

PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ADULTOS POLITRAUMATIZADOS.

MSc. Osmany Alonso Ayala¹, MSc. Aníbal Espinosa Aguilar², MSc. María Belén Maracha Igarza ³, MSc. Yenny Elers Mastrapa⁴

osmanyk@infomed.sld.cu

RESUMEN

La evolución de todo paciente politraumatizado depende en gran medida de los cuidados que el personal de Enfermería le brinde. Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico, descriptivo de corte transversal en los Servicios de Urgencia de los hospitales Dr. Carlos J. Finlay y Dr. Miguel Enríquez, durante el período Junio 2010-Junio 2012. Su objetivo fue diseñar una propuesta de protocolo de cuidados de Enfermería para pacientes adultos politraumatizados. La muestra la constituyó todo el personal técnico y profesional de enfermería de los servicios de urgencias y emergencia que cumplieron con criterios de selección. Se utilizaron como instrumentos: el cuestionario y la guía de observación, teniéndose en cuenta el criterio de los expertos para su validación. Se identifican dificultades en la valoración inicial sobre el estado del Sistema Respiratorio, Circulatorio, Neurológico y Tegumentario de este paciente. Se constata el nivel de conocimiento medio sobre las complicaciones y secuelas que se producen en los eventos traumáticos y de los cuidados de enfermería, se identificaron las necesidades y cuidados de enfermería para guiar la actuación del enfermero ante el adulto politraumatizado. Se concluye con un diagnóstico del nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el cuidado del adulto politraumatizado, una sistematización teórica acerca del estado del arte y una propuesta de protocolo que propiciaría elevar el nivel científico-técnico de este recurso humano para el mejor cuidado de estos pacientes como garantía de una mejor calidad de la atención que se brinda.

INTRODUCCIÓN

El manejo inicial del paciente politraumatizado presenta peculiaridades que exigen el diseño de planes de actuación específicos. El elemento principal a tener en cuenta en el tratamiento inicial de este paciente lo constituye: la identificación precoz, una actuación correcta de su tratamiento pre hospitalario así como el transporte rápido y adecuado a los servicios hospitalarios dotados de servicios asistenciales especiales. ⁽¹⁾

Este enfoque no puede llevarse a la práctica sin el establecimiento de sistemas asistenciales y protocolos de actuación que faciliten la concertación de los elementos que integran el esquema multidisciplinario dentro de un sistema asistencial del que participan usuarios. Aunque la experiencia personal es un factor importante, las actuaciones deben obedecer a protocolos estrictos y la asistencia debe estar sistematizada en lograr la mayor eficacia posible, generando una reducción de la mortalidad por un trauma grave. ⁽³⁾

Como consecuencia de una asistencia extrahospitalaria inadecuada los pacientes con diagnóstico de politraumatismo llegaban a los servicios de urgencias fallecidos; porque morían en la escena del accidente o durante su traslado. Por tanto, este hecho demanda un reto en la actuación del paciente adulto politraumatizado. Es necesario que todo el personal de Enfermería que preste servicios asistenciales a los mismos disponga de los conocimientos elementales en el tratamiento adecuado. Por tanto estos elementos nos refrendan la necesidad de disponer de una asistencia correcta. ⁽²⁾

El término politraumatismo surge en la primera década del siglo xx, se define como, todo paciente que presenta una o varias lesiones de origen traumático de las cuales al menos una de ellas puede comprometer de forma más o menos inmediata la vida del mismo. En los últimos diez años se evidencia un incremento en los países de Europa con el diagnóstico de politraumatismo, con una marcada incidencia en los jóvenes. Latinoamérica no queda excepta, en los últimos cinco años se incrementaron las tasas de morbilidad y mortalidad por diagnósticos de traumas. ⁽¹⁾

Una de las principales causas de ingresos en los servicios hospitalarios ha sido por cuestión de politraumatismo, principal causa de muerte en los países del norte y sur de América. Las causantes de tales cifras: los accidentes de tránsito de vehículos de motor (ATVM) principal causa de muerte en las mujeres entre 5-14, 15-24 y 25-44 años de edad, representados 15%, 18% y 7% respectivamente, de todas las defunciones por causas definidas. Fue también la principal causa de muerte entre los hombres de 5-14, 15-24 y 25-44 años de edad, representados 19%, segunda causa de muerte, del grupo 15-24 para un 19% y 12% respectivamente. De las defunciones registradas por todas las causas externas entre 1985 y 2001 en estos doce países, los ATVM representaron como promedio alrededor del 20-30%, en Brasil, Belice, Canadá, México, Puerto Rico y Estados Unidos, 32 % en Venezuela y 6 % en Guatemala. ⁽¹⁰⁾

