investigación el resultado fue positivo al evidenciar que la práctica del profesional de enfermería esta enmarcada en los principios de asepsia y antisepsia esto se evidencio a través de un instrumento de observación en cuyo caso permitió evidenciar la

conducta del personal instrumento que en nuestra investigación nos permitirá evidenciar la práctica sobre el paciente politraumatizado.

2.2 BASES TEÓRICAS

A continuación se presentan las bases teóricas las cual contienen información relacionada con las variables de esta investigación.

Conocimientos Sobre El Cuidado Del Paciente Politraumatizado

Toda intervención de enfermería debe estar fundamentada en el conocimiento previo al aprendizaje, y esto fortalece el cuidar cuando se requiere atender a pacientes críticos en áreas de emergencia y cuyos índices se inclinan por Politraumatismo con características como dos sistemas comprometidos productos de traumatismos abdominales, torácico, cervical, abdominal donde hay compromiso de vida. Kennet D. (2007) refiere que “los politraumatismos implica traumatismos de distintos segmentos con posible compromiso de órganos internos, alteraciones del estado de consciencia y funciones vitales”. (pág. 103) en relación a esto, Reina M, y Anias J, (2002). Dicen:

El politraumatismo se produce a raíz de un accidente, asociado a daños en diferentes órganos, y sistemas, con lo cual hay una repercusión en el estado general y las funciones vitales. No solo aparece herida y fracturas sino que también se producen trastornos respiratorios, cardiacos entre otros que ponen en peligro la vida del paciente y necesitan de una asistencia inmediata. Por lo que el Politraumatizado puede ser cualquier persona que de forma inesperada sufra un accidente, el tipo de daño en el Politraumatizado va a depender de; origen del daño, violencia del traumatismo.(pág. 33).

Diez M y Ocio E (2008) lo definen como:

El paciente que tras sufrir un accidente traumático presenta dos o más lesiones que ponen en peligro su vida con inestabilidad respiratoria y hemodinámica. Debiéndose distinguir entre paciente policontusionado y polifracturado en cuyos casos tienen afectación del aparato locomotor y partes blandas, según esto podemos participar a los pacientes en Politraumatizado graves y potencialmente grave. (pág. 40)

De acuerdo a lo antes mencionado por los autores es importante para el personal de enfermería poder diferenciar un policontusionado o polifracturado siendo que estos no tienen compromisos en otro sistema. Se puede ejemplificar con paciente con una fractura de fémur y una hemorragia se considera un paciente Politraumatizado, ya que las lesiones se producen sobre el sistema musculo esquelético y aparato vascular.

Un Politraumatizado es considerado según Torres L (2002) “aquel que tras sufrir un traumatismo presenta dos o más lesiones” por lo que es de inferir que estos pacientes tienen una coexistencia de múltiples lesiones producto de un accidente que implicaría riesgo para el paciente” (pág. 65)

Reina, M. y Anias, J. (2002) hace referencia en que “un Politraumatizado puede ser cualquier persona, más sin embargo debe sufrir un gran accidente de forma inesperada” por lo que “el tipo de daño que puede aparecer en un Politraumatizado depende de varios factores; el origen del daño y la violencia del traumatismo”. (pág. 15)

Es importante considerar la gravedad de la condición de estos pacientes por lo que van a cursar por diferentes etapas cruciales para su vida y que sirven de guía a enfermería para saber que cuidado proveer según la necesidad y tiempo de evolución de los mismos.

San Román E. y Neira J.(2012) clasifican los politraumatismos según el origen como “no intencionales los cuales comprenden , suicidios ,homicidios y otras violencias, mientras que los intencionales vehículos motor, ámbito laboral, ámbito recreativo, caída ámbito domestico y ámbito escolar”(pag.4). Es esencial señalar que las causas más comunes del politraumatismo son

los accidentes independientemente de su tipo, por lo que es considerable resaltar el papel de los accidentes de tráfico y laborales como un factor predominante a los efectos Kenneth (2007) plantea que “además de la creciente inestabilidad política y social y con el incremento de uso de armas de fuego, el automóvil se ha convertido en una causa importante de traumatismo a nivel mundial. Estos determinantes económicos han aumentado mucho el número de pacientes Politraumatizado” (Pág. 4).

En consecuencia a lo que anteriormente plantean los autores el auge de los politraumatismos viene con un conglomerado de situaciones que precipitan su aparición, siendo objeto de estadísticas mundiales, Reina M. (2002) establece que “a nivel estadísticos se puede plantear que” las causas de accidentes son, los accidentes domésticos 32%, accidentes tráfico 20,8%, accidentes laborales 31%, accidentes recreo 8,2%, accidentes deportivo 8%” (Pag.15).

En oposición a lo dicho por el autor Mora (2010) manifiesta que “la causa más común de los politraumatismos son los accidentes de tráfico, seguidos por las precipitaciones atropellos y lesiones, los politraumatismos resultantes de accidentes de tráfico suponen casi 70% de las causas de la muerte” (pág. 55).

Los Politraumatizados cursan por diversas complicaciones de las cuales se consideraran dos etapas que transcurren entre las primeras 24 a 48 horas posterior al ingreso. Vértice (2013) describe dos etapas en el paciente politraumatizado correspondiente a las primeras horas posterior al ingreso (pág.90).

Horas pico en el politraumatismo

Hora de oro	Hemorragia subdural. Hemoneumotorax. Ruptura de bazo.
-------------	---

	Laceraciones hepáticas. Lesiones asociada a las lesiones masiva.
Días o semanas tras el traumatismo.	Sepsis. Falla multiorganica.

Fuente: Grupo Vértice 2013

Considerando las complicaciones que puede presentar el paciente politraumatizado el conocimiento que enfermería debe tener en relación al politraumatismo puede ser entendido como esa capacidad que posee para obtener información acerca de este, le da propiedad de ser intelectual Fideas A.(2012) define el conocimiento como “un proceso en el cual se relaciona el sujeto que conoce, que percibe mediante sus sentidos , el objeto conocido y percibido”(pag.13).

El conocimiento es propio de los seres humanos una cualidad que solo ellos la poseen, y por lo cual elementos como la percepción juega un papel estelar en su adquisición resulta oportuno citar a Terrones E. (2009) quien nos dice que ”El conocimiento es el conjunto de conceptos, de ideas y de teorías que describen y explican propiedades, principios, relaciones y leyes de los fenómenos y procesos de la realidad, logrados a través de la aplicación de métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos científicos” (pág. 17).

En referencia a lo expresado anteriormente se entiende que el conocimiento es parte de la realidad del hombre generándose en todas las áreas de su contexto es por eso que Lara P (2006) declara que:

El conocimiento es la información internalizada esto es en las estructuras cognitivas de la persona, por lo tanto, si no hay persona, no hay conocimiento. Pero en los últimos años con la influencia de las tecnologías de la información ha surgido un nuevo punto de vista que considera que el conocimiento puede ser generado mediante la información almacenada en la memoria humana o artificial (Pag56).

Este conocimiento descrito se presenta con grandes ventajas, ya que no se consume, no se acaba, no tiene fecha de caducidad y nadie puede impedir que lo poseamos

El conocimiento se ha establecido para solventar diferentes situaciones o conflictos que se presentan sobre todo en el plano laboral considerando esto Casas R.(2001) asegura que” El conocimiento se genera en un contexto disciplinario y principalmente cognitivo, esta forma de conocimiento se caracteriza porque se desarrolla para solución de problemas, involucrando la participación de varias disciplina entre lo que se genera su propia estructura teórica y métodos de investigación” (pág.12).

Dicho esto es de considerar la importancia del conocimiento ya que este estimula el pensamiento humano, sirve de guía para la enseñanza y la investigación y esto permite la generación de nuevos conocimientos. De igual forma este conocimiento debe ser el eje de interés en la formación del profesional de enfermería. Al respecto Mark E. (2007) establece que:

La enfermería como ciencia esta llamada a producir conocimiento y esta condición debe estar dentro del marco de la razón investigativa de los hechos de la práctica diaria, de los componentes o fenómenos que se observen en esta práctica y que los mismos tengan un orden lógico y razonable para ser estructurados y cuyo conocimiento basado en el fundamento teórico practico y que al mismo tiempo permita el desarrollo de la profesión como ciencia (Pág. 125).

En concordancia con el autor se puede considerar que el ejercicio de enfermería el conocimiento es el primer paso que se establece ya que permite tener un fundamento a la hora de ir a la realidad práctica. La necesidad real del paciente lo que permitirá su evolución. Jiménez G (2002) establece que:

Con el conocimiento la enfermera puede medir el impacto de sus acciones en la atención, tomando nuevas acciones y decisiones, la cual evalúa de acurdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de

calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortaleza que afianza el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios (pág.2).

En relación con este último Fawcett J. (2011) reconoce que “el conocimiento de enfermería es indispensable, nos ayudan a comprender, organizar y analizar los datos del paciente y a tomar decisiones de las intervenciones de enfermería. Favorece la planificación del cuidado, la predicción y la evaluación de los resultados de los cuidados” (pág.1).

Atendiendo a estas consideraciones, se deduce que la adquisición del conocimiento en enfermería es la base para la prestación de cuidados de calidad a los pacientes. Es indispensable que el conocimiento del enfermero este basado en la investigación y que este pueda incorporar a la realidad de la práctica diaria.

Para el profesional de enfermería poder participar de forma activa en la práctica diaria en la que está inmersa su carrera, le es necesario con anterioridad la adquirir a través de la enseñanza aprendizaje la información, la practica el saber en sí, es decir un cuerpo de conocimientos que brindara a la enfermera las herramientas indispensables para abordar pacientes condiciones críticas, siendo ella protagonista en la atención a los pacientes politraumatizados sobre todo en las horas posteriores al ingreso de dichos pacientes.

La enfermera debe considerar el origen del traumatismo para de esta forma abordar los sistemas más comprometidos por lo general son respiratorio, neurológico y hemodinámica. Es de vital importancia conocer que estos pacientes requieren una valoración intrahospitalaria durante las primeras 24 a 48 horas que consiste en un examen físico por sistemas y reevaluación continúa.

La valoración continua del paciente politraumatizado es una valoración primaria y secundaria repetida, debe volverse a examinar la permeabilidad de las vías aéreas, la adecuación

de la respiración , la circulación y el estado neurológico tantas veces se produzca un cambio en el paciente, hay que realizar valoración frecuentes para identificar con rapidez cualquier deterioro y poder intervenir apropiadamente.

Al respecto Sánchez S.(2002) refiere que:

El examen neurológico al igual que el examen físico, debe iniciarse por una inspección global y detallada del paciente, lo que permitirá conocer valiosos datos. Uno de los datos que tiene una gran relevancia en la valoración neurológica es el estado de alerta, movimientos espontáneos y atención de las conductas. Cabe destacar que se deben tomar precauciones en pacientes politraumatizado en ventilación mecánica ya que la valoración neurológica no puede ser la misma que en un paciente consciente (pág.21).

Dicho esto es importante que el profesional de enfermería establezca los niveles de conciencia del enfermo ya que los descensos o ascensos de este orientarán a las conductas a tomar con respecto al paciente. El deterioro del nivel de conciencia se puede producir por la afectación del sistema reticular ascendente o por la lesión cortical externa.

El estado de nivel de conciencia puede alterarse por muchas razones y aquellas alteraciones siempre constituyen un comprensible signo de alarma. El SNC participa al igual que los demás órganos, de los disturbios acontecidos tras la injuria y su difusión puede reconocerse por diversas alteraciones que, en general, resultan difíciles de sistematizar ya que involucran desde cambios muy sutiles en la personalidad, hasta cuadros de convulsión, excitación psicomotriz franca o depresión que llega al coma. Naemt (2012) establece que “para evaluar el nivel de conciencia se debe utilizar la escala de Glasgow que se creía que era solo útil para TCE pero que se aplica hoy día a todo paciente con disminución del estado neurológico”(pág. 28)

Canabal A, (2009) refiere que:

La escala de Glasgow está compuesta por tres subescalas que puntúan las respuestas oculares, verbales y motoras de forma independiente, La escala de Glasgow evalúa la respuesta del paciente a la apertura ocular, así como la mejor respuesta verbal y motora. Una puntuación menor de 8 suele obligar a un control intensivo de la vía respiratoria. A pesar que la máxima puntuación es 15 esto no significa que el paciente tenga plena capacidad mental .la asistencia definitiva no debe basarse únicamente en los datos de la escala de Glasgow sino una combinación con datos de la anamnesis (Pág. 20).

La escala de Glasgow es una escala neurológica diseñada para evaluar nivel de conciencia de pacientes que han sufrido traumatismo craneoencefálico, durante las primeras 24 horas pos trauma, la puntuación es el principal pronóstico en el traumatismo craneoencefálico.

Es importante considerar que algunos casos limitan su utilidad como pacientes entubación endotraqueal, bajo sedación y relajación, edema palpebral y la afasia

La valoración de los pares craneales es un factor determinante en el comportamiento neurológico en un paciente politraumatizado mas si este cursa por un traumatismo craneoencefálico cabe destacar que la observación simple permite conocer la función de algunos, pero en otros es necesaria la cooperación del paciente.

De esta forma el profesional de enfermería debe conocer la correcta valoración de los nervios y esto solo se obtiene al conocer su origen y función Sánchez S. (2002) identifica que:

II óptico se puede evaluar la visión, fondo de ojo, campos visuales, reflejos pupilares, III motor ocular común se evalúa movimientos de los ojos, elevación del parpado superior, pupilas; simetrías, tamaño, forma, reactividad, reflejo de acomodación y fotomotor. Dentro de la valoración de los pares craneales con mayor importancia en los pacientes politraumatizado se encuentra la valoración de las pupilas en relación (pág.48).

Otro elemento a evaluar en el paciente politraumatizado es examen de los ojos como se pueden conseguir en muchas bibliografías y que está estructurado por el tamaño y la reactividad pupilar. Fisiológicamente las pupilas reactivas y de igual tamaño son indicativos de la vía aferente II par craneal y eferente III par craneal, en el paciente politraumatizado esta alteración

produce alteración de la simetría pupilar, y alteración de los reflejos. NAEMT,(2012) “La dilatación pupilar indica toxicidad o disminución de la función neurológica”. En valoración de las pupilas se debe iluminar los ojos del paciente, se debe asegurar evaluar la respuesta de ambos ojos observando si las pupilas se contraen simultáneamente. “La dilatación unilateral de un paciente inconsciente puede constituir un signo de herniación cerebral”. (pág.15)

De esta manera la valoración neurológica permitirá conocer si el estado del paciente es estable o grave. Por lo que las alteraciones del tamaño de la pupila puede ocurrir producto de las lesiones cerebrales que por lo general cursan los pacientes politraumatizado es importante que enfermería distinga las alteraciones que se puedan presentar por lo que Hernández A, (2011) las describe de la siguiente manera Midriasis: si las pupilas llegasen a tener un tamaño mayor de lo normal (dilatadas).Miosis: si aparecen muy contraídas (pequeños puntos).Anisocoria: cuando haya alteración del tamaño al comparar ambas pupilas (una pequeña y otra grande) (pág.32).

Otro indicador para la valoración neurológica de enfermería son los reflejos, el reflejo fotomotor determina si el paciente ha presentado TCE o daño cerebral, consiste en la contracción de la pupila en respuesta a un estímulo luminoso. Wilson y Pauwels Y Akesson (2009) lo define como:

Reflejo fotomotor es una función del sistema nervioso parasimpático que controla la entrada de luz al interior del ojo, y consiste en la contracción de la pupila en respuesta a un estímulo luminoso, controla la cantidad de luz que entra en el ojo en la luz tenue la pupila esta dilatada para permitir una entrada máxima de luz; no obstante a medida que la luz se torna brillante, la pupila se empequeñece. Este reflejo se utiliza para evaluar la función del tronco encefálico en un paciente comatoso. Pág. (40)

Para su valoración se debe ubicar de ser posible un área oscura, iluminar tangencialmente la pupila derecha, observar cómo se contrae la pupila miosis, luego ilumina la pupila izquierda y observe también la miosis.

De igual forma en la valoración pupilar el reflejo consensual nos permitirá identificar lesiones por lo que Torres L (2012) dice:

El reflejo consensual ofrece ciertas particularidades si se ilumina los dos ojos simultáneamente la miosis es más fuerte que cuando se ilumina uno solo, la contracción pupilar comienza al mismo tiempo en los dos ojos pero es más lenta en el no iluminado, el estrechamiento pupilar por acción de la luz en un solo ojo , no es igual en ambos, es un poco mayor en el ojo iluminado , la razón está que la porción nasal de la retina es más extensa que la porción temporal y por consiguiente contiene mayor número de fibras nerviosas.(pág. (634).

