



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE CUIDADOS Y ALGORITMO PARA PACIENTES  
POLITRAUMATIZADOS DESDE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO,  
HOSPITAL “EUGENIO ESPEJO”, 2019.

Autores

Bryan Francisco Chicaiza Anangono  
Yomaira Lizbeth González Benavides

Año  
2019



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE CUIDADOS Y ALGORITMO PARA PACIENTES  
POLITRAUMATIZADOS DESDE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO,  
HOSPITAL “EUGENIO ESPEJO”, 2019.

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos  
para optar por el título de Licenciados en Enfermería

Profesor Guía

Msc. Rosa López Ruales

Autores

Bryan Francisco Chicaiza Anangono

Yomaira Lizbeth González Benavides

Año

2019

## **DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA**

“Declaro haber dirigido este trabajo, PLAN DE CUIDADOS Y ALGORITMO PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DESDE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO, HOSPITAL “EUGENIO ESPEJO”, 2019, a través de reuniones periódicas con los estudiantes Bryan Francisco Chicaiza Anangono y Yomaira Lizbeth González Benavides, en el semestre 2019-1, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

-----  
Msc. Rosa López Ruales  
Docente Académico  
C.I. 1001569217

## **DECLARACIÓN PROFESOR CORRECTOR**

"Declaro haber revisado este trabajo, PLAN DE CUIDADOS Y ALGORITMO PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DESDE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO, HOSPITAL "EUGENIO ESPEJO", 2019, de los estudiantes Bryan Francisco Chicaiza Anangono y Yomaira Lizbeth González Benavides, en el semestre 2019-1, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

---

Dr. Roberto Ramiro Navarrete  
1705301438

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaramos que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

-----  
Bryan Francisco Chicaiza Anangono  
C.I. 1003963798

-----  
Yomaira Lizbeth González Benavides  
C.I. 1723792717

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por darnos la fortaleza para seguir adelante en nuestras metas planteadas a lo largo de la carrera, a nuestros padres por el apoyo moral y afectivo. A nuestra docente guía Msc. Rosa López por guiarnos, por el tiempo dedicado y creer en nosotros durante el desenvolvimiento este proyecto de titulación.

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a Dios por darme la fuerza para poder culminar con una meta más en mi vida, a mi madre por brindarme el apoyo y amor incondicional en todo momento y a mi hija quien es el pilar fundamental y la que me impulsa a seguir adelante cada día.

**YOMAIRA LIZBETH GONZALEZ  
BENAVIDES**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada a Dios por permitirme haber llegado a esta etapa importante de mi formación, a mis padres por ser el pilar fundamental de toda mi educación académica. Y sobre todo en memoria de Ximena Anangono, quien con su motivación hacia mi permitió que hoy este cumpliendo todo este proceso de formación.

**BRYAN FRANCISCO CHICAIZA  
ANANGONO**



## RESUMEN

La profesión de Enfermería a lo largo de su evolución ha ido basando su práctica profesional en modelos y teorías que han surgido para fundamentar la concepción disciplinar de la profesión. Esta investigación estableció el nivel de aplicación del Modelo de Déficit de Autocuidado en el Proceso de Atención de Enfermería en pacientes politraumatizados para elaborar un plan de cuidados y un algoritmo para este grupo especial de pacientes.

La investigación fue cuali-cuantitativa, transversal y descriptiva, la información se obtuvo con una encuesta realizada al personal de enfermería de las áreas de emergencia del Hospital Eugenio Espejo.

Los resultados demuestran que los profesionales tienen un nivel de formación de licenciatura mayoritariamente y su experiencia esta entre 5 a 10 años. Utilizan como método de valoración el examen físico cefalocaudal, elaboran diagnósticos de enfermería resultado de esta valoración, pero tienen dificultades para establecer resultados utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC. Aplican el Proceso de Atención de Enfermería sin embargo por disposición institucional todos elaboran reportes basados en el formato SOAPIE. Consideramos que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es todavía insipiente con serias dificultades en la etapa de elaboración de resultados lo que provoca resistencia en los profesionales a elaborar informes SOAPIE, por lo que es conveniente iniciar procesos de capacitación sobre el uso de la taxonomía NANDA, NOC, NIC, estableciendo formatos de valoración específicos para registrar los problemas reales y potenciales así como las particularidades de cada tipo de paciente, lo que mejoraría la participación comprometida de los profesionales en el uso del lenguaje enfermero como una herramienta que proporciona identidad profesional y facilita el cuidado personalizado y de calidad al paciente.

**Palabras claves:** Trauma, Teoría de enfermería, Cuidado

## **ABSTRACT**

The profession of Nursing throughout its evolution has been basing its professional practice on models and theories that have emerged to support the disciplinary conception of the profession. This research established the level of implementation of Self-Care Deficit Model in Nursing Care Process in trauma patients to develop a care plan and an algorithm for this special group of patients.

The research was qualitative-quantitative, cross-sectional and descriptive, the information was obtained with a survey carried out to the nursing staff of the emergency areas of the Eugenio Espejo Hospital.

The results show that the professionals have a level of bachelor's degree education and their experience is between 5 to 10 years. They use the cephalo-caudal physical examination as a method of assessment, they elaborate nursing diagnoses resulting from this assessment, but they have difficulties to establish results using the NANDA, NOC, NIC taxonomy. They apply the Nursing Care Process, however, by institutional arrangement, all of them prepare reports based on the SOAPIE format. We believe that the implementation of the process nursing care is still incipient serious difficulties at the stage of developing results which cause resistance professionals to draw up reports SOAPIE, so it is appropriate to initiate training processes on the use of taxonomy NANDA, NOC, NIC, setting formats specific valuation to record actual and potential problems as well as the particularities of each patient, which would improve the committed participation of professionals in the use of nurse language as a tool that provides professional identity and facilitates personalized and quality care to the patient.

**Keywords:** Trauma, Nursing theory, Care

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
1. CAPÍTULO I. EL PROBLEMA .....	2
1.1 Planteamiento del problema .....	2
1.2. Delimitación del Tema.....	3
1.3. Delimitación del Problema .....	3
1.4. Delimitación Espacial .....	4
1.5. Delimitación Temporal .....	4
1.6. Justificación .....	4
1.7. Objetivos .....	6
1.7.1. Objetivo General .....	6
1.7.2. Objetivos Específicos.....	6
2. CAPITULO II. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL .....	7
2.1. Proceso de Atención de Enfermería.....	7
2.1.1 Objetivos del PAE: .....	7
2.1.2. Etapas del PAE.....	7
2.1.3. Valoración.....	8
2.1.4. Métodos de recogida de datos.....	8
2.1.5. Taxonomía en Enfermería .....	10
2.1.6. Diagnóstico de Enfermería .....	14
2.1.7. Planificación o Resultados NOC .....	15
2.1.8. Intervenciones NIC .....	17
2.1.9. Evaluación .....	18
2.2. Teoría del Autocuidado.....	19
2.2.1. Fuentes Teóricas .....	20
2.2.2. Principales conceptos y definiciones .....	21
2.2.3. Principales premisas.....	21
2.2.4. Aceptación por la comunidad enfermera .....	22

2.2.5. Consideraciones sobre la teoría .....	22
2.2.6. Metaparadigmas en la teoría .....	23
<b>2.3. Politraumatismo .....</b>	<b>24</b>
2.3.1. Causas.....	24
2.3.2. Incidencia.....	24
2.3.3. Prevalencia .....	25
2.3.4. Manifestaciones clínicas según el tipo de trauma.....	25
2.3.5. Fisiopatología .....	27
2.3.6. Medios Diagnósticos .....	29
2.3.7. Complicaciones.....	30
2.3.8. Valoración a través de escalas .....	32
2.3.9. Tratamiento de emergencia .....	34
2.3.10. Prevención de complicaciones:.....	37
2.3.11. Cuidados de Enfermería .....	38
2.3.12. Teoría del autocuidado y su relación con el cuidado del paciente politraumatizado .....	41
2.4. Problemas Reales y Potenciales, Diagnósticos de enfermería en el paciente politraumatizado .....	42
<b>3. CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>47</b>
3.1. Tipo de estudio .....	47
3.2. Población y muestra .....	48
3.3. Técnica e Instrumento de Recolección de datos.....	48
3.4. Marco Ético.....	49
3.5. Marco Legal.....	49
3.6. Marco Institucional.....	51
<b>4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS .....</b>	<b>52</b>
4.1. Discusión.....	70
4.2. Conclusiones.....	72
4.3. Recomendaciones .....	73

5. CAPÍTULO V. PROPUESTA.....	73
5.1 Algoritmo para el cuidado de los pacientes politraumatizados .....	74
5.2 Plan de Cuidados .....	77
REFERENCIAS .....	96
ANEXOS .....	100

## INTRODUCCIÓN

La evolución de la profesión de enfermería en los últimos tiempos con base en la fundamentación epistemológica y desarrollo de teorías y modelos para su práctica profesional ha generado cambios importantes en el desarrollo de la disciplina que deben ser considerados en la formación y en la práctica profesional. La Enfermería Basada en Evidencia, considera las teorías del cuidado en el Proceso de Atención de Enfermería como la herramienta para integrar la teoría a la práctica en los planes de cuidado que se centran en respuestas humanas a una situación de salud, haciendo que estos planes sean sistemáticos y organizados resultado del proceso de identificar problemas reales y potenciales, para establecer resultados y planificar intervenciones direccionadas a la solución de estos problemas. Es importante destacar que sin una valoración eficiente por parte del enfermero no se pueden establecer problemas y por ende desarrollar un plan de cuidados.

Durante nuestra formación en Enfermería hemos encontrado una deficiencia de planes de cuidado estandarizados, es por ello por lo que con el presente trabajo de investigación se pretende identificar el conocimiento que tiene el profesional de Enfermería del Hospital Eugenio Espejo sobre: Proceso de Enfermería, Plan de cuidados y la aplicación de la Teoría del Autocuidado a la práctica profesional en el paciente con politraumatismo. Esta información nos permitió diseñar un plan de cuidados estandarizado para el paciente politraumatizado que se afianza con un algoritmo para su atención.

## 1. CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema

Las teorías surgen de la práctica y de la investigación y al validarlas se convierten en explicativas y directivas de esta (Ortiz-Félix, Cárdenas-Villarreal, & Flores-Peña, 2016); la práctica basada en teoría se realimenta y por refinamiento metodológico, se convierte en autónoma y creativa mejorando la fundamentación epistemológica de la profesión y finalmente la calidad profesional. La base epistemológica en Enfermería es el metaparadigma que se expresa en consenso disciplinar como: conceptos persona, salud, medio ambiente y enfermería que se convierte en una filosofía que declara la visión de su formación y práctica, y principalmente de su objeto de conocimiento que es el ser humano. El uso de las taxonomías en la práctica enfermera en nuestro país no ha sido desarrollado y aplicado, además los hospitales no poseen modelos de cuidados relacionados con las taxonomías NANDA, NOC, NIC por lo que las actividades del personal de enfermería no están estandarizadas. Este trabajo permitió integrar los resultados de una investigación sobre la aplicación del modelo de Autocuidado a la elaboración de Planes de cuidado, resultado de un proceso de Atención de Enfermería en pacientes politraumatizados.

El politraumatismo comprende un síndrome de lesiones múltiples que sobrepasan una gravedad definida, con reacciones sistémicas, traumáticas, secuenciales, que pueden conducir a una disfunción o falla de órganos y sistemas que no han sido lesionados directamente. (Aviña, Mondragon, & Gaytan, 2015).

El número de personas afectadas por esta patología es cada vez más alto, 5,8 millones de personas (ATLS, 2018) mueren alrededor del mundo a causa de lesiones o violencias, esta problemática afecta en ambos sexos. En los menores de 35 años llega a causar discapacidad e incluso la muerte. Esta patología representa un problema de salud pública ya que los accidentes de tránsito que son la causa principal de este problema han incrementado en los últimos años con un porcentaje de 15,74 a nivel de la provincia lo que

representa un gasto para el estado ecuatoriano, además para la familia representa tiempo y dinero que es dedicado al cuidado durante y después del politraumatismo. En la provincia de Pichincha se conoce que el único hospital especializado para la atención de este tipo de problema es el hospital de Especialidades Eugenio Espejo. (INEC, 2016)

La atención y cuidado del paciente con lesiones en múltiples sistemas orgánicos es obligadamente tarea de un equipo multidisciplinario, es por esto que el diseño del modelo de atención de enfermería dirigido al paciente politraumatizado permitió que las actividades y cuidados del personal de enfermería se encuentren centradas en las necesidades que presenta el paciente durante la estancia hospitalaria, además permitiría que las intervenciones sean rápidas y eficaces. El manejo del paciente politraumatizado en el área de emergencia se basa en el conocimiento y la puesta en práctica de este asegurando su estabilización mediata evitando intervenciones que puedan producir complicaciones que le causen discapacidades permanentes e incluso la muerte. Es por ello por lo que este tema de estudio es de interés para los centros que atienden este tipo de patología.

## **1.2. Delimitación del Tema**

Plan de cuidados y algoritmo para pacientes politraumatizados desde la teoría del autocuidado, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, 2019.

## **1.3. Delimitación del Problema**

Campo: Salud

Área: Enfermería

Aspecto: Conocimiento del personal de enfermería sobre la Teoría del Autocuidado creada por Dorothea Orem en el Paciente politraumatizado.



#### **1.4. Delimitación Espacial**

La investigación se realizó en el Hospital Eugenio Espejo, la información recolectada estuvo dirigida a personal profesional de Enfermería que trabaja con pacientes politraumatizados principalmente en el área de emergencia.

La construcción del Hospital de Especialidades Eugenio fue impulsada en 1898 por el presidente Eloy Alfaro Delgado, en 1901 se obtuvo un terreno de 2400 metros en un valor de 43.300 sucres. Pero fueron años más tarde que en 1980 el presidente de la República, Abg. Jaime Roldós Aguilera empieza la construcción de un nuevo edificio y en 1992 entra en funcionamiento durante el gobierno del Dr. Rodrigo Borja Cevallos. (MSP, 2013)

Este hospital es de tercer nivel por ser de especialidad contando con una acreditación internacional tipo oro otorgada por la prestigiosa organización Acreditación Canadá International (ACI). La página oficial señala que cuentan con 20 especialidades médicas, 15 especialidades quirúrgicas, 7 unidades especiales y 2 servicios generales. (MSP, 2013)

La atención médica en el área de emergencia se inicia en triage donde se valora la prioridad de la atención a través de los signos vitales y sintomatología, de acuerdo a esta valoración se procede a trasladar al paciente al servicio de acuerdo a su patología para continuar la valoración médica y exámenes complementarios para llegar al diagnóstico y aplicar el tratamiento adecuado. (MSP, 2013)

#### **1.5. Delimitación Temporal**

El trabajo de investigación se realizó en el periodo de agosto 2018 a febrero del 2019.

#### **1.6. Justificación**

Más de nueve personas mueren cada minuto a causa de lesiones o violencia, de las cuales los 5,8 millones de personas de todas las edades mueren a causa de estas. Los accidentes de tránsito son la mayor causa de

politraumatismo teniendo una mortalidad de 1 millón de muertes por año. (ATLS, 2018). La prevalencia a nivel mundial del politraumatismo se da en edades comprendidas de 1 a 44 años, en nuestro país la prevalencia por edad de este problema es de 15 a 30 años según los datos reportados por él (INEC, 2016). En cuanto a los fallecimientos, globalmente el trauma es la sexta causa de muerte y la quinta en discapacidad moderada y severa. Para ambos sexos, una de cada 10 muertes es por traumatismo. Para los menores de 35 años, es la primera causa de muerte y discapacidad. (Alberdi, Garcia, & Atuxta, 2014). El politraumatismo se ha convertido en una de las principales causas de muerte en todo el mundo y Ecuador no está exento de estas estadísticas, registrando alrededor de 10.000 muertes por lesiones.

Los traumas se pueden producir en cualquier lugar por cualquier motivo, sin embargo, la tasa de mortalidad relacionada con traumas es la de accidentes de tránsito, en la provincia de Pichincha la tasa de mortalidad reflejada es de 15,74%. (INEC, 2016)

Se ha evidenciado en la práctica durante la formación en los diferentes hospitales de Quito que los planes de cuidado del personal de enfermería no están estandarizados, por lo cual la propuesta de implementar esta herramienta ayudará a aumentar la eficiencia en la atención durante y después de la estabilización hemodinámica del paciente, y además durante su estancia hospitalaria. Un plan de cuidado estándar al paciente politraumatizado disminuye secuelas como incapacidad física o mental, temporal o definitiva disminuyendo además gastos para el estado y la familia.

La teoría del autocuidado de Orem habla sobre la pérdida de la capacidad de cumplir con las propias necesidades de cuidado personal es por ello que esta teoría se relaciona con este problema, debido a que el paciente politraumatizado pierde esta capacidad de autocuidado que lo vuelve dependiente de los cuidados de la familia o del personal de enfermería que labora en la unidad de salud para solventar las necesidades básicas.

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo General**

Proponer un plan de cuidados y algoritmo para la aplicación de enfermería a pacientes politraumatizados del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

### **1.7.2. Objetivos Específicos**

- Identificar la aplicabilidad del Proceso de Atención de Enfermería en el personal de enfermería del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Caracterizar la aplicación de la teoría déficit de autocuidado en el Proceso de Atención de Enfermería a pacientes politraumatizados en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Diseñar un Plan de cuidados de enfermería y un algoritmo para la atención integral del paciente politraumatizado.

## 2. CAPITULO II. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

### 2.1. Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería es un método científico, base de la práctica de la profesión, que permite que la atención hacia los pacientes sea estructurada, sistemática y homogénea, lo que deriva en la creación de planes de cuidado para responder a las necesidades de los pacientes.

#### 2.1.1 Objetivos del PAE:

El proceso de atención de enfermería para Cisneros, F. (2015) tiene diferentes objetivos que permiten a la enfermera encaminar sus cuidados:

- El PAE tiene como objetivo principal desde su creación contribuir a la creación de una estructura que pueda abarcar, individualizar todas las necesidades del paciente, familia o ya sea la comunidad.
- Señalar necesidades reales o potenciales de la persona, familia o comunidad.
- Plantear planes de cuidado centrados en dichas necesidades.
- Plantear intervenciones para dar soluciones a las necesidades.

#### 2.1.2. Etapas del PAE

El proceso de enfermería consta de 5 fases:

1. Valoración: proceso sistemático y organizado donde se recogen datos subjetivos de diferentes fuentes, y datos objetivos que son el resultado de un examen físico.
2. Diagnóstico: una vez que se identifica la necesidad o problema del paciente se recurre a la elaboración del diagnóstico, para ello existen 3 tipos de diagnóstico: real, riesgo y de salud. Los diagnósticos deben estar basados en el formato P.E.S (Problema, Etiología, Sintomatología).
3. Planificación: En esta fase se plantean los objetivos que se desea alcanzar en beneficio del paciente.
4. Intervenciones: Aquí se establecen intervenciones personalizadas dependiendo de los objetivos planteados, el problema del paciente, edad, emociones y mentalidad.

5. Evaluación: En esta fase determinamos si las intervenciones ejecutadas fueron efectivas y ayudaron a satisfacer las necesidades del paciente.

### **2.1.3. Valoración**

Es la fase donde el personal de enfermería recoge datos de fuentes primarias tanto objetivos como subjetivos obtenidos de la entrevista, observación y exploración física que servirán para identificar el problema y las necesidades del paciente, mediante un proceso sistemático y organizado.

Para Cisneros, F. (2015) los datos a recoger provienen son de 4 tipos:

- Subjetivos: que nos describen la percepción personal del paciente sobre la situación actual o previa de salud.
- Objetivos: son datos que nosotros podemos medir y observar para su respectivo reporte.
- Históricos: Son los acontecimientos que el paciente presento en el pasado.
- Actuales: son datos que nos describe el paciente en base a la situación actual del paciente.

De igual manera estos datos pueden proceder de dos tipos de fuentes como son:

- Fuentes primarias: es decir que el mismo paciente nos brinda la información sobre el estado actual o pasado del paciente.
- Fuentes secundarias: aquí la información es recogida por segundas personas, documentos o registros previos.

### **2.1.4. Métodos de recogida de datos**

- Entrevista: es una de las técnicas básicas de la recolección de datos, en la cual de manera verbal se obtienen datos subjetivos a manera de una comunicación específica en cuanto a la indagación de problemas actuales o pasados del paciente, además la entrevista permite establecer la relación de enfermería con la persona entrevistada para facilitar la participación de este en la identificación de los problemas.  
El entrevistador debe tener ciertas capacidades verbales como: formulación de preguntas precisas relacionadas a la evolución del

estado del paciente, reflexionar las respuestas y la vez reformular estas para verificar si el entrevistador comprendió el mensaje del entrevistado.

- La observación: Aquí el enfermero, de manera sistemática recolecta datos del estado general del paciente como del entorno, utilizando el sentido de la vista, los hallazgos encontrados mediante la observación pueden irse confirmando o descartando a lo largo de la valoración.
- Exploración física cefalocaudal: este método se centra en determinar la respuesta fisiológica del organismo ante la enfermedad, aquí se establece la relación de los datos recolectados en la entrevista y la observación con la enfermedad, indagando en cada una de las regiones del cuerpo. Antes de realizar la valoración el personal de enfermería debe explicar al paciente en que consiste y a la vez solicitar permiso para continuar con esta fase. Para el examen físico se utilizan diferentes técnicas específicas como son:
  - i. Inspección: es un examen visual que ayuda a determinar las características físicas, comportamientos, movimientos, color, posición anatómica y simetría.
  - ii. Palpación: mediante el tacto se puede determinar características corporales que se encuentran en la piel o bajo la misma, características como: forma, tamaño. Textura, temperatura, pulsaciones, vibraciones.
  - iii. Percusión: se utiliza golpes mediante los dedos sobre la superficie de la región que se está examinando para determinar mediante sonidos como: sordos, timpánicos, mates, hipersonoros las condiciones de ciertas regiones del cuerpo.
  - iv. Auscultación: mediante la utilización del sentido del oído podemos determinar a través del estetoscopio sonidos producidos por órganos del cuerpo como el corazón, pulmones e intestino.

(Cisneros, 2015)

### **Organización de los datos:**

Una valoración de calidad puede permitir identificar problemas reales y potenciales del paciente, el personal de enfermería suele encajar los datos

recolectados relacionándolos a los patrones de Marjory Gordon con el fin de organizarlos por categorías.