De las muertes debidas a ATVM registradas entre 1996 y 2001, los peatones representan el 12 % en Argentina, Canadá y Estados Unidos, 20-30 % en Colombia, Cuba, México, Puerto Rico, Venezuela y 30 % o más en Brasil y Chile. Estas proporciones parecen subestimar el número real de las defunciones peatonales porque en la mayoría de los países 30-50 % de defunciones por ATVM fueron asignadas a categorías no específicas, donde se desconocía el medio de transporte de la víctima, el tipo de vehículo no fue especificado. Sin embargo, estudios en México y Colombia indican que los peatones son los usuarios de las carreteras más vulnerables, especialmente en zonas urbanas principales como la ciudad México (54 % de las defunciones de tránsito entre 1994 y 1995), Bogotá, Medellín y Cali (32 % de las lesiones, 40 % de las defunciones de tránsito general y 68 % de muertes en Bogotá entre 1996 y 2000) 6.7. Encontrándose, las defunciones de ocupantes de vehículos de motor representaron 30-50 % de defunciones por ATVM en Argentina, Canadá, Puerto Rico y Estados Unidos; 10-25 % en Brasil, Colombia, México y Venezuela y menos del 10 % en Chile durante el periodo 1996-2001.

(10-11)

Los resultados ilustran la importancia de la información sobre las características de la persona herida, en particular si era ocupante de un vehículo o un peatón. En promedio, la tasa cruda de mortalidad por ATVM observada durante el período 1985-2001 osciló entre máximos de 22.6 y 21.9 por 100.000 habitantes en Brasil y Venezuela y mínimos de 4.8 y 10.0 por 100.000 habitantes en Guatemala y Chile. De manera análoga, el promedio de las tasas más altas se encontraron entre los hombres de Brasil 36.0 % y Venezuela 34.6 % y las tasas masculinas más bajas en Guatemala 7.5 %, Argentina 15.8 % y Chile 16.3 %. En términos generales, el promedio de las tasas brutas femeninas fueron mucho menores que los hombres, variaron entre máximos de 9.9 y 10.0 por 100.000 habitantes en Brasil y Estados Unidos y mínimos promedios de 2.0 y 3.9 por 100.000 habitantes en Guatemala y Chile, respectivamente. ⁽¹⁰⁾

En Cuba, los traumatismos constituyen una de las primeras causas de mortalidad y una de las que aportan severas lesiones discapacitantes, expresados en los siguientes datos ⁽⁶⁾:

Según Centro Nacional de Estadística. En 1996 fallecieron por accidentes 5 673 personas tasa de 51,6 por 100.000 habitantes y en 1997, 5 450 para una tasa de 49,4 por 100.000 habitantes. La mayoría de los pacientes fueron hombres para un 91,4 %, la edad más vulnerable fue entre 26-35 años, mientras que el promedio de edad de los lesionados en general fue de 33 años. En los años comprendidos entre 1980 y 1990 se alcanzaron cifras de 26 362 muertos, lo cual representa una muerte cada 4 horas. A partir del año 1995

ocupa la cuarta causa de muerte solamente superados por: las enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares.⁽¹¹⁾

En el año 2007 la cifras de defunciones por esta causa fueron de 4 179 con un aumento en el 2010 ocupando la cuarta posición de muertes, con cifras de 4 714 defunciones. En La Habana, en el año 2010 las cifras de defunciones por este motivo fueron de 55 y 430 lesionados, que se convirtió en una de las primeras causas de muerte en estos sujetos. En el 2012 las cifras de defunciones por politraumatizados fueron de 60 y 556 lesionados. Siendo los municipios: Guanabacoa, Plaza, Playa, Diez de Octubre y Marianao los de más alta incidencia.⁽²⁹⁾

El politraumatismo en Cuba ocupa la cuarta posición entre las causas de muerte, siendo las provincias Matanzas, Ciego de Ávila, Villa Clara y La Habana las más afectadas lo cual no quiere decir que en las demás no exista un incremento de defunciones y de discapacitantes por diagnóstico de politraumatismo que ingresan en los servicios de Urgencias. Las principales complicaciones que se presentan son hemorragias, shock hipovolémico y edema cerebral. Los profesionales que laboran en estos servicios cumplen funciones muy importantes en el mantenimiento de la vida de los mismos; no siendo en ocasiones el personal más preparado para ello, con poco dominio en el manejo de estos pacientes.⁽⁴⁾

Luego de las visitas realizadas a los hospitales clínicos quirúrgicos, entrevistados los profesionales que laboran en las unidades de Urgencias, revisado los cuidados registrados en algunas historias clínicas de pacientes adultos politraumatizados en los últimos cinco años y a pesar de lo dispuesto para la atención a las personas que sufren estos eventos traumáticos, no se cuenta en las instituciones destinadas a este tipo de atención, con un instrumento que guíe u oriente la actuación de enfermería en la asistencia con los mejores cuidados a estas personas en La Habana.⁽⁶⁾

Antes de hacer referencia a cómo medir el cuidado del paciente, es necesario y fundamental hacer referencia primero al cuidado de Enfermería y luego, a los elementos esenciales para cuantificar este cuidado.