A sí mismo es importante realizar de forma adecuada la valoración respiratoria a los pacientes politraumatizado conectado a ventilación mecánica a través del examen físico del tórax. Duque G (2006), refiere:

El examen clínico del tórax como parte de la evaluación física de cualquier paciente implica interpretación de sensaciones visuales, táctiles y sonoras que debe compararse con conocimientos, descripciones y sensaciones descritas por los grandes clínicos de la segunda mitad del siglo XIX posteriormente afianzarse y modularse con la experiencia acumulada a través de años de práctica médica cotidiana. pág. (212)

Sobre la base de la idea expuesta cabe decir que enfermería debe entremezclar conocimiento con la práctica para poder evaluar hallazgos en pacientes politraumatizado conectados a ventilación mecánica

El personal de enfermería debe tener claro cuáles son los trastornos producto de los traumatismos que suponen peligro para la vida, neumotórax, tórax inestable, taponamiento cardiaco, embolia pulmonar y cualquier otro trastorno que comprometa el volumen corriente y aumente el trabajo respiratorio. Esto se puede evidenciar a través del examen físico del tórax este independiente de la edad, sexo y otras características del paciente inicia con la inspección general, luego continúa con la palpación, le sigue la percusión y finalmente la

auscultación. Al respecto Duque L (2006). Comenta que se realiza dos tipos de inspección, la estática y la dinámica:

La inspección estática es la expresión facial, la postura, las características de la respiración, la coloración de la mucosa y la conjuntiva e incluso de la piel en la cara cuello y tórax son detalles que deben describirse de forma ordenada cuando se realiza el examen físico de una persona... Es fundamental a la hora de hacer cualquier descripción referente a los hallazgos clínicos de los pacientes recordar algunos puntos importantes en la anatomía de la superficie del tórax. En el plano anterior: horquilla esternal, Angulo de Louis, apófisis xifoidea, clavículas, reborde costal, pezones,. En el plano posterior: borde superior de la escapula, Angulo inferior de la escapula, apófisis de la espinosa de la séptima cervical (pág.202).

Otra valoración indispensable es la hemodinámica la cual Consiste en la evaluación del estado circulatorio del paciente y que tiene una relevancia en la evaluación primaria y secundaria del paciente politraumatizado que realiza el profesional de enfermería.

La condición y tipo de traumatismo nos orientara a la forma correcta de valoración si hay lesiones vasculares asociadas al compromiso circulatorio suponen una amenaza inmediata o potencial para la viabilidad de las extremidades.

Por consiguiente una de los indicadores más usados en la valoración hemodinámica es la presión venosa central Krosbel (2008) la define:

La relación del retorno venoso, presión de la aurícula derecha y presión de fin de la diástole del ventrículo derecho, se considera la reserva líquida del organismo, su valor normal varia 0 a 8mmhg, cuando este s bajo puede sugerir hipovolemia y cuando es alto sobrecarga de volumen o falla ventricular, puede medirse en h2o o en mmhg a través de la vía proximal del catéter central (pág. 263).

En relación a esto es necesario considerar que elementos pueden influir en los resultados de la presión venosa sobre todo en pacientes politraumatizados, es por eso que Autores como Tofino R.(2004), mencionan que “hay diversidad de factores que pueden incidir sobre el valor de la PVC sin que ello refleje el estado normal de la volemia, si bien la canalización venosa

central y la medición de la PVC representa elementos valiosos en el diagnóstico y tratamiento de pacientes críticos debe aclararse que sus valores deben siempre correlacionarse con la clínica del paciente” (Pág. 44).

No menos importante es la comprobación de la presión arterial, resultante de la fuerza que ejercen los ventrículos sobre las paredes de la arteria cuando envían sangre. Tofino R. (2004) refiere:

Los valores normales de una presión arterial varían entre los 70 y 120 mmhg. Esta presión es la que permite que la sangre llegue con la fuerza suficiente a los órganos, una disminución de la misma puede producir una mala perfusión celular y, por tanto, una insuficiencia multiorganica que puede desembocar en un shock, casos de arritmias graves o deshidratación, entre otros. A la par de esto es necesario realizar en el paciente politraumatizado una prueba de llenado capilar que consiste en medir el tiempo que tarda una estructura vascularizada en recobrar su color, por lo general se realiza presionando el lecho ungueal hasta volverlo blanco para seguidamente dejar de ejercer presión y contabilizar el tiempo que tarda en recobrar su tono natural, un llenado capilar tarda menos de dos segundos en recobrar su tono normal; un tiempo superior a este indica una mala perfusión tisular (pág.197).

La presión arterial media es un componente fundamental en la valoración hemodinámica continua del paciente politraumatizado, nos ayuda a conocer el estado circulatorio del mismo. Krosbel (2008) refiere que “de la misma forma como la presión arterial sistólica y diastólica es el principal determinante de la perfusión de órganos asociada al gasto cardiaco, la presión arterial media permite una adecuada perfusión orgánica” (pag263).

De esta forma el conocimiento en cuanto a la valoración de los pacientes politraumatizados deben ser reflejados en la práctica de enfermería.

Practica Que Ejecuta El Profesional De Enfermería.

Según Diccionario ABC la práctica puede definirse como:

El oficio, actividad o acción que se realice de manera constante y con compromiso como para que no sea un evento particular de una vez o de una circunstancia. La práctica se convierte en una acción regular que se lleva a cabo por diferentes objetivos. Uno puede ser mejorar y obtener un rendimiento cada vez superior. En este sentido, la práctica es entendido como 'el acto de realizar' algo de manera regular que supone la posible obtención de buenos resultados en el desempeño (Pág. 2).

La práctica en el campo laboral constituye los resultados de todos y cada uno de los conocimientos adquiridos los cuales serán evidenciados o puesto en marcha en el ambiente laboral. Fernández. (2004) dice que "la práctica está constituida por experiencias terminales de formación, en lo cual todo lo aprendido debe ejecutarse en el campo laboral" (pag.56).

No existe disciplina creada por el ser humano que no se beneficie de la práctica es por esto que la práctica se constituye la consecuencia de un entrenamiento. Para reforzar lo anteriormente expuesto Chávez I. (2015) nos dice que "a través de la práctica no solo se refuerza lo aprendido, si no que se descubren nuevos conceptos, algunos de los cuales pueden resultar reveladores, imposibles de hallar a través del estudio de la teoría" (pág. 5).

La calidad de la práctica de enfermería va a depender de todos y cada uno de los conocimientos ya adquiridos que se van a conjugar con el quehacer diario. Por esto es fundamental que el profesional de enfermería se nutra de procedimientos y actuaciones indispensables para la atención inmediata, oportuna y acertada de paciente politraumatizado conectado a ventilación mecánica, quien cursa por amplios compromisos orgánicos y donde la valoración continua de sus diferentes sistemas nos permite conocer la evolución y cambios que esté presente.

La práctica de enfermería en el servicio de emergencia debe consistir en un cuidado rápido, apropiado y continuo del paciente politraumatizado.

Guasca E. (2016). “Las funciones de enfermería en el manejo del politraumatizado deben ser enseñadas en un programa de inducción al momento de ingresar al servicio de urgencias y deben ser fijadas en un lugar visible en la sala” (pag1424).

De esta forma dentro de la práctica de enfermería esta la realización continua de evaluación o valoración al paciente politraumatizado la cual se realizara dependiendo del grado del daño producido por el trauma y los órganos y miembros que han sido afectados. Por lo cual es necesario que el profesional considere los pasos, normas o protocolo para realizar valoración.

Las observaciones, iniciales y continuadas, esmeradas, completas y registradas corresponde la clave del tratamiento efectivo en pacientes politraumatizados con frecuencia el único medio de detectar cambios potencialmente graves antes de que se presenten problemas irreversibles.

La valoración neurológica en este sentido tiene especial relevancia, tanto por su elevada incidencia como por las graves secuelas para la calidad de vida posterior que puede generar. Arriba M. (2012) expresa que “la exploración neurológica del paciente neurocrítico no sólo permite establecer una valoración basal adecuada, sino también detectar los cambios que se producen en el estado del paciente. Esta exploración incluye siempre la valoración del nivel de conciencia y el examen de las pupilas” (pág. 1).

Las condiciones del paciente politraumatizado no facilitan la realización de una extensa valoración, por lo que se debe considerar la valoración del estado de conciencia y valoración de la pupila.

En el procedimiento exploratorio que nos da a conocer el estado neurológico de un paciente y su evolución Carmona J.(2008) nos orienta sobre cómo debe realizarse la valoración de la escala de Glasgow

1. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar (según nivel de conciencia).
2. Identificación del paciente; comprobar los datos personales del paciente, fecha y hora en que se realiza el control.
3. apertura de ojos
 - 3.1. Espontáneamente; se observa que el paciente mira las cosas. En los casos de que ambos ojos funcionen al unísono, consideramos la mirada como conjugada.
 - 3.2. Ante la orden; al llamarle por su nombre al paciente u ordenarle que abra los ojos, nos responde abriendo los ojos.
 - 3.3. Al dolor; al pellizcar levemente el músculo esternocleidomastoideo o al presionar la uña de un dedo realizamos un estímulo doloroso.
4. respuesta verbal
 - 4.1. Orientado; el paciente sabe su nombre, donde se encuentra, la conversación oral con él es coherente.
 - 4.2. Confuso; el paciente no responde con claridad, se encuentra con desorientación temporo-espacial.
 - 4.3. Inapropiada; las respuestas a preguntas sencillas no se corresponden.
 - 4.4. Ininteligible; no se entiende claramente lo que el paciente nos dice, emitiendo también sonidos como gemidos, soplidos, como quejándose.
 - 4.5. Ninguna; no hay respuesta verbal.
5. respuesta motora
 - 5.1. Obedece órdenes; el paciente realiza movimientos, tras orden nuestra (de sencillos o complejos).
 - 5.2. Localiza el dolor; al producirle un estímulo doloroso, el paciente tiende a protegerse con sus manos, buscando el lugar donde se ha producido el estímulo o la causa que lo produce, en este caso nuestras manos.
 - 5.3. Flexión retirada.
 - 5.4. Flexión anormal.
 - 5.5. Extensión.
 - 5.6. Ninguna. (Pág. 3)

La valoración pupilar en los pacientes Politraumatizados deben considerarse ciertos elementos por la misma condición del paciente Campos (2012) refiere que “El tamaño pupilar se valora a través de la inspección de la pupila. Si el paciente está inconsciente, el explorador le levantará ambos párpados. Se han de valorar las pupilas de ambos ojos, observando la forma, la posición y el tamaño” (pág. 1).

Carmona J. (2008) describe la secuencia a realizar para realizar la valoración pupilar en donde:

Se valorará A/ el tamaño de ambas pupilas (en el pupilómetro, en una escala de 1 a 9, donde el 1 corresponde a una miosis puntiforme y el 9 a una midriasis total).

Se pedirá al paciente que cierre los párpados y se proyectará un haz de luz (idealmente con una linterna de bolígrafo), pidiendo posteriormente que los abra, veremos así la respuesta a la luz (fotoreactividad) y el tamaño de la pupila resultante tras la estimulación luminosa.

En un paciente inconsciente cerraremos nosotros con un dedo los párpados y realizaremos el mismo procedimiento anterior.

Se valorará la pupila derecha e izquierda, viendo B/ su igualdad o desigualdad de tamaño; isocoria o anisocoria (simetría). Las pupilas en condiciones normales son las dos del mismo tamaño; C/ si reaccionan ambas a la luz diremos que son normoreactivas, también registrar como normal, lenta o fija. Aquí es importante valorar la medicación que se está administrando al paciente, pues se puede dar el caso de estar administrando al paciente fármacos que modifiquen el tamaño pupilar, su reactividad y su velocidad de reacción (rápida o lenta) que es un aspecto a tener también en cuenta(337).

Otra valoración indispensable para el paciente politraumatizado es la respiratoria considerando que en su mayoría estos tienen compromiso en este sistema y ameritan una ventilación asistida

Al respecto Net A, y Benito S, (2000) refieren:

La actuación de enfermería ha de garantizar siempre la permeabilidad de las vías aéreas, libre de cualquier obstrucción, sobrepresión y aumento de la resistencia al paso del aire. Se debe humidificar y calentar el gas inspirado mediante el sistema de humidificación de nariz o de cascada con el objeto de evaluar las pérdidas excesivas de calor y humedad, minimizar los riesgos de lesión en las vías aéreas y mantener una fluidez adecuada de las secreciones (pág.60).

Al mismo tiempo es necesario valorar permanentemente la ubicación del tubo endotraqueal de esta manera la ventilación será la que se espera para ambos campos pulmonares, a través de la inspección podremos observar la numeración del tubo y su fijación esto evitara un desplazamiento.

Dicho esto es importante considerar las líneas de referencia para realizar el examen físico del tórax la cuales son la medio esternal, para esternal, mamilar, axilar anterior, axilar

posterior, vertebral, escapular, escapuloespinal, infraescapular. Luego de tomar estas consideraciones Duque L. (2006) Describe que la inspección dinámica:

Se inicia con la observación de los movimientos normales causados por la inspiración y la espiración, en forma rítmica y automática Normalmente se observa dos tipos de movimientos respiratorios: toracoabdominal y costal superior”. Es relevante que el personal de enfermería conozca estos patrones ya que en situaciones anormales se pueden invertir los tipos de movimientos tal es el caso de fracturas costales en pacientes politraumatizado, donde hace que se acentúe la respiración abdominal (pág.204).

Otro elemento a valorar en la inspección es la frecuencia respiratoria, la cual varía según la edad, sexo, esfuerzo físico, entre otros y que en respuesta a cambios patológicos se va evidenciar, taquipnea simple, respiraciones superficiales, bradipnea, polipnea.

Se debe considerar el ritmo respiratorio ya que cualquier alteración de la corteza cerebral producirá un ritmo anómalo tal es el caso de las hemorragias que disminuyen el riego sanguíneo del bulbo y la protuberancia cerebral lo cual tiende a producir respiraciones tipo cheyne-stokes.

Es importante valorar la amplitud, ya que se pueden conseguir variaciones, muchas veces sin modificar la frecuencia respiratoria.

Finalmente realizada la inspección se procederá a realizar la palpación, la cual se centra en las partes blandas del tórax, las cadenas ganglionares, la frecuencia respiratoria y la vibración y elasticidad torácica. Terry C. (2012) señala:

- El explorador valorara la simetría de la pared torácica, al colocar al mismo tiempo la superficie palmar de cada mano sobre cualquier lado de la pared torácica,
- La pared torácica debe sentirse estable y no mostrar signos de movimientos inusuales con las respiraciones, sin sensibilidad o masas.
- La superficie de la piel debe sentirse tibia y suave y tener una turgencia elástica.
- El frémito táctil o vocal es la vibración de la pared torácica que se produce durante la vocalización y debe ser igual en ambos lados, la enfermera debe palpar al mismo tiempo ambos lados de la pared torácica mientras el paciente dice uno, dos...

- Las crepitaciones o enfisema subcutáneo provoca un tronido bajo los dedos al tocar el tórax o el cuello.
- Verificar que la tráquea este por encima de la escotadura esternal puede estar desviada a la derecha o a la izquierda en el neumotórax a tensión (pág. 23).

Otro aspecto del examen físico es la auscultación que no es más que utilizar el sentido del oído para escuchar los sonidos producidos por los órganos, al respecto Duque L. (2006) refiere que debe haber las siguientes condiciones:

El tórax debe estar desprovisto de ropa, respetando eso sí, la intimidad del paciente, En lo posible debe hacerse en condiciones adecuadas de silencio y temperatura que faciliten. Es importante el entrenamiento para reconocer los ruidos importantes de aquellos que no lo son, esto solo es posible con la práctica y la disciplina (pág.210).

La auscultación tiene limitaciones, tres condiciones permiten hallazgos confiables en tórax, lesiones grandes que produzcan cambios audibles, lesiones superficiales, es decir, lo más cercanas a la pared torácica, lesiones que se encuentren en la región de fácil acceso al examen clínico.

El orden para realizar la auscultación es personal sin embargo se sugiere que los examinadores asuman un orden lógico que le permitan hacer la auscultación completa sin omitir ninguna región. se sugiere que se inicie en la puerta anterior, de arriba hacia abajo, desde el vértice hacia la base. De igual manera debe auscultarse el plano posterior y los planos laterales que con frecuencia se omiten.