Además, al realizar la organización de datos recolectados dentro los Patrones Funcionales de Marjory Gordon nos permite verificar si un patrón es funcional o disfuncional mediante la comparación de estos en base a:

- i. Los datos básicos del individuo.
- ii. Los datos normales establecidos para el grupo de edad respectivo.
- iii. Las normas culturales, sociales o religiosas. Un patrón en particular tiene que evaluarse en el contexto de otros patrones y de su contribución a un funcionamiento óptimo del sujeto valorado. (Cisneros, 2015)

**2.1.5. Taxonomía en Enfermería:** se define como clasificación ordenada de los diagnósticos que sean de utilidad para el personal de enfermería. Esta se clasifica en taxonomía I y II.

- I. **La taxonomía I:** se centra en los patrones funcionales y respuestas humanas.
  - **Patrones Funcionales:**
    1. Patrón de Percepción y Manejo de la Salud: identifica como la persona percibe de su patrón de enfermedad o de bienestar y de cómo se comportan respecto a la salud, identifica lo que el individuo siente de su propia salud y de la importancia de esta respecto a sus actividades y sus planes futuros, cumplimiento de medidas preventivas de salud tanto física como mental, de ordenes prescritas por el médico o la enfermera y de una continuidad del cuidado de la salud.
    2. Patrón de Nutrición y Metabolismo: Describe la costumbre que el individuo tiene respecto al consumo de alimentos y líquidos relacionados con su necesidad metabólica y a los nutrientes por horario, tipo y cantidad de alimentos consumidos, preferencias, uso de suplementos nutricionales como vitaminas.
    3. Patrón de Eliminación: Identifica la forma usual de la función excretora del intestino, vejiga y piel, además identifica la percepción del individuo de su regularidad de las funciones excretoras, el uso de laxantes para la

eliminación intestinal y de cualquier cambio o alteración en la frecuencia, en la forma, calidad y cantidad de la excreción.

4. Patrón de Actividades y Ejercicio: Identifica la actividad, ocio y recreación, cantidad de ejercicio, incluyendo los deportes que dan una idea del patrón típico de ese individuo. Se incluyen también los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado del individuo tales como los déficits neuromusculares; disnea, angina, calambres al hacer ejercicio y condiciones cardiopulmonares si es el caso.
5. Patrón de Descanso y Sueño: Define las costumbres de dormir y de periodos de descanso y relajación en las 24 horas del día del paciente, además toma en cuenta lo que el individuo siente respecto a la calidad y cantidad del sueño y descanso y del nivel de energía que logra con estos.
6. Patrón Cognitivo-Perceptual: Comprende el adecuado funcionamiento de los órganos sensoriales tales como vista, oído, gusto, tacto, olfato y las medidas compensatorias o prótesis que utiliza para estas en caso de alteraciones, se puede incluir informes sobre percepción de dolor y de la manera que lo maneja, estado de la memoria y conciencia.
7. Patrón de Autopercepción y Autoconcepto: Describe la percepción de la persona sobre sí mismo, incluye las actitudes que el individuo tiene hacia él, sobre sus propias capacidades ya sean cognoscitivas, afectivas y físicas, autoimagen, identidad, el sentido de valor general que tiene ante la sociedad y el patrón general de sus emociones.
8. Patrón de Relaciones del Rol: Identifica los principales roles y responsabilidades de las situaciones de la vida que el individuo identifica como suyas. Incluye la satisfacción o insatisfacción en la familia, trabajo, o en relaciones sociales y responsabilidades relacionadas con dichos roles.
9. Patrón Reproductivo Sexual: Describe el patrón de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, comprende además las etapas reproductivas en la mujer, pre o post menopausia y los problemas que el sujeto percibe.



10. Patrón de enfrentamiento y tolerancia del estrés: Identifica la forma general que el sujeto tiene para enfrentarse a los estímulos estresantes y de tolerarlos, la formas de manejar el estrés, identificar sistemas de apoyo, además las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar diversas situaciones.
  11. Patrón de Valores y Creencias: Es el patrón de valores, metas o creencias espirituales las cuales orientan las escogencias o las decisiones en base a aquello que el individuo percibe como importante. (Cisneros, 2015)
- II. **Respuestas humanas:** nace de la necesidad de la persona y el problema de salud que presente debido a esto el personal de enfermería busca valorar, diagnosticar y actuar. (Herdman, 2014). Está constituida por dominios, clases, campos organizados para las etapas de diagnósticos y planificación.
- **Dominios y clases:** esta estructura del conocimiento es:” un orden sistemático de fenómenos que definen el conocimiento de la enfermera” Tiene 13 dominios y 47 clases. Un dominio es una esfera del conocimiento y las clases son grupos que comparten atributos comunes (Herdman, 2014). Su clasificación es:
    1. Dominio 1: Promoción de la salud
      - Clase 1: toma de conciencia de la salud
      - Clase 2: gestión de la salud
    2. Dominio 2: Nutrición
      - Clase 1: ingestión
      - Clase 2: digestión
      - Clase 3: absorción
      - Clase 4: metabolismo
      - Clase 5: hidratación
    3. Dominio 3: Eliminación e intercambio
      - Clase 1: función urinaria
      - Clase 2: función gastrointestinal
      - Clase 3: función tegumentaria

- Clase 4: función respiratoria
- 4. Dominio 4: Actividad y reposo
  - Clase 1: sueño/reposo
  - Clase 2: actividad/ejercicio
  - Clase 3: equilibrio de la energía
  - Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares
  - Clase 5: autocuidado
- 5. Dominio 5: Percepción/cognición
  - Clase 1: atención
  - Clase 2: orientación
  - Clase 3: sensación/percepción
  - Clase 4: cognición
  - Clase 5: comunicación
- 6. Dominio 6: Autopercepción
  - Clase 1: autoconcepto
  - Clase 2: autoestima
  - Clase 3: imagen corporal
- 7. Dominio 7: Rol/relaciones
  - Clase 1: roles de cuidador
  - Clase 2: relaciones familiares
  - Clase 3: desempeño del rol
- 8. Dominio 8: Sexualidad
  - Clase 1: identidad sexual
  - Clase 2: función sexual
  - Clase 3: reproducción
- 9. Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
  - Clase 1: respuestas postraumáticas
  - Clase 2: respuestas de afrontamiento
  - Clase 3: estrés neurocomportamental
- 10. Dominio 10: Principios vitales
  - Clase 1: valores
  - Clase 2: creencias

Clase 3: congruencia entre valores/ creencias/ acciones

11. Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: infección

Clase 2: lesión física

Clase 3: violencia

Clase 4: peligros del entorno

Clase 5: procesos defensivos

Clase 6: termorregulación

12. Dominio 12: Confort

Clase 1: confort físico

Clase 2: confort del entorno

Clase 3: confort social

13. Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

Clase 1: crecimiento

Clase 2: desarrollo (Herdman, 2014)

### **2.1.6. Diagnóstico de Enfermería**

Para Wilkinson, J. (2016) el diagnóstico de enfermería es la descripción de la condición del paciente identificado durante la valoración, estas condiciones o problemas pueden ser reales, de riesgo y de promoción de la salud.

- Diagnósticos reales: abarca la respuesta a la necesidad humana dependiente de las condiciones de salud de la persona. Tiene el formato PES que consta del problema, etiología y sintomatología. (Herdman, 2014)
- Diagnósticos riesgo: tiene una alta probabilidad de presentarse en la persona creciendo su vulnerabilidad, este se valora mediante el juicio clínico y se presenta mediante el factor de riesgo. Tiene el formato PE que consta de problema y etiología. (Herdman, 2014)
- Diagnósticos de promoción de la salud: abarca acciones o conductas de la persona para incrementar el bienestar y mejorar la salud de esta, se presenta mediante la etiqueta disposición para mejorar. (Herdman, 2014)

Los diagnósticos de enfermería están formados por:

- **Etiqueta diagnóstica:** proporciona un nombre al diagnóstico, es un término o frase concisa que como elementos mínimos tiene el foco diagnóstico y el juicio enfermero.
- **Características definitorias:** esta es una pieza clave ya que describen las conductas del paciente, tanto las observadas por el profesional enfermero, como las expresadas por el paciente o la familia, después de la evaluación del paciente el profesional ordena estas características en patrones según el nivel de importancia que alerten la posibilidad de que el paciente presente un problema, por lo general la presencia de 3 o más características definitorias confirma un diagnóstico de enfermería. (Wilkinson, 2016)
- **Factores relacionados:** estos factores implican una conexión con el diagnóstico de enfermería, estos factores pueden ser descritos como relacionados, antecedentes, asociados o contribuyentes al diagnóstico. Estos factores indican que debería cambiar para que el paciente recobre su salud y por lo tanto ayudan a seleccionar las intervenciones de enfermería efectivas.
- **Factores de riesgo:** Eso solo se encuentran en los diagnósticos de riesgo o potenciales, estos describen acontecimientos y conductas que ponen en riesgo al paciente y sugieren intervenciones para protegerlo. (Wilkinson, 2016)

### **2.1.7. Planificación o Resultados NOC**

La clasificación de resultados de enfermería es la taxonomía NOC por sus siglas en inglés (Nursing Outcomes Classification) este es un sistema de lenguaje estandarizado para poder medir los resultados en la práctica diaria de enfermería, esta contiene 597 resultados los cuales ayudan al personal de enfermería a evaluar y cuantificar el progreso del estado de salud del paciente. La estructura abarca 5 niveles entre los cuales tenemos dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición. (Moorhead S. J., 2014)

- Dominios y clases: son 7 y están dados por números romanos y las clases están representadas por el abecedario entre los cuales tenemos: (Moorhead S. J., 2014)

- I. Dominio I: Salud funcional
- II. Dominio II: Salud fisiológica
- III. Dominio III: Salud psicosocial
- IV. Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud
- V. Dominio V: Salud percibida
- VI. Dominio VI: Salud familiar
- VII. Dominio VII: Salud comunitaria

- **Resultado:** es lo que se va a proponer para cada problema identificado en la fase diagnóstica, estos resultados nos ayudarán a dirigir los cuidados e identificar lo que se prevé conseguir, como y cuando. Para poder elegir el resultado adecuado para el paciente se debe tomar en cuenta el tipo de problema de salud, los diagnósticos médicos y enfermeros, las características del paciente, los recursos disponibles, las preferencias del paciente y el tratamiento potencial. Además, deben cumplir con características como: deben ser alcanzables y fáciles de ser cumplidos, deben ser fáciles de medir, deben ser específicos. (Moorhead S. J., 2014)

Los resultados como todos los componentes son dinámicos, por tanto, cambian a menudo, además son fundamentales debido a que permiten evaluar la respuesta del paciente a los cuidados y al éxito del PAE. Al elaborar los resultados el profesional de enfermería debe ser realista porque el resultado en ocasiones suele tener un cambio parcial de acuerdo con la conducta del paciente. (Cisneros, 2015)

- **Indicadores:** caracterizan de forma más concreta el estado del paciente.
- **Escala de medición:** en la taxonomía NOC abarca la escala de Likert la cual agrega un valor al estado del paciente o al indicador, esta va desde gravemente comprometido con una puntuación de 1, sustancialmente comprometido con una puntuación de 2, moderadamente comprometido

con puntuación de 3, levemente comprometido con puntuación de 4, y no comprometido con una puntuación de 5. (Moorhead S. J., 2014)

### 2.1.8. Intervenciones NIC

No es más que el tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico del personal de enfermería para favorecer el resultado esperado con el paciente. Las intervenciones que realiza el personal de enfermería pueden ser de 2 tipos: cuidados directos o indirectos los cuales son dirigidos a la persona, familia y comunidad.

De las intervenciones de enfermería derivan las actividades las cuales son acciones específicas que se llevan a cabo las intervenciones para llegar al resultado esperado, las intervenciones enfermeras se derivan en resumen en acciones específicas, es decir para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades. (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2014)

Cada intervención de enfermería se compone por:

- **Etiqueta o denominación:** que explica de forma clara y específica el concepto y el nombre del tratamiento administrado por el personal de enfermería. Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Wagner, C
- **Definición:** la cual da a conocer el concepto de la intervención y delimita su significado. (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2014)
- **Lista de actividades:** son aquellas que el profesional de enfermería escoge para ejecutar una intervención específica. Por cada intervención se establecen actividades las cuales aparecen enlistadas de acuerdo con la importancia con la que deben llevar a cabo. Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Wagner, C
- **Lista de referencias bibliográficas:** las cuales aseguran un sustento teórico práctico para dar seguridad al personal de enfermería para ejecutar la intervención. Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Wagner, C

- **Código numérico:** único para cada intervención que permitirá su inclusión y tratamiento en sistemas de información de planes de cuidados. (FUDEM, 2015)

Existen 3 tipos de intervenciones de enfermería:

- i. **Dependientes:** Son aquellas actividades relacionadas con la práctica médica estas necesitan prescripción, se refiere a la manera en que se ha realizado una actuación médica.
- ii. **Interdependientes:** son actividades que realiza el enfermero en conjunto con otros profesionales de la salud.
- iii. **Independientes:** Actividades propias de enfermería que están dirigidas a las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender en base a la formación y experiencia práctica. (Cisneros, 2015)

Según Cisneros, F. (2015) las intervenciones de enfermería deben cumplir las siguientes características:

- Deben ser coherentes y deben estar relacionadas con el plan de cuidados
- Deben estar basadas en fundamento científico
- Deben ser individualizadas para cada tipo de paciente y situación
- Deben ser empleadas a alcanzar un fin terapéutico
- Deben acompañarse de un componente de enseñanza y aprendizaje
- Deben limitarse a la utilización de recursos. (Cisneros, 2015)

### **2.1.9. Evaluación**

Para Cisneros, F. (2015) esta etapa se define como la comparación sistemática y planificada entre el estado de salud del paciente con los resultados esperados, aquí se emite un juicio sobre una acción, situación o persona para compararlo con otros criterios. Los criterios más importantes en esta etapa son la eficacia y la efectividad de las intervenciones basadas en los resultados.

La valoración de esta fase debe ser interpretada, con la finalidad de establecer conclusiones que nos puedan servir para elaborar correcciones. La evaluación comprende:

- i. Medir los cambios en cuanto a la situación del paciente
- ii. Debe estar relacionada a los resultados planteados
- iii. Debe ser el resultado de una intervención de enfermería
- iv. Tiene como finalidad establecer correcciones

Una característica importante de la evaluación es que esta es continua, es decir podemos detectar como va evolucionando el paciente para realizar ajustes o introducir modificaciones para hacer de la atención más efectiva

## **2.2. Teoría del Autocuidado**

Dorothea E. Orem, nació en Baltimore Maryland, en 1914. Inicio su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, Dc. Trabajo en enfermería quirúrgica, servicio privado tanto domiciliario como hospitalario, unidades pediátricas y de adultos, supervisora de urgencias, y además fue profesora en ciencias biológicas, ocupó diferentes cargos entre ellos:

- 1) Directora de la Escuela de Enfermería en el Providence Hospital de Detroit (1940 A 1949)
- 2) Trabajó en la Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health (1949 a 1957) durante ese tiempo se planteó como meta mejorar la calidad de la enfermería de los hospitales, además creo su definición de la práctica enfermera.
- 3) Trabajo en proyectos para mejorar la práctica de formación de la enfermería (1958 a 1960).
- 4) Debido al proyecto mencionado anteriormente ella indago acerca de ¿cuál es el tema principal de la enfermería? y en 1959 publicó su primer guía "Guides for Developing Curricula for the Education of practical Nurses dando respuesta a su pregunta.



- 5) Siguió desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la Catholic University of America donde laboraba como educadora, para que surja sus conceptos necesito varios colaboradores.
- 6) En 1970 publica su primer libro “Nursing: Concepts of Practice” y sus siguientes ediciones fueron 1980, 1985, 1991, 1995, 2001.
- 7) Se jubiló en 1984, pero desarrollo independientemente su teoría del autocuidado.
- 8) Murió el viernes 22 de Julio de 2017 en Georgia.

### **2.2.1. Fuentes Teóricas**

Su principal fuente para la elaboración de su teoría fueron sus experiencias durante el desarrollo de su carrera. En el 2001 basado en su libro se preguntó “¿En qué estado esta una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación” (Raile, 2015) , por lo que su respuesta al finalizar su investigación fue: “la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesaria según su situación de salud”. (Raile, 2015)

Para el desarrollo de su trabajo del Modelo enfermero del déficit de autocuidado se integraron 3 teorías, la de los Sistemas de Enfermería, Del Déficit del Autocuidado y Autocuidado. La primera se basa en que son procesos creados por enfermería para seguirlos y brindar el cuidado al que lo necesita, en cuanto a la segunda se basa en el por qué un individuo se favorece de los cuidados enfermeros y la última teoría se basa en los métodos y la razón por la cual se debe cuidar uno mismo. La ontología de la teoría de Orem se basa en cuatro categorías 1) personas en localizaciones de espacio-tiempo, 2) atributos o propiedades de estas personas, 3) movimiento o cambio, 4) productos llevados a cabo. (Raile, 2015)

Esta teoría se expresa fundamentalmente por tres fuentes teóricas:

- a. Teoría de los sistemas enfermeros: indica que la enfermería es una acción humana creada a partir del ejercicio de la actividad diaria de la enfermería, estas actividades incluyen estrategias encaminadas al

diagnóstico, prescripción y regulación, estos sistemas están desarrollados para personas que no puedan cumplir un cuidado independiente.

- b. Teoría del déficit del autocuidado: está relacionada con limitación donde la persona no puede cubrir sus necesidades ni las de los demás.
- c. Teoría del autocuidado: son todas las funciones que el ser humano aprende y lleva a cabo para mantener su salud y bienestar. (Raile, 2015)

### **2.2.2. Principales conceptos y definiciones**

Para el uso de datos empíricos Orem diseñó su teoría en base a sus experiencias durante el desarrollo de su profesión como enfermera expresando que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utilizando sus conocimientos de la ciencia enfermera para dar significado a las características de la situación, sobre qué puede y debe hacerse y diseñar sistemas de cuidados enfermeros. (Raile, 2015). Por ello desde la perspectiva de su teoría busca que los resultados enfermeros estén dirigidos a satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico del paciente y/o regular y desarrollar la actividad de autocuidado del paciente. Desde la primera publicación se han desarrollado diversas pruebas empíricas que contribuyeron a su desarrollo.

### **2.2.3. Principales premisas**

Las cinco principales premisas se presentaron en 1973 después de tres años del desarrollo de la teoría fueron:

- Los seres humanos requieren estímulos continuos y deliberados para sobrevivir y funcionar de acuerdo con su naturaleza.
- La actividad humana y su manera de actuar se forma en base al autocuidado y el cuidado dependiente para identificar necesidades y estímulos necesarios.
- Los seres humanos maduros presentan déficit de autocuidado haciendo su sustento de vida los estímulos reguladores de sus funciones.

- La actividad de los individuos se desarrolla descubriendo y transmitiendo estrategias para identificar sus necesidades.
- Los grupos de seres humanos asignan responsabilidades para brindar cuidado a los miembros del grupo que lo necesitan. (Raile, 2015)

#### **2.2.4. Aceptación por la comunidad enfermera**

En la práctica profesional el planteamiento lógico de la teoría fue aceptado de manera muy positiva en:

- En los hospitales alemanes tuvo una gran acogida ya que esta teoría fue aplicada en un grupo relacionada con el diagnóstico.

Formación y Evolución:

- Esta teoría alcanza su máximo desarrollo en el año de su publicación en el 2001, gracias al trabajo de Orem Study Group que estructuró el conocimiento enfermero utilizando elementos de la teoría.
- Esta teoría llevó al desarrollo de dos teorías una de ellas fue la teoría del cuidado dependiente y la segunda la ciencia fundamental del autocuidado. La primera se define como el cuidado que se brinda a la persona que por edad o algún factor no puede realizar el autocuidado necesario para su bienestar. La segunda se refiere a la realización de actividades propias para mantener su bienestar.
- En la última edición Orem identificó áreas de desarrollo de la ciencia del autocuidado basado en la naturaleza de la persona, las características interpersonales y los elementos de sensación y percepción.

#### **2.2.5. Consideraciones sobre la teoría**

1. Claridad: los conceptos utilizados en la teoría de Orem son precisos y coherentes para lectores que se encuentren en el campo de la enfermería.
2. Sencillez: la teoría del déficit del autocuidado es una síntesis de conocimientos sobre diversas entidades como son el autocuidado, actividad de autocuidado, exigencias del autocuidado terapéutico, déficit de autocuidado y la actividad de la enfermería.

3. Generalidad: sirve a quienes se encuentran relacionados con el mundo de la enfermería para el desarrollo y la validación de su conocimiento en la enseñanza y el aprendizaje.
4. Accesibilidad: esta teoría representa el objetivo real de la práctica como es el cuidado dependiente y los sistemas diseñados para obtener los resultados deseados. Actualmente se hace énfasis en la teoría del déficit de autocuidado para crear una guía de conocimientos basados en la práctica enfermera para validar la teoría.
5. Importancia: diversas disciplinas aseguran que la teoría del déficit del autocuidado es de gran ayuda para la conformación de sistemas enfermeros dirigidos a la atención de pacientes. (Raile, 2015)

#### **2.2.6. Metaparadigmas en la teoría**

Son conceptos necesarios para identificar sucesos de interés para enfermería que posibilitan la existencia de esta. Los metaparadigmas de la teoría de autocuidado son:

1. Persona: Dorothea Orem define a la persona como paciente, el cual cumple funciones biológicas, roles sociales además de que posee potencial para desarrollarse y aprender de manera potencial, esta persona es además capaz de conocerse, satisfacer sus necesidades por sí mismo a lo que se conoce como autocuidado y cuando falla otras personas deben proporcionarle el cuidado.
2. Entorno: Lo define como los factores físicos, biológicos, sociales, ya sean dentro de la familia o la comunidad que influyen e interactúan con la persona.
3. Salud: Para Dorothea Orem la salud es “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental” por lo que está relacionado directamente a los factores físicos, psicológicos y sociales de la persona, además de estar relacionado con la promoción y el mantenimiento del bienestar, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.
4. Cuidados: Cumplir con el objetivo de ayudar a las personas a cubrir la necesidad del cuidado terapéutico, basados en la aplicación de diferentes

métodos de los sistemas enfermeros, relacionado con los factores de salud, persona y entorno. (Hermadez & Concepcion, 2017)

### 2.3. Politraumatismo

Comprende un síndrome de lesiones múltiples que sobrepasan una gravedad definida, con reacciones sistémicas, traumáticas, secuenciales, que pueden conducir a una disfunción o falla de órganos y sistemas que no han sido lesionados directamente. (Aviña, Mondragon, & Gaytan, 2015)

Según Martínez y Borrueal “el politraumatizado es todo paciente que presenta múltiples lesiones orgánicas o/y musculo esqueléticas con alteración de la circulación y/o ventilación que comprometen su vida de forma inmediata o en las horas siguientes”. (Martinez & Borrueal, 2014)

#### 2.3.1. Causas

Tabla 1

*Las principales causas de politraumatismo son:*

<b>Causa</b>	<b>Porcentaje</b>
Accidentes de tránsito	23%
Guerras	3%
Homicidio	11%
Suicidio	15%
Ahogamiento	7%
Incendios	6%
Caídas	8%
Envenenamiento	6%
Otros	21%

Tomado de ATLS (2018)

#### 2.3.2. Incidencia

Más de nueve personas mueren cada minuto a causa de lesiones o violencia, de las cuales el 5,8 millón de personas de todas las edades mueren a causa de

estas. Los accidentes de tránsito son la mayor causa de politraumatismo teniendo una mortalidad de 1 millón de muertes por año. (ATLS, 2018)

### **2.3.3. Prevalencia**

La prevalencia a nivel mundial del politraumatismo se da en edades comprendidas de 1 a 44 años, en nuestro país la prevalencia por edad de este problema es de 15 a 30 años según los datos reportados por él (INEC, 2016). En cuanto a los fallecimientos, globalmente el trauma es la sexta causa de muerte y la quinta en discapacidad moderada y severa.

