Universidad Científica del Perú - UCP
Registrado en el Asiento Nº A00010 de la Partida Nº 11000318, Personas Jurídicas de Iquitos, Superintendencia de los Registros Públicos - SUNARP

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERÌA

TESIS

"DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMO HOSPITALIZADOS EN EMERGENCIA"

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORES:

Bach. Cardenas Siri, Charlly Etvs

Bach. Carmen Álvarez, Noemí Cristina

ASESORAS:

Lic. Enf. Kely Silva Ramos

Lic. Enf. Nancy Jhaneth Monteza Rojas

San Juan Bautista-Maynas-Loreto-2019

DEDICATORIA

- A DIOS, que siempre está conmigo en todo momento, aunque físicamente no; pero, en sus obras me lo representa y por no abandonarme cuando más lo necesite.
- A mi esposo que fue mi gran apoyo en todo este tiempo y por los consejos que me brindo a diario para poder afrontar y no desvanecer ante las pruebas
- A mis hijas Ana Flavia y Sophia, que fueron testigos de mi esfuerzo, sacrificio y dedicación. Porque ellas comprendieron, que importante es este logro en mi vida.
- A mis padres, Gabriel y Cristina, porque a pesar que estuvieron lejos físicamente, siempre estuvieron conmigo. Porque ellos de pequeña me enseñaron que todo esfuerzo tiene una recompensa. Fueron la motivación para estudiar esta hermosa carrera.
- A mi abuelita Teófila, mi única abuelita. Porque sé que está orgullosa y feliz por mis logros y sueños cumplidos.

AGRADECIMIENTO

Es muy satisfactorio expresar mi agradecimiento:

- En primer lugar a Dios todo poderoso que me permitió estar con vida y salud.
- En segundo lugar a mi familia, que son mi motor y motivo porque siempre están en todo momento de mi vida.
- A mis asesoras, por guiarme, enseñarme y aportar conocimiento, con su gran experiencia.

Universidad Científica del Perú - UCP
Registrado en el Asiento Nº A00010 de la Partida Nº 11000318, Personas Jurídicas de Iquitos, Superintendencia de los Registros Públicos - SUNARP

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 735-2018-UCP-FCS, del 10 de Setiembre del 2018,** la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

- **Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites** — **Presidente**
- **Dra. Elena Lázaro Rubio** — **Miembro**
- **Lic. Enf. Ruth Mercedes Talledo Taricuarima** — **Miembro**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 18:00 pm. horas, del día 10 de Junio del 2019, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **"DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMO HOSPITALIZADOS EN EMERGENCIA".**

Presentado por los sustentantes:

NOEMI CRISTINA CARMEN ALVAREZ
CHARLLY ETVS CARDENAS SIRI

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

Absueltas satisfactoriamente

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es:

Aprobada por Excelencia

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

Maritza Villanueva B
Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites
Presidente

Dra. Elena Lázaro Rubio
Miembro

Lic. Enf. Ruth Mercedes Talledo Taricuarima
Miembro

CALIFICACIÓN:			
	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

"DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMO HOSPITALIZADOS EN EMERGENCIA"

MIEMBROS DEL JURADO

.....

Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites
PRESIDENTE

.....

Dra. Elena Lázaro Rubio
MIEMBRO DEL JURADO

.....

Lic. Enf. Ruth Mercedes Talledo Taricuarima
MIEMBRO DEL JURADO

.....

Lic. Enf. kely Silva Ramos
ASESORA

.....

Lic. Enf. Nancy Jhaneth Monteza Rojas
ASESORA

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Portada	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Acta de sustentación	4
Miembros del Jurado	5
Índice de Contenido	6
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Material y métodos	11
Resultados	13
Discusión	20
Declaración de conflictos de interés	23
Conclusiones	23
Recomendaciones	24
Referencias bibliográficas	25
Tablas	28
Anexos	40

RESUMEN

Antecedentes: Los registros de enfermería se han convertido en un elemento importante de la visibilidad del cuidado de enfermería, sin embargo, son escasos los estudios de esta índole.