Es importante conocer los ruidos normales en la auscultación, bronquiales que se ausculta sobre la tráquea, en la laringe o borde derecho del esternón. Murmullo

Vesicular ruido inspiratorio y espiratorio clínicamente el más significativo. El murmullo vesicular está ausente o disminuido en las siguientes situaciones; fibrosis pulmonar, broncoespasmo, enfisema.

Los ruidos pulmonares inesperados durante la auscultación se consideran anómalos o advenidos. Los ruidos respiratorios pueden estar disminuidos o ausentes si se ha acumulado líquido o pus en el espacio pleural que a su vez ha disminuido el flujo de aire a los pulmones.

Esquematiza los ruidos de la siguiente forma:

Termino	Descripción	Etiología
Crepitaciones	Ruidos similares a tronidos que se escuchan durante la espiración o inspiración en la periferia pulmonar	Líquidos atrapados Vías pequeñas.
Roncus	Burbujeo los ruidos más fuertes se escuchan sobre los conductos pulmonares	Espujo alojado en las áreas más grandes de los pulmones
Sibilancia	Ruidos musicales de tono alto, pueden escucharse como rechinidos durante la espiración.	Inflamación o irritación del espacio pleural
Estridor	Ruido similar a un gorgoteo que se escucha de forma continua.	Obstrucción parcial de las vías aéreas.

Fuente:Terry C, (2012). (pág.26)

Por otra parte otro anexo en la valoración respiratoria se encuentra la gasometría arterial que es una prueba esencial utilizada para diagnosticar y vigilar individuos con trastornos respiratorios.

Los límites normales de laboratorio para los valores gasométricos son universalmente aceptados los cuales deben ser memorizados por el personal de enfermería Rodríguez J. (2013) dice:

El PH y PCO₂ es la relación de ácido carbónico en el plasma, si bien variaciones pequeñas de PH y CO₂ carecen de significancia clínica. Como esta es una prueba que se

utiliza, para tratamiento de apoyo cardiopulmonar, o de ajustes en pacientes inestables los pacientes hospitalizados que requieren medición de los gases sanguíneos presentan cuadros graves cuando sobrevienen cambios agudos de PCO₂ se produce una relación predecible entre PH y el ácido carbónico plasmático. Por consiguiente se estima que por cada aumento de 20mmhg de pco₂ el PH descenderá 0,1 unidades, por cada disminución de 10mmhg de co₂ el PH aumentara 0,1 unidades. (pág.121).

De igual forma existe una estrecha relación entre en bicarbonato plasmático y el PCO₂ al respecto Rodríguez. Refiere que “un aumento agudo de PCO₂ de 10mmhg aumentara el bicarbonato plasmático 1mmol/litro, de igual forma una disminución de PCO₂ de 10mmhg, disminuye el bicarbonato plasmático en 2mmol/l.” (pág. 121)

Para la correcta interpretación de la gasometría arterial es importante determinar cuáles son los valores que se consideran normales Rodríguez. (2013) plantea los “Parámetros normales de gases arteriales, PH = 7.40 (7.35 – 7.45),PCO₂= 40 mmhg(35-45mmhg),HCO₃= 24 mEq/dl(22 – 26 mEq),BE= - 2mEq/12.(pág. 121)

Dicho esto es importante señalar que las acidosis y alcalosis respiratoria son los cambios causados en la ventilación alveolar que altera pco₂, mientras que la acidosis y alcalosis metabólica son debidas a una amplia cantidad de factores.

Una vez que el profesional de enfermería compruebe que la gasometría tiene los datos correctos del paciente debe proceder a evaluar los resultados de los parámetros gasométricos.

Cabe destacar que la valoración hemodinámica también es un pilar fundamental en la evaluación constante del paciente politraumatizado, ya que nos permite conocer el estado circulatorio del mismo dentro de esta valoración se mencionara tres aspectos importantes a considerar la primera es el control de la presión arterial sistólica y diastólica.

Al respecto Giacaman P. (1999) habla sobre el Registro Automatizado de Presión Arterial:

Los aparatos de registro automatizado, miden presión sistólica, diastólica y media, siendo esta última la medición más precisa. La precisión de su registro se ve afectada en estados de mala perfusión y en arritmias. Hay que recordar que al igual que en el registro manual, el mango de presión debe ser el apropiado para la circunferencia de la extremidad del paciente. No debe usarse en extremidades con riesgo de isquemia y donde existan fístulas A-V. El mango apropiado puede colocarse en el antebrazo, pierna y muslo (pág. 4).

Por otra parte otro elemento en la valoración hemodinámica es la presión arterial media que permitirá al profesional de enfermería identificar como está la perfusión en los órganos vitales.

El profesional de enfermería debe saber en su práctica Leal E. expresa que la presión media se debe mantener en un “Mínimo 60 para mantener perfundidos, arterias coronarias, cerebro y riñones” de igual forma se debe considerar si el paciente cursa por traumatismo craneoencefálico ya que “una presión arriba de 160 mmhg podría aumentar la presión intracraneal por el flujo excesivo de sangre ”(pág. 15,16).

En tercer lugar la presión venosa central es un factor determinante en la valoración de la hemodinámica al respecto Leal E. describe la técnica a realizar para la comprobación de la presión venosa:

- El catéter se conecta a una llave de tres pasos, se coloca un suero Con un equipo especial compuesta por una regla de medición.
- Llenar la tubería de presión venosa con líquido para expulsar todas Las burbujas.
- Llenar el manómetro (regla de medición) girando la llave de tres Vías entre el líquido intravenoso y el manómetro.
- Girar la vía de tres pasos a la posición que comunica el sistema Vascolar del paciente para medir la presión venosa
- En la regla de medición el descenso del flujo de la columna, en un Principio será rápido, luego se producirán oscilaciones con la respiración. El Nivel en el que el flujo se estabiliza representa la presión venosa central.
- Recordar que el cero de la regla de medición debe de ser colocado a Nivel de la aurícula derecha. La presión normal en vena cava es de 6 a 12 y, en la aurícula derecha, de 0 a 4 cm de H₂ O.
- No hay que olvidar que después de tomar la PVC, restablecer la Corriente de perfusión en el sentido frasco- enfermo moviendo la llave de Tres vías.
- Efectuar el registro de las mediciones y de las posibles modificaciones que se han realizado en el procedimiento (no se ha podido bajar la Cabecera de la cama. (Pág. 11y 12)

Al respecto Parra (2010) plantea procedimiento para la correcta valoración de la presión venosa central

- . Colocar el manómetro de manera que el punto cero coincida con la línea media axilar, que se corresponde con la aurícula derecha.

- . El equipo de PVC debe estar conectado hacia el agua destilada 1000cc, y una vez purgado se conectara al catéter central, de forma que la llave de tres vías de la base del manómetro permita el paso del agua hacia el catéter, manteniendo de esa forma la vía permeable.
- . Colocar el manómetro en posición vertical en el pie de goteo, recordando que el punto cero debe coincidir con la línea axilar media.
- . Girar la llave de tres vías de forma que se abra la conexión entre el manómetro y el catéter.
- . Observar el descenso de la columna de líquido en el manómetro.
- . Colocar al paciente en posición adecuada .decúbito supino.
- 4. Colocar el manómetro de manera que el punto cero coincida con la línea media axilar, que se corresponde con la aurícula derecha.
- . Colocar el manómetro en posición vertical en el pie de goteo, recordando que el punto cero debe coincidir con la línea axilar media.
- . Girar la llave de tres vías de forma que se abra la conexión entre el manómetro y el catéter.
- . Observar el descenso de la columna de líquido en el manómetro.
- 1. La columna de líquido del manómetro comenzara a descender fluctuando con las respiraciones del paciente.
- . Una vez estabilizado el líquido, durante un mínimo de 2-3 movimientos respiratorios, realizar la lectura de la PVC al final de la espiración, colocando los ojos del observador a la altura de la columna.
- . realizar la lectura en el manómetro, indicándonos dicha lectura la PVC.
- . Cerrar la llave de tres vías.
- . Registrar la cifra de PVC en el registro de enfermería u hoja de monitoreo.

Por lo antes mencionado por el autor es de vital importancia que el profesional de enfermería considere todos y cada uno de estos aspectos para la correcta valoración de la presión venosa central.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Conocimiento: es aquel se logra a través de conjunción la enseñanza y aprendizaje teórico investigativo en la práctica diaria de enfermería.

Cuidado de enfermería: para la presente investigación se define como el objeto de conocimiento de la enfermera y el criterio que la distingue de otras.

Práctica de enfermería: para esta investigación se define como las acciones que desempeñan los profesionales de para atender satisfactoriamente a un paciente.

Valoración física: evaluación y monitoreo permanente realizado por el profesional de enfermería en pacientes.

Valoración respiratoria: para esta investigación se define como la evaluación del estado y funcionamiento del aparato respiratorio de una paciente por parte del profesional de enfermería.

Valoración hemodinámica: para esta investigación se define como aquella que permite al enfermero la obtención información sobre el estado circulatorio del paciente.

Valoración neurológica: para esta investigación se define como examen del estado mental, función de los nervios craneales, reflejos realizados por un profesional de enfermería.

Profesional de enfermería: es aquel que brinda cuidado a los pacientes politraumatizados.

Politraumatizado: es aquel paciente quien ha sufrido trauma en más de dos sistemas con compromiso respiratorio o neurológico.

2.4 SISTEMAS DE HIPÓTESIS.

2.4.1 Hipótesis General

Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería en el cuidado al paciente politraumatizado, en su factor: **Valoración**

Neurológica, Valoración Respiratoria y Valoración Hemodinámica en la Unidad de Emergencia Adulto HPAO.

2.4.2 Hipótesis Específica

1.-Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería en el cuidado al paciente politraumatizado, en su factor: **Valoración Neurológica** en la Unidad de Emergencia Adulto HPAO

2.- Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería en el cuidado al paciente politraumatizado, en su factor: **Valoración Respiratoria** en la Unidad de Emergencia Adulto HPAO.

3- Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería en el cuidado al paciente politraumatizado, en su factor: **Valoración Hemodinámica** en la Unidad de Emergencia Adulto HPAO.

2.5 SISTEMA DE VARIABLES

V1. Conocimiento sobre el cuidado del paciente politraumatizado: Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto

del HPAO en el cuidado al paciente politraumatizado referido a: **Valoración Neurológica, Valoración Respiratoria, Valoración Hemodinámica.**

V2. Práctica que ejecuta el profesional de enfermería: Se refiere a las Acciones que ejecuta el profesional de enfermería que labora en la emergencia de adulto HPAO al momento de cuidar al paciente politraumatizado referido a: **Valoración Neurológica, Valoración Respiratoria, Valoración Hemodinámica.**

CUADRO 3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable 1. **Conocimiento sobre el cuidado del paciente politraumatizado:** Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto del HPAO en el cuidado al paciente politraumatizado referido a: **Valoración Neurológica, Valoración Respiratoria, Valoración Hemodinámica.**

FACTOR	INDICADOR	SUBINDICADOR	ÍTEM S	
<p>1. Valoración Neurológica: Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado referido: a la Exploración Neurológica.</p> <p>2. Valoración Respiratoria : Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado referido a : Exploración Respiratoria y Valoración de Gases Arteriales.</p>	<p>1.1 Exploración Neurológica: Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado referido a: Valoración de la Escala de Glasgow y Valoración Pupilar.</p>	<p>Valoración de la Escala Glasgow.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Propósito -Puntuación -Respuesta ocular 	1 2 3	
		<p>Valoración Pupilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tamaño -características 	4 5	
		<p>Reflejo Fotomotor.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Activación -Función -Origen 	6 7 8	
		<p>Reflejo Consensual: Obtención</p>	9	
		<p>2.1 Exploración Respiratoria : Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado en cuanto al Examen Físico del Tórax referido a: Inspección, Palpación y Auscultación.</p>	<p>Inspección:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valoración -Simetría -Movimientos <p>Palpación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluación -Expansibilidad <p>-Auscultación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Técnica -Murmullo -Roncus -crepitantes 	10 11 12 13 14 15 16 17 18

	INDICADOR	SUBINDICADOR	ÍTEM S
<p>3. Valoración Hemodinámica :</p> <p>Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado referido a: Interpretación de parámetros Hemodinámicos.</p>	<p>2.2 Valoración de Gases Arteriales: Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado en cuanto a: Análisis e Interpretación de Gases Arteriales.</p> <p>3.1 Interpretación de parámetros hemodinámicos: Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado en cuanto a los aspectos que orientan a la estabilidad hemodinámica la cual comprende pvc, presión arterial, presión arterial media.</p>	<p>Análisis de Valores normales de la Gasometría Arterial:</p> <p>PH 19</p> <p>Pco2 20</p> <p>Hco2 21</p> <p>Eb 22</p>	
		<p>Interpretación de Gasometría Arterial:</p> <p>-Acidosis respiratoria 23</p> <p>-Alcalosis respiratoria 24</p> <p>-Acidosis metabólica 25</p> <p>-Alcalosis metabólica. 26</p>	
			27
		<p>pvc</p> <p>-Relación 28</p> <p>-Espacios y líneas 29</p>	
		<p>Presión arterial.</p> <p>-Representa 30</p>	
		<p>Presión arterial media.</p> <p>-Valor 31</p> <p>-Determina</p>	

CUADRO 4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable 2. **Práctica que ejecuta el profesional de enfermería:** se refiere a las Acciones que ejecuta el profesional de enfermería que labora en la emergencia de adulto HPAO al momento de cuidar al paciente politraumatizado referido a:

FACTOR	INDICADOR	SUBINDICADOR	ÍTEMS
<p>1. Valoración Neurológica: Se refiere a las acciones que ejecuta el profesional de enfermería que labora en la emergencia de adulto HPAO al momento de cuidar al paciente politraumatizado referido a: Exploración Neurológica.</p> <p>2. Valoración Respiratoria : Se refiere a las acciones que ejecuta el profesional de enfermería que labora en la emergencia de adulto HPAO al momento de cuidar al paciente politraumatizado referido a: Exploración Respiratoria y Valoración de Gases Arteriales.</p>	<p>1.1 Exploración Neurológica: Se refiere a las acciones que ejecuta el profesional de enfermería que labora en la emergencia de adulto HPAO al momento de cuidar al paciente politraumatizado referido a: Valoración Escala de la Glasgow y Valoración Pupilar.</p>	<p>-Valoración dela Escala Glasgow. Propósito Respuesta puntuación</p> <p>-Valoración Pupilar: Tamaño características</p> <p>-Reflejo Fotomotor. Actuación función</p> <p>-Reflejo Consensual. obtención</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>
	<p>2.1 Exploración Respiratoria : Se refiere a las acciones que ejecuta el profesional de enfermería que labora en la emergencia de adulto HPAO al momento de cuidar al paciente politraumatizado en cuanto al examen físico del tórax referido a: Inspección, Palpación y Auscultación.</p>	<p>-Inspección Valoración Simetría movimiento</p> <p>-Palpación. Evaluación expansibilidad</p> <p>-Auscultación. Técnica Murmullo</p> <p>Roncus crepitantes</p>	<p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13,</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p>

<p>3. Valoración Hemodinámica : Se refiere a las acciones que ejecuta el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado referido a: Interpretación de valores hemodinámicos.</p>	<p>2.2 Valoración de Gases Arteriales: Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado en cuanto al análisis e interpretación de gases arteriales.</p> <p>3.1 Interpretación de parámetros hemodinámicos: Se refiere a los Insumos teóricos que posee el profesional de enfermería que labora en la Emergencia de Adulto sobre el cuidado al paciente politraumatizado en cuanto a los aspectos que orientan a la estabilidad hemodinámica la cual comprende pvc, presión arterial, presión arterial media.</p>	<p>Análisis de Valores normales de la Gasometría Arterial: Registra PH 18 Registra Pco2 19 Registra Hco2 20 Registra Eb 21</p> <p>Interpretación de Gasometría Arterial: Registra Acidosis respiratoria 22 Registra Alcalosis respiratoria 23 Registra Acidosis metabólica 24 Registra Alcalosis metabólica. 25</p> <p>-PVC Espacio y líneas representa 26 27</p> <p>-Presión arterial. Presenta registro 28</p> <p>-Presión arterial media. Presenta registro 29</p>	
--	--	--	--

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo se presenta el diseño y tipo de investigación, la población y la muestra, el instrumento de recolección de información, el procedimiento y las técnicas de análisis.