Para ambos sexos, una de cada 10 muertes es por traumatismo. Para los menores de 35 años, es la primera causa de muerte y discapacidad (Alberdi, Garcia, & Atuxta, 2014). El politraumatismo se ha convertido en una de las principales causas de muerte en todo el mundo y Ecuador no está exento de estas estadísticas, registrando alrededor de 10 000 muertes por lesiones. Los traumas se pueden producir en cualquier lugar por cualquier motivo, sin embargo, la tasa de mortalidad relacionada con traumas es la de accidentes de tránsito, en la provincia de Pichincha la tasa de mortalidad reflejada es de 15,74%. (INEC, 2016)

### **2.3.4. Manifestaciones clínicas según el tipo de trauma**

Entre los signos y síntomas de mayor importancia por su implicación en el estado hemodinámico se citan:

- a) Trauma cráneo encefálico (TCE): dependen de la gravedad de la lesión y la parte afectada en el cerebro por lo cual el TCE se divide en 3:
  1. TCE leve: escala de Glasgow 13 -15, desorientación, pérdida o no de la conciencia, amnesia antes y después del incidente, en algunos casos convulsión.
  2. TCE moderado: escala de Glasgow 9 -12, confusos, somnolientos, parálisis parcial de las extremidades del cuerpo que afectan a un mismo lado, desorientación y coma.
  3. TCE severo: escala de Glasgow 3 - 8, dolor de cabeza, vómitos, convulsiones, dificultad para articular las palabras,

entumecimiento de las extremidades, pérdida de la coordinación de las extremidades, incapacidad para seguir ordenes sencillas. (ATLS, 2018)

b) Trauma torácico:

- Neumotórax a tensión: dolor torácico, dificultad para respirar, taquicardia, hipotensión, desviación de la tráquea al lado contrario de la lesión, ausencia de ruidos respiratorios en un lado, distensión de las venas del cuello, cianosis.
- Neumotórax abierto: colapso del pulmón secundario a una herida abierta, dificultad respiratoria.
- Taponamiento cardiaco: hipotensión, ruidos cardiacos apagados, ingurgitación venosa yugular, estos conocidos como la triada de Beck.
- Neumotórax simple: dolor, dificultad respiratoria, disminución de los ruidos respiratorios.
- Hemotórax: dolor, dificultad respiratoria depende del volumen de sangre presente en la pleura, disminución de los ruidos respiratorios. (Ceballos & Pérez, 2017)

c) Trauma abdominal: no existen signos específicos de cada órgano, se presentan frecuentemente irritación peritoneal, fracturas de la pelvis, equimosis, distensión abdominal, hematomas.

1. Cerrado: impacto directo que causa compresión y lesión por aplastamiento de las vísceras abdominales y la pelvis, ruptura de órganos, hemorragia, peritonitis
2. Penetrante: lesiones causadas por arma blanca ocasionando daño a los tejidos lacerándolos o cortándolos. (Ceballos & Pérez, 2017)

d) Trauma musculo esquelético:

- a. Fracturas expuestas
- b. Síndrome compartimental: dolor intenso, trastorno de la sensibilidad, isquemia, edema, déficit neurológico, necrosis muscular, contractura isquemia, infección.

- c. Contusiones: dolor en el área afectada, disminución de la función de la extremidad.
- d. Fracturas: ruptura de la continuidad ósea. (ATLS, 2018)
- e) Lesiones térmicas:
  - Quemaduras de primer grado: eritema, dolor y ausencia de ampollas.
  - Quemaduras de segundo grado: color rojo o morado de la piel, edema y presencia de ampollas dolorosas.
  - Quemaduras de tercer grado: la piel es de color oscuro con apariencia de cuero, translúcida, morada o blanca como la cera, edema, pero poca inflamación del tejido. (ATLS, 2018)

### **2.3.5. Fisiopatología**

Los principales cambios que se evidencian en el paciente politraumatizado son:

-Mecanismos básicos de lesión: la transferencia de energía y la aplicación de fuerzas en un trauma cerrado es más complejo que el penetrante ya que están relacionados con choques automovilísticos, arrollamientos y caídas. Existe una sumatoria de diferentes fuerzas disipadas en una superficie variable determinada del sujeto, tal dispersión origina que no sean siempre constantes los daños orgánicos resultantes. La fisiopatología en gran medida se relaciona con la causa del trauma, por lo que analizara a partir de esa consideración:

-Accidentes de tránsito: La mortalidad está relacionada directamente con el total de las fuerzas y energías desarrolladas durante el impacto. Existen varios cambios que suceden al momento de la colisión entre estos tenemos el intercambio de energía entre el vehículo y el sujeto, el comportamiento de los ocupantes teniendo en cuenta el lugar que ocupan en el vehículo, la sujeción, la movilidad de los sujetos en el impacto ya que si se desconocen estos puntos se pueden agravar las lesiones. Se debe tomar en cuenta el concepto de la triple colisión donde se ve afectado el vehículo, el cuerpo del individuo y los órganos de este.



Pueden presentarse diferentes formas de colisión: frontales, laterales y volcamientos.

- Colisión frontal: el individuo impacta el tórax con el volante y la cabeza con el parabrisas, lo que ocasiona un trauma craneoencefálico y cervical, su gravedad estará relacionada directamente con las fuerzas desplazadas.
  - Colisión lateral: debido a la baja resistencia del vehículo en la parte lateral causa una lesión potencialmente severa donde el resultado es un daño en el tórax lateral como pueden ser fracturas costales, daño esplénico, hepático o renal y lesión de columna cervical.
  - Colisión por volcamiento: las fuerzas generadas se distribuyen aleatoriamente por lo que se dañan diferentes partes del auto. Debido a este mecanismo se genera la eyección del sujeto, el daño depende de la velocidad con la que se da la volcadura y este a su vez causa daños sistémicos.
- A. Atropellamiento: el daño dependerá del vehículo y del sujeto. El 80% de personas atropelladas tendrán un daño en los miembros inferiores, esto resulta del contacto inicial debido a la altura del sujeto y del vehículo, posterior al impacto el individuo es impulsado generando daño en el tronco y cráneo al colisionar el cuerpo del sujeto con el parabrisas o con el suelo.
- B. Caídas: el daño dependerá de la altura ya que durante la caída se desarrollan diferentes fuerzas hasta el momento del impacto. La severidad de la lesión está dada por la aceleración gravitacional, el peso del sujeto y el impacto. El patrón de lesión está relacionado con el primer sitio de contacto por lo tanto los órganos cercanos a este tendrán más daño.
- C. Lesión por arma de fuego: La lesión por una bala está relacionada con la velocidad y distancia a la que es disparada, por el material de elaboración o la textura del sujeto, el daño en los tejidos está dado por la elasticidad de estos y la función que cumpla el órgano afectado.

D. Explosiones: el daño se da por la liberación violenta de energía y el aumento de la temperatura dado por la intensidad de la explosión esto genera diferentes tipos de lesión:

- Lesión primaria: debido a la onda de expansión provoca: ruptura timpánica, hemo neumotórax y lesión gastrointestinal
- Lesión secundaria: está dada por el impacto de objetos expulsados durante la explosión contra el sujeto.
- Lesiones terciarias: está dada por el golpe del sujeto contra una superficie, el daño depende de la fuerza, del sitio de impacto y el tipo de superficie donde se realice el contacto.
- Lesiones cuaternarias: se da por otros mecanismos como quemaduras externas, quemaduras de la vía aérea, intoxicación e inhalaciones. (Ottolino, 2017)

### **2.3.6. Medios Diagnósticos**

Los exámenes y medios de diagnósticos son de suma importancia para poder identificar problemas en torno al paciente y evitar complicaciones relacionadas a la evolución del paciente durante el tratamiento. Los métodos más utilizados para la valoración son:

1. Electrocardiograma: pueden detectar lesiones cardiacas contusas, al identificar la presencia de arritmias, los hallazgos principales van a ser cambios no específicos en la onda T, segmento ST que además estos cambios se pueden relacionar con hipoxia, hipovolemia, acidosis y trastornos hidroelectrolíticos. (Arroyo, E , 2015)
2. Medir diuresis: la producción de orina indica el estado de volemia y la perfusión renal del paciente, está contraindicado en caso de lesiones uretrales.
3. Gasometría: Determina la función respiratoria y el equilibrio acido básico.
4. Pulsioximetria: Proporciona información rápida y fiable de oxigenación en sangre arterial, ayuda a identificar insuficiencia cardiaca en casos de trauma, determina la disminución del estado de conciencia al identificar

la disminución de oxígeno como seguimiento a pacientes con trauma craneoencefálico.

5. Radiografía de Tórax: identifica lesiones con riesgo vital y la posición de tubos y catéteres
6. Radiografía de columna cervical: detecta el 70% de fracturas cervicales y el 50% de fracturas vertebrales. (Enriquez, 2015)
7. Radiografía de pelvis: detecta del 50 a 60% de las fracturas además determina hemorragias abdominales en un 32% y sangrado retroperitoneal en 52%. (Enriquez, 2015)
8. ECOFAST (The Focused Abdominal Sonography for Trauma Scan): Detecta el líquido libre dentro del abdomen, peri-hepático, peri esplénico, pericárdico, y pélvico. (Enriquez, 2015)
9. Tomografía Computarizada Multi detector: tiene una elevada sensibilidad y precisión en la detección y caracterización de lesiones. Proporcionan información integral sobre cabeza, cara, cuello, tórax, abdomen-pelvis, columna vertebral y extremidades con excelente definición. (Enriquez, 2015)

### **2.3.7. Complicaciones**

La principal complicación en pacientes con politraumatismo es la muerte esta se puede clasificar en 3 distintos periodos:

Periodo 1: Es la de mortalidad inmediata, se presenta en los primeros minutos o segundos del traumatismo, el individuo fallece después del impacto a causa de lesiones en órganos vitales.

Periodo 2: Mortalidad Precoz: se da después de los primeros minutos hasta pocas horas posterior al accidente, está causado por obstrucción de la vía aérea, colapso de los pulmones por la compresión del aire hacia los pulmones en la cavidad pleural y la disminución del volumen sanguíneos en el cuerpo el cual lleva a un colapso circulatorio. (Jiménez & Montero, 2014)

Periodo 3: Mortalidad Tardía: se da en las semanas posteriores a la lesión, la causa principal de esta es un fallo multiorgánico o una sepsis. Explica que las

complicaciones más comunes son: rabdomiólisis, distrés respiratorio, coagulopatía, trombosis venosa profunda, infección, y fallo multiorgánico:

- Rabdomiólisis: Se produce por una lesión de las fibras musculares esqueléticas, como consecuencia su contenido es liberado a la sangre la rabdomiólisis puede desencadenar hipovolemia, acidosis metabólica, hiperpotasemia que es causado por la liberación del potasio intracelular, hipocalcemia que es producto de la entrada de calcio en las células musculares isquémicas. En la rabdomiólisis se libera la mioglobina la misma que puede causar falla renal aguda por el aumento de creatinquinasa. (ATLS, 2018)
- Distrés respiratorio: se produce por la aparición de un edema agudo de pulmón inflamatorio, donde aumenta la permeabilidad capilar y se produce hipoxemia. (Estenssoro & Debin, 2016)
- Coagulopatías: es un trastorno hemorrágico, que se da por problemas en la coagulación sanguínea.
- Trombosis venosa profunda: Se da cuando se forma un coagulo en las venas profundas del cuerpo, este coagulo es producto de la disminución o la detención del flujo sanguíneo causado por fracturas de los huesos largos. (Academia Americana de Ortopedia, 2018)
- Infección: Es casado por la invasión y multiplicación de microorganismos como virus, hongos y bacterias, en los sitios expuestos a causa del trauma.
- Fallo Multiorgánico: “es la consecuencia de una alteración en el balance de la respuesta inflamatoria sistémica seguida de un fenómeno de isquemia-reperfusión tras el shock hemorrágico, en contraste con las teorías iniciales que sugerían una infección generalizada como causante único de la falla multiorgánica, habitualmente precede a la disfunción cardíaca en unas horas y a la disfunción hepática y renal en aproximadamente en 5 días.” ( (Llompert-Pou, Talayero, & Homar, 2015)

### 2.3.8. Valoración a través de escalas

La valoración del paciente politraumatizado exige caracterizar los problemas de salud reales y potenciales para actuar de manera inmediata en su solución y en la prevención de complicaciones. A continuación, se explican algunas de las escalas de uso frecuente:

Escala de coma de Glasgow: se utiliza como medida clínica objetiva de lesión cerebral, cuando el puntaje es de 8 o menor se define como coma o lesión cerebral severa, la puntuación entre 9 -12 se clasifica como moderados y con puntuación de 13-15 como leves. (ATLS, 2018)

Tabla 2.  
Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
Apertura ocular	Clasificación		Puntaje
	Espontanea		4
	Al sonido		3
	A la presión		2
	Ninguna		1
	No valorable		NV
Respuesta verbal	Clasificación		Puntaje
	Orientado		5
	Confuso		4
	Palabras		3
	Sonidos		2
	Ninguna		1
	No Valorable		NV
	Clasificación		Puntaje
Respuesta motora	Obedece comandos		6
	Localiza		5
	Flexión normal		4
	Flexión anormal		3
	Extensión		2
	Ninguna		1
	No Valorable		NV

Tomado de ATLS 2018

Trauma Score: valora indicadores fisiológicos, como frecuencia y esfuerzo respiratorio, presión arterial (sistólica), relleno capilar y estado neurológico

(Escala de Coma de Glasgow). Esta escala es útil en la predicción de la mortalidad de los lesionados por trauma. (Martin, 2015)

Tabla 3  
Trauma Score

TRAUMA SCORE		Puntos	Total
<b>A - Frecuencia Respiratoria</b>	10 - 24	4	<b>Subtotal A</b>
	25 - 35	3	
	Mayor de 35	2	
	0 - 9	1	
	0	0	
<b>B - Esfuerzo Respiratorio</b>	Normal	2	<b>Subtotal B</b>
	Superficial lento	1	
<b>C - Presión Arterial Sistólica</b>	Mayor de 90	4	<b>Subtotal C</b>
	70 - 90	3	
	50 - 69	2	
	Menor de 50	1	
	Ausencia del pulso	0	
<b>D - Llenado Capilar</b>	Normal	2	<b>Subtotal D</b>
	Demorado	1	
	Ausente	0	

Tomado de Martin 2015

Interpretación:

13 → 99%

13 → 91%

10 → 55%

7 → 12%

6 → 7%

2 → 0%

Escala de CRAMS: Se considera un método simple para categorizar a pacientes en trauma mayor o trauma menor. Esta escala toma su nombre del

acrónimo de los componentes a evaluar. Su principal ventaja es la simplicidad y la facilidad para aplicarla en el nivel prehospitalario (Cuadro X). Los parámetros marcan que una puntuación menor de 9 es relacionada con trauma mayor y una de 9 o más se relaciona con trauma menor. (Martin, 2015)

Tabla 4.  
Escala CRAMS

Escala CRAMS.		
Parámetro	Condición	Puntuación
Circulación	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0
Respiración	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0
Abdomen	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0
Motricidad	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0
Lenguaje	Normal	2
	Ligeramente afectada	1
	Severamente afectada	0

Tomado de Martin 2015

Estado de conciencia AVDI: permite evaluar el estado de conciencia de manera rápida.

A La persona se encuentra Alerta, responde sin problemas

V La persona responde únicamente a estímulos Verbales

D la persona responde únicamente a estímulos Dolorosos

I La persona no responde a estímulos, está Inconsciente

### 2.3.9. Tratamiento de emergencia

El objetivo del tratamiento es descartar lesiones que comprometan la vida del paciente, el compromiso vital del individuo está dado por trastornos de oxigenación y circulación ya que el desequilibrio de estos dos mecanismos da

como resultado un desequilibrio interno por ello el tratamiento esta dado en tres fases:

**Primera fase – Evaluación y tratamiento primario:**

- a. Mantenimiento de la vía aérea y control cervical: en la valoración de la vía aérea se busca descartar peligros de obstrucción para permitir un correcto intercambio gaseoso, para mantener la permeabilidad se debe recurrir a la técnica de elevación del mentón o tracción mandibular, aspiración de secreciones y extracción de cuerpos extraños, en algunos casos se requiere del uso de métodos mecánicos como la colocación de cánulas o tubos ya sean orales o nasales. En todo paciente traumatizado se debe sospechar de lesión de la columna cervical hasta que se descarte lo contrario por lo cual es necesario la fijación de la columna ya que el excesivo movimiento podría producir o llevar al paciente a un mayor daño neurológico que por lo general es causado por compresión de la medula ósea. El procedimiento en estos casos estará dirigida a asegurar la cabeza y el cuello y mantenerlos en posición lineal. (Soto, Miranda & Cruz, 2015)
- b. Ventilación: una vez que la vía aérea del paciente se haya asegurado se puede evaluar la calidad y cantidad de las respiraciones mediante los siguientes aspectos, revisar si el paciente está respirando, si el paciente no respira iniciar ventilaciones asistida y observar si el tórax del sujeto tiene adecuada expansibilidad para determinar la cantidad de aire que está ingresando el individuo.
- c. Circulación y control de hemorragia: constituye una prioridad ya que si no se controla el sangrando importante aumenta de manera drástica el potencial de muerte del sujeto. La mayor parte de hemorragias externas se controlan mediante la presión directa hasta que el individuo sea ingresado a una unidad quirúrgica, además se debe realizar la reposición con hemoderivados o cristaloides isotónicos de acuerdo con la necesidad del paciente.



Si se sospecha que existe una hemorragia interna se debe exponer rápidamente el tórax, abdomen, pelvis y los músculos para inspeccionar y palpar los signos de lesión.

Podemos determinar el estado circulatorio del paciente revisando el estado mental, pulso, color, temperatura y humedad de la piel.

- d. Valoración neurológica: un estado de conciencia disminuido indica cuatro posibilidades, oxigenación cerebral reducida producida por hipoxia, lesión del sistema nervioso central, sobredosis de drogas y alcohol y alteraciones metabólicas.

La puntuación de la escala de coma de Glasgow es la herramienta para determinar el estado de conciencia pudiendo así predecir el desenlace del individuo, además proporciona información base sobre la función cerebral. Una puntuación menor de 8 indica lesiones importantes, para poder considerar el manejo avanzado de la vía aérea.

- e. Exposición y control de la temperatura: la exposición del paciente politraumatizado es crítica para encontrar las lesiones que el paciente presenta ya que la ropa puede ocultar sangre sin que se note. Se debe cubrir al individuo para conservar la temperatura corporal. (Soto, Miranda, & Cruz, 2015)

**Segunda fase – Evaluación secundaria:** después de haber realizado la evaluación primaria y haber identificado y tratado las lesiones importantes. El objetivo de esta evaluación es identificar las lesiones que no se identificaron durante la primera fase por lo tanto la evaluación secundaria se enfoca en enfrentar a los problemas menos graves. Los mecanismos de valoración que se van a utilizar son:

- a. Ver: hemorragia interna, externas, la piel, lesiones del tejido y anomalías.
- b. Escuchar: vigilar sonidos inspiratorios y espiratorios no frecuentes, sonidos anormales auscultados y verificar si el sonido de la respiración está presente y es igual.

- c. Sentir: todas las regiones del cuerpo y notar cualquier hallazgo anormal. Esta valoración debe estar focalizada en cada una de las regiones del cuerpo. (PHTLS, 2014)

**Tercera fase - tratamiento definitivo o de mantenimiento:** está dado por dos factores analgesia y sedación.

- a. Tratamiento analgésico: si bien el dolor intenso requiere de la administración de analgésicos opiáceos hay que tener en cuenta que estos medicamentos pueden ocultar otras sintomatologías e inducir a la depresión respiratoria, en estos casos la mejor opción para el tratamiento del dolor es el tramadol.
- b. Sedación: siempre que la función respiratoria este estable se puede utilizar benzodiazepínicos para lograr la sedación.

#### **2.3.10. Prevención de complicaciones:**

Debe valorarse al paciente en la búsqueda de signos de complicaciones y prevenir problemas como:

- a. Insuficiencia renal inducida por rhabdomiólisis: Hidratación y manejo de las complicaciones electrolíticas y del desequilibrio ácido base, evitar cualquier tipo de fármaco nefrotóxico y ajustar las dosis de los medicamentos de acuerdo con la función renal del paciente. (Nieto, Vega, & Serna, 2016)
- b. Distrés respiratorio: para evitar complicaciones a causa de este problema es importante vigilar la FiO<sub>2</sub> inspirada del paciente, además los líquidos a administrar para prevenir la formación de un edema agudo de pulmón, también se debe valorar el uso de diuréticas y técnicas de ventilatorias que aumenten el volumen y la capacidad residual pulmonar. (Estenssoro & Debin, 2016)
- c. Coagulopatías: Para prevenir este problema se recomienda que se administre plasma fresco congelado y plaquetas. (Garcia, 2016)

- d. Trombosis venosa profunda: Las medidas preventivas que se pueden aplicar en este caso son las medias de compresión graduada, el uso de dispositivos de compresión neumática intermitente, y la promoción de la movilización temprana y ejercicios de piernas.
- e. Infección: para su prevención en el paciente politraumatizado es necesario aplicar tratamiento antibiótico profiláctico y aplicar inyección antitetánica, cambio de apósitos en las heridas, y vigilancia de los signos de infección (fiebre, enrojecimiento, mal olor y purulencia).