En los años sesenta surge en el Norte de América, la preocupación por construir "Modelos de Enfermería" y por desarrollar un método a partir del "Proceso de Enfermería". El cuidado se da a partir de la identificación de la necesidad de ayuda considerando las percepciones e integralidad de la persona. Por lo tanto, el disponer de un protocolo de cuidado de Enfermería del paciente adulto politraumatizado ofrece una metodología de

trabajo para la valoración y aplicación secuencial y sistemática del proceso de atención, poniendo en evidencia la necesidad de organizar los cuidados de enfermería. ⁽¹⁰⁻¹⁵⁾

Los primeros protocolos de cuidados se iniciaron en Europa, Norteamérica, Australia, Nueva Zelanda y África. A mediados de los 90 investigadores de trece países desarrollaron el instrumento Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE), con el fin de evaluar los componentes claves que determinan la calidad de las Guía de Prácticas Clínicas (GPC). En noviembre del 2003 en Edimburgo se crea la Red Iberoamericana sobre GPC (REDEGUIA), constituida por 10 grupos españoles e integrada por Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Panamá y Portugal. ⁽¹³⁾

Un año más tarde, específicamente en noviembre del 2004 en Porto Alegre, Brasil, se efectúa la primera reunión de la REDGUIA, donde Cuba fue electa como miembro de dicha organización; y para agosto de 2005 son elegidos especialistas del sector como miembros de los grupos de trabajo creados para el desarrollo de la GPC en Iberoamérica, con todos los derechos y deberes que se exige por esta RED. ⁽¹³⁾

Haciendo una breve reseña en lo concerniente al ámbito nacional se hace referencia a esta temática desde la década de los 60 que el MINSAP elabora y aplica las normas en varias especialidades (Medicina Interna, Cirugía General, Obstetricia y Ginecología y la de Estomatología). Luego en 1996 se establece la guía metodológica de los Manuales de Organización y Procedimientos (MOP), para los hospitales. ⁽⁴⁾

En el 2001 se publican las GPC de la especialidad referente a la atención al cuidado en los servicios de Terapia Intensiva Pediátrica; y para el 2002 la dirección Nacional de Estomatología del MINSAP hace referencia al respecto también a través de otra publicación. A finales del 2004 la dirección de Ciencia y Técnica del MINSAP en su proyección estratégica para el quinquenio 2005-2010, propone la implementación y desarrollo a partir de ese año de un programa científico técnico sobre GPC y mejora en la calidad de los servicios sanitarios de salud y en el 2005, el Buro Regulatorio para la Protección de la Salud Pública del MINSAP (BRPS), realiza la propuesta al Sistema Nacional de Salud (SNS) de un documento, el cual posee la rectoría de todos los procesos relacionados con las GPC. ⁽⁴⁾

Todo lo anterior lleva al autor a formular la siguiente interrogante como **problema científico:**

¿Cómo fortalecer la práctica de Enfermería en la atención del paciente adulto politraumatizado?

OBJETIVO

Diseñar un protocolo de cuidados para la práctica clínica de enfermería en el paciente adulto politraumatizado.

Lo cual permite identificar como **Objeto de la investigación**: la atención de enfermería al adulto politraumatizado.

Delimitando como **Campo de acción**: el cuidado de enfermería que se le ofrece al paciente adulto politraumatizado en Servicios de Urgencias y Emergencias.

Luego de la sistematización teórica se constata la necesidad de contar con un protocolo que oriente al personal de enfermería en el manejo del paciente adulto politraumatizado y por ello se formulan las siguientes **interrogantes científicas**:

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos que sustentan la investigación y el producto que se propone?
2. ¿Qué necesidades humanas se afectan regularmente en el adulto politraumatizado y qué cuidados se deben brindar para el manejo adecuado del mismo?
3. ¿Cómo estructurar un protocolo de cuidados que permitirán un manejo del paciente adulto politraumatizado en los enfermeros que reciben este tipo de paciente?