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para fines didácticos, se clasifica en diseño experimental, no experimental y bibliográfico. El diseño de investigación es no experimental. De corte transversal, correlacional ya que se pretende comparar variables I y variable II.

Parella S. (2012) afirma que en este diseño el investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. se observa los hechos tales y cual como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no para luego analizarlos. Por lo tanto, en este diseño no se construye una situación específica sino que se observa la que existe.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación se refiere a la clase de estudio que se va a realizar orienta sobre la finalidad general del estudio y sobre la manera de recoger la información o datos necesarios el tipo de investigación es de campo.

Parella S. (2012) la define como: “La recolección de datos directamente de la realidad donde ocurre los hechos sin manipular o controlar las variables. Estudia los

fenómenos sociales en su ambiente natural .permite indagar los efectos de la interrelación entre los diferentes tipos de variables en el lugar de los hechos”(pag.30)

3.3 POBLACIÓN

Según Palella. (2012) “La población es el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones. Es definida como el conjunto finito o infinito de elementos, personas o cosas pertinentes a una investigación y que generalmente suele ser inaccesible” (pág. 105)

Para la presente investigación la población a estudio serán (40) licenciados y técnicos en enfermería, fijos y suplentes que laboran en la unidad de la emergencia de adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz que afecta el 100% de la población.

3.4 MUESTRAS

Según Palella. (2012)“la muestra es la escogencia de una parte representativa de una población, cuyas características reproduce de la manera más exacta posible” (pág.106).

Para esta investigación se requiere la muestra de (19) enfermeros que representan el 47.5% de la población. Con un tipo de muestreo no probabilístico. Los criterios de selección son profesionales técnicos y licenciados en enfermería fijos y suplentes.

3.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

“Se entiende como cualquier recurso del cual puede valerse el investigador para sacar de ellos información”. Palella S. (2012) (pág.125).

Para la variable 1 conocimiento, se realizó un instrumento tipo cuestionario que está estructurado de la siguiente manera: una primera parte referida a los datos sociolaborales que contiene 08 aspectos. Una segunda parte referida al conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre la valoración del paciente politraumatizado que contiene 31 ITEMS de selección simple.

Para la variable 2 prácticas, se elaboró una lista de observación con el fin de identificar el cuidado brindado por el profesional de enfermería al paciente politraumatizado en lo referente a las valoraciones neurológicas, respiratorias y hemodinámica. La observación se realizara con ITEMS de orden dicotómicos SI y NO el cual mide la ejecución del procedimiento realizado. Durante la jornada laborales en los tres turno se realizara observación en relación a la práctica que ejecuta el profesional y esta misma se repetirá en tres ocasiones para poder comparar la práctica.

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los trámites a seguir para obtener la información fueron:

1. Se envía una comunicación donde se notifica al departamento de enfermería del hospital pablo acosta Ortiz el instrumento a ser aplicado y la finalidad del mismo.
2. Se entrega una copia de dicha comunicación a la coordinación de la Emergencia de adulto, siendo ellos responsable del personal que allí labora.

3. Se informo el objetivo de la investigación a las enfermeras solicitando su participación voluntaria.

3.7 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez de la prueba piloto se realizó a través de un juicio de experto conformados por, Grupo de la maestría de cuidado al adulto críticamente enfermo. La Facilitadora y Estadista.

Para obtener la confiabilidad del instrumento se aplico la prueba piloto con diez elementos muestrales con las mismas características del personal profesional de la emergencia de adulto en el Hospital Américo Babo del Estado Bolívar.

Se aplicó la prueba de KuderRichardson 20 quien arrojó un resultado de 0,84, el cual se considera bueno y el estadístico refiere que es confiable.

Para el instrumento de observación se utilizó la correlación de Spearman (ρ), al considerar que las respuestas son de índole no paramétrica. El resultado dio un coeficiente ρ igual a 1,00 con signo positivo, lo que indica que el instrumento es 100% confiable.

3.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS

Los datos de sometieron al análisis mediante la estadística descriptiva para el estudio de los datos sociolaborales e inferencial para la correlación de variables. Posteriormente se busco significatividad entre las dos variables para ver si había relación o asociación a través de la prueba de T de Student. Los resultados se presentan en cuadros y gráficos estadísticos.

CAPITULO VI

RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo describe a interpretación del análisis y resultados de los mismos en base a los cuadros y gráficos presentados.

1. Presentación de los resultados.

A continuación se dan a conocer los resultados obtenidos a través de la investigación por medio de cuadros y gráficos, sobre el conocimiento y practica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado en su factor valoración neurológica, valoración respiratoria y valoración hemodinámica.

Para ello se realizó el procesamiento de la información comenzando por mostrar las características sociolaborales del personal de enfermería de la emergencia de adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz.

Luego, se obtuvo el valor medio de las respuestas correctas y de las prácticas ejecutoria bien realizadas que fueron observadas tres veces, todo referido a las valoraciones neurológicas, respiratorias y hemodinámicas del grupo en estudio, de acuerdo a los ítems estipulados para conocer su conocimiento y la práctica de su realización. Una vez obtenido los valores medios fueron comparados para cada factor y cuidado del paciente politraumatizado, utilizando el test de Student para medidas relacionadas, con el fin de determinar si había relación o no de tipo significativo entre el conocimiento y práctica ejecutoria de las tres evaluaciones y del conjunto de ellas.

El nivel de significación es de menos de 5% ($P < 0.05$) para la comprobación de la existencia o no de la relación, de acuerdo a las hipótesis de la investigación.

La información presentada, según lo explicado anteriormente, se expresan también en gráficas estadísticas correspondientes a cada tipo de información.

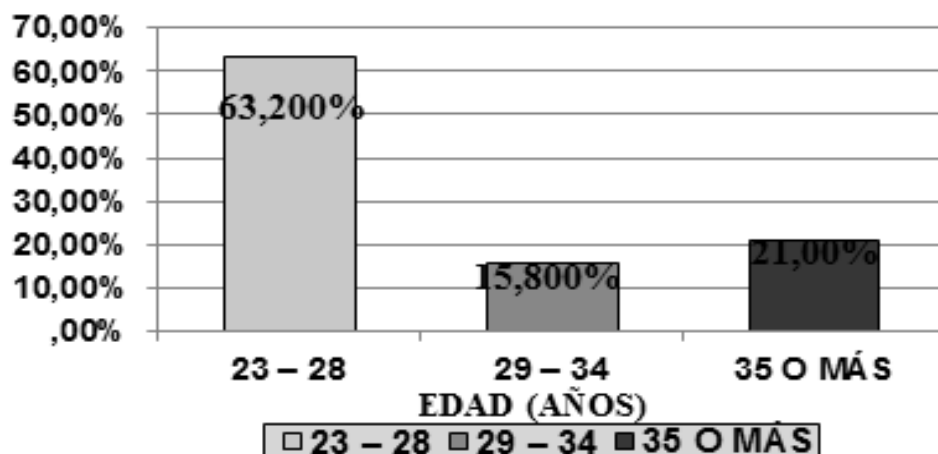
CUADRO 1

Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Distribución del Personal de Enfermería según Edad

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (%)
23 – 28	12 (63,2)
29 – 34	3 (15,8)
35 O MÁS	4 (21,0)
TOTAL	19 (100,0)

Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de Adultos. San Fernando de Apure.(Cousin, 2016)

Gráfico N° 1.
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado.
Distribución del Personal de Enfermería según Edad. Unidad de Emergencia
de Adulto, Hospital "Pablo Acosta Ortiz". San Fernando de apure.



Análisis de tabla y gráficoN°1 De los diecinueve integrantes del personal de enfermería investigado, el 63,2% tenía una edad comprendida entre 23 y 28 años, mientras que entre 29 y 34 años constituyen el 15,8% del grupo, habiendo un 21,0% con una edad de 35 años o más. Por lo que se percibe que hay un mayor número de enfermero con edad comprendida menor a los 28 años lo que puede ser un factor

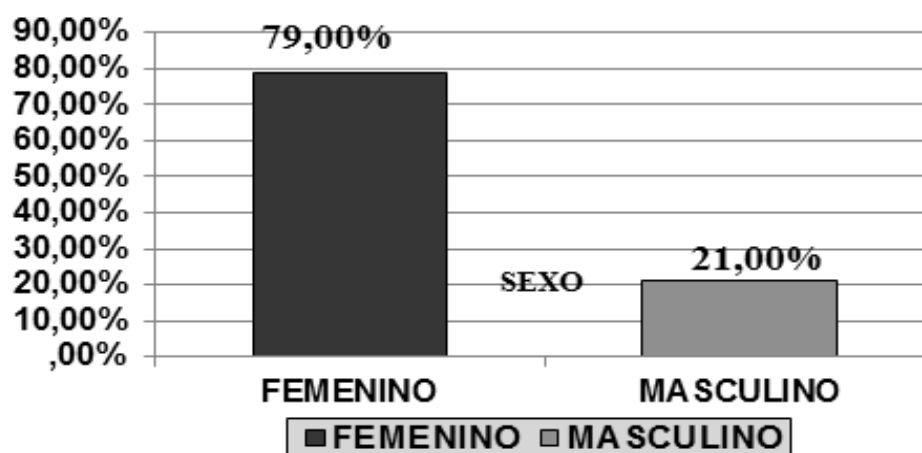
beneficioso en la atención del paciente politraumatizado por lo que mientras más joven es el personal más ágil y enérgico se es, más sin embargo un personal mayor de 35 años tienen la capacidad de combinar datos nuevos con experiencias previas ya adquiridas.

Cuadro N° 2
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Distribución del Personal de Enfermería según Sexo

SEXO	FRECUENCIA (%)
FEMENINO	15 (79,0)
MASCULINO	4 (21,0)
TOTAL	19 (100,0)

Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de Adultos. San Fernando de Apure. (Cousin, 2016)

Gráfico N° 2.
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Distribución del Personal de Enfermería según Sexo. Unidad de Emergencia De Adulto,Hospital "Pablo Acosta Ortiz". San Fernando de Apure.



Análisis de cuadro y gráfico N° 2 La mayoría del personal de enfermería estudiado, es decir el 79% es de sexo femenino y el 21,0% restante de sexo masculino. Observándose que la profesión de enfermería se ha caracterizado por ser mayoritariamente ejercida por el sexo femenino considerando las cualidades que son propias de las mujeres como la delicadeza, intuición la expresividad y siempre ser cuidadosa factor que contribuyen a prestar una atención de calidad, pero lo dicho anteriormente no son determinantes como cualidad de una enfermera o enfermero ya que el sexo masculino a pesar de ser tradicionalmente y culturalmente estereotipado como no aptos para el ejercicio de la profesión aportan las capacidad que caracteriza al hombre de resistencia y fuerza física aunado a los conocimientos que posean representa este un personal idóneo en la atención del politraumatizado ya que estas áreas de atención inicial a dichos pacientes requiere no solo de un personal con un manejo apropiado en lo que se refiere al conocimiento si no que también que la condición física permita la movilización apropiada de estos .Como información adicional, en cuanto al grado académico, todos los integrantes del grupo poseen nivel universitario en Licenciatura en Enfermería ninguno posee especialidad.

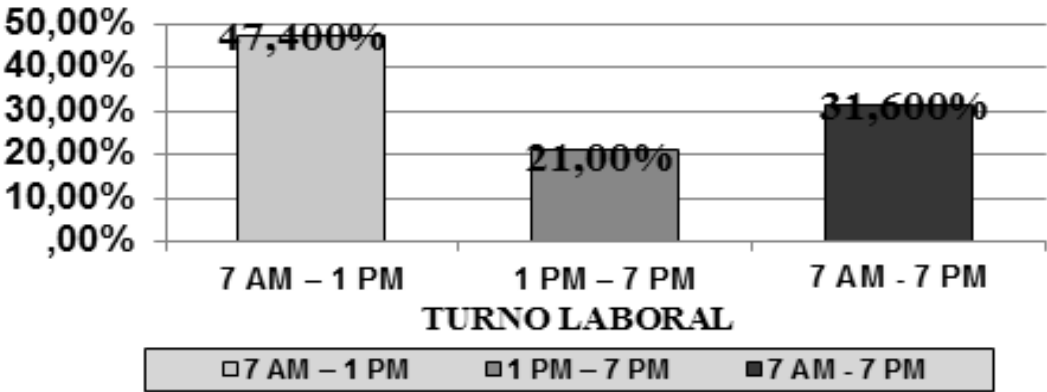
Cuadro N° 3
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Distribución del Personal de Enfermería según Turno Laboral

TURNO LABORAL	FRECUENCIA (%)
7 AM – 1 PM	9 (47,4)
1 PM – 7 PM	4 (21,0)
7 AM - 7 PM	6 (31,6)

TOTAL	19 (100,0)
-------	------------

Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de Adultos. San Fernando de Apure. (Cousin, 2016)

GRAFICO N° 3
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado.
Distribución del Personal de Enfermería según Turno Laboral. Unidad de Emergencia de Adulto, Hospital "Pablo Acosta Ortiz". San Fernando de Apure.



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (COUSIN, 2016)

Análisis de cuadro y grafico N° 3 La mayoría del personal de enfermería labora de 7 AM a 1 PM ya que es el 47,4% del grupo investigado, mientras que de 1 PM a 7 PM lo hace el 21,0% y el restante 31,6% tiene el turno de 7 AM 7 PM. Considerando que esto es solo una muestra de la población investigada se destaca el hecho de que hay un número mayor de personal en el turno de 7am a 1pm y una distribución no equitativa del personal cabe destacar que el turno de 7pm a 7am debería tener más personal por ser el que mas hora laborales tiene y la deficiencia en dicha cantidad de personal podría repercutir en la salud del enfermero, estado de ánimo, estrés elevado, alteración del estado de alerta, esto podría

influir de manera significativa sobre la atención del politraumatizado y a su vez ninguno de ellos ha realizado cursos de especialización en el tema investigado.

Cuadro N° 4

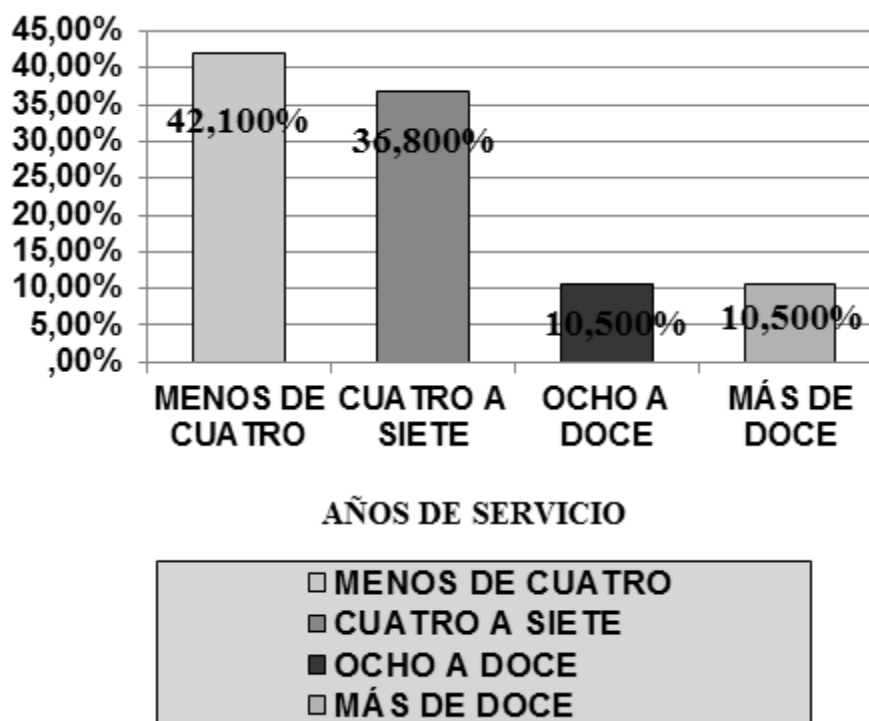
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Distribución del Personal de Enfermería según Años de Servicio

AÑOS DE SERVICIO	FRECUENCIA (%)
MENOS DE CUATRO	8 (42,1)
CUATRO A SIETE	7 (36,8)
OCHO A DOCE	2 (10,5)
MÁS DE DOCE	2 (10,5)
TOTAL	19 (100,0)

Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de Adultos. San Fernando de Apure. (Cousin, 2016)

Gráfico N° 4.

Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Distribución del Personal de Enfermería según Años de Servicio. Unidad De Emergencia de Adulto, Hospital "Pablo Acosta Ortiz". San Fernando de apure.