### **2.3.11. Cuidados de Enfermería**

Los cuidados de enfermería se agruparán, considerando su propósito y empezaremos con la valoración, procedimientos:

#### **a. Valoración:**

Vigilar estado respiratorio del paciente a través de la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y expansibilidad torácica. Su vigilancia es muy importante ya que el rápido deterioro de la conciencia del paciente puede llevar a una caída de la lengua hacia atrás o causar una broco-aspiración, disminuyendo la oxigenación y llevándolo a un paro respiratorio:

- Valorar el nivel de conciencia a través de la escala de coma de Glasgow.
- Valoración pupilar donde se toman en cuenta los siguientes parámetros reactividad, diámetro y simetría para descartar daño a nivel cerebral.
- Verificar pulso tomando en cuenta las características: frecuencia, amplitud, ritmo para verificar el estado circulatorio periférico.
- Valoración de presión arterial para descartar presencia de shock hipovolémico.
- Valorar coloración de la piel, temperatura y llenado capilar, esto permite conocer si las extremidades se encuentran correctamente perfundidas.
- Control de hemorragias externas evitará que en paciente disminuya su estado volémico y no derive en shock.
- Auscultar campos pulmonares para descartar la presencia de ruidos anormales y la correcta colocación del tubo endotraqueal.
- Evitar hipotermia

## **b. Procedimientos**

El cuidado de pacientes politraumatizados exige cuidados especializados con procedimientos como:

- 1) Oxigenoterapia: Es la administración de oxígeno a concentraciones mayores que el aire ambiente.

Indicaciones: hipoxia aguda o crónica, saturaciones menores a 85%. (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2014)

Objetivo: para mantener una adecuada oxigenación tisular.

- 2) Monitorización electrocardiográfica (EKG): Es el registro gráfico, en función del tiempo, de las variaciones del potencial eléctrico generadas por el conjunto de células cardíacas y recogidas en la superficie corporal.

Indicaciones: valorar arritmias, trastornos iónicos, tromboembolia pulmonar,

Contraindicaciones: paciente en estado de ansiedad, objetos metálicos insertados en su cuerpo, marcapasos cardíaco. (Jiménez & Montero, 2014)

Objetivo: descartar alteraciones cardíacas.

- 3) Pulsioximetría: Proporciona información rápida y precisa de la saturación de oxígeno en sangre arterial.

Indicaciones: enfermedades cardiorrespiratorias, EPOC, asma, insuficiencia cardíaca, disminución del estado de conciencia en trauma craneoencefálico, shock. (Jiménez & Montero, 2014)

Objetivo: mide el porcentaje de oxigenación presente en los glóbulos rojos.

- 4) Canalizar vías periféricas: Técnica de inserción de una vía de acceso al sistema venoso por medio de la colocación de un catéter que puede ser de diferentes tipos ya sea material, calibre y longitud.

Indicaciones: Administración de líquidos, sangre y medicación.

Contraindicaciones: paciente con quemaduras, en extremidades que presenten fistulas arteriovenosas. (Nieves, 2015)

Objetivo: acceso que permite reponer líquidos y hemoderivados en pacientes que hayan perdido volumen sanguíneo.

- 5) Extracción muestra venosa: Punción de una vena de grueso calibre para la extracción de una muestra sanguínea.

Indicaciones: valorar química sanguínea, biometría hemática, tiempos de coagulación.

Contraindicaciones: Fistulas arteriovenosas, quemaduras, coagulopatías.

Objetivo: ayuda a realizar los exámenes pertinentes para descartar alteraciones hematológicas, electrolíticas y ácido bases.

- 6) Sondaje vesical: Es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos

Indicaciones: monitoreo de la producción de orina, irrigación vesical.

Contraindicaciones: lesión uretral, equimosis perineal, próstata no palpable.

Objetivo: para control estricto de ingesta y eliminación además de verificar las características de la orina.

- 7) Sondaje Nasogástrico: Colocación de un dispositivo estéril que se introduce por vía nasal que llega al estómago para realizar diferentes procedimientos.

Indicaciones: insuflar aire dentro del estómago y confirmar una perforación intraperitoneal, valorar la rapidez y volumen de una hemorragia digestiva, aspirar fluido y contenido gástrico,

administración de medicación, lavados gástricos, disminuir el riesgo de aspiración.

Contraindicaciones: Lesión en la base del cráneo, traumatismo facial, varices esofágicas, coagulopatías. (Oceano, 2016)

Objetivo: para realizar un vaciamiento gástrico.

### **2.3.12. Teoría del autocuidado y su relación con el cuidado del paciente politraumatizado**

Para Dorothea Orem los cuidados que realiza el personal de enfermería están encaminados a ayudar al individuo a mantener acciones de autocuidado para la conservación de su salud y vida, durante el proceso de la enfermedad y a la vez también poder afrontar las consecuencias en el suceso, por ello la teoría de Dorothea Orem está relacionada con el cuidado aplicado a pacientes que presentan poli trauma, debido a que durante el proceso de estabilización y recuperación el individuo pierde la capacidad de autocuidado requerido para satisfacer sus propias necesidades.

“Los enfermeros intervienen cuando un individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem sugiere los siguientes métodos de asistencia del personal enfermero”:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en las recomendaciones sanitarias durante la recuperación del individuo.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene.
5. Enseñar a la persona que se ayuda. (Prado, Gonzales, & Paz, La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención, 2014)

Según Prado, Gonzáles & Paz para aplicar el modelo de Dorothea Orem al cuidado de enfermería se debe tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del individuo.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del individuo.

(Prado, Gonzales, & Paz, La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención, 2014)

#### 2.4. Problemas Reales y Potenciales, Diagnósticos de enfermería en el paciente politraumatizado

Problemas del paciente politraumatizado	NANDA
<b>Obstrucción de la vía aérea</b>	<p><b>Dominio:</b> 11 seguridad y protección</p> <p><b>Clase:</b> 2 lesión física</p> <p><b>Código:</b> (00031)</p> <p>Limpieza ineficaz de la vía aérea</p> <p><b>Características definitorias:</b></p> <p>Cambios en la frecuencia respiratoria</p> <p>Cambios en el ritmo respiratorio</p> <p>Cianosis</p> <p>Disminución de los sonidos respiratorios</p> <p>Dificultad para vocalizar</p> <p>Disnea</p> <p>Agitación</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <p>cuerpo extraño en las vías aéreas</p> <p>mucosidad excesiva</p> <p>retención de las secreciones</p>
	<b>Dominio:</b> 11 seguridad y protección

	<p><b>Clase:</b> 2 lesión física</p> <p><b>Código:</b> (00039)</p> <p>Riesgo de aspiración</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <p>traumatismo facial</p> <p>traumatismo del cuello</p> <p>traumatismo oral</p> <p>disminución del nivel de conciencia</p> <p>aumento del volumen gástrico residual</p> <hr/> <p><b>Dominio:</b> 11 seguridad y protección</p> <p><b>Clases:</b> 2 lesión física</p> <p><b>Código:</b> (00086)</p> <p>Riesgo de disfunción neurovascular periférica</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <p>Quemaduras</p> <p>Fracturas</p> <p>Inmovilización</p> <p>Traumatismos</p> <hr/> <p><b>Dominio:</b> 11 seguridad y protección</p> <p><b>Clases:</b> 2 lesión física</p> <p><b>Código:</b> (00035)</p> <p>Riesgo de lesión</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <p>Físicos (alteración de la movilidad)</p>
<p><b>Deterioro de la función respiratoria</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 4 actividad y reposo</p> <p><b>Clases:</b> 4 respuestas cardiovasculares y pulmonares</p> <p><b>Código:</b> (00032)</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz</p> <p><b>Características definitorias:</b></p> <p>Alteraciones en la profundidad respiratoria.</p> <p>Alteración de los movimientos torácicos.</p> <p>Aleteo nasal.</p> <p>Disnea</p> <p>Taquipnea.</p> <p>Uso de los músculos accesorios para respirar.</p>



	<p><b>Factores relacionados:</b> Deterioro musculo- esquelético Dolor</p> <p><b>Dominio:</b> 4 actividad y reposo <b>Clases:</b> 4 respuestas cardiovasculares y pulmonares <b>Código:</b> (00033) Deterioro de la ventilación espontanea <b>Características definitorias:</b> Disminución de la saturación de oxígeno Disnea Aumento de la frecuencia cardíaca. Aumento de la pCO2. Agitación creciente. Uso creciente de los músculos accesorios. <b>Factores relacionados:</b> fatiga de los músculos respiratorios</p> <p><b>Dominio:</b> 3 eliminación e intercambio <b>Clases:</b> 4 función respiratoria <b>Código:</b> (00030) Deterioro del intercambio de gases <b>Características definitorias:</b> Respiración anormal (frecuencia, ritmo, profundidad) Color anormal de la piel (pálida o cianótica) Confusión Disnea Aleteo nasal Agitación Taquicardia <b>Factores relacionados:</b> Deterioro de la ventilación perfusión</p>
<p><b>Perdida de líquidos y componentes sanguíneos</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 2 nutrición <b>Clase:</b> 5 hidratación <b>Código:</b> (00027) Déficit de volumen de líquidos <b>Características definitorias:</b></p>

	<p>Disminución de la presión arterial  Sequedad de piel y mucosas  Disminución de la presión de pulso  Disminución de volumen del pulso  Disminución de la turgencia de la piel  Aumento de la frecuencia de pulso  <b>Factores relacionados:</b>  Pérdida importante del volumen de líquidos</p> <hr/> <p><b>Dominio:</b> 11 seguridad y protección  <b>Clases:</b> 2 lesión física  <b>Código:</b> (00205)  Riesgo de shock  <b>Factores relacionados:</b>  hipotensión  hipovolemia  hipoxia</p> <hr/> <p><b>Dominio:</b> 2 nutrición  <b>Clase:</b> 5 hidratación  <b>Código:</b> (00195)  Riesgo de desequilibrio electrolítico  <b>Factores relacionados:</b>  Desequilibrio de líquidos</p> <hr/> <p><b>Dominio:</b> 11 seguridad y protección  <b>Clases:</b> 2 lesión física  <b>Código:</b>  Riesgo de sangrado (00206)  <b>Factores relacionados:</b>  Trauma</p>
<b>Deterioro del estado de conciencia</b>	<p><b>Dominio:</b> 5 percepción cognición  <b>Clase:</b> 4 cognición  <b>Código:</b> (00128)  Confusión aguda  <b>Características definitorias:</b>  Fluctuación en el nivel de conciencia  Alucinaciones</p>

	<p>Agitación creciente</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <p>Delirio</p> <p>Demencia</p> <hr/> <p><b>Dominio:</b> 4 actividad reposo</p> <p><b>Clase:</b> 4 respuestas cardiovasculares pulmonares</p> <p><b>Código:</b> (00201)</p> <p>Riesgo de perfusión cerebral ineficaz</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <p>Traumatismo cerebral</p>
<p><b>Perdida de calor corporal</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 11 seguridad protección</p> <p><b>Clase:</b> 6 termorregulación</p> <p><b>Código:</b> (00006)</p> <p>Hipotermia</p> <p><b>Características definitorias:</b></p> <p>Temperatura corporal por debajo del rango normal</p> <p>Frialdad de piel</p> <p>Cianosis de lechos ungueales</p> <p>Palidez</p> <p>Escalofríos</p> <p>Enlentecimiento del llenado capilar</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <p>Traumatismos</p> <hr/> <p><b>Dominio:</b> 11 seguridad protección</p> <p><b>Clase:</b> 6 termorregulación</p> <p><b>Código:</b> (00005)</p> <p>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal</p> <p><b>Factores relacionados:</b></p> <p>Traumatismo que afecta a la regulación de la temperatura</p>
<p><b>Dolor</b></p>	<p><b>Dominio:</b> 12 confort</p> <p><b>Clase:</b> 1 confort físico</p> <p><b>Código:</b> (00132)</p> <p>Dolor Agudo</p> <p><b>Factores relacionados</b></p>

	Agentes lesivos físicos <b>Características Definitorias</b> Cambio de la presión arterial Cambios en la frecuencia cardiaca Diaforesis Expresión facial
<b>Deterioro de la movilidad</b>	<b>Dominio:</b> Actividad/reposo <b>Clase:</b> 2 Actividad/ejercicio <b>Código:</b> (00085) Deterioro de la movilidad física <b>Características definitorias</b> Limitación de la amplitud de movimientos Disminución en el tiempo de reacción Movimientos descoordinados <b>Factores relacionados</b> Deterioro cognitivo Ansiedad Pérdida de la integridad de estructuras óseas Dolor

Adaptado de NANDA 2015

### 3. CAPITULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo de estudio

Es un diseño cuali-cuantitativo, cualitativo porque en base a los resultados se realizará un análisis narrativo de acuerdo a los fenómenos identificados, y cuantitativa ya que los datos se recogerán en base a las variables planteadas. Este estudio buscó identificar y entender como el personal aplica el proceso de atención de enfermería en los problemas de salud que presenta el paciente politraumatizado. Además, es transversal porque recolectan los datos a analizar en un solo periodo de tiempo único, el objetivo de este tipo de investigación es describir las variables que están siendo estudiadas y analizarlas en un momento dado. Es descriptivo porque buscar especificar las actividades y procesos del grupo, estudia de manera individual una variable y como se relacionan estas variables entre sí. (Fernandez & Baptista, 2014)

La metodología planteada a lo largo de esta investigación fomentará el diseño de un algoritmo de valoración o tratamiento y plan de cuidados relacionado netamente con el cuidado de enfermería al paciente politraumatizado y adaptado con los dominios de enfermería, basándose en el modelo de déficit de autocuidado de Dorotea Orem, quien señala la importancia del cuidado de enfermería en el paciente politraumatizado.

### **3.2. Población y muestra**

**El universo.** La investigación tiene un universo finito de profesionales de enfermería que trabajan en el área de Emergencia del Hospital Eugenio Espejo.

**La Muestra.** Se aplicará el muestreo propositivo para la aplicación de la investigación. El estudio se ubica en el período comprendido entre agosto 2018 a febrero del año 2019.

### **3.3. Técnica e Instrumento de Recolección de datos**

La recolección de datos se realizó de manera propositiva, donde los elementos de la muestra fueron seleccionados en base a juicios por parte de quienes investigan, además por factibilidad en cuando al tiempo, recurso y horarios del personal; como método de investigación, empleamos la encuesta, la cual nos permitió un acercamiento a los participantes. El instrumento que se manejó fue la encuesta que previamente se lo sometió a una prueba piloto, el mismo que ayudó a recolectar la información específica e idónea sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por parte de los profesionales enfermeros/as.

Encuesta: en base a la encuesta conoceremos las opiniones, experiencias de la práctica, en base a preguntas cerradas.

Entrevista: nos permitirá recolectar los datos cualitativos que no pueden ser observados por diversos factores, las preguntas a realizar durante la entrevista serán estructuradas. (Fernandez & Baptista, 2014)

Criterios de inclusión.

- Los profesionales de enfermería que laboren en ésta institución de salud.
- Los profesionales de enfermería que voluntariamente accedan a firmar la respectiva autorización para la aplicación del instrumento (formulario).

Criterios de exclusión.

- Profesionales de enfermería que laboren en el área administrativa de la institución de salud.
- Profesionales de enfermería que, en el momento de la aplicación de los formularios, estén realizando actividades de docencia, se encuentre en un periodo de vacaciones o permisos para ausentarse del puesto de trabajo.

### **3.4. Marco Ético**

La información obtenida durante la investigación es anónima, todos los datos se procesaron de manera confidencial para salvaguardar la integridad de los participantes. Los resultados tienen la finalidad de determinar datos estadísticos que nos ayude a alcanzar los objetivos planteados en este estudio. La información final será entregada únicamente, a quienes crean necesario su verificación. Para ello, solicitamos el consentimiento informado a los participantes del estudio; cabe mencionar, que en el caso de que no se dio el consentimiento, el participante no tuvo la obligación de llenar el formulario.

### **3.5. Marco Legal**

Esta investigación se encuentra fundamentada en los siguientes cuerpos legales:

**Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado**, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, 2008)

**Art. 2.- Derecho a una atención digna:** Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo con la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía. (LEY ORGANICA DE SALUD. 2006)

**Art. 5.- Derecho a la información:** se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúan se las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento. (LEY ORGANICA DE SALUD. 2006)

**Art. 7.- Situación de emergencia.-** Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material. (Salud, 2006)

**Art. 10.-** El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo. (Salud, 2006)

**Art. 12.-** Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El centro de salud que se negare a atender

a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause. (Salud, 2006)

**Art. 13.-** Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido (sic), con prisión de 4 a 6 años. (Salud, 2006)

### **3.6. Marco Institucional**

Acerca de la institución en la que se realiza el proyecto de investigación.

El Hospital de Especialidades Eugenio cumplió 85 años de servicio a la comunidad. La construcción fue impulsada en 1898 por el presidente Eloy Alfaro Delgado, en 1901 se obtuvo un terreno de 2400 metros en un valor de 43.300 sucres. En 1912 después de que se elaboraran los planos y solo se construyera unos pabellones de servicio, se continua la construcción bajo las órdenes de los Arquitectos Guillermo Shaeter y Augusto Ridder, pero el 8 de mayo de 1917 los mismos arquitectos ordenan derrocar y construir un nuevo edificio, después de varias negociaciones para obtener recurso monetario en 1931 ya realizan la entrega del hospital con equipos instalados el 24 de mayo de 1933 se abren las puertas para la comunidad. En 1980 el presidente de la República, Abg. Jaime Roldós Aguilera, contrata la construcción de un nuevo edificio y en 1992 entra en funcionamiento durante el gobierno del Dr. Rodrigo Borja Cevallos. (MSP, 2013)

“Este es el hospital más emblemático del Sistema Público de Salud con acreditación internacional tipo oro otorgada por la prestigiosa organización Acreditación Canadá International (ACI).” La página oficial señala que cuentan con 20 especialidades médicas, 15 especialidades quirúrgicas, 7 unidades especiales y 2 servicios generales. (MSP, 2013)



- **Misión del Hospital Eugenio Espejo**

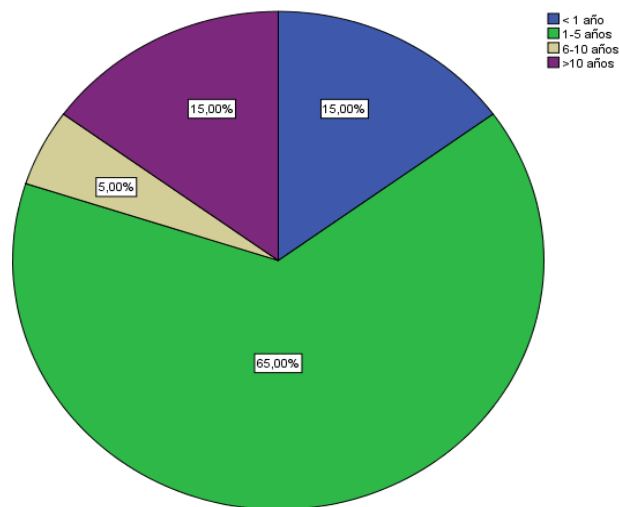
“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo de red, en el marco de la justicia y equidad social.” (MSP, 2013)

- **Visión del Hospital Eugenio Espejo**

“Ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.” (MSP, 2013)

#### **4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS**

Fueron analizadas las respuestas de los profesionales de Enfermería en base a la información recolectada mediante el empleo del formulario y encuesta. Los datos fueron digitalizados en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 21 para Windows, y a partir de este se generaron tablas de distribuciones y gráficos.

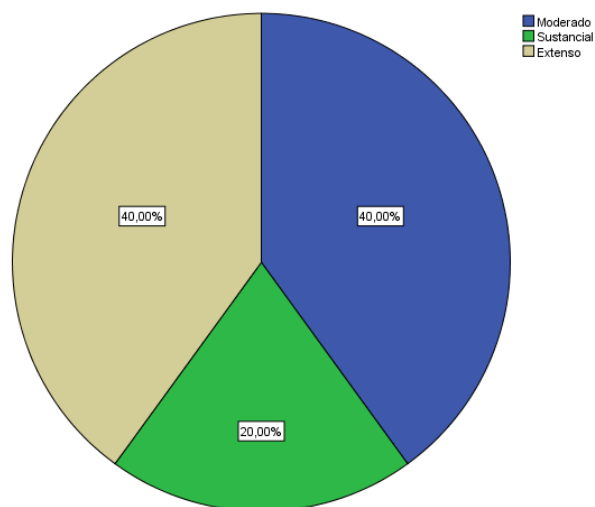


*Figura 1. Años de experiencia profesional*

Tomado de la información obtenida en la investigación

**Análisis:**

En la encuesta se evidencia que el 65% del personal tiene experiencia profesional de 1-5 años, el 15% tiene menos de un año de experiencia y el otro 15% mas de 10 años, mientras que el 5% presentan experiencia profesional de 6 a 10 años.

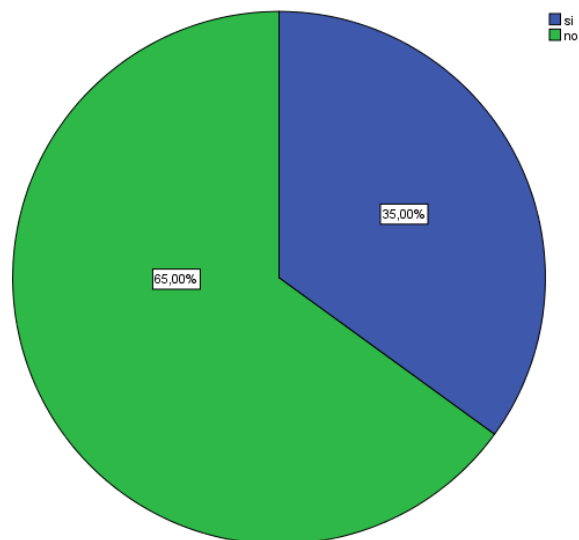


*Figura 2.* En qué medida usted considera que el cuidado enfermero debe tener una base epistemológica

Tomado de la información obtenida en la investigación

#### Análisis:

Se evidencia que el personal de enfermería considera que el cuidado enfermero debe tener una base epistemológica o de conocimiento teórico, estableciéndose un modelo y una teoría para la atención de los pacientes para el 40% de los entrevistados lo considera como totalmente necesario, el otro 40% lo coloca en medianamente necesario y el 20% restante sustancialmente necesario.