Objetivo: Determinar los diagnósticos de enfermería y su asociación con algunas variables en pacientes con politraumatismo hospitalizados en emergencia de un hospital público.

Material y métodos: Se empleó el método cuantitativo, diseño, descriptivo, prospectivo, correlacional. La muestra conformada por 105 pacientes hospitalizados con politraumatismo, a quienes se aplicó un *cuestionario de factores sociodemográficos y clínicos* y una l*ista de cotejo "Diagnósticos de enfermería de los pacientes con politraumatismo*" (Alpha de Cronbach 0,94). Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 23.

Resultados:

La mayoría de los participantes fueron adultos jóvenes, varones, solteros, con estudios secundarios y trabajo independiente. El tiempo de estancia fue entre 01 a 06 horas. La causa más frecuente del politraumatismo fueron los accidentes de tránsito, predominó el politraumatismo leve y casi la mitad presentó trauma del miembro superior. De 13 dominios de la NANDA (2018- 2020), se identificaron 12 diagnósticos de enfermería reales que *corresponden a seis dominios; siendo los más afectados el* dominio Confort (97,1% *"Dolor Agudo"),* seguido del dominio Afrontamiento/tolerancia al estrés (89,5% "Ansiedad"), dominio Actividad/reposo (58% "*Deterioro de la movilidad física"*). Respecto a los diagnósticos de enfermería potenciales, se encontró que el domino Seguridad/protección, estuvo más afectado *("Riesgo de Infección", "Riesgo de disfunción neurovascular periférica")*. El nivel de conciencia mostro correlación con 09 diagnósticos de enfermería reales, destacándose que esta fue directa y fuerte con el diagnóstico ansiedad (r=0,609). la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno mostraron asociación con ocho diagnósticos observándose mayor fuerza de asociación con el diagnostico "*disminución del gasto cardiaco"* (r=0,701) y asociación inversa con el *"déficit de volumen de líquidos"* (r=-0,566).

Palabras clave: Diagnostico de enfermería, Politraumatismo

NURSING DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH HOSPITALIZED POLYTHRAUMATISM IN EMERGENCY

ABSTRACT

Background: Nursing registries have become an important element in the visibility of nursing care; however, studies of this nature are scarce.

Objective: to determine the nursing diagnoses and their association with some variables in patients with admitted at the public hospital.

Material and methods: design, descriptive, prospective, correlational the sample consisted of 105 patients hospitalized with polytrauma, whom was applied a questionnaire of sociodemographic and clinical factors and checklist "Nursing diagnoses of patients with multiple trauma" (Alpha de Cronbach 0.94). The data were processed in the statistical program SPSS version 23.

Results:

The majority of the participants were young adults, males, single, with secondary education and independent work. The time of stay was between 01 a 06 o'clock. The most frequent cause of polytrauma was traffic accidents, the slight polytraumatism predominated and almost half presented trauma of the upper limb. Of 13 NANDA domains (2018-2020), 12 real nursing diagnoses were identified that correspond to six domains; being the most affected Comfort domain (97.1% "Acute Pain"), followed by the domain Coping / tolerance to stress (89.5% "Anxiety"), Activity / rest domain (58% "Deterioration of physical mobility"). Regarding the potential nursing diagnoses, it was found that the Safety / protection domain was more affected ("Risk of Infection", "Risk of peripheral neurovascular dysfunction"). The level of awareness showed correlation with 09 actual nursing diagnoses, highlighting that this was direct and strong with the anxiety diagnosis (r = 0.609). the heart rate and oxygen saturation showed an association with eight diagnoses, showing greater strength of association with the diagnosis "decrease in cardiac output" (r = 0.701) and inverse association with the "fluid volume deficit" (r = -0.566) .

Keywords: Nursing diagnosis, Polytrauma

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), los traumatismos constituyen el problema sanitario desatendido en los países en desarrollo, causa más de cinco millones de muertes al año, una cifra aproximadamente igual a las ocasionadas por el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis combinados; también señala que más del 90% de las muertes por traumatismo se producen en países con ingresos bajos y medios, en los que no se aplica medidas de prevención y los sistemas de salud están menos preparados para afrontar el reto; afecta generalmente a personas sanas en plena capacidad productiva, produciendo lesiones que ocasiona incapacidades físicas y/o mentales, temporales o permanentes que conducen a la muerte (Gosselin, Spiegel, Coughlin y Zirkle, 2009) [1].