Para dar respuestas a las interrogantes científicas formuladas se llevarán a cabo una serie de **tareas investigativas**:

1. Determinación de referentes históricos, teóricos y metodológicos en relación con el tema de la investigación.
2. Identificación de las necesidades humanas que más se afectan en el paciente politraumatizado y establecimiento de prioridades de actuación y cuidados en el mismo.
3. Determinación de los componentes del protocolo de cuidados y elaboración de una propuesta preliminar de protocolo para el manejo del paciente politraumatizado.

Novedad científica

Radica en el propio diseño de un protocolo de cuidados para el manejo del paciente adulto politraumatizado, que permita al personal de enfermería una mejor actuación y ofrecer cuidados más efectivos al paciente, donde la propuesta de cuidados estén sustentados en las mejores recomendaciones disponibles obtenidas de investigaciones de enfermería sobre el tema y de las intervenciones propuestas por el grupo NIC.

Aportes teóricos

Esta investigación posee valor humano, pues contribuye a aportar conocimientos actualizados y renovados al personal de enfermería de todos los niveles dentro del ámbito asistencial e involucrado en el acto de cuidar. Favorecería el incremento del cuerpo teórico profesional al considerar los supuestos teóricos y filosóficos de Virginia Henderson en la construcción del instrumento clínico combinando las propuestas de diagnósticos e intervenciones elaboradas por el Grupo NANDA y NIC. A través de esta proposición se difundiría el marco técnico y científico de la actuación de enfermería, lo que posibilitaría mejorar la calidad de vida y la atención de los pacientes con diagnóstico de politraumatismo.

Aportes prácticos

Se propone una nueva forma de conocimiento permitiendo a los enfermeros: identificar, describir, analizar y actuar de manera eficiente a través de la implementación de cuidados más seguros en el manejo de la práctica clínica del paciente adulto politraumatizado. Pudiera contribuir a disminuir la variabilidad y homogeneizar la práctica asistencial de enfermería, mejorar la comunicación enfermero-paciente, proporcionar una herramienta útil en la educación continua de los profesionales de la salud. Por otra parte, puede favorecer la toma de decisiones, la administración adecuada de los recursos y mejorar la calidad de atención.

MATERIALES Y MÉTODOS

En este capítulo se aborda todo lo referente al diseño metodológico de la investigación. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y de desarrollo tecnológico. Se consideró información relevante sobre las necesidades más afectadas y los cuidados de enfermería registrados en las historias clínicas de los pacientes ingresados en los hospitales clínicos quirúrgicos Dr. Carlos Finlay y Dr. Miguel Enríquez con el diagnóstico de politraumatismo. Este análisis del contenido de las historias clínicas permitió al autor utilizar la investigación descriptiva empleando una guía para el análisis.

Definición del universo de estudio

Universo

Se trabajó con todo el personal de enfermería (Licenciados en enfermería y Técnicos en Enfermería) que labora directamente con el paciente adulto politraumatizado en los Servicios de Urgencias de las áreas: Cuerpo de Guardia de Urgencia Politrauma, Salón de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Servicio de Politrauma para la aplicación del

cuestionario auto administrado y la guía observación no participante de los enfermeros que brindan cuidados de enfermería a los adultos politraumatizados.

Se utilizó un muestreo intencional para encuestar a los **informantes claves** sobre los mejores cuidados en la atención al politraumatizado. Para la selección de los encuestados se utilizó criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: personal de enfermería que labore en los servicios de urgencias con más de cinco y menos de 10 años de experiencia en la actividad de enfermería de manera ininterrumpida en la atención del paciente politraumatizado y que den su consentimiento.

Criterios de exclusión: personal de enfermería que labore en los servicios de urgencias con menos de cinco años en la atención del paciente politraumatizado, enfermeros que no se desempeñen en los servicios de Urgencias en la atención en este tipo de paciente, estén de licencia, vacaciones, proceso de peritaje o fuera del centro durante la aplicación de los instrumentos y aquellos que expresen su no conformidad para participar.

Criterion de experto

Criterios de inclusión: se refiere a todo el personal médico, de enfermería que laboren en los servicios de urgencias de las áreas: Cuerpo de Guardia de Urgencia Politrauma, Salón de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Servicio de Politrauma con categoría científica de Máster en Urgencias Médicas, Especialista de primer y segundo grado de Enfermería y de Ortopedia y Traumatología que brinden atención al paciente politraumatizado.

Criterios de exclusión: personal médico, de enfermería que no posean categorías científicas y académicas, que no estén presentes durante la aplicación de instrumentos o que no den su consentimiento.