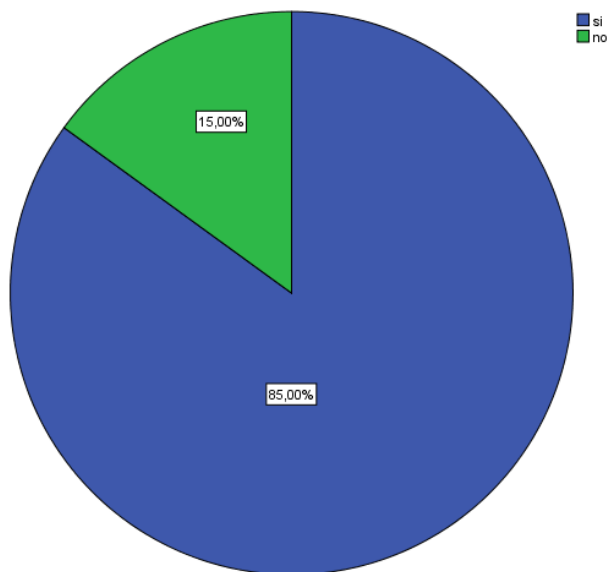


*Figura 3.*Nivel de aplicación PAE

Tomado de la información obtenida en la investigación

Análisis.

En relación con la información obtenida sobre el nivel de aplicación del PAE, se evidencia que el 65% del personal no aplica el proceso de atención de enfermería en su servicio y el 35% restante si lo hace.

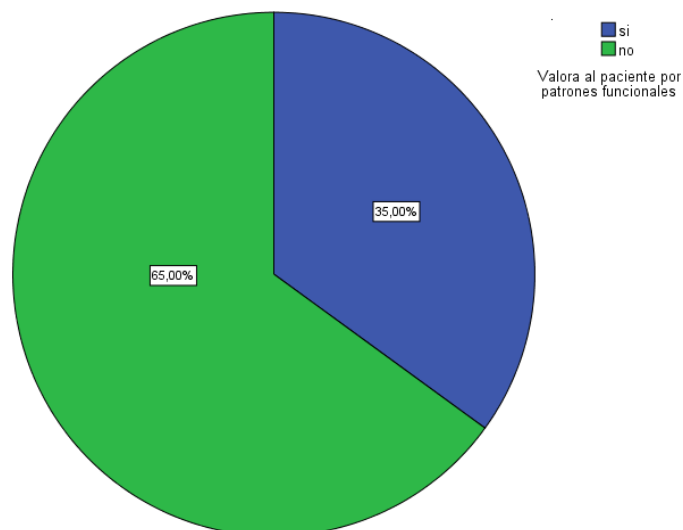


*Figura 4. Valora al paciente de manera céfalo caudal*

Tomado de la información obtenida en la investigación

**Análisis:**

Según la encuesta aplicada se observa que el 85% del personal de enfermería valora al paciente de manera céfalo-caudal y que le 15% no lo realiza.

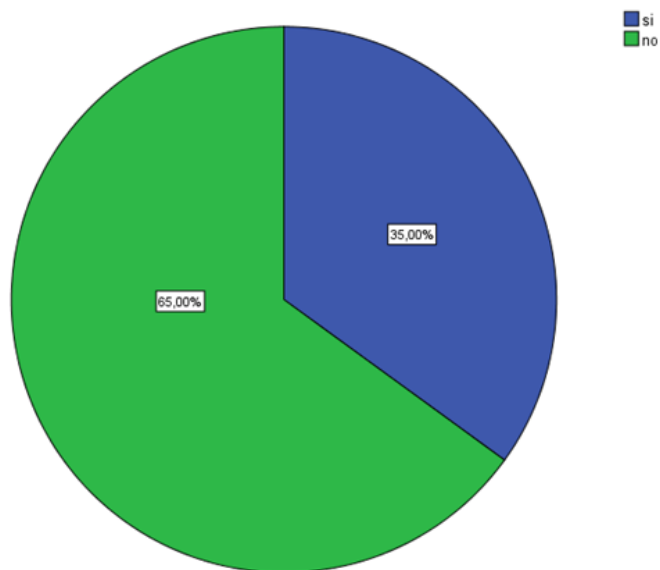


*Figura 5. Valora al paciente por patrones funcionales*

Tomado de la información obtenida en la investigación

Análisis:

Conforme la encuesta realizada se evidencia que el 65% del personal de enfermería no valora al paciente por patrones funcionales y el 35% si realiza esta valoración por patrones funcionales.

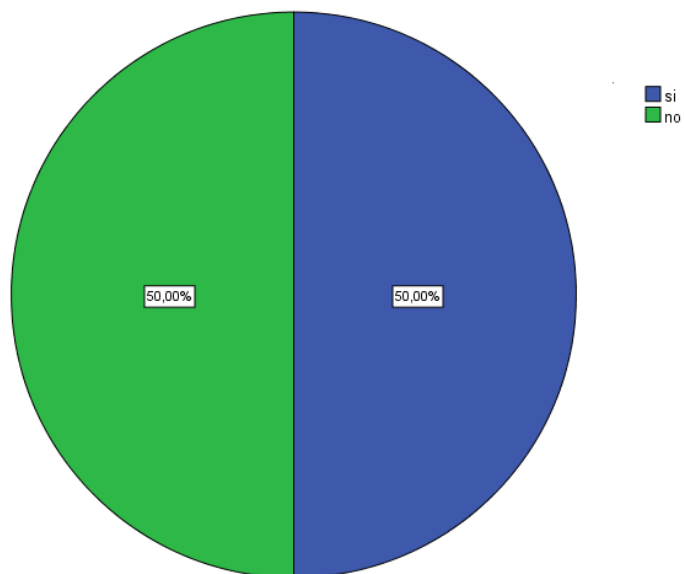


*Figura 6. Valora al paciente según necesidades*

Tomado de la información obtenida en la investigación

**Análisis:**

De acuerdo a la encuesta aplicada el 65% del personal de enfermería no valora al paciente según necesidades y el 35% del personal de enfermería si valora por necesidades a su paciente.



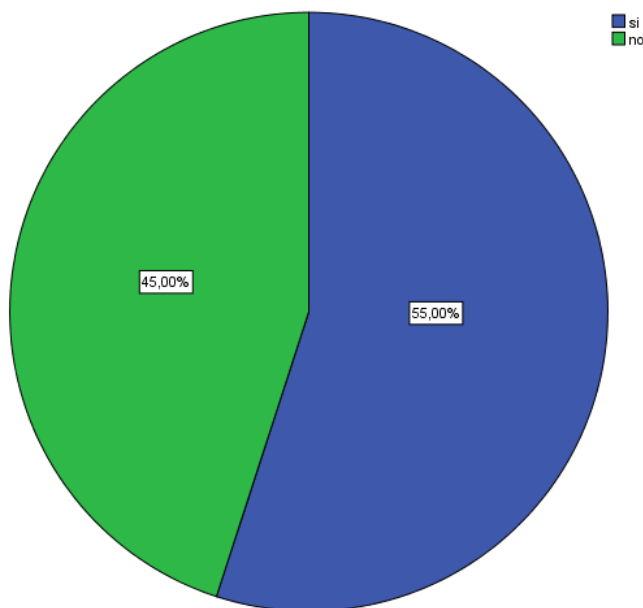
*Figura 7. Valora al paciente según respuestas humanas*

Tomado de la información obtenida en la investigación

Análisis:

El 50% del personal de enfermería valora al paciente según respuestas humanas y el otro 50% no realiza esta valoración.



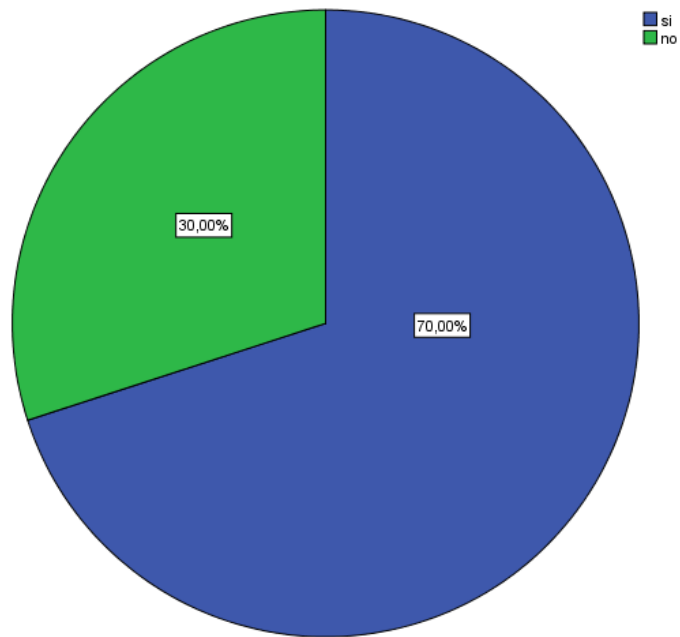


*Figura 8.* Utiliza la valoración para elaborar el PAE de su paciente

Tomado de la información obtenida en la investigación

**Análisis:**

Se evidencia que el 55% del personal de enfermería utiliza la valoración para elaborar el proceso de atención de enfermería de su paciente, mientras que el 45% no utiliza esta valoración para elaborar el PAE.

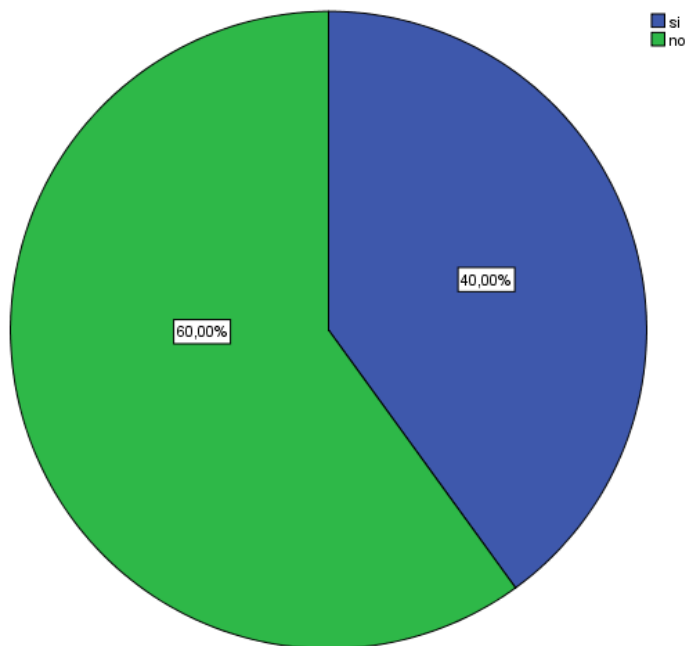


*Figura 9. Elabora Diagnósticos de Enfermería*

Tomado de la información obtenida en la investigación

**Análisis:**

El 70% de los profesionales encuestados si elabora diagnósticos de enfermería y el 30% no elabora diagnósticos de enfermería.

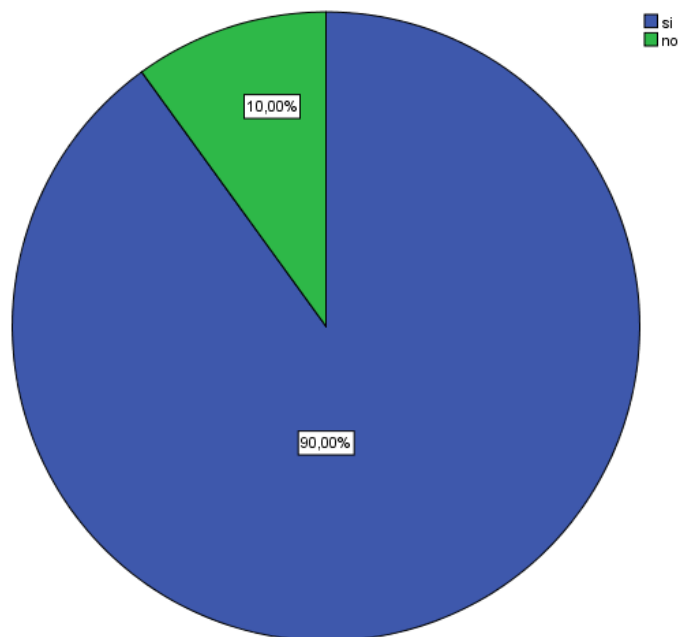


*Figura 10.* Elabora resultados de enfermería para los problemas encontrados

Tomado de la información obtenida en la investigación

**Análisis:**

Al consultar a los profesionales sobre la elaboración de resultados de enfermería (NOC) para los problemas de sus pacientes se observa que el 60% contesta que no elabora los resultados de enfermería, mientras que el 40% si realiza resultados de enfermería.

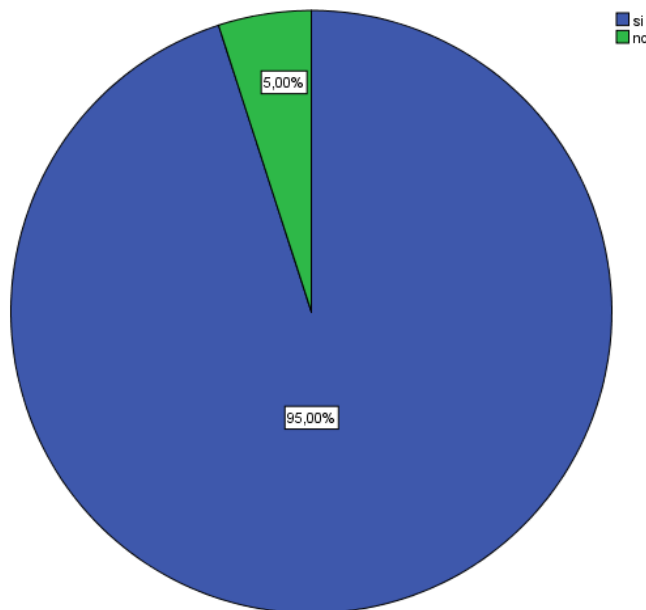


*Figura 11. Utiliza el formato SOAPIE para los reportes de enfermería*

Tomado de la información obtenida en la investigación

Análisis.

El 90% de los profesionales de enfermería utilizan el formato SOAPIE para realizar los informes de enfermería, mientras que solo el 10% no utiliza este formato.



*Figura 12.* Considera útil un formato de valoración válido y específico para sus pacientes

Tomado de la información obtenida en la investigación

**Análisis:**

Se observa que el 95% de los profesionales encuestadas consideran útil un formato de valoración válido y específico para el tipo de pacientes que manejan y solo el 5% no lo consideran útil.

Tabla 5.  
Experiencia profesional - Patrones funcionales

			Valora al paciente por patrones funcionales		Total
			si	No	
Años de experiencia profesional	< 1 año	Recuento	2	1	3
		% dentro de Años de experiencia profesional	66,7%	33,3%	100,0%
	1-5 años	Recuento	4	9	13
		% dentro de Años de experiencia profesional	30,8%	69,2%	100,0%
	6-10 años	Recuento	0	1	1
		% dentro de Años de experiencia profesional	0,0%	100,0%	100,0%
	>10 años	Recuento	1	2	3
		% dentro de Años de experiencia profesional	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	7	13	20
		% dentro de Años de experiencia profesional	35,0%	65,0%	100,0%

Tomado de la información obtenida en la investigación

#### Análisis:

Conforme a la información obtenida se puede apreciar que de acuerdo a la experiencia profesional de 1 a 5 años el 69,22% valora al paciente por patrones funcionales. Entre quienes tienen una experiencia menor de 1 año el 66,7% realiza la valoración por patrones funcionales,. Los profesionales con años de experiencia mayor a 10 años tenemos que el 66,7% no valora al paciente por patrones y por último en el grupo de profesionales con experiencia de 6-10 años no valoran por patrones funcionales a sus pacientes.

Tabla 6.  
Experiencia profesional y valoración por necesidades

			Valora al paciente según necesidades		Total
			si	No	
Años de experiencia profesional	< 1 año	Recuento	2	1	3
		% dentro de Años de experiencia profesional	66,7%	33,3%	100,0%
	1-5 años	Recuento	4	9	13
		% dentro de Años de experiencia profesional	30,8%	69,2%	100,0%
	6-10 años	Recuento	0	1	1
		% dentro de Años de experiencia profesional	0,0%	100,0%	100,0%
	>10 años	Recuento	1	2	3
		% dentro de Años de experiencia profesional	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	7	13	20
		% dentro de Años de experiencia profesional	35,0%	65,0%	100,0%

Elaborado por los autores a partir de la información obtenida en la investigación

#### Análisis:

Según los datos obtenidos tenemos que entre los profesionales menores de 1 año el 66,7% valora por necesidades humanas. Los profesionales no valoran por necesidades humanas. Siendo altamente significativo el grupo de 6 a 10 años en el que ninguno de los profesionales valora a sus pacientes mediante necesidades humanas.

Tabla 7.  
Experiencia profesional y valoración por respuestas humanas

			Valora al paciente según respuestas humanas		Total
			si	No	
Años de experiencia profesional	< 1 año	Recuento	2	1	3
		% dentro de Años de experiencia profesional	66,7%	33,3%	100,0%
	1-5 años	Recuento	7	6	13
		% dentro de Años de experiencia profesional	53,8%	46,2%	100,0%
	6-10 años	Recuento	0	1	1
		% dentro de Años de experiencia profesional	0,0%	100,0%	100,0%
	>10 años	Recuento	1	2	3
		% dentro de Años de experiencia profesional	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	10	10	20
		% dentro de Años de experiencia profesional	50,0%	50,0%	100,0%

Tomado de la información obtenida en la investigación

#### Análisis:

En torno a los datos evidenciados se establece que mayoritariamente el grupo de menos de 1 año de experiencia valora a sus pacientes mediante respuestas humanas y corresponde al 66.7% de los encuestados. Mientras el mayor es el número de años de experiencia menos utilizan esta forma de valoración. En el grupo de 6 a 10 años ninguno de los profesionales utiliza la valoración por respuestas humanas.



Tabla 8.  
Años de graduada y valoración por patrones funcionales

Recuento

		Valora al paciente por patrones funcionales		Total
		si	No	
Años de graduada	<1 año	0	1	1
	1-5 años	6	7	13
	6-10 años	0	3	3
	>10 años	1	2	3
Total		7	13	20

Tomado de la información obtenida en la investigación

Análisis:

Se evidencia que el 35% del personal graduado entre 1 a 5 años no realiza la valoración por patrones funcionales, mientras que el 30% si realiza dicha valoración. En cuanto a menores de un año de graduadas el 5% nadie realiza la valoración por patrones funcionales, entre el personas que se graduó hace 6 a 10 años el 15% de igual manera no realiza esta forma de valoración, mientras que los que se graduaron hace mas de 10 años apenas el 5 % valora por patrones funcionales.

Tabla 9.  
*Años de graduada y valoración por patrones funcionales*  
 Recuento

		Valora al paciente según necesidades		Total
		si	no	
Años de graduada	<1 año	0	1	1
	1-5 años	6	7	13
	6-10 años	0	3	3
	>10 años	1	2	3
Total		7	13	20

Tomado de la información obtenida en la investigación

**Análisis:**

La información obtenida refleja que el 35% del personal graduado entre 1 a 5 años no valora al paciente según necesidades y el 30% si lo realiza. El 5% del personal graduado hace menos de 1 año no valora según necesidades, el 15% del personal graduado entre 6 y 10 años no realizan esta valoración y el 10% del personal graduado hace más de 10 años tampoco la realizan, solo el 5% si realizan la valoración según necesidades.

Tabla 10.  
Años de graduada y valoración por respuestas humanas

Recuento

		Valora al paciente según respuestas humanas		Total
		si	no	
Años de graduada	<1 año	0	1	1
	1-5 años	8	5	13
	6-10 años	1	2	3
	>10 años	1	2	3
Total		10	10	20

Tomado de la información obtenida en la investigación

Análisis:

Como se observa el 5% de las personas graduadas hace menos de 1 año no realizan la valoración según respuestas humanas, las graduadas entre 1 a 5 años en un 40% si realizan la valoración por respuestas humanas, mientras que el 25% corresponde a las que no valoran por respuestas humanas, entre las graduadas de 6 a 10 años o mas tenemos que el 5% si realiza la valoración y el 10% no realiza.

#### 4.1. Discusión

El proceso de atención de enfermería es una herramienta metodológica que permite al enfermero direccionar los cuidados orientados a un problema específico que presenta el paciente. En el caso de la atención al paciente politraumatizado el estandarizar un plan de cuidados sería de gran utilidad ya que permitiría que el personal enfermero tenga en mente diagnósticos, objetivos e intervenciones, para favorecer su labor, sin embargo, se puede evidenciar que no es aplicado, además existe desconocimiento de este proceso, según los resultados analizados solo el 35% del total del personal

aplica esta herramienta. En la investigación titulada “Proceso de atención de enfermería” en el área de emergencia del hospital Luis Fernando Martínez Amoroso de la ciudad de Cañar realizada por Bustamante en el 2017, en base a sus resultados se puede evidenciar que la aplicabilidad del proceso de atención de enfermería es nula, debido a la falta de capacitación sobre esta herramienta. (Bustamante, 2017). En consecuencia, en el Hospital Eugenio Espejo ya se ha iniciado con el este proceso a pesar de las dificultades que pueda generar todo proceso de cambio.

La valoración es la primera fase del proceso de atención de enfermería y una de las más importantes, ya que una buena valoración permite identificar los problemas reales y potenciales del paciente en una situación de emergencia, sin embargo, en los resultados obtenidos en nuestra investigación, el método más utilizado es la valoración cefalo-caudal con un 85% de aplicabilidad. En la investigación sobre la “Calidad del cuidado de enfermería” sobre el paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Puquio “Felipe Huamán Poma de Ayala” realizada por Ataucuri en el 2016, tenemos que en sus resultados los profesionales de enfermería aplican de forma mínima la valoración por sistemas. (Ataucuri, 2016).