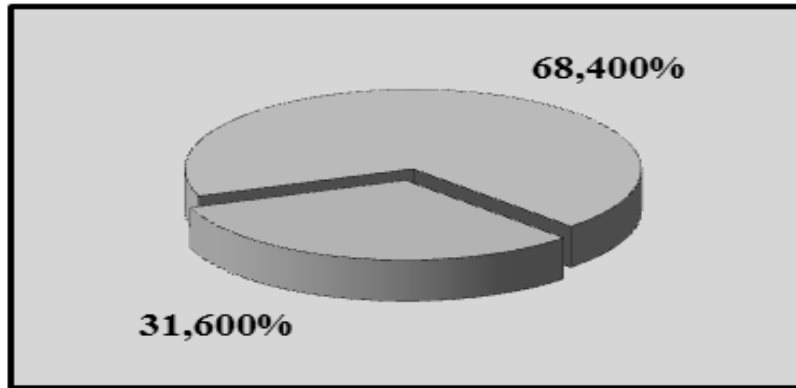
Análisis cuadro y grafico N° 4 La mayoría (42,1%) del personal de enfermería tenía menos de cuatro años de servicio en la emergencia de adultos, sigue el grupo entre cuatro a siete años con 36,8% de representación, luego los de ocho a doce años con 10,5% e igual porcentaje para los de más de doce años elaborando en dicho servicio. Por lo que se evidencia que el mayor número de personal no sobrepasan los cuatro años dentro del servicio, no con esto se concluye que necesariamente este sea el tiempo de servicio, cabe destacar que mientras mayor sea el tiempo laborando dentro de esta área mayor debería ser las agilidades y destrezas en el marco de la atención del paciente politraumatizado.

Cuadro N° 5
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Distribución del Personal de Enfermería según Situación Laboral

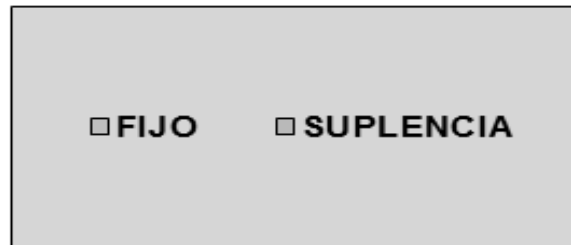
SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA (%)
FIJO	13 (68,4)
SUPLENCIA	7 (31,6)
TOTAL	19 (100,0)

Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de Adultos. San Fernando de Apure. (Cousin, 2016)

Gráfico N° 5.
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado.
Distribución del Personal de Enfermería según Situación Laboral.
Unidad de Emergencia de Adulto, Hospital "Pablo Acosta Ortiz". San Fernando de Apure.



SITUACIÓN LABORAL



Al analizar cuadro y gráfico N° 5 se encontró que La mayoría (68,4%) labora como personal fijo de enfermería mientras que el restante 31,6% lo hace como suplente. Aunque el mayor porcentaje de personal es fijo, sin embargo es inevitable que exista un persona suplente que cubra los ausentismos por vacaciones o reposos, la repercusión de esto se encuentra cuando dicho personal no está capacitado para la atención y el cuidado de pacientes críticos dentro de las unidades de emergencia.

Cuadro N°6

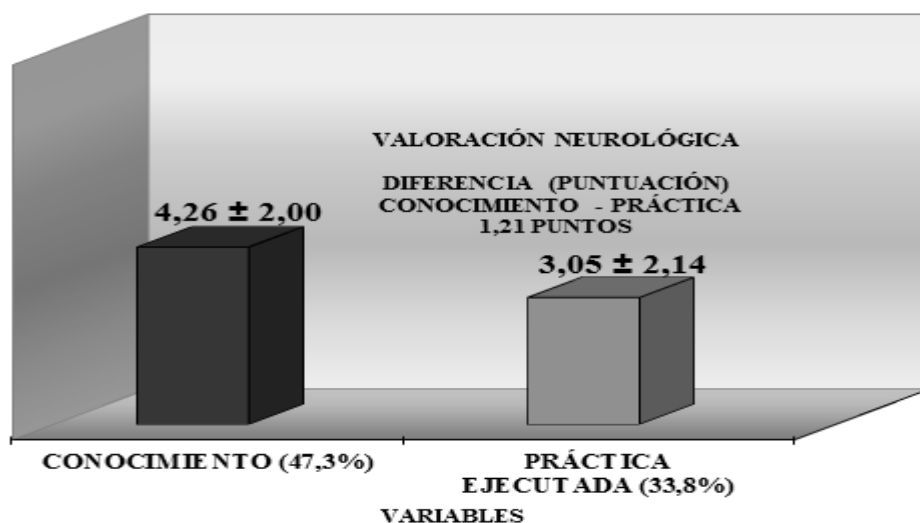
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Media (X) y Desviación Estándar (S) de las puntuaciones obtenidas por el Personal de Enfermería investigado en el Factor Valoración Neurológica Según Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado

factor valoración neurológica	X ± S	significación estadística
<i>CONOCIMIENTO</i>	4,26 ± 2,00	DIFERENCIA (PUNTUACIÓN) CONOCIMIENTO - PRÁCTICA 1,21 PUNTOS
<i>PRÁCTICA EJECUTADA</i>	3,05 ± 2,14	t = 2,773; g.l. = 18 P < 0,013

Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de Adultos. San Fernando de Apure. (Cousin, 2016)

Gráfico N°6.

Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Media (X) y Desviación Estándar (S) de las puntuaciones obtenidas por el Personal de Enfermería investigado en el Factor Valoración Neurológica Según Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Unidad de Emergencia de Adulto, Hospital "Pablo Acosta Ortiz". San Fernando de Apure.



Al analizar Cuadro y grafica N° 6 se encontró una diferencia promedio de 1,21 puntos a favor del CONOCIMIENTO con respecto a la puntuación de la PRÁCTICA EJECUTADA por el personal de enfermería investigado, en relación al FACTOR VALORACIÓN NEUROLÓGICA. La diferencia mencionada resultó ser significativa ($P < 0,013$), lo que implica que no hay relación entre el CONOCIMIENTO y la PRÁCTICA EJECUTADA sobre el cuidado al paciente politraumatizado. Por otra parte, el promedio del CONOCIMIENTO obtenido sólo representa el 47,3% del valor ideal de nueve puntos que deberían haber obtenido en función de las nueve preguntas interrogadas, mientras que para la PRÁCTICA EJECUTADA, la puntuación promedio lograda por el grupo representa el 33,8% de la puntuación máxima, que tendrían que haber conseguido el personal en base a las nueve preguntas sobre este aspecto de la VALORACIÓN NEUROLÓGICA. Considerando el resultado obtenido no existe relación entre el conocimiento y la práctica que se realiza, cabe destacar que el conocimiento y la práctica no alcanza el 50% de un 100% del valor esperado, por lo que se entiende que el personal de enfermería que labora en el área no maneja en primera instancia conocimiento sobre los aspectos que constituyen una adecuada valoración neurológica sobre el paciente politraumatizado por lo que es de esperar que la practica sea inadecuada e ineficiente y se percibe una desigualdad entre ambos aspectos porque se maneja mas conocimiento que practica.

Cuadro N°7

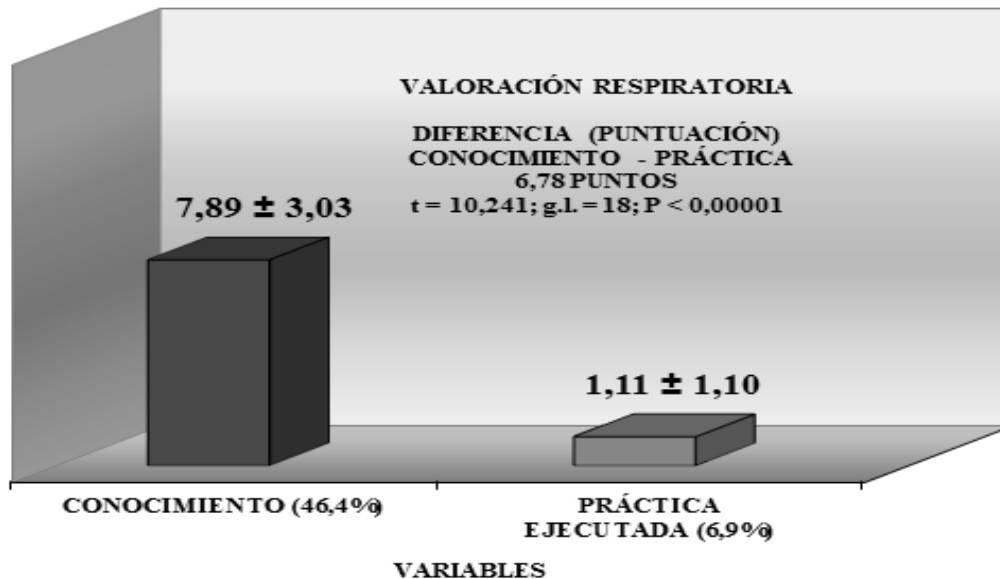
Factor valoración respiratoria	x ± s	Significación estadística
<i>CONOCIMIENTO</i>	7,89 ± 3,03	DIFERENCIA (PUNTUACIÓN) CONOCIMIENTO - PRÁCTICA
<i>PRÁCTICA EJECUTADA</i>	1,11 ± 1,10	6,78 PUNTOS t = 10,241; g.l. = 18 P < 0,00001

Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Media (X) y Desviación Estándar (S) de las puntuaciones obtenidas por el Personal de Enfermería investigado en el Factor Valoración Respiratoria Según Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado

Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de Adultos. San Fernando de Apure. (Cousin, 2016)

Gráfico N°7.

Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Media (X) y Desviación Estándar (S) de las puntuaciones obtenidas por el Personal de Enfermería investigado en el Factor Valoración Respiratoria Según Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Unidad de Emergencia de Adulto, Hospital "Pablo Acosta Ortiz". San Fernando de apure.



Al analizar cuadro y grafico N°7 En relación al FACTOR VALORACIÓN RESPIRATORIA, se encontró una diferencia promedio de 6,78 puntos a favor del CONOCIMIENTO con respecto a la puntuación de la PRÁCTICA EJECUTADA por el personal de enfermería investigado. Esta diferencia es muy significativa ($P < 0,00001$). Por lo tanto, no hay relación entre el CONOCIMIENTO y la PRÁCTICA EJECUTADA sobre el cuidado al paciente politraumatizado. Por otra parte, el promedio del CONOCIMIENTO obtenido sólo representa el 46,4% del valor ideal de diecisiete puntos a obtener de acuerdo a las diecisiete preguntas interrogadas, mientras que para la PRÁCTICA EJECUTADA, la puntuación promedio lograda por el grupo representa el 6,9% de la puntuación máxima, a conseguir el personal en

base a las dieciséis ítems sobre este aspecto de la VALORACIÓN RESPIRATORIA. Hay una evidencia marcada en el manejo deficiente tanto de conocimiento como la práctica que se ejecuta, la puntuación en conocimiento represento 46,4% mientras que en a practica 6,9% una diferencia que nos evidencia que existe más conocimiento que practica, lo que dista de ideal que nos dice que ha mayor conocimiento mejor es la práctica, el personal que labora en esta área necesita con prontitud una capacitación para no solo conocer la valoración respiratoria sino que también como ejecutarla en la práctica.

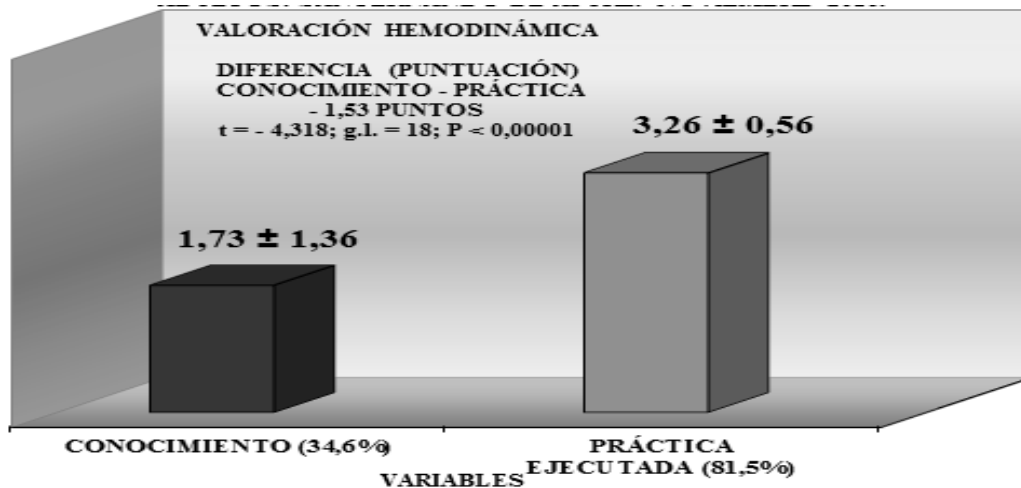
Cuadro N° 8
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Media (X) y Desviación Estándar (S) de las puntuaciones obtenidas por el Personal de Enfermería investigado en el Factor Valoración Hemodinámica Según Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado

Factor valoración hemodinámica	x ± s	Significación estadística
<i>CONOCIMIENTO</i>	1,73 ± 1,36	DIFERENCIA (PUNTUACIÓN) CONOCIMIENTO - PRÁCTICA
<i>PRÁCTICA EJECUTADA</i>	3,26 ± 0,56	- 1,53 PUNTOS t = - 4,318; g.l. = 18 P < 0,00001

Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de Adultos. San Fernando de Apure. (Cousin, 2016)

Gráfico N° 8.
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Media (X) y Desviación Estándar (S) de las puntuaciones obtenidas por el

Personal de Enfermería investigado en el Factor Valoración Hemodinámica Según Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Unidad de Emergencia de Adulto, Hospital "Pablo Acosta Ortiz". San Fernando de Apure.



Al analizar cuadro y grafico N° 8 Y evaluar el FACTOR VALORACIÓN HEMODINÁMICA, fue hallada una diferencia promedio de 1,53 puntos a favor de la PRÁCTICA EJECUTADA con respecto a la puntuación del CONOCIMIENTO que posee el personal de enfermería investigado. Esta diferencia es de orden significativo ($P < 0,00001$). En consecuencia, no hay relación entre el CONOCIMIENTO y la PRÁCTICA EJECUTADA sobre el cuidado al paciente politraumatizado. El promedio del CONOCIMIENTO referido sólo representa el 34,6% del valor ideal de cinco puntos a obtener de acuerdo a las cinco preguntas interrogadas, mientras que para la PRÁCTICA EJECUTADA, la puntuación promedio lograda por el grupo representa el 81,5% de la puntuación máxima, a conseguir el personal en base a las cuatro preguntas sobre este aspecto de la VALORACIÓN HEMODINÁMICA. la diferencia tan evidente no solo nos orienta a conocer que no se relaciona practica y conocimiento, si no que la practica está por

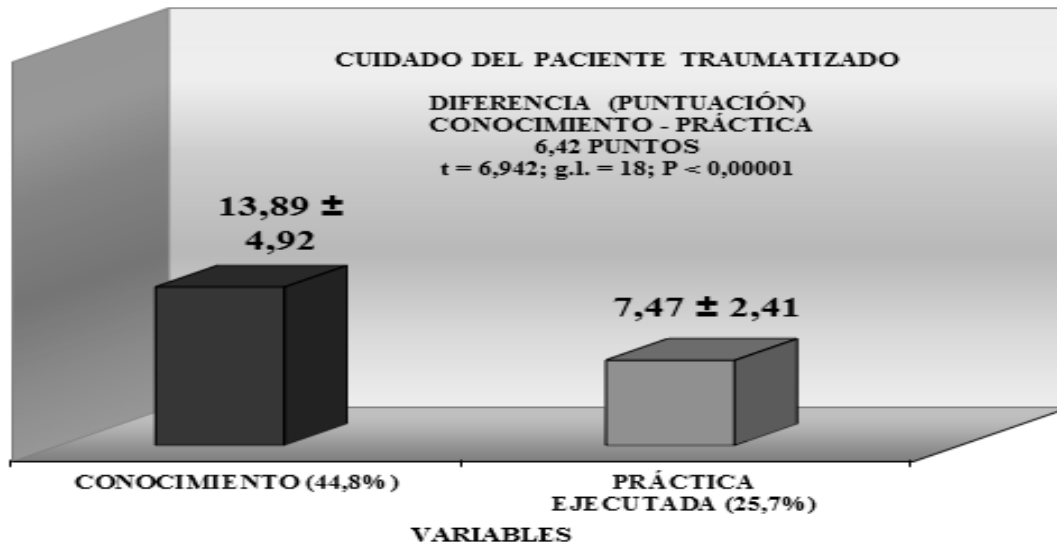
encima de conocimiento, nos permite preguntando cómo es que el personal de enfermería ejecuta la practica pero no conoce lo que está ejecutando.