Para el desarrollo de este informe se emplearon diferentes métodos investigativos, dentro de ellos el autor señala:

Métodos y técnicas de nivel teórico

Análisis bibliográfico: se utilizó para identificar los referentes teóricos y metodológicos acerca del politraumatismo, su comportamiento, conductas a seguir, complicaciones, entre otras cuestiones; así como las necesidades afectadas, los cuidados, las cuestiones teóricas

y metodológicas para la estructuración y diseño de protocolos disponibles en artículos científicos, informes de investigación y otros documentos en el ámbito nacional e internacional publicados en los últimos cinco años fundamentalmente en bases de datos indexadas: SCIELO, MEDLINE, CONCRHANE, EMBASE, LILACS y otras disponibles que permitieron determinar el sustento teórico, referencial y metodológico del estudio.

Histórico-Lógico: se empleó en el análisis de la evolución histórica de la enfermería y su desarrollo hasta la actualidad, así como de resultados de investigaciones relacionadas con el politraumatismo y con el cuidado del paciente politraumatizado publicado en el ámbito nacional e internacional.

Análisis y síntesis: permitió relacionar y formular el problema, la delimitación del objeto, la formulación de objetivos y el campo de acción, arribar a conclusiones.

Del nivel empírico

Análisis documental: se revisaron las historias clínicas (HC), lo cual nos permitió determinar los principales cuidados de enfermería brindados al adulto politraumatizado y las necesidades más afectadas según el personal de enfermería. Para ello se utilizó una guía de recolección de datos.

Cuestionario auto administrado: permitió determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre los cuidados de enfermería a brindar a los pacientes politraumatizado y el establecimiento de prioridades. El instrumento se caracterizó por recoger datos socio demográfico y laboral, además de 10 preguntas: tres abiertas, una de ordenamiento según prioridad otorgada y seis semicerradas de marcar con una cruz. Una vez recogido el cuestionario se procedió a la evaluación de las respuestas. Se agruparon los sujetos en tres categorías: bajos conocimientos (3 puntos), medios (4 puntos) y alto (5 puntos).

Trabajo grupal: permitió identificar los diagnósticos, las necesidades que más se afectan y los cuidados de enfermería a brindar al paciente politraumatizado. Se diseñó varios momentos de trabajo. Se realizaron seis encuentros en espacios docentes de los centros involucrados que contaron con buena iluminación, ventilación y en un entorno favorable. El investigador principal condujo las sesiones y se auxilió de la pizarra para registrar las propuestas de los participantes. Al finalizar cada sesión se daba lectura a la relatoría del encuentro y se precisaban los datos en función del objetivo central relacionado con las necesidades que más se afectan, los cuidados a brindar con jerarquía de prioridad.

Observación directa no participante: se registraron en hoja de vaciamiento de datos las acciones de enfermería en la atención al politraumatizado en las áreas: Cuerpo de Guardia de Urgencia Politrauma, Salón de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Servicio de Politrauma. Las observaciones fueron realizadas por el investigador principal en diferentes turnos de trabajo y a todo el personal de enfermería de esas áreas de atención. Los registros realizados fueron valorados y resumidos según la frecuencia con que se brindaron y permitió al autor identificar los cuidados que más se brindan a estas personas.

Criterio de expertos: se utilizó para valorar la pertinencia del protocolo diseñado, así como los elementos de la estructura y contenido que se consideraron en este diseño. Se realizaron seis encuentros grupales en espacios docentes de los centros involucrados que contaron con buena iluminación, ventilación y en un entorno favorable y otros encuentros personalizados considerando las observaciones realizadas para hacer puntuaciones.

RESULTADOS

Tabla 1. Cuidados de enfermería brindados a pacientes politraumatizados en Servicios de Urgencias y Emergencias.

Cuidados de enfermería	B	%	R	%	M	%	Total
Evalúa la vía aérea.	23	46	27	54	-	-	50
Aplica medidas para permeabilizar la vía aérea.	22	44	28	56	-	-	50
Coloca al paciente en posición cómoda si presenta dificultad respiratoria.	30	60	20	40	-	-	50
Aplica procedimientos para la liberación de secreciones.	21	42	29	58	-	-	50
Administra oxígeno si presenta dificultad respiratoria.	24	48	26	52	-	-	50
Verifica expansión torácica.	23	46	27	54	-	-	50
Valora signo de disnea.	24	48	26	52	-	-	50
Valora signos de disfagia.	28	56	22	44	-	-	50
Valora signos vitales.	45	90	5	10	-	-	50
Valora signos de cianosis generalizada.	22	44	28	56	-	-	50
Valora la perfusión periférica.	20	40	30	60	-	-	50