Los resultados de enfermería (NOC), representan los objetivos que se quieren alcanzar antes de efectuar las intervenciones de enfermería en base a indicadores, pese a esto se evidencia que el 40% del personal de enfermería que elabora en emergencia lo aplica mientras que en el estudio de “Aplicación de la herramienta NANDA, NIC y NOC” dentro del plan de atención de enfermería de los pacientes que se encuentran en la sala de observación y reanimación del servicio de urgencia de la clínica Universidad de la Sabana realizada por Cárdenas en el 2016, solo el 15% del personal aplica esta taxonomía. (Cardenas, 2016)

En base al estudio realizado la herramienta más utilizada en el trabajo diario de enfermería en esta casa de salud es el SOAPIE con una aplicabilidad del 90%.

En base a los resultados nos podemos dar cuenta que en las instituciones de salud pública la aplicabilidad del proceso de atención de enfermería es baja, y quizá se deba a la falta de un formato estándar que permita al personal aplicarlo de manera objetiva en su trabajo diario, ya sea desde estandarizar un tipo de valoración hasta una guía metodológica que lleve el proceso de enfermería encaminado a los problemas que presenta el paciente.

#### **4.2. Conclusiones**

1. Se puede concluir que la aplicabilidad del PAE utilizando las taxonomías por parte del personal de enfermería es baja ya que solo el 35% de este utiliza esta metodología a pesar de ser una política institucional del hospital, debido a que no se disponen de herramientas de registro que permitan desarrollar este proceso de manera rápida.
2. En relación con la etapa de valoración se puede concluir que el método más utilizado para esta fase es el examen físico céfalo caudal con un porcentaje del 85%, siendo este predominante sobre otros métodos de valoración como los patrones funcionales, necesidades y respuestas humanas, esto se debe a que en el área de enfermería no se ha estandarizado un método específico que permita la recolección de datos para la identificación de problemas.
3. El 90% de los profesionales de enfermería realizan reportes basados en el formato SOAPIE, sin embargo, nuestra percepción con el taller que se realizó con el personal fue que a pesar de ser una exigencia institucional, no está cimentado en el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC lo que afecta totalmente la utilidad y calidad del reporte de enfermería.
4. La aplicación de la teoría del autocuidado creado por Dorothea Orem dirigida a la atención del paciente politraumatizado permitió definir y establecer los cuidados dirigidos a suplir las necesidades vitales al momento de la estabilización de este y a la recuperación de la

autonomía del paciente en su propio cuidado durante el tratamiento hasta su egreso.

#### **4.3. Recomendaciones**

En base a las conclusiones se puede recomendar que:

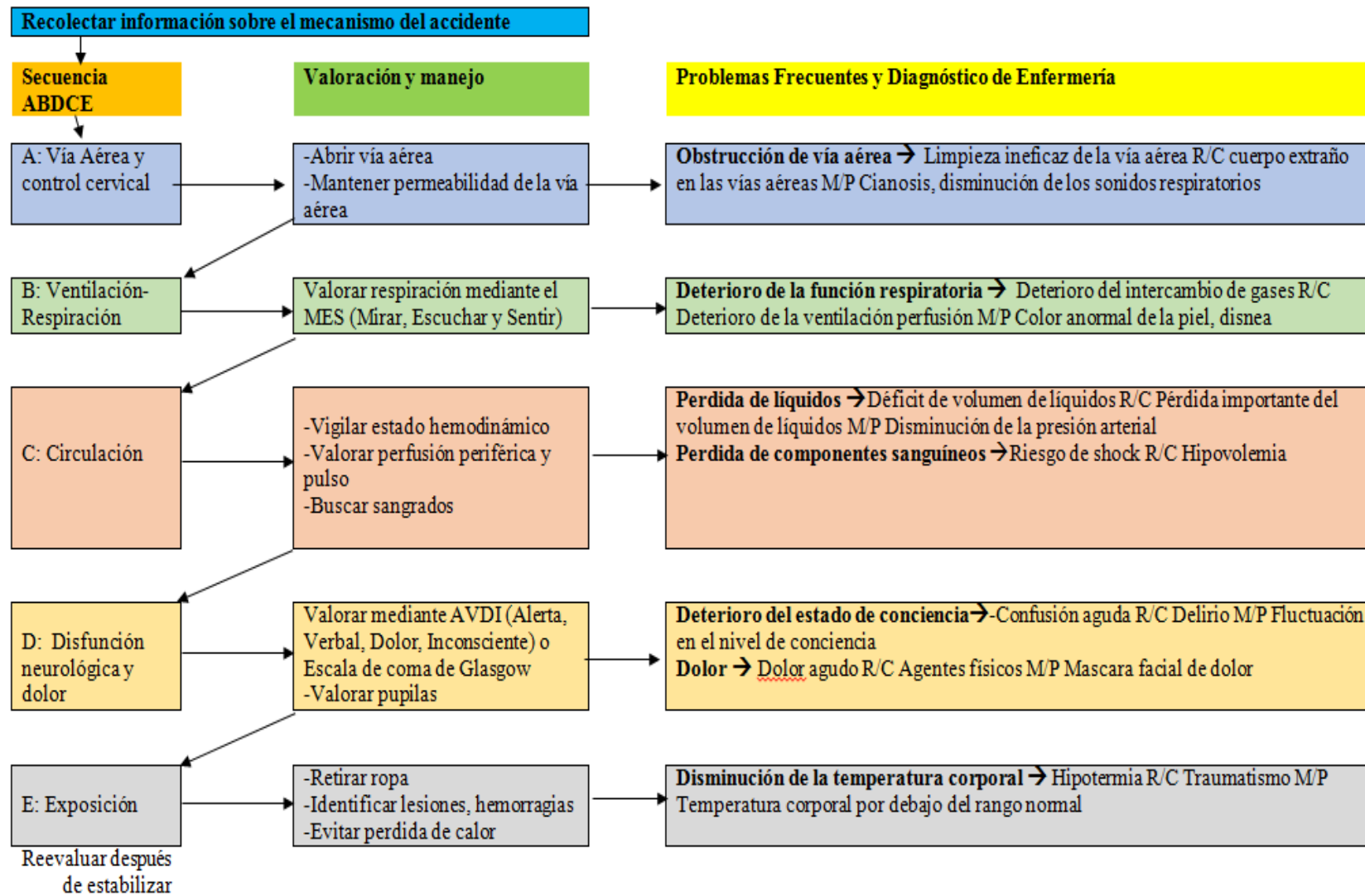
1. Capacitar al personal para estandarizar el Proceso de Atención de Enfermería basado en las taxonomías NANDA, NOC Y NIC como la herramienta básica para la fundamentación científica en la práctica clínica basada en evidencia, a través de la realización de talleres prácticos, seminarios y congresos donde se pueda demostrar con casos clínicos la aplicación de estas taxonomías.
2. El hospital requiere estandarizar los procesos a través de formatos e instrumentos propios para las etapas de valoración, planificación y registro del cuidado de enfermería, por lo cual se debe proponer conjuntamente entre la academia y el personal de enfermería que labora en este hospital el diseño e implementación de dichos formatos a través del intercambio de experiencias y necesidades.
3. Capacitar al personal de enfermería sobre el diseño del SOAPIE basado en las taxonomías NANDA, NOC, NIC, a través de talleres y la facilitación de diagnósticos, resultados e intervenciones de acuerdo a la patología.
4. Se debe capacitar al personal de enfermería sobre la utilización de la teoría del autocuidado debido a la aplicabilidad de ésta en los pacientes politraumatizados, por medio de congresos de socialización donde se abarque la importancia de direccionar los cuidados sobre esta teoría.

### **5. CAPÍTULO V. PROPUESTA**

La investigación realizada en el personal de Enfermería del área de emergencia del Hospital Eugenio Espejo sobre el proceso de atención de enfermería en el paciente poli traumatizado nos permite aportar con el diseño de un algoritmo de atención para enfermería y un plan de cuidados para este tipo de pacientes.

### **5.1 Algoritmo para el cuidado de los pacientes politraumatizados**

Es una secuencia de instrucciones basadas en un modelo específico que ayudan a llegar a una solución en base a un proceso sistemático y organizado bajo el mismo orden.





**ACTIVIDADES DE ENFERMERIA RELACIONADAS AL DIAGNOSTICO ENFERMERO**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.</li> <li>- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.</li> <li>- Insertar una vía aérea oral o nasofaríngea, según corresponda.</li> <li>- Eliminar las secreciones mediante succión.</li> <li>- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>- Realizar la aspiración <u>endotraqueal</u> o <u>nasotraqueal</u>, según corresponda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>- Evaluar el movimiento torácico</li> <li>- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.</li> <li>- Monitorizar los patrones de respiración</li> <li>- Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran</li> <li>- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados</li> <li>- Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar los signos vitales, según corresponda.</li> <li>- Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales</li> <li>- Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen deshidratación.</li> <li>- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos</li> <li>- Administrar líquidos, si está indicado.</li> <li>- Mantener un ritmo adecuado de infusión <u>i.v.</u>, transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.</li> <li>- Llevar un registro preciso de entradas y salidas.</li> <li>- Ayudar en la inserción y extracción de las líneas de monitorización hemodinámica invasiva.</li> <li>- Monitorizar la presión arterial</li> <li>- Monitorizar la perfusión periférica distal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.</li> <li>- Vigilar el nivel de consciencia.</li> <li>- Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, estado de ánimo, afecto y conductas.</li> <li>- Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos, según corresponda.</li> <li>- Monitorizar la presión de perfusión cerebral (PPC).</li> <li>- Valorar escala de coma de Glasgow</li> <li>- Valorar escala de EVA</li> <li>- Realizar cambio de posiciones para aliviar el dolor del paciente</li> <li>- Administrar analgésicos bajo prescripción medica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.</li> <li>- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.</li> <li>- Observar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</li> </ul>	

Figura 13: Algoritmo de Enfermería

## **5.2 Plan de Cuidados**

### **Elaborado por:**

Bryan Francisco Chicaiza Anangono

Yomaira Lizbeth González Benavides

### **Resumen:**

Estandarizar un plan de cuidados aplicado al paciente politraumatizado permitirá que el personal de enfermería tenga un mejor enfoque en cuanto a la atención de emergencia de este tipo de pacientes, para facilitar su labor de cuidado durante la estabilización y recuperación del paciente con politraumatismo, haciendo de su cuidado eficaz, oportuno y de calidad.

### **Introducción:**

El politraumatismo se define como múltiples traumas a nivel sistémico es decir comprende todo tipo de lesiones orgánicas internas o externas y sus consecuencias ya sea a nivel local o general en el organismo, estos traumas o lesiones son causadas por la acción de cualquier tipo de agente vulnerante externo o interno, las cuales exigen una alta demanda terapéutica de tratamiento especializado o específico, es decir para la atención del paciente politraumatizado se requiere que se resuelvan sus problemas de acuerdo al nivel de complejidad de la lesión que comprometen la vida del paciente. (Escalona, Castillo, & Perez, 2017)

El paciente politraumatizado presenta una variedad de problemas que ponen en riesgo la vida o el funcionamiento de un órgano, aparato o sistema, el cual si no se resuelve de manera adecuada se convierte en un problema real que hace que la morbimortalidad del paciente aumente, es por ello que el plan de cuidados estandarizado permitirá que el personal de enfermería centre sus cuidados en diagnósticos basados en los problemas frecuentes que presenta el paciente en esta situación, para así poder direccionar las intervenciones de manera específica para ayudar a disminuir la mortalidad del paciente y a la vez las secuelas que deja este tipo de evento.

## **Etapas Del Proceso De Atención De Enfermería En El Paciente Politraumatizado**

### **1. Valoración y Fase Diagnóstica:**

Durante la etapa de valoración los enfermeros recogen los datos del paciente para identificar los problemas reales y de riesgo del paciente, para luego procesar estos datos y clasificarlos de manera organizada durante la etapa diagnóstica. La valoración permite mejorar la oportunidad de conocer los diversos problemas para establecer una relación terapéutica eficaz para el cuidado del paciente. Después de la valoración y organización de datos de acuerdo a la prioridad se establecen diagnósticos enfermeros los cuales guiarán las intervenciones de enfermería los cuales permitirán focalizar los cuidados para lograr un tratamiento eficaz y oportuno. (NANDA, 2015)

**Obstrucción de vía aérea:** que se evidencia con: cambios en la frecuencia respiratoria, cambios en el ritmo respiratorio, cianosis, disminución de los sonidos respiratorios, dificultad para vocalizar, disnea, agitación

**Deterioro de la función respiratoria:** que se evidencia con: alteración en la profundidad respiratoria, alteración de los movimientos torácicos, aleteo nasal, alteración de los movimientos torácicos, disnea, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

**Perdida de líquidos y componentes sanguíneos:** que se evidencia con: disminución de la presión arterial, sequedad de piel y mucosas, disminución de la presión de pulso, disminución de volumen del pulso, disminución de la turgencia de la piel, aumento de la frecuencia de pulso.

**Deterioro del estado de conciencia:** se evidencia con fluctuación en el nivel de conciencia, alucinaciones, agitación creciente.

**Disminución de la temperatura corporal:** se evidencia con temperatura menor a 35°C, pulso débil, alteración del estado de conciencia, frialdad de piel, cianosis de lechos ungueales, escalofríos, enlentecimiento del llenado capilar.

## 2. Resultados NOC:

Es lo que se va a proponer para cada problema identificado en la fase diagnóstica, estos resultados nos ayudaran a dirigir los cuidados e identificar lo que se prevé conseguir, cómo y cuándo. Para poder elegir el resultado adecuado para el paciente se debe tomar en cuenta el tipo de problema de salud, los diagnósticos médicos y enfermeros, las características del paciente, los recursos disponibles, las preferencias del paciente y el tratamiento potencial. Además, deben cumplir con características como: ser alcanzables y fáciles de ser cumplidos, ser fáciles de medir, ser específicos. (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2014)

Diagnósticos Enfermeros	NOC
<p><b>Dominio:</b> 11 seguridad y protección</p> <p><b>Clase:</b> 2 lesión física</p> <p><b>Código:</b> (00031)</p> <p>Limpieza ineficaz de la vía aérea</p> <p><b>Factores relacionados:</b> cuerpo extraño en las vías aéreas, mucosidad excesiva</p> <p><b>Características definitorias:</b> cambios en la frecuencia, ritmo respiratorio.</p>	<p>Dominio: II salud fisiológica</p> <p>Clase: E cardiopulmonar</p> <p>Resultado: 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</p> <p>Indicadores: Frecuencia respiratoria 041004 Ritmo respiratorio 041005 Capacidad para eliminar secreciones 041012</p> <p>Pág.373</p>
<p><b>Dominio:</b> 11 seguridad y protección</p> <p><b>Clase:</b> 2 lesión física</p> <p><b>Código:</b> (00039)</p> <p>Riesgo de aspiración</p> <p><b>Factores relacionados:</b> disminución del nivel de conciencia</p>	<p>Dominio: II salud fisiológica</p> <p>Clase: E cardiopulmonar</p> <p>Resultado: 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</p> <p>Indicadores: Capacidad para eliminar secreciones</p>

	<p>041012</p> <p>Asfixia 041003</p> <p>Acumulación de esputo 041020</p> <p>Pág. 373</p>
<p><b>Dominio:</b> 4 actividad y reposo</p> <p><b>Clases:</b> 4 respuestas cardiovasculares y pulmonares</p> <p><b>Código:</b> (00032)</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz</p> <p><b>Características definitorias:</b> Uso de los músculos accesorios para respirar, alteraciones en la profundidad respiratoria, alteración de los movimientos torácicos.</p> <p><b>Factores relacionados:</b> deterioro musculo- esquelético y dolor</p>	<p>Dominio: II salud fisiológica</p> <p>Clase: E cardiopulmonar</p> <p>Resultado: 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</p> <p>Indicadores: Uso de músculos accesorios 041018 Frecuencia respiratoria 041004</p> <p>Pág. 373</p>
<p><b>Dominio:</b> 4 actividad y reposo</p> <p><b>Clases:</b> 4 respuestas cardiovasculares y pulmonares</p> <p><b>Código:</b> (00033)</p> <p>Deterioro de la ventilación espontanea</p> <p><b>Características definitorias:</b> uso creciente de los músculos accesorios.</p> <p><b>Factores relacionados:</b> fatiga de los músculos respiratorios</p>	<p>Dominio: II salud fisiológica</p> <p>Clase: E cardiopulmonar</p> <p>Resultado: estado respiratorio: ventilación 0403</p> <p>Indicadores: Utilización de los músculos accesorios 040309</p> <p>Pág. 374</p>
<p><b>Dominio:</b> 3 eliminación e intercambio</p> <p><b>Clases:</b> 4 función respiratoria</p> <p><b>Código:</b> (00030)</p>	<p>Dominio: II salud fisiológica</p> <p>Clase: E cardiopulmonar</p> <p>Resultado: estado respiratorio: ventilación 0403</p>

<p>Deterioro del intercambio de gases</p> <p><b>Características definitorias:</b> respiración anormal y disnea.</p> <p><b>Factores relacionados:</b> deterioro de la ventilación perfusión</p>	<p>Indicadores:</p> <p>Frecuencia respiratoria 040301</p> <p>Ritmo respiratorio 040302</p> <p>Disnea de esfuerzo 040314</p>
<p><b>Dominio:</b> 2 nutrición</p> <p><b>Clase:</b> 5 hidratación</p> <p><b>Código:</b> (00027)</p> <p>Déficit de volumen de líquidos</p> <p><b>Características definitorias:</b> sequedad de piel y mucosas, disminución de la turgencia de la piel.</p> <p><b>Factores relacionados:</b> pérdida importante del volumen de líquidos</p>	<p>Dominio: II salud fisiológica</p> <p>Clase: L integridad tisular</p> <p>Resultado: integridad tisular: piel y mucosas 1101</p> <p>Indicadores:</p> <p>Elasticidad 110103</p> <p>Integridad de la piel 110113</p>
<p><b>Dominio:</b> 5 percepción cognición</p> <p><b>Clase:</b> 4 cognición</p> <p><b>Código:</b> (00128)</p> <p>Confusión aguda</p> <p><b>Características definitorias:</b> fluctuación en el nivel de conciencia.</p> <p><b>Factores relacionados:</b> Delirio</p>	<p>Dominio: II salud fisiológica</p> <p>Clase: J neurocognitiva</p> <p>Resultados: nivel de delirio 0916</p> <p>Indicadores:</p> <p>Desorientación temporal 091601</p> <p>Verbalizaciones sin sentido 091612</p> <p>Alteración del nivel de conciencia 091613</p>
<p><b>Dominio:</b> 11 seguridad protección</p> <p><b>Clase:</b> 6 termorregulación</p> <p><b>Código:</b> (00006)</p> <p>Hipotermia</p> <p><b>Características definitorias:</b> temperatura corporal por debajo del rango normal, frialdad de piel, cianosis de lechos ungueales,</p>	<p>Dominio: II salud fisiológica</p> <p>Clase: J regulación metabólica</p> <p>Resultado: termorregulación 0800</p> <p>Indicadores:</p> <p>Disminución de la temperatura cutánea 080018</p> <p>Hipotermia 080020</p> <p>Cianosis</p>

palidez <b>Factores relacionados:</b> traumatismo	
---	--

Tomado de NANDA 2015

### 3. Intervenciones NIC:

Las intervenciones de enfermería nos permiten planificar los cuidados, de estas intervenciones derivan las actividades las cuales son acciones específicas que se llevan a cabo las intervenciones para llegar al resultado esperado, las intervenciones enfermeras se derivan en resumen en acciones específicas, es decir para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades. (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2014)

- 1) **Diagnóstico Enfermero:** Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con cuerpo extraño en las vías aéreas manifestado por disnea

**Campo:** fisiológico complejo

**Clase:** k control respiratorio

**Código:** (3140)

**Intervención:** Manejo de la vía aérea

- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.
- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.
- Insertar una vía aérea oral o nasofaríngea, según corresponda.
- Eliminar las secreciones mediante succión.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, según corresponda.

2) **Diagnóstico Enfermero:** Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con mucosidad excesiva manifestado por cambios en la frecuencia, ritmo respiratorio.

**Campo:** fisiológico básico

**Clase:** E fomento de la comodidad física

**Código:** (1570)

**Intervención:** Aspiración de la vía aérea

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Insertar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal, según corresponda.
- Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada.
- Hiperinsuflar con niveles de volumen corriente ajustados al tamaño del paciente, según corresponda.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía o vía aérea del paciente.
- Utilizar la mínima cantidad de aspiración, cuando se utilice un aspirador de pared, para extraer las secreciones (80-120 mmHg para los adultos).
- Monitorizar la presencia de dolor.
- Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO<sub>2</sub> y SvO<sub>2</sub>), estado neurológico (p. ej., nivel de conciencia, PIC, presión de perfusión cerebral [PPC]) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones.



**3) Diagnóstico:** Riesgo de aspiración relacionado con disminución del nivel de conciencia

**Campo:** 4 seguridad

**Clase:** V control de riesgos

**Código:** (3200)

**Intervención:** Precauciones para evitar la aspiración

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
- Mantener una vía aérea.
- Minimizar el uso de narcóticos y sedantes.
- Controlar el estado pulmonar.
- Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.

**4) Diagnóstico:** Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por uso creciente de los músculos accesorios.

**Campo:** fisiológico complejo

**Clase:** k control respiratorio

**Código:** (3320)

**Intervención:** Oxigenoterapia

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría arterial), según corresponda.

- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.

**5) Diagnóstico:** Deterioro del intercambio de gases relacionado con deterioro de la ventilación perfusión manifestado por respiración anormal y disnea.

**Campo:** 2 fisiológico complejo

**Clase:** K control respiratorio

**Código:** (3350)

**Intervención:** Monitorización respiratoria

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.
- Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atáxicos.
- Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran
- Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados (p. ej. SaO<sub>2</sub>, SvO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub>) siguiendo las normas del centro y según esté indicado.
- Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos (p. ej., dispositivos en el dedo, nariz, o frente), con sistemas de alarma.
- Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran

**6) Diagnóstico:** Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida importante del volumen de líquidos manifestado por sequedad de piel y mucosas, disminución de la turgencia de la piel.