Cuadro N°9
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Media (X) y Desviación Estándar (S) de las puntuaciones obtenidas por el Personal de Enfermería investigado en el Cuidado del Paciente Politraumatizado

Cuidado del paciente politramatizado	x ± s	Significación estadística
CONOCIMIENTO	13,89 ±	DIFERENCIA (PUNTUACIÓN)
PRÁCTICA EJECUTADA	4,92	CONOCIMIENTO - PRÁCTICA
		6,42 PUNTOS
	7,47 ± 2,41	t = 6,942; g.l. = 18
		P < 0,00001

Fuente: Instrumento aplicado en el Hospital "Pablo Acosta Ortiz" Emergencia de Adultos. San Fernando de Apure. (Cousin, 2016)

Gráfico N°9.
Conocimiento y Práctica en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Media (X) y Desviación Estándar (S) de las puntuaciones obtenidas por el Personal de Enfermería investigado en el Cuidado del Paciente Politraumatizado. Unidad de Emergencia de Adulto, Hospital "Pablo Acosta Ortiz". San Fernando de apure.



Al analizar el cuadro y gráfico N° 9 y evaluar el CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO considerando en conjunto las valoraciones efectuadas de tipo neurológico, respiratoria y hemodinámicas, fue hallada una diferencia promedio de 6,42 puntos a favor del CONOCIMIENTO con respecto a la puntuación de la PRÁCTICA EJECUTADA que lleva a cabo el personal de enfermería investigado. La diferencia es muy significativa ($P < 0,00001$). Lo anterior determina que no hay relación entre el CONOCIMIENTO y la PRÁCTICA EJECUTADA en el CUIDADO AL PACIENTE POLI - TRAUMATIZADO. El promedio del CONOCIMIENTO referido al CUIDADO representa el 44,8% de la puntuación ideal de treinta y uno puntos a obtener de acuerdo a las treinta y una preguntas interrogadas, mientras que para la PRÁCTICA EJECUTADA en el CUIDADO, la puntuación promedio conseguida por el grupo representa el 25,7% de la puntuación máxima, a lograr el personal, en base a las veintinueve preguntas sobre este aspecto del CUIDADO evaluado. Tanto el conocimiento como la práctica son deficientes ya que el promedio no representa ni el 50% del valor total esperado no hay una

correspondencia entre lo que saben y lo que hacen, lo idóneo es que la practica este al mismo margen que el conocimiento que se tiene , no es entendible porque lo que se conoce no se manifiesta a través de la ejecución .debe considerarse la capacitación inmediata de el personal de la emergencia de adulto del hospital pablo acosta Ortiz ya que es de vital importancia el manejo oportuno, adecuado a las necesidades que representa brindar cuidado al politraumatizado.

2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se describieron los resultados en cuanto a las características sociolaborales de la muestra en estudio edad, turno, sexo, años de servicio y situación laboral. Juntamente con los resultados estadísticos de acuerdo con las hipótesis específicas y generales planteadas.

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Análisis de las tablas y gráficos N° 1, 2,3,4,5 a continuación se presenta las características sociolaborables de la muestra en estudio el cual está representada por un personal de la emergencia de adulto que comprende entre 26 a 28 años de edad que representan fuerza y agilidad que se requiere en esta área en combinación con un personal adulto en edad que comprenden 35 años quienes representan la destreza y experiencia en el cuidado del politraumatizado.

La muestra estudiada posee características propias de la profesión de enfermería Por lo que es manifiesto que las mujeres jóvenes estadísticamente en son más que los hombres dentro del personal de enfermería que trabaja en la unidad de emergencia de

adulto, siendo característico de esta profesión, lo que puede significar ser una fortaleza en el servicio o una debilidad por la naturaleza propia de la mujer al tener menos resistencia física. La peculiaridad de la muestra siendo sexo femenino y adultos jóvenes, es peculiar dentro de la profesión de enfermería Robinson V. (1946) cita “la mujer es una enfermera instintiva formada por la madre naturaleza”

Cabe acotar que esta muestra arroja que el personal solo posee estudios de licenciaturas no tiene especialidad, o maestrías por lo que solo proporcionan un cuidado general y no especializado sobre un paciente críticamente enfermo como son los politraumatizado. Espinoza j (2013) comenta sobre la necesidad que los enfermeros deben tener entrenamiento básico y continuo, poseer especialidad y realizar cursos intensivos. (pág. 20).

En relación al turno laborar hay una disparidad en la distribución del personal en el turno de 7am a 1pm se evidencia el mayor numero siendo la tarde y la noche mas reducid, pudiendo comprometer esto el cuidado brindado al paciente politraumatizado acentuando que el trabajo de enfermería es continuo las 24 horas del día .

El personal estudiado tiene menos de cuatro años en el servicio lo que podría equivaler en menos habilidades para manejo de protocolos, deficientes destrezas para el cuidado del politraumatizado y adecuada valoración del mismo.

En su mayoría el personal es fijo dentro del servicio factor beneficioso para la atención del paciente pero cabe destacar que existe un porcentaje suplente el cual si no tiene un entrenamiento previo podía ser un factor perjudicial para el manejo de este.

La federación iberoamericana de enfermería en urgencia, emergencia y desastre en 2007 propone un perfil para la enfermera de emergencia donde refiere que debe “disponer de una adecuada, completa y específica formación que les permita el correcto manejo de las

situaciones críticas tanto en el ámbito prehospitalario como hospitalario, Poseer actualización de las Guías de Manejo Pre Hospitalario y Guías de Intervención Hospitalarias, Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias, emergencias y desastres, al tiempo que valora inmediatamente la situación de salud del usuario en estado crítico o en riesgo inminente de muerte, utilizando criterios de oportunidad, eficacia y eficiencia”(pág. 2 y 3)

En conclusión: el personal de enfermería que labora en la unidad de emergencia del hospital Pablo Acosta Ortiz es un personal en su mayoría menor de 28 años, del sexo femenino, con el título de licenciatura en enfermería, sin especialidad en el área de cuidado crítico o emergenciológica, ubicado en su mayoría en el turno de la mañana, con menos de cuatro años de servicio en el área y que posee cargo fijo

2.2 Hipótesis específica N° 1 VALORACIÓN NEUROLÓGICA SEGÚN CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Al analizar los gráficos y los cuadros N° 6 se encontró una diferencia promedio de 1,21 puntos a favor del conocimiento con respecto a la puntuación de la práctica ejecutada por el personal de enfermería investigado, en relación al **factor valoración neurológica**. La diferencia mencionada resultó ser significativa ($p < 0,013$), lo que implica que no hay

relación entre el conocimiento y la práctica ejecutada sobre el cuidado al paciente politraumatizado. Por otra parte, el promedio del conocimiento obtenido sólo representa el 47,3% del valor ideal de nueve puntos que deberían haber obtenido en función de las nueve preguntas interrogadas, mientras que para la práctica ejecutada, la puntuación promedio lograda por el grupo representa el 33,8% de la puntuación máxima, que tendrían que haber conseguido el personal en base a las nueve preguntas sobre este aspecto de la valoración neurológica.

Por lo que se observa según los resultados obtenidos que el personal dista de poseer un conocimiento y una práctica adecuada a las necesidades requeridas en cuanto a la valoración neurológica que se debe realizar en el paciente politraumatizado.

Estas diferencias entre el conocimiento y la práctica nos oriente a la existencia de un insuficiente manejo de los mismos, tanto de lo que se sabe como de lo que se ejecuta en cuanto a la valoración neurológica. El conocimiento que maneja enfermería esta por debajo del valor ideal que se pretendía obtener en dicha investigación. Los profesionales de enfermería de la unidad de emergencia de adulto están ejecutando una práctica general y no especializada según los estándares que se requieren en la atención a un paciente politraumatizado y la evaluación continua de un sistema que nos orienta al mejor o peor pronóstico que pueda presentar en estos.es por ello que Canabal (2009) plantea que el equipo de salud debe tener una formación adecuada la cual “precisa de una adquisición de sólidos conocimientos”

Los resultados nos sitúan en la posición de una necesidad urgente en el personal de enfermería que elabora en la emergencia de adulto de realizar una adecuada valoración neurológica según se establece en las bibliografías los aspectos el orden y las

consideraciones a tomarse en un paciente politraumatizado quien por lo general están conectados a ventilación mecánica. Sánchez S (2002) plantea que unos de los datos que tiene una gran relevancia en la valoración neurológica es el estado de alerta, movimientos espontáneos y atención de las conductas. Cabe destacar que se deben tomar precauciones en pacientes politraumatizados en ventilación mecánica ya que la valoración neurológica no puede ser la misma que en un paciente consciente.(pag.21) es por esto que el conocimiento debe otorgar al personal de enfermería una relación entre lo que conoce y lo que ejecuta basados en la base teórica para adecuar la valoración neurológica al paciente politraumatizado y así revaloración continua en busca de hallazgos nuevos por lo que Arriba S.(2012) también refiere que “la valoración neurológica permite detectar los cambios que se produzcan en el estado del paciente”

Se concluye que el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado relacionado con la **VALORACIÓN NEUROLÓGICA** en la unidad de *emergencia*, están por debajo del 50% del valor ideal que se pretendía obtener en esta investigación, además de existir una diferencia significativa de 1,21 puntos entre el conocimiento y la práctica relacionado con la valoración neurológica, esta situación influye en la calidad del cuidado que brinda este profesional y podría estar influenciada por la ausencia de formación especializada, la ausencia de protocolos para evaluar la conciencia del politraumatizado, la educación continua en servicio para la capacitación de este personal que labora en la emergencia atendiendo pacientes con problemas neurológicos por trauma. La diferencia significativa en ambos factores nos muestra la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado en su factor valoración neurológica en la unidad

de emergencia de adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz pues ambos factores difieren en los niveles porcentuales, rechazándose la hipótesis específica número 1

2.3 Hipótesis específica N °2 VALORACIÓN RESPIRATORIA SEGÚN CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Al analizar el cuadro y gráfico N °7 relacionado al factor valoración respiratoria, se encontró una diferencia promedio de 6,78 puntos a favor del conocimiento con respecto a la puntuación de la práctica ejecutada por el personal de enfermería investigado. Esta diferencia es muy significativa ($p < 0,00001$). Por lo tanto, no hay relación entre el conocimiento y la práctica ejecutada sobre el cuidado al paciente politraumatizado. Por otra parte, el promedio del conocimiento obtenido sólo representa el 46,4% del valor ideal de diecisiete puntos a obtener de acuerdo a las diecisiete preguntas interrogadas, mientras que para la práctica ejecutada, la puntuación promedio lograda por el grupo representa el 6,9% de la puntuación máxima, a conseguir el personal en base a las dieciséis ítems sobre este aspecto de la valoración respiratoria. Nos orienta sobre necesidad de enfermería de la emergencia de adulto en recibir una capacitación teórico y práctico no solo con educación continua sino con una educación universitaria especializada.

Los resultados evidencian el escuálido conocimiento sobre la valoración respiratoria a través de la previa aplicación de un cuestionario, donde se demostró que el profesional no conoce los aspectos que a evaluar dentro de la valoración respiratoria los criterios utilizados para la búsqueda de hallazgos dentro de la inspección, palpación y auscultación en el paciente politraumatizado. Al respecto Duque G. (2006) señala que “el examen físico del

tórax de cualquier paciente implica interpretación de sensación visuales, táctiles y sonoras que debe compararse con conocimientos descritos por grandes clínicos”.

A través de la observación realizada al profesional de enfermería de la emergencia de adulto se pudo apreciar en los resultados que es limitado y no tiene congruencia con el conocimiento, no se realiza la valoración respiratoria según orden semiológico y se desconoce cuáles son los hallazgos tanto fisiológicos como anómalos que se pretenden encontrar Duque L.(2006) describe los pasos y consideraciones para realizar una adecuada valoración refiriendo que “el tórax debe estar desprovisto de ropa , respetando la intimidad del paciente .En lo posible debe hacerse en condiciones adecuadas de silencio y temperatura que lo faciliten. Es importante el entrenamiento para reconocer los ruidos importantes de aquellos que no lo son, esto es posible con la práctica y la disciplina.”(pág. 210), al ser capacitado el personal de enfermería de la emergencia adulto, en relación a estos aspectos, la atención de los pacientes politraumatizados en cuanto a la valoración respiratoria estará enmarcada en una adecuada practica basada en un conocimiento solido cimentado en bases científicas.

Se concluye que el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado relacionado con la **VALORACIÓN RESPIRATORIA** en la unidad de emergencia, están por debajo del 50% del valor ideal que se pretendía obtener en esta investigación, además de existir una diferencia significativa de 6.78 puntos entre el conocimiento y la práctica, donde la práctica obtuvo 6.9% de los puntos requeridos, esta situación influye en la calidad del cuidado que brinda este profesional y podría estar influenciada por la ausencia de formación especializada, ausencia de protocolos de atención para el cuidado de las vías respiratorias, ausencia de educación en servicio y programas de capacitación para el soporte básico y avanzado de las vías respiratorias en paciente con

traumas generalizado. La diferencia significativa en ambos factores nos muestra la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado en la emergencia de adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz en su factor valoración respiratoria pues ambos factores difieren en los niveles porcentuales obtenidos, por lo que se rechaza la hipótesis específica n°2.

2.4 Hipótesis específica N°3: VALORACIÓN HEMODINÁMICA SEGÚN CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Al evaluar el FACTOR VALORACIÓN HEMODINÁMICA, fue hallada una diferencia promedio de 1,53 puntos a favor de la PRÁCTICA EJECUTADA con respecto a la puntuación del CONOCIMIENTO que posee el personal de enfermería investigado. Esta diferencia es de orden significativo ($P < 0,00001$). En consecuencia, no hay relación entre el CONOCIMIENTO y la PRÁCTICA EJECUTADA sobre el cuidado al paciente politraumatizado. En los resultados se evidencia la disparidad entre lo que se ejecuta y lo que se conoce teniendo más puntuación la práctica que el conocimiento.

Los resultados demostraron a través de la aplicación de un cuestionario que hay una ausencia en el conocimiento del personal de enfermería en la valoración hemodinámica en el paciente politraumatizado, se evidencia que el personal no conoce cuales son los aspectos a evaluarse dentro de los métodos hemodinámicos no invasivos como lo son la presión arterial sistólica y diastólica, presión arterial media y la presión venosa central, al respecto Krosbel (2008) considera que la presión media es un componente fundamental en la

valoración hemodinámica “ de la misma forma como la presión arterial sistólica y diastólica es la principal determinante de la perfusión de órganos asociada al gasto cardiaco, la presión arterial media permite una adecuada perfusión de órganos”(pag.263) aspectos como estos deben ser manejados por el personal de enfermería ya que una valoración adecuada conducirá al descubrimientos de hallazgos que pueden repercutir en beneficio o riesgo en un paciente politraumatizado, es así como se demuestra que la practica ejecutada en la valoración hemodinámica está por encima en valor porcentual que el conocimiento, lo que dista de tener congruencia ya que el personal de enfermería de la emergencia de adulto ejecutar una práctica y no precisar de conocimientos previos de esta forma Fernández Z (2004) cita que “la practica está constituida por experiencias terminales de formación, en lo cual todo lo aprendido debe ejecutarse en el campo laboral”(pag.56).

Este resultado demuestra la disparidad de una práctica no basada en una teórica, el personal de enfermería de la emergencia de adulto amerita una formación por lo que se recomienda en primer lugar una instrucción teórica sobre los aspectos a evaluar hemodinámicos y su importancia, y una preparación practica de esta manera se garantizara un cuidado especializado, individualizado idóneo a la condición critica que representa un paciente politraumatizado.