Valora pulso carotideo.	50	100	-	-	-	-	50
Valora signos de hipovolemia.	25	50	25	50	-	-	50
Evaluá nivel de conciencia.	20	40	30	60	-	-	50
Valora actividad motora.	23	46	27	54	-	-	50
Verifica sensibilidad.	23	46	27	54	-	-	50
Valora signos de ansiedad.	23	46	27	54	-	-	50
Verifica tamaño, reacción pupilar y los movimientos oculares.	23	46	27	54	-	-	50
Valora coloración de la piel.	22	44	28	56	-	-	50
Valora presencia de lesiones.	22	44	28	56	-	-	50
Valora presencia de hematomas.	22	44	28	56	-	-	50
Evaluá presencia de diaforesis.	22	44	28	56	-	-	50

Fuente: Guía de observación

Tabla 2. Nivel de conocimiento del personal de enfermería relacionado con la atención de los pacientes politraumatizados.

Contenido	SI		NO	
	No	%	No	%
Conocimiento cuidados de enfermería paciente politraumatizado	20	40	30	60

Fuente: cuestionario auto administrado

Tabla 3. Nivel de conocimiento del personal de enfermería relacionado con los cuidados de Enfermería referente a la evaluación inicial y valoración del sistema respiratorio en el paciente adulto politraumatizado.

Contenido	SI		NO	
	No	%	No	%
Conocimientos cuidados de enfermería, en la evaluación inicial valoración del sistema respiratorio.	19	38	31	62

Fuente: Guía de observación.

Tabla 4. Nivel de conocimiento del personal de enfermería relacionado con los cuidados de Enfermería referente a la evaluación inicial y valoración del sistema circulatorio en el paciente adulto politraumatizado.

Contenido	SI		NO	
	No	%	No	%
Conocimientos cuidados de enfermería, en la evaluación inicial valoración del sistema circulatorio.	18	36	32	64

Fuente: Guía de observación.

Tabla 5. Nivel de conocimiento del personal de enfermería relacionado con los cuidados de Enfermería referente a la evaluación inicial y valoración del estado neurológico en el paciente adulto politraumatizado.

Contenido	SI		NO	
	No	%	No	%
Conocimientos cuidados de enfermería, en la evaluación inicial valoración del sistema neurológico.	19	38	31	62

Fuente: Guía de observación.

Tabla 6. Nivel de conocimiento del personal de enfermería relacionado con los cuidados de Enfermería referente a la evaluación inicial y valoración del sistema tegumentario en el paciente adulto politraumatizado.

Contenido	SI		NO	
	No	%	No	%
Conocimientos cuidados de enfermería, en la evaluación inicial valoración del sistema tegumentario.	19	38	31	62

Fuente: Guía de observación.

CONCLUSIONES

- Obtenidos los referentes teóricos que sustentan la investigación y el producto que se propone. Radicará en la presentación de una nueva forma de conocimiento permitiendo a los enfermeros: Identificar, describir, analizar y actuar de manera eficiente ante los adultos politraumatizados desde el Centro de Urgencias y emergencias hasta el egreso.

2. Identificadas las necesidades humanas, Fisiológica, Seguridad y Auto las que más se afectan en el paciente adulto politraumatizado, así como propuestos las intervenciones de enfermería, dominios, patrones que permitirán un manejo adecuado en este paciente, favoreciendo una prestación de servicio de enfermería óptimo de forma más efectiva, segura e integral.
3. Diseñado un protocolo de cuidados que constituirá un instrumento de trascendental importancia, el cual propiciará los elementos necesarios para un manejo adecuado del paciente adulto politraumatizado por los enfermeros que reciben este tipo de paciente sustentados en la mejores evidencias disponibles acerca de las maneras seguras de proveer cuidados de enfermería y satisfacer las necesidades básicas afectadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llanio Navarro R. Gastroenterología: Principios Básicos y Pruebas Diagnóstica. La Habana, Pueblo y Educación. 1991. Pág. 396.
2. Brunner y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, octava edición, volumen II. México 1998. Pág. 363.
3. Gonzalo E. Díaz M. Dr. Gestión de cuidados en los servicios quirúrgicos. Bogotá, Colombia. 2007 Disponible [en líneas] <http://drgdiaz.com/eco> o <http://drgdiaz.org/>. Último acceso en Agosto de 2010.
4. Martínez F. Administración y gestión de los servicios de Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. Habana, 2006. Pág. 247.
5. L. Bello N. Fundamentos de Enfermería, parte I. La Habana, 2002. Pág. 3- 10.
6. Castro Torres A. Manual de procedimiento de Enfermería. La Habana, 2002 Pág. 4-13.
7. Bernochi- Losey. B. J. Taplich. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ra Edición. Santiago de Cuba, 2008. Pág. 44-59.
8. Colectivo de autores. Administración y gestión de los servicios de enfermería. Editorial Ciencias Médicas, 2006.Pág 45-60.
9. Fenton Tait MC/ Armenteros Borrell M. Temas de Enfermería Médico-Quirúrgica, tercera parte, La Habana 2007. Pág. 523.
10. Yokokawa K, Kohno M. Developing Clinical Protocols for Nursing Practice, Nephrology Nursing Journal, 2009, Vol. 32, págs. 599-607.
11. Lavado Núñez, M^a Elena, et al. Registros y protocolos. Sevilla: S/n, 2010, Hygia de Enfermería, págs. 10-14.
12. Pérez H, M.J. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Rev Mex Enf Cardiol. 2002; 10: 62-6.