**Campo:** 2 fisiológico complejo

**Clase:** k control de la perfusión tisular

**Código:** (3140)

**Intervención:** Manejo de líquidos/electrolitos

- Observar si los niveles de electrólitos en suero son anormales, si existe disponibilidad.
- Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/ hundidos, respiración rápida y superficial).
- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrólitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Mantener un ritmo adecuado de infusión i.v., transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.
- Asegurarse de que la solución i.v. que contenga electrólitos se administra a un ritmo constante, según corresponda.
- Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolaridad sérica y gravedad específica de la orina).
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
- Vigilar los signos vitales, según corresponda.
- Corregir la deshidratación preoperatoria, si es el caso.
- Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrólitos prescrita.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico.
- Administrar el suplemento de electrólitos prescrito, según corresponda.

7) **Diagnóstico:** Confusión aguda relacionado con delirio manifestado por fluctuación en el nivel de conciencia.

**Campo:** 1 fisiológico básico

**Clase:** I control neurológico

**Código:** (2620)

**Intervención:** Monitorización neurológica

- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.
- Vigilar el nivel de consciencia.
- Comprobar el nivel de orientación.
- Vigilar las tendencias de la Escala de Coma de Glasgow.
- Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, estado de ánimo, afecto y conductas.
- Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones.
- Comprobar el estado respiratorio: gasometría arterial, pulsioximetría, profundidad, patrón, frecuencia y esfuerzo.
- Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos, según corresponda.
- Monitorizar la presión intracraneal (PIC) y la presión de perfusión cerebral (PPC).
- Vigilar el reflejo corneal.
- Comprobar el reflejo tusígeno y nauseoso.
- Explorar el tono muscular, el movimiento motor, la marcha y la propiocepción.
- Observar si hay desvío pronador.
- Vigilar la respuesta de Babinski.

8) **Diagnóstico:** Hipotermia relacionada con traumatismo manifestado por temperatura corporal por debajo del rango normal, frialdad de piel, cianosis de lechos inguinales, palidez

**Campo:** 2 fisiológico complejo

**Clase:** M termorregulación

**Código:** (3900)

**Intervención:** Regulación de la temperatura

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.
- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

9) **Diagnóstico:** Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro cognitivo manifestado por disminución del tiempo de reacción.

**Campo:** fisiológico básico

**Clase:** C control de la inmovilidad

**Código:** (0940)

**Intervención:** Cuidados de inmovilización

- Monitorizar la circulación (p. ej., pulso, relleno capilar, y sensibilidad) en la parte corporal lesionada
- Monitorizar la movilidad en la zona distal a la lesión.
- Monitorizar la presencia de hemorragia en la zona de lesión.
- Cubrir las heridas abiertas con un apósito y controlar la hemorragia antes de aplicar una férula.
- Minimizar el movimiento del paciente, sobre todo de la parte corporal lesionada.
- Almohadillar las férulas rígidas.
- Inmovilizar las articulaciones proximal y distal al punto de la lesión.
- Apoyar los pies con una tabla específica.
- Colocar la mano o muñeca lesionada en posición funcional.

10) **Diagnóstico:** Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con lesión traumática.

**Campo:** fisiológico complejo

**Clase:** N control de la perfusión tisular

**Código:** (4070)

**Intervención:** Precauciones circulatorias

- No iniciar una infusión IV ni extraer sangre en la extremidad afectada.
- No medir la presión arterial en la extremidad afectada.
- No aplicar presión ni realizar torniquetes en la extremidad afectada.
- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
- Evitar lesiones en la zona afectada
- Evitar infecciones de las heridas.
- Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad, así como índice tobillo-brazo, si está indicado).

11) **Diagnóstico:** Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección manifestado por arritmias.

**Campo:** 4 seguridad

**Clase:** U control en casos de crisis

**Código:** (6320)

**Intervención:** Reanimación Cardiopulmonar

- Pedir ayuda si la respiración es nula o ausente y no hay respuesta.
- Dar el aviso de parada cardiorrespiratoria según los protocolos del centro.
- Obtener el desfibrilador externo automático (DEA).
- Conectar el DEA y llevar a cabo las acciones especificadas.
- Garantizar una desfibrilación rápida, si procede.

- Realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP) centrada en las compresiones torácicas en los adultos y en las compresiones con esfuerzos respiratorios en los niños, según corresponda.
- Iniciar 30 compresiones torácicas con una frecuencia y profundidad especificadas, permitiendo una recuperación completa del tórax entre las compresiones, minimizando las interrupciones en las compresiones y evitando una ventilación excesiva.
- Asegurarse de que la vía aérea del paciente está abierta.
- Proporcionar dos respiraciones de reanimación tras haber completado las primeras 30 compresiones torácicas.
- Minimizar el intervalo entre la interrupción de las compresiones torácicas y la aplicación de la descarga, si está indicado.
- Adaptar las acciones de reanimación a la causa más probable de la parada (p. ej., parada cardíaca o respiratoria).
- Monitorizar la calidad de la RCP que se aplica.
- Monitorizar la respuesta del paciente a los esfuerzos de reanimación.
- Utilizar la maniobra de inclinación de la cabeza o de pulsión mandibular para mantener una vía aérea.
- Limpiar las secreciones bucales, nasales y traqueales cuando sea posible y sin interferir con las compresiones torácicas.
- Administrar ventilación manual cuando sea posible y sin interferir con las compresiones torácicas, según corresponda.
- Pedir asistencia médica.
- Conectar al paciente a un monitor de electrocardiograma (ECG), si se precisa, cuando se haya completado la desfibrilación.
- Canalizar una vía i.v. y administrar líquidos i.v., según se indique.
- Comprobar que el equipo electrónico funciona correctamente.
- Proporcionar un equipo de reserva.
- Proporcionar las medicaciones adecuadas.
- Conectar un monitor cardíaco o de apnea.
- Realizar un ECG.

- Interpretar el ECG y aplicar cardioversión o desfibrilación si se precisa.

12) **Diagnóstico:** Riesgo de shock relacionado con hipotensión

**Campo:** 2 fisiológico complejo

**Clase:** N control de la perfusión tisular

**Código:** (4210)

**Intervención:** Monitorización hemodinámica

- Ayudar en la inserción y extracción de las líneas de monitorización hemodinámica invasiva.
- Ayudar con la prueba de Allen para la evaluación de la circulación cubital colateral antes de la canalización de la arteria radial, si es adecuado.
- Monitorizar la frecuencia y ritmo cardíacos.
- Poner a cero y calibrar el equipo cada 4-12 horas, según corresponda, con el transductor a nivel de la aurícula derecha.
- Monitorizar la presión arterial (sistólica, diastólica y media), presión venosa central/auricular derecha, presión de arteria pulmonar (sistólica, diastólica y media) y la presión capilar/de enclavamiento de la arteria pulmonar.
- Monitorizar las ondas hemodinámicas para ver si hay cambios de la función cardiovascular.
- Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signos y síntomas clínicos.
- Utilizar un equipo de monitorización de gasto cardíaco de sistema cerrado.
- Obtener el gasto cardíaco mediante la administración de una solución inyectada en 4 segundos, realizando la media de las tres inyecciones que difieran menos de 11 entre sí.
- Monitorizar las ondas de la presión de la arteria pulmonar y arterial sistémica; si se observa una atenuación de la onda, comprobar si hay acodamientos o burbujas de aire en los tubos, verificar las



conexiones, aspirar los coágulos de la punta del catéter, irrigar suavemente el sistema o ayudar a recolocar el catéter.

- Documentar las ondas de presión de la arteria pulmonar y arterial sistémica.
- Monitorizar la perfusión periférica distal al sitio de inserción del catéter cada 4 horas o según corresponda.
- Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.
- Observar si se produce un avance del catéter pulmonar que cause un enclavamiento espontáneo, y notificárselo al médico.
- Abstenerse de inflar el balón con mayor frecuencia que cada 1-2 horas, o cuando sea apropiado.

13) **Diagnóstico:** Deterioro de la integridad tisular relacionado con factores mecánicos manifestado por destrucción tisular.

**Clase:** L control de la piel / heridas

**Código:** (3660)

**Intervención:** Cuidados de las heridas

- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Medir el lecho de la herida, según corresponda.
- Extraer el material incrustado (astilla, cristal, grava, metal), según sea necesario.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.
- Reforzar el apósito, si es necesario.
- Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.

- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar de manera que se evite la tensión sobre la herida, según corresponda.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, según corresponda.

**14) Diagnóstico:** déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por disminución de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca y disminución del llenado venoso.

**Campo:** 2 fisiológico complejo

**Clase:** N control de la perfusión tisular

**Código:** (4140)

**Intervención:** Reposición de líquidos

- Obtener y mantener un acceso i.v. de gran calibre.
- Colaborar con los médicos para asegurar la administración tanto de cristaloides (suero salino fisiológico y lactato Ringer) como coloides (fracción proteica plasmática), según corresponda.
- Administrar líquidos i.v., según prescripción.
- Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas, según corresponda.
- Administrar hemoderivados, según prescripción.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica.
- Monitorizar el estado de oxigenación.
- Observar si hay sobrecarga de líquidos.
- Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales (orina, drenaje nasogástrico y tubo torácico).

**15) Diagnóstico:** Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con traumatismo cerebral

**Campo:** 1 fisiológico básico

**Clase:** I control neurológico

**Código:** (2590)

**Intervención:** Monitorización de la presión intracraneal (PIC)

- Informar al paciente y a la familia/allegados.
- Calibrar el transductor.
- Nivelar el transductor externo respecto a un punto de referencia anatómico constante.
- Cebado el sistema de lavado, según corresponda.
- Ajustar las alarmas del monitor.
- Registrar las lecturas de presión de la PIC.
- Controlar la calidad y características de la onda de PIC.
- Vigilar la presión de perfusión cerebral.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Monitorizar la respuesta neurológica y de la PIC del paciente a las actividades de cuidados y estímulos ambientales.
- Monitorizar la cantidad/frecuencia y características del drenaje del líquido cefalorraquídeo (LCR).
- Mantener la posición de la cámara de recogida de LCR, según prescripción.
- Monitorizar los ingresos y las pérdidas.
- Evitar el desplazamiento del dispositivo.
- Mantener la esterilidad del sistema de monitorización.
- Obtener muestras del drenaje de LCR, según corresponda.
- Monitorizar la temperatura y el recuento de leucocitos.
- Comprobar si el paciente desarrolla rigidez de nuca.
- Administrar antibióticos.
- Colocar al paciente con la cabeza y con el cuello en posición neutra evitando la flexión extrema de la cadera.
- Ajustar el cabecero de la cama para optimizar la perfusión cerebral

#### 4. EVALUACION:

Con las intervenciones planteadas relacionadas a los resultados diagnósticos de enfermería se espera que el paciente mejore su estado fisiológico ya sea durante la evaluación primaria, evaluación secundaria o el tratamiento definitivo.

## REFERENCIAS

- Alberdi, F., Garcia, I., & Atuxta, L. (2014). *Medicina Intensiva*. Recuperado el 24 de 07 de 2018, de Medicina Intensiva: <http://www.medintensiva.org/es/epidemiologia-del-trauma-grave/articulo/S0210569114001806/>
- Arroyo, E . (2015). Contusion Miocardica. *Revista Medica de Costa Rica y Centro America LLXI*, 638-639.
- Ataucuri, B. (2016). *Universidad Autonoma DEICA* . Obtenido de <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/159/1/BRENDA%20ERIKA%20ATAUCURI%20LINARES-CUIDADOS%20ENFERMERIA%20PACIENTE%20POLITRAUMATIZADO.pdf>
- ATLS. (2018). *ATLS*. Chicago: American College of Surgeons.
- Aviña, J., Mondragon, M., & Gaytan, A. (2015). Guia de diagnostico y tratamiento para el manejo del paciente politraumatizado. En J. Aviña, *Guia de diagnostico y tratamiento para el manejo del paciente politraumatizado* (pág. 97). Mexico DF: A. Lfil .
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2014). *Clasificacion de Intervenciones de Enfermeria NIC*. Barcelona : Elsevier.
- Bustamante, L. (2017). *Univeridad Catolica de Cuenca*. Obtenido de [http://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killkana\\_salud/article/view/21/35](http://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killkana_salud/article/view/21/35)
- Cardenas, J. G. (2016). *Universidad de la Sabana*. Obtenido de <https://intellectum.unisabana.edu.co/flexpaper/handle/10818/33896/TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ceballos, J., & Pérez, D. (2017). *Cirugía del paciente politraumatizado*. Madrid: Aran.
- Cisneros, F. (2015). *PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE)*. Obtenido de PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA (PAE): <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

- Constituyente, A. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
- Ecuador, M. d. (2013). *Hospital de Especialidades Eugenio Espejo*. Obtenido de <http://hee.gob.ec/>
- Enriquez, O. (2015). Imagenología en Trauma. *Revista Medica Clinica Condes*, 68-69.
- Escalona, J., Castillo, R., & Perez, J. (2017). *Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado*. Obtenido de *Revista Cubana De Medicina Militar*: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572017000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572017000200008)
- Estenssoro, E., & Debin, A. (2016). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v76n4/v76n4a08.pdf>
- Fernandez, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico DF: McGraw-Hill.
- FUDEM. (2015). *FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA*. Obtenido de INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC.
- Garcia, A. (2016). *Coagulopatía Asociada al Trauma*. Recuperado el 26 de 07 de 2018, de Encolombia: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-111/coagulopatiaasociada/>
- Herdman, T. (2014). *Diagnosticos Enfermeros*. Barcelona: ELSEVIER.
- Hermadez, Y., & Concepcion, J. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Medica Espirituana*. Obtenido de <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>
- INEC. (2016). *Estadísticas Vitales*. Recuperado el 24 de 07 de 2018, de INEC: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2016/Presentacion\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2016.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf)
- Jiménez, L., & Montero, J. (2014). *Medicina de Urgencias y Emergencias*. Barcelona: ElSevier.

- Llompарт-Pou, J., Talayero, M., & Homar, J. (2015). Fallo multiorgánico en el paciente con trauma grave. *Medicina Intensiva*. doi:10.1016/j.medin.2015.05.004
- Martin, J. (2015). *Paciente politraumatizado*. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1504&sectionid=95158237>
- Martinez, A., & Borrueal, J. (2014). *Hospital Obispo Polanco*. Recuperado el 28 de 08 de 2018, de Atención al Paciente Politraumatizado: <https://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosarioprl/fichas/pdf/20.ATENCIONALPOLITRAUMATIZADO.pdf>
- Mateu, J. (02 de 06 de 2016). El trauma "Una enfermedad que se puede prevenir". *La Voz*. Obtenido de <http://www.lavoz.com.ar/salud/el-trauma-una-enfermedad-que-se-puede-prevenir>
- Moorhead, S. J. (2014). *clasificacion de resultados de enfermeria*. Barcelona: DRK.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- MSP. (2013). *Hospital de Especialidades Eugenio Espejo*. Obtenido de <http://hee.gob.ec/>
- NANDA. (2015). *Diagnosticos Enfermeros*. Barcelona: Elsevier.
- Nieto, J., Vega, J., & Serna, L. (2016). *Insuficiencia renal aguda inducida por rhabdomiólisis*. Recuperado el 26 de 07 de 2018, de Scielo: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v29n2/v29n2a05.pdf>
- Nieves, H. U. (2015). *Actuación de Enfermería en Urgencias*. Granada: HUVN.
- Oceano, G. (2016). *Manual de la Enfería*. Barcelona: Editorial Oceano .
- Ottolino, P. (2017). *Manejo integral del paciente politraumatizado*. Bogota: Editorial Medica PANAMERICANA.
- PHTLS. (2014). *Soporte Vital Básico y Avanzado en el Trauma Prehospitalario*. Mexico D.F: Intersistemas S.A.
- Prado, L., Gonzales, M., & Paz, N. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *SciELO*. Recuperado el 03 de 09 de 2018, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)

Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). *La teoría deficit de autocuidado: Doroteam Orem punto de partida para la calidad de atención*. Obtenido de Scielo: [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)

Raile, M. (2015). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Barcelona: ElSevier.

Salud, L. O. (2006). *Toda una vida*. Obtenido de [https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf)

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2014). *Enfermería medicoquirúrgica*. Barcelona: Wolters Kluwer.

Soto, I., Miranda, L., & Cruz, M. (2015). *Manual de Enfermería en Atención de Urgencia*. Providencia: Mediterráneo.

Wilkilson, J. (2016). *Manual de diagnósticos de enfermería*. Mexico: Pearson Educación .



## **ANEXOS**

# Anexo 1: aprobación del proyecto

## APROBACIÓN PLAN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombres Completos:	Yomaira Lizbeth
Apellidos Completos:	González Benavides
Documento de identificación:	1723792717
Número de Matrícula:	713497
Carrera y Código UDLA:	Enfermería - 711

En caso de ser un trabajo en equipo, cada estudiante deberá presentar 1 formulario individual

### INFORMACIÓN DEL DOCENTE GUÍA

Nombres Completos:	Rosa del Pilar
Apellidos Completos:	López Ruales
Documento de identificación:	1001569217

### INFORMACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del trabajo de titulación:	Diseño del plan de cuidados y algoritmo para la atención de enfermería a pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia en un Hospital de Quito, agosto-febrero, 2018	
Fecha de Aprobación del Plan de Titulación:	Septiembre del 2018	
 Aprobación Nombre y Firma Decano	 Aceptación Nombre y Firma Profesor Guía	
 Aprobación Nombre y Firma Director / Coordinador	 Firma Estudiante	

### SECRETARÍA ACADÉMICA

Responsable de Registro: \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD  
DE LAS AMÉRICAS

## APROBACIÓN PLAN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

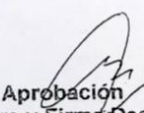
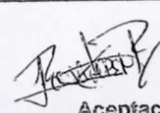
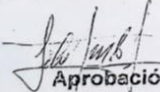

Nombres Completos:	Bryan Francisco
Apellidos Completos:	Chicaiza Anangona
Documento de identificación:	1003963798
Número de Matrícula:	714628
Carrera y Código UDLA:	Enfermería - 711

En caso de ser un trabajo en equipo, cada estudiante deberá presentar 1 formulario individual

### INFORMACIÓN DEL DOCENTE GUÍA

Nombres Completos:	Rosa del Pilar
Apellidos Completos:	López Ruales
Documento de identificación:	1001569217

### INFORMACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del trabajo de titulación:	Diseño del plan de cuidados y algoritmo para la atención de enfermería a pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia en un Hospital de Quito, agosto-febrero, 2018	
Fecha de Aprobación del Plan de Titulación:	Septiembre del 2018	
 <b>Aprobación</b> Nombre y Firma Decano	 <b>Aceptación</b> Nombre y Firma Profesor Guía	
 <b>Aprobación</b> Nombre y Firma Director / Coordinador	 <b>Firma Estudiante</b>	

### SECRETARÍA ACADÉMICA

Responsable de Registro: \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_

## Anexo 2: Certificado de aplicación

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO



Quito, 04 de enero de 2019

### CERTIFICADO

Por la presente certifico que los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas con la supervisión de las docentes de la Carrera: Msc. Rosa López y Esp. Verónica Castro y la supervisión de Msc. Nelly Bastidas Moreno como Coordinadora de las IV Jornadas de Actualización en Enfermería, el día 14 de noviembre de 2018 aplicaron una encuesta sobre la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, así como, participaron en el taller de validación de un instrumento para valorar al paciente a través de la taxonomía NANDA, NOC, NIC a los y los profesionales de Enfermería del Hospital Eugenio Espejo.

Los estudiantes que realizaron esta actividad como parte de su proyecto de tesis son los siguientes:

Blanca Isabel Pillajo Cholango, Bryan Chicaiza Anangono, Carla Becerra Punguil, Carmen Carrera Landeta, Cecilia Carrión Carrión, Cynthia Jiménez Chiles, Daniela Castro Salazar, Evelyn Montero Agualema, Gabriela Parra Martínez, Jazmín Gualoto Andrango, Carla Changoluisa Paredes, Carla Pozo Rosero, Luz Belén Moreno Albán, Pamela Mera Ortiz, Yesenia Cando Saquinga, Yomaira González Benavides.  
Es todo cuanto puedo certificar.

Atentamente,

Lic. Nelly Bastidas M.  
ENFERMERA  
COD. MDS-73 (800) 1000

Lic. Nelly Bastidas M.  
Líder de Enfermería  
Neurología Clínica

## **Anexo 3: Consentimiento informado**

### **Introducción**

Soy estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas, Este documento busca ofrecerle información sobre nuestro tema de tesis e invitarle a participar voluntariamente en la siguiente investigación:

PLAN DE CUIDADOS Y ALGORITMO PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DESDE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO, HOSPITAL “EUGENIO ESPEJO”, 2019

**Propósito:** el Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta que utiliza el profesional de Enfermería para planificar, evaluar y registrar su cuidado a personas y colectivos, que se fortalece con la base epistemológica que le proporciona un modelo teórico. Esta investigación busca identificar el nivel de conocimiento y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en el Hospital Eugenio Espejo.

**Tipo de Intervención de Investigación:** es una investigación de diseño cuali-cuantitativo, descriptivo y transversal.

**Selección de participantes.** Los participantes han sido seleccionados al azar, teniendo como único requisito de inclusión tener una relación laboral con el hospital Eugenio Espejo y ser parte del personal de enfermería.

**Procedimientos y Protocolo:** se aplicará la siguiente encuesta, por una sola ocasión, sus resultados son confidenciales, utilizados únicamente para esta investigación y estarán a su disposición cuando lo requiera. Su participación es totalmente voluntaria. En consecuencia, tiene usted la posibilidad de negarse a contestar, pero asumimos que si contesta la encuesta está totalmente de acuerdo con su aplicación.