Se concluye que el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado relacionado con la **VALORACIÓN HEMODINAMICA** en la unidad de emergencia tienen diferencias, pues en la práctica se obtuvo un 81.5% y en el conocimiento un 34.6% del valor ideal, con una diferencia de 1,53 puntos. Esta situación evidencia que el personal de enfermería realiza los procedimientos para evaluar el estado hemodinámico del paciente politraumatizado sin tener fundamentación teórica. Esta situación podría estar influenciada por la ausencia de formación especializada, repetición

de protocolos, ausencia de educación en servicio y programas de capacitación teórico práctico para la valoración hemodinámica en pacientes con traumas. La diferencia significativa en ambos factores nos muestra la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado en la emergencia de adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz en su factor valoración hemodinámica pues ambos factores difieren significativamente en los niveles porcentuales obtenidos, por lo que se rechaza la hipótesis específica nº3.

2.5 Hipótesis general CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Al analizar el cuadro y gráfico N° 8 relacionado al **cuidado del paciente politraumatizado** considerando en conjunto las valoraciones efectuadas de tipo **neurológico, respiratoria y hemodinámicas**, fue hallada una diferencia promedio de 6,42 puntos a favor del conocimiento con respecto a la puntuación de la práctica. La diferencia es muy significativa ($p < 0,00001$). Por lo que no hay relación entre el conocimiento y la práctica ejecutada en el cuidado al paciente politraumatizado. El promedio del conocimiento referido al cuidado representa el 44,8% de la puntuación ideal de treinta y uno puntos a obtener, mientras que para la práctica ejecutada en el cuidado, la puntuación promedio conseguida por el grupo representa el 25,7% de la puntuación máxima. La diferencia entre los valores medios conocimiento y práctica, nos orienta al apremio de una instrucción, preparación y enseñanza en el personal de enfermería de la emergencia de

adulto en relación a conocimiento y practica en el politraumatizado requisitos indispensable para la atención del mismo.

Los resultados reflejaron a través del cuestionario un deficiente conocimiento en cuanto a los aspectos que se evalúan en la valoración neurológica, respiratoria y hemodinámica los hallazgos que se quieren encontrar yendo de lo fisiológico a lo patológico y la técnicas adecuadas para la correcta valoración, de la misma forma al aplicar la guía de observación se pudo constatar la carencia de una práctica la cual debe ir enfocada en la búsqueda de descubrimientos anómalos con el fin de adelantarse a situaciones que puedan comprometer la vida del paciente politraumatizado. Es importante acotar que la aplicación del cuestionario en conjunto a una guía de observación si lo que el enfermero conoce lo ejecuta en la práctica.

Es así como Jiménez G (2002) establece que:

“Con el conocimiento la enfermera puede medir el impacto de sus acciones en la atención, tomando nuevas acciones y decisiones, la cual evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortaleza que afianza el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios” (pág.2).

De esta manera y orientado al planteamiento del autor anteriormente citado es indispensable que el profesional de enfermería de la emergencia de adulto se capacite y dicha capacitación comienza por el entendimiento de las acciones, cuidados y practicas enmarcados dentro de una base científica que fortalezca la ejecución de la práctica diaria, la cual satisfaga las necesidades de los pacientes politraumatizado.

Se concluye que el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado relacionado con la **VALORACIÓN NEUROLOGICA, RESPIRATORIA Y HEMODINAMICA** en la unidad de emergencia tienen diferencias

significativas al obtener un valor de 6.42 puntos de los promedios a favor del conocimiento. El conocimiento total fue de 44.8% y un 25.7% en la práctica, ambos por debajo del 50% del valor ideal. Esto podría estar originado por la ausencia de formación especializada, ausencia de educación en servicio para el cuidado del paciente crítico en los aspectos neurológicos, respiratorios y hemodinámicos y programas de capacitación teórico practico específicos para el cuidado del paciente politraumatizado en la unidad de emergencia. La diferencia significativa en ambos factores nos muestra la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado en la emergencia de adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz en su factor valoración hemodinámica pues ambos factores difieren significativamente en los niveles porcentuales obtenidos, por lo que se rechaza la hipótesis general.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El mayor número de personal que labora en la emergencia de adulto es de sexo femenino jóvenes cualidad típica en la profesión, esta cualidad podría suponer una fortaleza por el hecho de ser un personal vigoroso, pero por e mismo hecho de la naturaleza frágil físicamente de la mujer hace que sea ventajoso que en estas unidades existan un numero marcado de personal masculino cuya estructura física permite fuerza y habilidad indispensable para el abordaje del politraumatizado. Sin embargo también se evidencia que la muestra en estudio posee solo licenciatura, carecen de estudios especializados o maestrías, no se han capacitado en los últimos años con cursos especializados, lo que puede ser un elemento perjudicial en el manejo de estos pacientes.

2. El conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado relacionado con la **VALORACIÓN NEUROLÓGICA** en la unidad de emergencia, se sitúa por debajo del 50% del valor ideal que se pretendía obtener en esta investigación, además de existir una diferencia significativa de 1,21 puntos Se evidencia que el personal de enfermería no conoce los aspectos a evaluar dentro de la valoración neurológica del paciente politraumatizado, lo que ocasiona que la práctica que ejecuta no discrimine los hallazgos normales de los anómalos, porque esta valoración no se realiza ya que al no utilizar escala como por ejemplo de Glasgow no se lleva una continuidad en la evolución del estado de conciencia, esta debilidad en el cuidado marcado se infiere o por la

falta de aplicación de protocolos o de educación continua pueden intervenir de forma desfavorable en el cuidado de dicho paciente. Esta diferencia significativa en ambos factores nos muestra la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado en su factor valoración neurológica en la unidad de emergencia de adulto pues ambos factores difieren en los niveles porcentuales, ***rechazándose la hipótesis específica número 1***

3. El conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado relacionado con la ***VALORACIÓN RESPIRATORIA*** en la unidad de emergencia, están por debajo del 50% del valor ideal que se pretendía obtener en esta investigación, además de existir una diferencia significativa de 6.78 puntos entre el conocimiento y la práctica, donde la práctica obtuvo 6.9% de los puntos requeridos. Se demostró que el personal de enfermería no conoce que se evalúa dentro de la valoración respiratoria en el paciente politraumatizado y los aspectos que integran las técnicas semiológicas y su correcta aplicación, se desconoce la fisiología básica y por lo tanto no se reconocen hallazgos patológicos esto podría estar precedido por ausencia de capacitación en el manejo de vías aéreas en el paciente politraumatizado, una educación continua que no está encaminada a abordar la preparación del personal en la ejecución de una correcta aplicación semiológica direccionada por lo que plantean los autores. La diferencia significativa en ambos factores nos muestra la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado en la emergencia de adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz en su factor valoración respiratoria pues ambos factores difieren en los niveles porcentuales obtenidos ***por lo que se rechaza la hipótesis específica número 2.***

4. **Se concluye** que el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado relacionado con la **VALORACIÓN HEMODINAMICA** en la unidad de emergencia tienen diferencias, pues en la práctica se obtuvo un 81.5% y en el conocimiento un 34.6% del valor ideal, con una diferencia de 1,53 puntos. Se evidenció que el personal ejecuta la práctica de la valoración hemodinámica sin tener un fundamento teórico, se podría inferir que se repite conductas aprendidas, se realiza acciones empíricas sin embargo al ser encuestados sobre los aspectos que valorar la misma y las técnicas que se deben aplicar lo desconocen, esto podría ser producto de una no adecuada formación continua y que la educación en servicio no está siendo encaminada a los problemas reales a los que están siendo expuesto dicho personal que en este caso sería la adecuación de una valoración hemodinámica basada en la evidencia. La diferencia significativa en ambos factores nos muestra la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado en la emergencia de adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz en su factor valoración hemodinámica pues ambos factores difieren significativamente en los niveles porcentuales obtenidos, *por lo que se rechaza la hipótesis específica número 3.*

5. **Se concluye** que el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado relacionado con la **VALORACIÓN NEUROLOGICA, RESPIRATORIA Y HEMODINAMICA** en la unidad de emergencia tienen diferencias significativas al obtener un valor de 6.42 puntos de los promedios a favor del conocimiento. El conocimiento total fue de 44.8% y un 25.7% en la práctica, ambos por debajo del 50% del valor ideal. Se comprobó que hay una ausencia marcada del manejo del

conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado y aunque este representa un número significativo de ingresos en la unidad de emergencia ,la educación continua dentro del servicio no ha centrado su atención en el cuidado del mismo, no hay formación a través de cursos y talleres para que el personal este actualizado sobre las guías y protocolos de atención como ATLS básicos para el manejo del politraumatizado se observa una incongruencia marcada entre lo que se sabe y lo que se ejecuta pudiendo esto influir en la atención que brinda el personal. Por lo que se muestra la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado en la emergencia de adulto en su factor valoración hemodinámica pues ambos factores difieren significativamente en los niveles porcentuales obtenidos, *por lo que se rechaza la hipótesis general.*

RECOMENDACIONES

1. Los coordinadores de la emergencia de adulto y enfermeros docentes deben mantener al personal que labora en esta área actualizados en relación a los cuidados y nuevos avances en la atención del politraumatizado.
2. Los programas en educación en servicio deben estar enfocados sobre las debilidades que presenta el personal de la emergencia de adulto en la atención al paciente politraumatizado.
3. El hospital Pablo Acosta Ortiz debe proporcionar y facilitar un mínimo de una vez por año a todo el personal de enfermería que labora en la emergencia de adulto tanto fijos como suplentes, cursos intensivos donde se enseñen nuevos

avances, manejo y valoración del politraumatizado, considerando que estos estadísticamente son motivo de ingresos a nuestra área de emergencia, y a mayor preparación del personal, mejor atención, menos secuelas y disminución de gastos.

4. Se debe motivar al personal de la emergencia de adulto a realizar especialización o maestrías en el área enfocados al cuidado de los pacientes críticos.
5. Informar los resultados de este estudio a las autoridades del hospital Pablo Acosta Ortiz.
6. presentar los resultados de esta investigación en eventos científicos y revistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Adams y Flemming. (2008). *Medicina de Urgencia*. España: Editorial Médica Panamericana.

Arriba, M.(2012). *DEU UCI neurotraumatología*. Valencia España. Recuperado Febrero 2016. Disponible: <http://www.neurotrauma.com>. [Consulta: Febrero 2016]

Borja j. Collaguazo C. (2014) *Evaluación de Conocimientos y Prácticas de Enfermería en el Manejo de Pacientes con Trauma Torácico*. Hospital Eugenio Espejo Ecuador .recuperado enero 2016.

Canabal, A. (2009). *Manual de Soporte Vital Avanzado en Trauma*. Madrid España: 2da edición.

Carmona, J. (2008). *Control neurológico en paciente crítico*. Valencia España. Recuperado Febrero 2016. Disponible: [http:// www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org). [Consulta: Febrero 2016]

Campos, F. (2012). *Técnicas y Procedimientos de Enfermería*. Formación en Enfermería Blogspot.

Casas, R. (2001). *Formación de Redes de Conocimiento*. México: 1ra Edición Editorial Anthopos.

Chávez, L. (2015). *Prácticas Profesionales*. Edición Apuesa

Clemente F. (2014) *Guía Práctica Para Enfermería*. Recuperado Mayo 2015. Disponible: [http:// .www.enfermeriaespira.com](http://www.enfermeriaespira.com). [Consulta: Mayo 2015]

Departamento Demográfico (2008) Demografía Social. Universidad Andrés Bello

Diez, M Y ocio, E. (2008).*Manual Terapéutico*. Salamanca: 3ra Edición Editorial Salamanca.

Diccionario ABC Español. España. *Conocimiento*. Recuperado Enero 2015. : Disponible: <http://www.abc.es> [Consulta: Enero 2015]

Domínguez, J. (2014) *Atención al Paciente Traumatizado*. IVSS

Duque L (2006).*Semiología medica integral*. Colombia. Editorial de la Universidad de Antioquia.

Espinoza, J. (2013).*Atención Básica y Avanzada del Politraumatizado*. Perú. Recuperado Mayo 2015. Disponible: <http://www.scielo.org>. [Consulta: Mayo 2015]

Federación iberoamericana de enfermería de urgencia, emergencia y desastre. (2007).*Perfil profesional de la enfermera de urgencia emergencia y desastre*. México.

Fernández, A.(2014). *Universidad y Currículo en Venezuela*. Caracas: Editorial Comisión de Estudio Facultad de Humanidad y Educación.

Fidias, A. (2012)*Proyecto de Investigación* .Caracas: Editorial Episteme

Fuembringer, M. (1995) *Enfermería Descriptiva Científica*. México: Editorial de la Universidad de Potosí.

Fuentes Y. Guzmán I. Y Vargas M. en el (2011) *Cuidado de Enfermería a Pacientes con Traumatismo Craneoencefálico*

Guinot,M.(2009). *Técnica de Inmovilización, Movilización y Traslado de Pacientes*. España.Editorial Panamericana.

Guillen C. y Suarez E. (2013) *Conocimiento y Aplicación de Código Paciente Politraumatizado y Traumático Grave en Urgencias*. Titulo de magister. Hospitales Vall de Hebrón y Clinic España .recuperada enero 2016.

Giacaman, P.(2010). *Programa de Medicina Intensiva*. Chile. Recuperado 15 de Marzo. Disponible: <http://www.escuela.med.puc>. [Consulta: Marzo 2015]

Hernández, A. (2011). *Traslado de Paciente a Centro Sanitario*. Málaga: 1ra Edición, Editorial Innova Málaga.

Instituto Nacional de Tránsito Terrestre del Estado Apure (2011-2012) *Informe de Gestión*.

Jiménez, (2010).*Manual de protocolos y actuación en urgencias*. España: editorial Bayer healthcare.

Jiménez G. (2002).*El Conocimiento y la Enfermería*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Recuperado Abril 2015. Disponible: <http://www.medigraphic.com>. [Consulta: Abril 2015]

Krobel, E. (2008).*Terapia Intensiva en Enfermería*. Bogotá Colombia :EditorialDistribuidora.

Kenneth, D. (2007). *Manejo quirúrgico del paciente politraumatizado*.España: Editorial panamericana.

Lara, P. (2006).*La organización del conocimiento en internet*. Barcelona: editorial UVC.

Lavante, O. (2008).*Manejo Integral de Paciente Politraumatizado*. Caracas: 1ra edición Editorial Panamericana.

Leal, E. (2015).*Presión venosa central*. Arizona. Recuperado Abril 2016. Disponible: <http://www.reeme.arizona.edu>. [Consulta: Abril 2016]

Mark, E. (2007).*Conocimiento en enfermería*. Venezuela. Recuperado 15 de marzo2016. Disponible: <http://www.portalesmédicos>. [Consulta: Marzo 2016]

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2011) *Informe de Gestión*. República Bolivariana de Venezuela

Mora, F. (2010) *Formación y consulta*. España: Editorial ARAN.

NAEMT. (2012).*Soprote Vital Avanzado*. España: Editorial Elsevier.

Net, A. y Benito, S. (2006). *Ventilación Mecánica*, Barcelona: Tercera Edición, Editorial Ibérica.

OMS (2013). *Informe Sobre la Situación Mundial de la Seguridad Vial*.

Observatorio Venezolano de Seguridad Vial (2014). *III Informe Sobre Situación de la Seguridad Vial*. Disponible: <http://www.seguridadvial.org.ve>. [Consulta: Marzo 2016]

Papella, S.(2012). Metodología a la investigación cuantitativa.

Parra, (2010). *Toma de presión venosa central*. Recuperado Marzo 2016.Madrid. Disponible: <http://www.madrid.org>. [Consulta: Marzo 2016]

Quintero, A. (2015). *Práctica de enfermería en la toma de muestra para cultivo en pacientes politraumatizados y su relación con el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia* Hospital Universitario Dr. Jesús María Casal Ramos.Portuguesa Venezuela.recuperado enero 2016.

Reina,M y Anias, J. (2002). *Atención Especializada del Instituto Catalán de la Salud*. Cataluña: Editorial MAD.

Rocío P. y Gómez O. (2013) *Evaluación de Atención de Enfermería en Pacientes con Politraumatismo por Accidente de Tránsito*. Hospital Cantonal de Daule Dr. Vicente Pino Ecuador. Recuperado enero 2016

Rodas R. (2012) *La Violencia y Politraumatismos*. Trillas. Barcelona.

Rodríguez, J. (2013). *Evaluación funcional respiratoria*. Valencia Venezuela: 1ra Edición Biblioteca Ciencias de la Salud Universidad de Carabobo.

Sánchez, S. (2002). *Examen Neurológico Práctico y Su Interpretación*, República Dominicana: Editorial búho.