13. Gálvez Toro, Alberto. Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index, 2007.
14. Morales Reyes H, Cuevas Pérez R, Pérez y Trejo J. Guías de práctica clínica para medicina familiar. México: El Manual Moderno; 2008.
15. Organización Panamericana de la Salud. Prevención clínica. Guía para médicos. Washington DC. 2008. p. 525 (Publicación Científica; 568).
16. Polifroni C. Welch M. Perspectives on Philosophy of Science in Nursing, 1999. Pág 34-67.
17. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/01.
18. Wilson MC, Hayward RSA, Tunis SR et al por el Evidence-Based Medicine Working Group. Guías para usuarios de la literatura médica.VIII. Cómo utilizar las guías de práctica clínica. B. ¿Cuáles son las recomendaciones? ¿Me ayudarán en la asistencia a mis pacientes?. JAMA 2008; 1630-1632.
19. Bertayes Martinez D. De NiGhtingale a la Actualidad. En Bases Conceptuales de la Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. La Habana: Cuba.2004 Ediciones: 18. 19. 20. Smeltzer SC. Bare BG. Principios éticos en la enfermería médico quirúrgico. Pág 56-88.
20. Erdmann. A. Leite J. Costa I. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, 1996. Disponible [en líneas] <http://http.Cienc.enferm.v//18301htn>. Último acceso en Septiembre 2010.
21. Urbina Laza O, Otero Ceballos M. Tendencias actuales en las Competencias Específicas en Enfermería. Rev Cubana Educ Med. Sup 2008; 17(4).
22. Marriner Tomey, A. Raile Alligood, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Ediciones Harcourt, S. A. Madrid, 2000.4^a edición 6. 7. 8.
23. Colectivo de autores. Calidad en los servicios de enfermería. En la administración y Gestión de servicio de Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2008. 109.
24. García Hernández I. Competencia profesional y rasgos personológicos en profesionales de la Atención Primaria de Salud. Medicina General Integral. 2006.
25. Colectivo de Autores. Calidad y Humanismo del Cuidado en los servicios de Enfermería Ciencias Medicas. La Habana 2008. 19.
26. León Román Carlos A. Enfermerías en Urgencias. La Comunicación de Enfermería en los Servicios de Urgencias. La Habana. Cuba. 2008.
27. S. Meltzer SC. Bam B G. cuidados peri-operatorio en Brumner y Suddart, Enfermería Medico Quirúrgica T. México: Megrawhill Interamericana 1998 Pág. 51.