**Por favor llene la siguiente información:**

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Anexo 4: Operacionalización de variables. Matriz de operacionalización de variables**

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Proceso de Atención de Enfermería	Método científico que permite que la atención hacia los pacientes sea estructurada, sistemática y homogénea, lo que deriva en la creación de planes de cuidado para responder a las necesidades	<p>Valoración</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Planificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valora con el formato PAE</li> <li>- Aplica la valoración céfalo-caudal</li> <li>- La valoración le permite establecer cuidados de enfermería centrados en las necesidades del paciente</li> <li>- Realiza diagnósticos de</li> </ul>	<p>Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Muy pocas veces</p> <p>Nunca</p>

	de los pacientes	Ejecución	<p>enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cree usted que es útil la elaboración de los diagnósticos de enfermería</li> <li>– Para la elaboración de los diagnósticos de enfermería utiliza el formato PES</li> </ul>	
		Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plantea resultados para el cuidado</li> <li>– A logrado cumplir los resultados que se ha propuesto en base a los diagnósticos de enfermería</li> <li>– Cuando usted propone un resultado se basa en los indicadores</li> <li>– Realiza las actividades relacionadas al</li> </ul>	

			<p>resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioriza las intervenciones de acuerdo a la necesidad del paciente</li> <li>- Las intervenciones que realiza se encuentra estandarizadas</li> <li>- Revalúa al paciente después las intervenciones aplicadas</li> <li>- Hace al paciente participe de la evaluación de enfermería</li> <li>- Se han presentado problemas durante la evaluación del PAE</li> </ul>	
Teorizante	Describe, establece y examina los fenómenos que	Conocimiento	-Cuál de las siguientes teorías se relaciona con el paciente politraumatizado	Déficit de autocuidado Confort Final tranquilo de



	conforman la práctica de la enfermería general.	Aplicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considera útil la aplicación de las teorías déficit de autocuidado y confort en la atención del paciente politraumatizado</li> <li>- La teorizante del déficit de autocuidado ayuda a cubrir las necesidades del paciente politraumatizado</li> <li>- Cree necesaria la aplicación de teorizantes en la atención del paciente politraumatizado</li> <li>- Cual o cuales teorizantes aplica en la atención del paciente politraumatizado</li> <li>- Cree usted que la aplicación de las teorizantes de enfermería ayudarían a</li> </ul>	<p>la vida</p> <p>Relación paciente enfermero</p> <p>SI</p> <p>NO</p>
--	---	------------	--	---

			definir las intervenciones	
Politraumatismo	Síndrome de lesiones múltiples que sobrepasan una gravedad definida, con reacciones sistémicas, traumáticas, secuenciales, que pueden conducir a una disfunción o falla de órganos y sistemas que no han sido lesionados directamente	<p>Incidencia</p> <p>Edad</p> <p>Genero</p> <p>Causas</p> <p>Valoración</p> <p>Protocolos o guías</p>	<p>Con que frecuencia llegan al servicio pacientes politraumatizados</p> <p>En qué edad se presenta frecuentemente esta patología</p> <p>En que genero se presenta con mayor prevalencia esta patología</p> <p>Cuál es la causa frecuente del politraumatismo</p> <p>Podría definir los tipos de traumas de acuerdo a la sintomatología que presenta el paciente</p> <p>Realiza una valoración integral al paciente</p>	<p>Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Muy pocas veces</p> <p>Nunca</p> <p>0 – 10</p> <p>11 -20</p> <p>21-30</p> <p>31-40</p> <p>Mayores de 40</p> <p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>Sí No</p> <p>Accidentes de transito</p> <p>Violencia</p> <p>Caídas</p> <p>Quemaduras</p> <p>Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Muy pocas veces</p>

		<p>Problemas</p> <p>Cuidados</p>	<p>politraumatizado desde el punto de vista enfermero</p> <p>— Que valoración aplica en la atención del paciente politraumatizado</p> <p>— Existen guías o protocolos de atención de enfermería para el paciente politraumatizado</p> <p>— Cree usted útil la realización de guías o protocolos para la atención del paciente politraumatizado</p> <p>— Conoce el manejo del paciente politraumatizado de acuerdo al ATLS.</p> <p>— Se ha encontrado con algún problema al</p>	<p>Nunca</p> <p>Céfalo-caudal</p> <p>Por sistemas</p> <p>Sí No</p> <p>Rabdomiólisis</p> <p>Distrés respiratorio</p> <p>Coagulopatías</p> <p>Trombosis venosa profunda</p> <p>infección</p> <p>Fallo multiorgánico</p> <p>o</p> <p>Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Muy pocas veces</p> <p>Nunca</p> <p>Si</p>
--	--	----------------------------------	--	--

			<p>realizar la valoración</p> <p>— El paciente politraumatizado ha presentado alguna complicación</p> <p>— Conoce usted los cuidados que se debe brindar al paciente politraumatizado a su ingreso</p> <p>— Están estandarizados cuidados para el paciente politraumatizado</p>	No
--	--	--	---	----

### Anexo 3: instrumento de recolección de datos



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
TRABAJO DE TITULACIÓN**

El presente estudio de investigación-acción, PLAN DE CUIDADOS Y ALGORITMO PARA PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DESDE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO, HOSPITAL “EUGENIO ESPEJO”, 2019, tiene por objetivo identificar las características del cuidado de enfermería, mediante la aplicación del conocimiento científico, en la mejora continua de la práctica profesional.

El contenido del presente instrumento corresponde a una entrevista que se realizará a las enfermeras que laboran en los servicios mencionados lo que permitirá valorar las características del plan de cuidado que se aplica en la institución hospitalaria. La información que nos proporcione será confidencial y utilizada únicamente para esta investigación manteniendo normas éticas en el manejo de la misma.

#### **A-DATOS GENERALES**

**1.- Servicio en que trabaja:**

---

**2.- Años de experiencia profesional:**

- \_\_\_ < 1 año
- \_\_\_ 1-5 años
- \_\_\_ 6-10 años
- \_\_\_ > 10 años

**3.- Nivel académico:**

- \_\_\_\_ Internos de Enfermería
- \_\_\_\_ Licenciada en Enfermería
- \_\_\_\_ Especialista de Enfermería
- \_\_\_\_ Magister en Enfermería

**4.- Años de graduada:**

- \_\_\_\_ < 1 año
- \_\_\_\_ 1-5 años
- \_\_\_\_ 6-10 años
- \_\_\_\_ > 10 años

**B-CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

**5.- En qué nivel usted considera que el cuidado enfermero debe tener una base epistemológica o de conocimiento teórico, estableciendo un modelo y una teoría para la atención de los pacientes. Valore su respuesta según la siguiente escala:**

- \_\_\_\_ Ninguno
- \_\_\_\_ Escaso
- \_\_\_\_ Moderado
- \_\_\_\_ Sustancial
- \_\_\_\_ Extenso

**6.- Según su conocimiento, mencione los modelos teóricos de enfermería con los que se identifica en el cuidado de sus pacientes:**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.- Identifique el nivel con el que aplica el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el servicio donde labora. Sírvase responder según la siguiente escala:**

**A-** Cuando aplica el PAE con el 100 % de sus componentes en forma integral, completa y de manera permanente.

**B-** Cuando aplica el PAE con el 75 % de sus componentes, pero de manera no permanente.

**C-** Cuando aplica el PAE en forma parcial con el 50 % de los componentes, pero no de manera permanente.

**D-** Cuando aplica el PAE en forma parcial con el 25 % de sus componentes de manera eventual.

**E-** Cuando no aplica el PAE.

<b>Características del Cuidado</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Aplica el PAE en su servicio.					
Valora al paciente de manera cefalo caudal.					
Valora al paciente según patrones funcionales.					
Valora al paciente según necesidades.					
Valora al paciente según respuestas humanas.					
Utiliza la valoración para elaborar el PAE de su paciente.					

En la valoración utiliza datos objetivos.					
Analiza e interpreta medios de diagnósticos y exámenes de laboratorio.					
Realiza la valoración de enfermería a los pacientes al ingreso.					
Realiza la valoración de enfermería en cada turno.					
Prioriza los problemas encontrados en la valoración.					
Elabora diagnósticos de enfermería.					
Elabora resultados de enfermería para los problemas encontrados.					
Planifica el cuidado con intervenciones y actividades.					
Las actividades de enfermería de su plan de cuidados identifican quien, que, como, cuando y durante cuánto tiempo van a ser realizadas.					
Evalúa y registra las intervenciones planificadas.					
Utiliza el formato SOAPIE para los reportes de enfermería.					



Para los siguientes aspectos utilice la escala dicotómica:

**SI**

**NO**

<b>Características del Cuidado</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Existen formatos para registrar la valoración de enfermería.		
Registra en algún lugar de la historia clínica su plan de cuidados.		
Utiliza un formato para elaborar un plan de cuidados.		
Considera útil un formato de valoración validado y específico para sus pacientes.		

**Elaborado por:** Rosa López. MSc. /Lic. Verónica Castro

**Revisado:** Comité de Investigación. Carrera de Enfermería UDLA.

## Anexo 4: gráficos y tablas

### 1. Años de experiencia profesional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e	válido	acumulado
Válido < 1 año	3	15,0	15,0	15,0
1-5 años	13	65,0	65,0	80,0
6-10 años	1	5,0	5,0	85,0
>10 años	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

### 2. Nivel académico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e	válido	acumulado
Válido Licenciada en Enfermería	20	100,0	100,0	100,0

Tomado de la información obtenida en la investigación

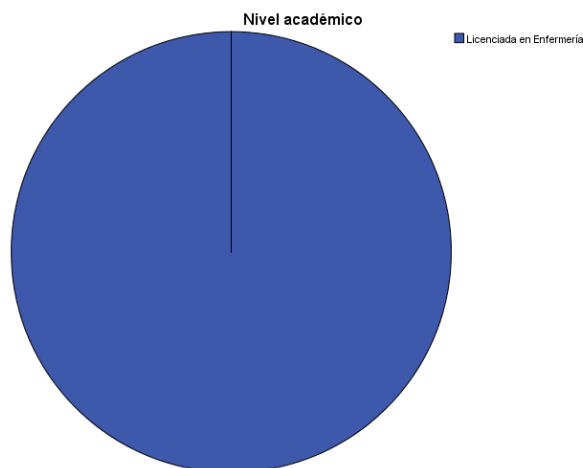


Figura 1: nivel académico

Tomado de la información obtenida en la investigación

### 3. Años de graduada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido <1 año	1	5,0	5,0	5,0
1-5 años	13	65,0	65,0	70,0
6-10 años	3	15,0	15,0	85,0
>10 años	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

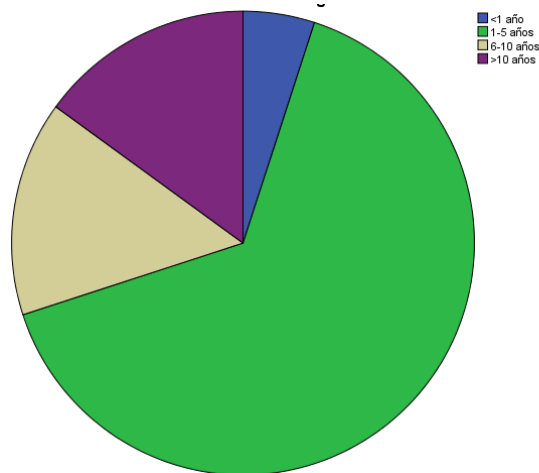


Figura 2: años de graduada

Tomado de la información obtenida en la investigación

4. En qué medida usted considera que el cuidado enfermero debe tener una base epistemológica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válido Moderado	8	40,0	40,0	40,0
Sustancial	4	20,0	20,0	60,0
Extenso	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

#### 5. Modelo teórico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válido conoce	15	75,0	75,0	75,0
desconoce	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

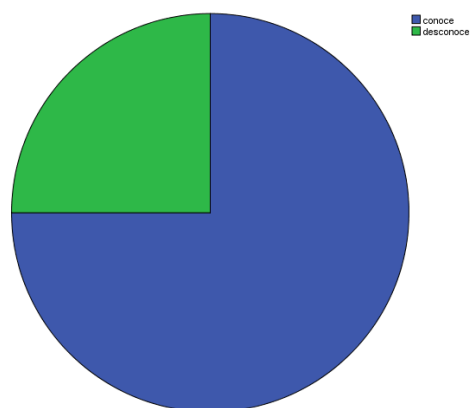


Figura 5: modelo teórico

Tomado de la información obtenida en la investigación

## 6. Nivel de aplicación del PAE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	7	35,0	35,0	35,0
no	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

## 7. Aplica el PAE en su servicio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	11	55,0	55,0	55,0
no	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

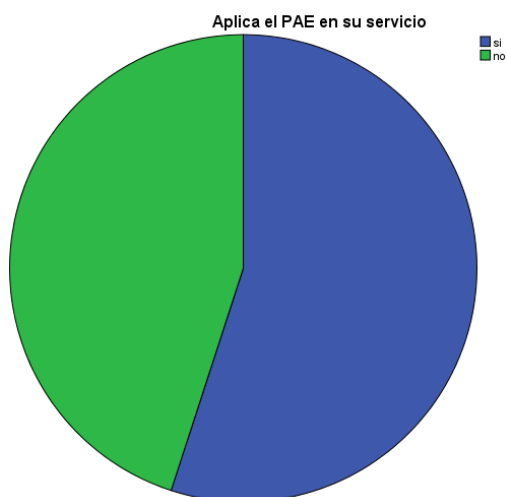


Figura 7: aplica el PAE en su servicio

Tomado de la información obtenida en la investigación

8. Valora al paciente de manera céfalo-caudal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	17	85,0	85,0	85,0
no	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

9. Valora al paciente por patrones funcionales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	7	35,0	35,0	35,0
no	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

10. Valora al paciente según necesidades

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	7	35,0	35,0	35,0
no	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

11. Valora al paciente según respuestas humanas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	10	50,0	50,0	50,0
no	10	50,0	50,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

12. Utiliza la valoración para elaborar PAE de su paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	11	55,0	55,0	55,0
no	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

13. En la valoración utiliza datos objetivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	13	65,0	65,0	65,0
no	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

14. Analiza e interpreta medios de diagnóstico y exámenes de laboratorio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válido Si	8	40,0	40,0	40,0
no	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

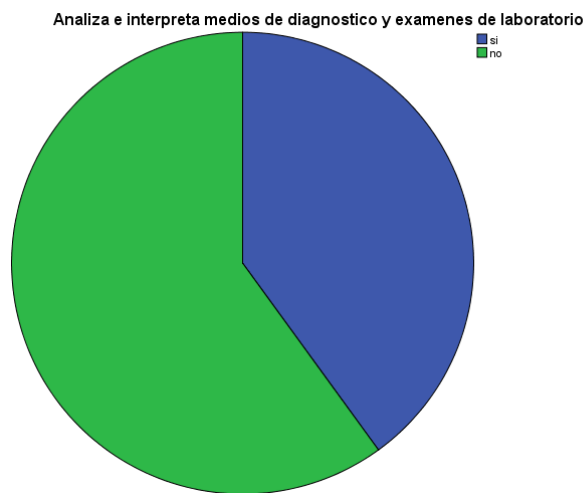


Figura 14: Analiza e interpreta medios de diagnóstico y exámenes de laboratorio

Tomado de la información obtenida en la investigación

Tabla 15. Realiza la valoración de enfermería del paciente al ingreso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válido si	14	70,0	70,0	70,0
no	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación



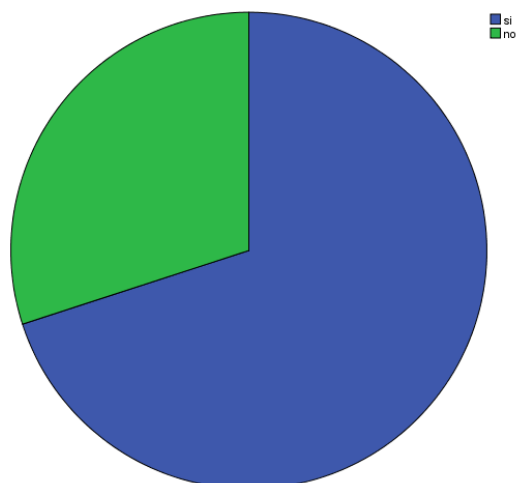


Figura 15: Realiza la valoración de enfermería del paciente al ingreso  
Tomado de la información obtenida en la investigación

16. Realiza la valoración de enfermería en cada turno

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	14	70,0	70,0	70,0
no	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

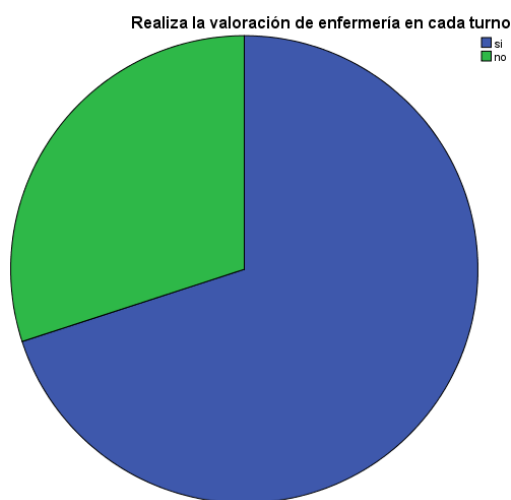


Figura 16: Realiza la valoración de enfermería en cada turno  
Tomado de la información obtenida en la investigación

### 17. Prioriza los problemas encontrados en la valoración

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	12	60,0	60,0	60,0
no	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación



Figura 17: Prioriza los problemas encontrados en la valoración

Tomado de la información obtenida en la investigación

### 18. Elabora diagnósticos de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	14	70,0	70,0	70,0
no	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

19. Elabora resultados de enfermería para los problemas encontrados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válido si	8	40,0	40,0	40,0
no	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

20. Planifica el cuidado con intervenciones y actividades

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válido si	14	70,0	70,0	70,0
no	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

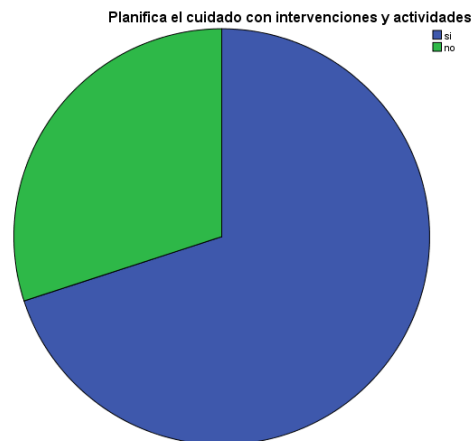


Figura 20: planifica el cuidado con intervenciones y actividades

Tomado de la información obtenida en la investigación

21. Las actividades de enfermería de su plan PAE identifican quien, que, como, cuando y durante cuánto tiempo van a ser realizadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	12	60,0	60,0	60,0
no	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

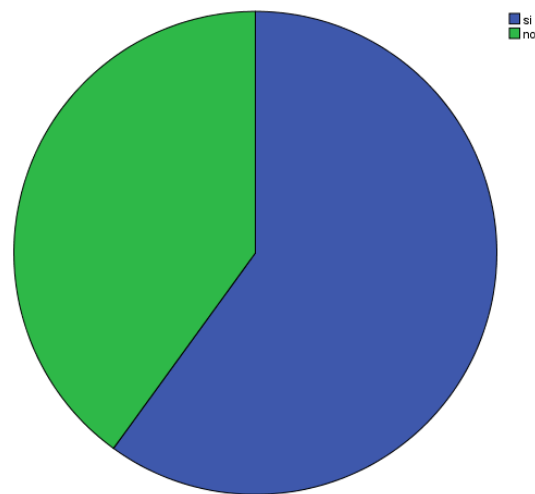


Figura 21: Las actividades de enfermería de su plan PAE identifican quien, que, como, cuando y durante cuánto tiempo van a ser realizadas

Tomado de la información obtenida en la investigación

22. Evalúa y registra las intervenciones planificadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	12	60,0	60,0	60,0
no	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación



Figura 22: Evalúa y registra las intervenciones planificadas

Tomado de la información obtenida en la investigación

### 23. Utiliza el formato SOAPIE para los reportes de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	18	90,0	90,0	90,0
no	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

### 24. Existen formatos para registrar la valoración de enfermería

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	11	55,0	55,0	55,0
no	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación



Figura 24: Existen formatos para registrar la valoración de enfermería  
Tomado de la información obtenida en la investigación

25. Registra en algún lugar de la historia clínica su plan de cuidados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	18	90,0	90,0	90,0
no	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

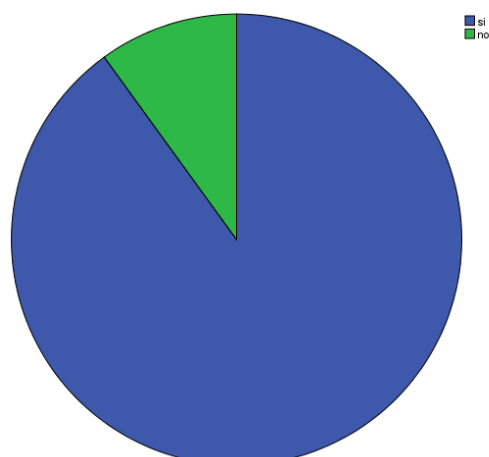


Figura 25: Registra en algún lugar de la historia clínica su plan de cuidados  
Tomado de la información obtenida en la investigación

26. Utiliza un formato para elaborar un plan de cuidados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	15	75,0	75,0	75,0
no	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación



Figura 27: Utiliza un formato para elaborar un plan de cuidados

Tomado de la información obtenida en la investigación

28. Considera útil un formato de valoración valido y específico para sus pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	19	95,0	95,0	95,0
no	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tomado de la información obtenida en la investigación

### Glosario

- 1) Taxonomía: clasificación de los diagnósticos para enfermería.
- 2) NANDA: estandarización de los diagnósticos para el personal de enfermería.
- 3) NOC: es la medición de los resultados en la práctica diaria de enfermería.
- 4) NIC: es la clasificación regularizada de intervenciones para los profesionales de enfermería.
- 5) Diagnóstico enfermero: se escoge en base a los problemas de salud, este puede ser real, de riesgo y potencial, facilitando la elección de las intervenciones de enfermería para poder alcanzar los resultados planteados.
- 6) Diagnostico real: describe el problema existente del paciente.
- 7) Diagnostico riesgo: son lo que presentan mayor probabilidad de presentarse.
- 8) Característica definitoria: se basan en las manifestaciones clínicas de un problema de salud.
- 9) Factores relacionados: tiene un tipo de relación con el diagnostico enfermero, es decir se conoce como la etiología.
- 10) Factores de riesgo: son factores que incrementan la vulnerabilidad de desarrollar una respuesta humana no deseable.



- 11) Intervenciones de enfermería: son los cuidados que se da al paciente basados en el conocimiento enfermero para alcanzar los resultados propuestos.
- 12) Actividades de enfermería: son acciones para llevar a cabo las intervenciones.
- 13) Plan de cuidados: es la normalización de las actuaciones por parte del personal de enfermería que se brindan de acuerdo a las necesidades de cuidado.
- 14) Algoritmo: son normas establecidas para poder llevar a cabo una actividad.
- 15) Autocuidado: se define como el cuidado propio para garantizar el bienestar físico, mental y emoción