Tofur y Tulcanaza (2012). *Rol del Profesional de Enfermería en el Manejo Temprano del Paciente Politraumatizado*. Tesis de maestría. Hospital San Luis de Otavalo Ecuador. Recuperado enero 2016

Tofino, R. (2004). *Situación de Emergencia Sanitaria*. España 2da edición. Editorial Ideaspropias

Torres, L. (2002). *Cuidados Críticos y Emergencias*. España: Edicion ARAN.

Terry, C.(2012).Ruidos Respiratorios. España. Recuperado Mayo 2015. Disponible: <http://www.solutions.productos.es.ruidos>. [Consulta: Mayo 2015]

Torrentes, E. (2009).Sócrates y la Teoría del Conocimiento. Perú. Recuperado 15 de marzo 2016. Disponible: <http://www.eudotorrenes.com>. [Consulta: Marzo 2015]

Wilsin, Pawels y Akesson. (2009).*Nervios Craneales en la Salud y la Enfermedad*, Caracas: 2da Edición Editorial Panamericana.

ANEXOS

ANEXO A

INFORME DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS ELABORADOS POR LA LIC. YUCJAVI COUSIN PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN SOBRE "CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EMERGENCIA DE ADULTOS (VARIABLE I) Y (VARIABLE II)"

VARIABLE I: CONOCIMIENTO

El instrumento elaborado por la Licenciada Yujacvi Cousin, consta de treinta y un (31) ítems en escala dicotómica (respuesta correcta, respuesta incorrecta), por lo tanto se le aplicó la prueba Kuder Richardson 20 (KR20), para evaluar la confiabilidad del mismo.

La fórmula de la prueba KR20 es la siguiente:

$$KR20 = (n / n-1) * (1 - (\text{suma varianza ítems} / \text{varianza test}))$$

Al aplicar la fórmula según los cálculos anexos se obtiene:

$$KR20 = (31/30) * (1 - (6,3 / 35,2)) = 0,84$$

El resultado de **0,84** es bueno, por lo tanto se recomienda que aplique el instrumento a los constituyentes de la población o muestra objeto del estudio a realizar.

VARIABLE II: PRÁCTICA

El instrumento diseñado para recolectar información está conformado por treinta (30) ítems, con preguntas en escala dicotómica (SI, NO).

Por tal motivo, se realizaron dos pruebas de observación a diez enfermeras, por una enfermera independiente, es decir, sin participación en la investigación a realizar. Las observaciones se cotejaron para las diez enfermeras en forma correlacional, Cada ítem de la primera observación correlacionada con el mismo ítem de la segunda observación de manera que correspondiera a cada enfermera evaluada. Para determinar la correlación se

utilizó la correlación de Spearman (ρ), al considerar que las respuestas son de índole no paramétrica. El resultado dio un coeficiente ρ igual a 1,00 con signo positivo, lo que indica que el instrumento es 100% confiable, puesto que todos los ítems en las dos observaciones de las diez enfermeras resultaron ser observaciones idénticas, Por tal motivo, se puede asegurar que la guía de observación tiene total confiabilidad y puede utilizarse para la que la guía de observación tiene total confiabilidad y puede utilizarse para la investigación propuesta.

enfermeras resultaron ser observaciones idénticas, Por tal motivo, se puede asegurar que la guía de observación tiene total confiabilidad y puede utilizarse para la que la guía de observación tiene total confiabilidad y puede utilizarse para la investigación propuesta.



José Antonio García

Profesor Titular Jubilado del Departamento de Salud Pública
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Carabobo

Valencia, 28 de Noviembre del 2015.

ANEXO B

Universidad de Carabobo

Área de Estudio de Postgrado

Facultad de Ciencias de la Salud

Maestría de Enfermería Cuidado al Adulto Críticamente Enfermo.

Conocimiento y Práctica de Enfermería en el Cuidado del Paciente

Politraumatizado.

Autor: licenciada Yujacvi Cousin.

Tutor: Dra. Neris Ortega

Presentación.

El presente instrumento tiene como objetivo: Determinar el conocimiento que posee el profesional de enfermería sobre el cuidado al paciente politraumatizado, el cual consta de dos partes: La primera contiene aspecto relacionado con los datos demográficos. La segunda parte 31 ítems, en la cual encontrara preguntas relacionada con la valoración neurológica, respiratoria y hemodinámica cada una con cuatro alternativas de respuesta. Cabe destacar que dicho instrumento es con fines investigativos, por lo que no requiere identificación es totalmente anónimo.

Agradeciendo su tiempo prestado.

Instrucciones generales

1. I parte: datos demográficos, debe ser respondido colocando una (x) en el espacio indicado.
2. II parte: preguntas relacionadas con la valoración de enfermería en pacientes Politraumatizado, cada una alternativas de respuesta, responda encerrando con un círculo la opción que usted considere correcta.
3. No deje ninguna pregunta sin responder.
4. Responda con toda sinceridad.
5. Siéntase en la libertad de responder según considere correcto.
6. Si presenta alguna duda con respecto al instrumentó pregunte al investigador.

Parte I

Datos Sociolaborales

Marque con una equis (x) el espacio lo que corresponda.

1.- Edad:

2.- Sexo: masculino () femenino ()

3.- Nivel Académico:

Técnico Superior ()

Licenciado ()

Especialidad ()

4.- Turno de Trabajo:

7am a 1pm ()

1pm a 7 pm ()

7pm a 7am ()

5.- Años de Servicios en la emergencia de Adulto.

Menos de 4 años ()

4 a 8 años ()

8 a 12 años ()

Más de 12 años ()

6.- Ha realizado algún curso de actualización sobre el cuidado del paciente politraumatizado.

Si ()

No ()

7. Hace cuánto tiempo realizo el último curso.

Menos de un 1 año ()

1 a 2 años ()

3 a 5 años ()

8. Tipo de cargo

Fijo ()

Suplente ()

Parte II

**CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL
CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO.**

Encierre con un círculo la respuesta que usted considere correcta.

1.- La valoración de la escala de Glasgow está diseñada para evaluar:

- a) Reflejo pupilar
- b) Nivel de Sedación.
- c) Nivel de Conciencia
- d) Reflejo vagal.

2).- La puntuación máxima de la escala de Glasgow es:

- a) 3 puntos
- b) 15 punto
- c) 5 puntos
- d) 20 puntos

3).- En la valoración de la escala de Glasgow la respuesta ocular está dada por:

- a) Encéfalo
- b) Tallo Cerebral
- c) Mesencéfalo
- d) Corteza Cerebral

4).- En la valoración pupilar se considera normal en una persona pupilas entre:

- a) 3 a 4 mm
- b) 4 a 5mm
- c) 1 a 2mm
- d) 2 a 3mm

5).- En la valoración pupilar los aspectos que debe evaluar el profesional de enfermería son:

- a) Simetría, tamaño, reactividad
- b) Tamaño, color, sensibilidad
- c) Orientación, hiporreactividad, respuesta verbal
- d) Apertura, inclinación, respuesta motora.

6).- En el reflejo fotomotor los pares craneales que intervienen en su activación son:

- a) V y VII
- c) IX y X
- b) II y III
- d) V y VII

7).- El reflejo fotomotor permite valorar la función de:

- a) Tronco encefálico
- b) Membrana cerebra
- c) Corteza cerebral
- d) Bulbo raquídeo

8).- El reflejo fotomotor se origina por:

- a) Iluminación de los ojos simultáneamente.
- b) Contracción de la pupila a un estímulo luminoso.
- c) Sensibilidad de los párpados.
- d) Pérdida de la sensibilidad de las pupilas.

9).- El reflejo consensual se produce cuando:

- a) La pupila contralateral se comporta igual a la estimulada.
- b) La pupila se dilata más que la contralateral.
- c) Las dos pupilas se contraen.
- d) Existe hiperreactividad en ambas pupilas.

10).- La técnica de inspección del tórax permite valorar:

- a) Expansibilidad, dolor, sensibilidad.
- b) Movimientos respiratorios, patrón respiratorio, frecuencia respiratoria.
- c) Crepitantes, sibilancias, roncus.
- d) Obstrucción de vías, vibraciones, profundidad yugular.

11).- En la técnica de la inspección la valoración de la simetría torácica puede orientar a:

- a) Presencia de atelectasia.

- b) Presencia de Neumonía.
- C) Presencia neumotórax.
- d) Presencia de pericarditis.

12).- En la inspección del tórax, los movimientos respiratorios deben ser:

- a) Sincronizado, simétricos en ambos hemitorax.
- b) Asimétricos, sincronizados en un solo hemitorax.
- c) Relajados, hipoexpansibles.
- d) hiperexpansibles, rápidos.

13).- La técnica de la palpación torácica nos permite evaluar:

- a) Enfisema subcutáneo, sensibilidad.
- b) Derrames Pleurales, neumonía
- c) Epec, tuberculosis.
- d) Intercambio de gases, hipoxia.

14).- En la técnica de la palpación la valoración de la expansibilidad torácica se realiza:

- a) Colocando la palma de la mano en lóbulos inferiores, y línea escapular.
- b) Colocando pulgares en línea paravertebral y restos de las manos sobre arcos costales
- c) Colocando los dedos en línea supraesternal y cuartas costilla.
- d) Colocando pulgares en horquilla esternal y resto de mano en Angulo de Louis.

15).- La técnica de la auscultación torácica se realiza:

- a) De los laterales hacia el centro, en cada lóbulo.
- b) De las bases pulmonares hacia abajo, solo lóbulos medios.
- c) De arriba hacia abajo, desde el vértice hacia las bases.
- d) Desde la tráquea hacia los bronquios, de arriba al centro.

16). Durante la auscultación del tórax el murmullo vesicular es indicativo de:

- a) Ingreso de aire a las zonas de conducción del árbol respiratorio.
- b) Turbulencia de aire al pasar por la mayor parte de las bifurcaciones bronquiales hasta los alveolos.
- c) Obstrucción de vías aéreas bajas por secreción.
- d) Flujo de aire a través de la carina y ambos hemitorax.

17). Durante la auscultación del tórax los sonidos tipos roncus orientan a:

- a) Obstrucción por cuerpo extraño en las vías aéreas.

- b) Estrechamiento de las vías aéreas inferiores.
- c) Secreciones en el interior de las vías aéreas superiores.
- d) inflamación de las vías aéreas de transición.

18). A la auscultación pulmonar el hallazgo de los crepitantes orientan a:

- a) Turbulencia producida por el paso de aire a las vías aéreas.
- b) Líquido diluido que se desplaza por los bronquios o los bronquiolos
- c) Obstrucción bronquial
- d) secreciones aéreas superiores.

19). En una gasometría arterial el valor normal del PH es:

- a) De 7,45 a 7,50
- b) 7,35 a 7,45
- c) 7,35 a 7,50
- d) 7,45 a 7,48

20). En una gasometría arterial el PCO₂ corresponde al valor de:

- a) 35 a 45.
- b) 22 a 26.
- c) 23 a 42.
- d) 33 a 34.

21). En una gasometría arterial el HCO₃ corresponde al valor de:

- a) 35 a 45 mEq
- b) 36 a 40mEq
- c) 22 a 26 mEq
- d) 28 a 30mEq

22). En una gasometría arterial el valor del EB se considera entre los rangos:

- a) +/- 2
- b) +/- 3
- c) +/-5
- d) +/-1

23). En la interpretación de la gasometría arterial una acidosis respiratoria se identifica

con:

- a) PH: 7,20 y PCO₂ 63
- b) PH: 7,52 y PCO₂ 24
- c) PH: 7,38 y PCO₂ 28

d) PH: 7,52 y PCO₂ 48

24)) En la interpretación de la gasometría arterial la alcalosis respiratoria se identifica con:

- a) PH: 7,28 y PCO₂ 63
- b) PH: 7,60 y PCO₂ 24
- c) PH: 7,20 y PCO₂ 40
- d) PH: 7,50 y PCO₂ 45

.

25). En la interpretación de la gasometría arterial la acidosis metabólica se identifica con:

- a) PH: 7,20 y HCO₃: 15,2.
- b) PH: 7,42 y HCO₃: 22
- c) PH: 7,20 y PCO₃: 40
- d) PH: 7,20 y HCO₃: 24

26). En la interpretación de la gasometría arterial la alcalosis metabólica se identifica con:

- a) PH: 7,2 y HCO₃:19,2
- b) PH: 7,60 y HCO₃:39,6
- c) PH: 7,52 y PCO₃: 24
- d) PH: 7,28 y PCO₃: 33

27). La presión venosa central está relacionada con:

- a) Estado nutricional y metabólico.
- b) Retorno de presión en aurícula y ventrículo derecho.
- c) Hidratación y eliminación de líquidos.
- d) Presión y tensión en las arterias.

28). Los espacios y líneas topográficas del tórax a considerar para realizar la medición de la presión venosa central son:

- a) Línea media clavicular, segundo espacio intercostal.
- b) Cuarto espacio intercostal, línea media clavicular.
- c) tercer espacio intercostal, líneas parasternal.
- d) Quinto espacio intercostal, línea supraclavicular.

29). La presión arterial representa:

- a) La resistencia en la pared de los vasos.
- b) La reserva líquida del organismo.
- c) Sistema de conducción cardíaca.
- d) El gasto cardíaco.

30). Una presión arterial media en el paciente politraumatizado debe mantenerse entre:

- a) 120 a 200 mmhg
- b) 70 a 110 mmhg
- c) 100 a 150 mmhg
- d) 60 a 80 mmhg

31). La presión arterial media permite determinar:

- a) Adecuada perfusión orgánica.
- b) Adecuada contracción cardíaca.
- c) Fallo en ambos ventrículos.
- d) llenado ventricular

N	OBSERVACION	si	no	si	no	s	
VALORACIÓN NEUROLÓGICA							
Escala de Glasgow							
1	Estimula al paciente moviendo el hombro para valorar respuesta ocular.						
2	Realiza estímulo doloroso en esternón, trapecio o pezón para valorar respuesta motora.						
3	Registra resultado de escala de Glasgow						
Valoración diámetro pupilar							
4	Eleva párpado superior y mide diámetro con pupilómetro						
5	Registra diámetro pupilar hallado en la medición						
Reflejo fotomotor							
6	Levanta un solo párpado y mantiene el opuesto cerrado						
7	Registra hallazgos en la valoración del reflejo fotomotor						
Reflejo consensual							
8	Mantiene ambos párpados abiertos enfocando la luz hacia un solo ojo.						
VALORACIÓN RESPIRATORIA							
Inspección de tórax anterior							
9	Registra características del tórax encontrada a la inspección						
10	Evalúa simetría tórax ubicándose en extremo inferior de la cama, flexionada el tronco y ubica mirada a la altura de la cavidad torácica.						
11	Registra hallazgos encontrados en la inspección						
Palpación de tórax anterior							
12	Utiliza punta de los dedos para palpar estructuras y espacios.						
13	Realiza expansibilidad torácica colocando pulgares dirigidos hacia esternón extendido alrededor de los rebordes costal y el resto de las manos hacia afuera						

	Auscultación de tórax anterior						
14	Realiza auscultación comenzando en el ápex pulmonar hasta las bases.						
15	Registra ausencia o presencia de murmullo vesicular						
16	Registra ruidos tipo roncus encontrados en la auscultación.						
17	Registra ruidos tipo crepitantes encontrados en la auscultación.						
	Gasometría arterial						
18	Registra resultados de PH en gasometría						
19	Registra resultados de PCO2 en gasometría						
20	Registra resultados de HCO3 en gasometría						
21	Registra resultados de EB en gasometría						
22	Realiza registros de acidosis respiratoria						
23	Realiza registros de acidosis metabólica						
24	Realiza registros de alcalosis respiratoria						
25	Realiza registros de alcalosis metabólica						
	VALORACIÓN HEMODINÁMICA						
26	Coloca regleta sobre cuarto espacio intercostal línea media axilar para medir PVC						
27	Realiza registros de valores obtenidos de la PVC						
28	Realiza registro de presión arterial sistólica y diastólica horaria						
29	Realiza registro de presión arterial media horaria						

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Colega: Usted ha sido seleccionada para llenar el presente instrumento que tiene como propósito principal recoger los datos importantes que suministren de manera clara y detallada, información para determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que ejecuta el profesional de enfermería sobre el paciente politraumatizado. Cabe destacar, que esta información se presenta de forma anónima, asegurando así la viabilidad y confidencialidad, la misma será utilizada con fines educativos, que permitan la implementación de acciones dirigidas a promover cuidados de calidad y mejorar la práctica de enfermería. Por tal motivo solicitamos su autorización.

Nombres y Apellidos

C.I

Firma

Atentamente Lcda. Yujacvi Cousin