28. Iraola MD, Fernández D, Liriano JC, Rodríguez G, Rodríguez A, Rodríguez G. Satisfacción en urgencias de los pacientes que regresan a su hogar. Rev Calidad Asistencial 2004.
29. Méndez Pérez A. Problemas Éticos en la Atención de Urgencias: Descripción de experiencias. En Sitio de Salud. La Habana .Cuba. 2008.
30. Paganini, j. M. Calidad y eficiencia en los hospitales. Bol. Of sanit panam, 2004.
31. Palaxfo de Arda Programa nacional de garantía de la calidad de atención medica. Barcelona. España. 2006.
32. Brunner y Sudadarth, EN. Enfermería Médico- Quirúrgica. Tomo I. México, Mc gran-Hill Interamericana, 1998.
33. Ramos Domínguez, Benito Narey. Control de la calidad de la atención de salud. Editorial de ciencias Médicas, la Habana, 2004
34. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evolución y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Revista Especializada de Salud Pública 1995.
35. Sistema de gestión de la calidad- Fundamentos y vocabulario. Traducción certificada, IDT Normas ISO 9001-2001.
36. Colectivo de Autores. Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria. MINSAP. La Habana. 2004.
37. Cargos Jiménez L- Bailz Dueña. Metodológica para la evaluación de la calidad en la atención primaria de salud. REVISTA CUBANA DE SALUD PÚBLICA. Ciudad Habana. Cuba 2005.
38. Elvira Del Rivero E. Sistema de Gestión de la Calidad en líneas]. Disponibles en IImx@yahoo.com.mx, 2007. Último acceso en Octubre 2010.
39. Montero García A. García Vega M. Impacto del sistema integral de urgencias medicas en la mortalidad del infarto cardiaco. En Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. La Habana. 2006.
40. Herrera Carranza, M; Ortega Carpio, A. Procedimiento de transporte medicalizado. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. 1995.
41. Espinosa Ramírez S, Álvarez Fernández JA, Abad Esteban F, López Díaz, M. Transporte sanitario urgente. En N. Perales; Avances en emergencias y resucitación, vol. II. Ed. Edikamed, Barcelona, 1997. Pág 153-165
42. Álvarez Leiva C, Corcia S, Chulia V, Fajardo J et al. Transporte sanitario (I). Jano 1985; 651 M-7.
43. Wintemute GJ. Motor vehicles or firearms: which takes a heavier toll? J Am Med Assoc 1993; 269:2213.
44. Mckenney MG, Compton RP. Penetrating neck injuries.In: Shatz DV, Kirton OC, McKenney MG, Civetta JM, editors. Manual of Trauma and Emergency Surgery. Philadelphia, PA: Saunders, 2000:4-5.

45. Wilson JTL, Pettigrew LEL, Teasdale GM. Structured interviews for the Glasgow Outcome Scale and the Extended Glasgow Outcome Scale: guidelines for their use. *J Neurotrauma* 1998; 15:573–84.
46. Chan K, Miller J, Deardon N. Intracranial blood flow velocity after head injury: relationship to severity of injury, time, neurological status and outcome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55:787–91.
47. Martin NA, Patwardhan RV, Alexander MJ, et al. Characterization of cerebral hemodynamic phases following severe head trauma: hypoperfusion, hyperemia, and vasospasm. *J Neurosurg* 1997; 87:9–19.
48. Zurynski YA, Dorsch NWC, Fearnside MR. Incidence and effects of increased cerebral blood flow velocity after severe head injury: a transcranial Doppler ultrasound study II. Effect of vasospasm and hyperemia on outcome. *J Neurol Sci* 1995; 134:41–6.
49. Taupin V, Toulmond S, Serrano A, Benavides J, ZavalaF. Increase in IL-6, IL-1 and TNF levels in rat brain following traumatic lesion. Influence of pre- and posttraumatic treatment with Ro5 4864, a peripheral-type (psite) benzodiazepine ligand. *J Neuroimmunol* 1993; 42:177–85.
50. Belayev L, Busto R, Zhao W, Ginsberg M. HU-211, a novel non-competitive NMDA antagonist, improves neurological deficit and reduces infarct volume after reversible focal cerebral ischaemia in the rat. *Stroke* 1995; 26:2313–20.
51. Young B, Runge JW, Waxman KS, et al. Effects of pegorgotein on neurologic outcome of patients with severe head injury: a multicenter, randomised controlled trial. *J Am Med Assoc* 1996; 276:538–43.
52. Marion DW, Penrod LE, Kelsey SF, et al. Treatment of traumatic brain injury with moderate hypothermia. *New Engl J Med* 1997; 336:540–6.
53. *R. Finfer, J. Cohen: Resuscitation* 48 (2001) 77–90
54. Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: WHO; 2002.
55. Cuba. Estadística de Salud. La Habana: MINSAP; 2001 [serie en Internet]. [citada 28 Mar 2004]. Disponible en: www.sld.cu
56. Economic Impact of Motor Vehicle Crashes 2000. Washington: National Highway Traffic Safety Adminisstration; 2002.
57. Solomon R, Ablett J, Kindree M. Alcohol, trauma and impaired driving. Canada: Mothers Against Drunk Driving and Centre for Addiction and Mental Health; 2003.
58. Álvarez FJ, Del Río MC. Alcohol y accidentes de tráfico: ¿Qué prevenir? *Trastornos Adictivos*. 2001; 3(3):172–80.

59. Olmedo A, et al. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. Rev. Elsevier Dogma. 2010. Disponible en: www.elsevier.es/calasls
60. Fernández E. Praxis clínica y Responsabilidad en Protocolos y guías práctica Clínicas. 7ma Edición. Barcelona: Prous Science; 2006
61. Sánchez y et al. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Las Casas. Indexed for Medline; [cited 2011]. Disponible en
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
62. Méndez, Trevizan y Lourenço, 2002; Trevizan & Méndez, 1993; Trevizan & Méndez, 1995).