En el Perú la carga de enfermedad de las lesiones causadas por el tránsito llega a representar entre 30% y 86% del total de admisiones por traumatismos en los establecimientos de salud, se prevé que para el año 2020, las lesiones causadas por el tránsito en la vía pública ocuparán el tercer lugar en la lista de causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos (Rojas y Arias, 2013)[2].

El cuidado de enfermería ante un politraumatizado es un componente importante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo imprescindible y fundamental en los equipos de emergencias prehospitalarios y hospitalarios[3]. Para que este cuidado sea de calidad se precisa la determinación de diagnósticos e intervenciones de enfermería que sirvan como evidencia de la aplicación del proceso del cuidado de enfermería en los pacientes politraumatizados[4]. Los diagnósticos de enfermería son un juzgamiento clínico sobre las respuestas del individuo, de la familia o de la comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales[5]; proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería para alcanzar resultados por los cuales la enfermería es responsable[6 y 7]. Sin embargo, existen escasos estudios sobre esta problemática.

En algunos países de América latina, se han realizado algunos esfuerzos por sistematizar el cuidado de enfermería de este tipo de pacientes, así, en el 2014 Maldonado[8] evaluó un protocolo de atención de enfermería en 284 pacientes politraumatizados que acudieron al área de emergencia de un Hospital público en Ecuador. Reportó que el 69,7% del

politraumatismo se produjo por accidentes de tránsito, el 82,4% fueron afectados en la cabeza y las extremidades, el 98,6% no emitieron diagnósticos de enfermería, ni planificaron cuidados para los pacientes.

En Brasil, se ha informado tres estudios, en el 2013, Honorio, Xenia, Sales y Melo[9] identificaron los diagnósticos e intervenciones de enfermería de victimas por traumatismo detectándose 33 diagnósticos y 14 intervenciones. Destacando los diagnósticos "herida por arma de fuego "actual" y "sistema cardiovascular y respiratorio comprometido".

Calil y Cardoso[10] en el año 2012 determinaron la frecuencia de los diagnósticos de enfermería en 407 pacientes víctimas de traumatismo en las primeras seis horas después del evento traumático y la relación de estos diagnósticos con la mortalidad. Los diagnósticos más frecuentes fueron: riesgo de infección (84,5%), deterioro de la integridad cutánea (77,9%), dolor agudo (71,5%), Confort perjudicado (68,3%) y deterioro de la integridad tisular (54,1%).

Cali, Ferreira y Días[11] identificaron diagnósticos de enfermería en 406 pacientes víctimas de trauma en las primeras 6 horas después del evento, señalando que los diagnósticos de enfermería: patrón respiratorio ineficaz, ventilación espontánea perjudicada, riesgo de sangramiento y riesgo de perfusión tisular gastrointestinal ineficaz, son factores de riesgo para muerte; y los diagnósticos: desobstrucción ineficaz de vías aéreas, confort perjudicado y dolor agudo como factores de protección.

En México, García y Rivas[12] determinaron la relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC, respecto al porcentaje de sobrevida en pacientes politraumatizados Las seis etiquetas diagnósticas NANDA más frecuentes fueron el riesgo de infección, riesgo de lesión, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, protección ineficaz y dolor agudo en pacientes politraumatizados.

En el ámbito de la selva baja peruana, se ha encontrado pocos estudios. En el año 2015 Torres[13] describió las características del traumatismo por accidente de tránsito en 269 pacientes atendidos en el servicio de emergencias de un hospital, informó que el 75,09% se encontraba en edad laboral, 63,2% fueron de sexo masculino, 37,2% de los pacientes sufrió algún tipo de lesión en la cabeza, de la cuales las contusiones representaron el

41,7%, el 21,0% con laceraciones, 7,4% con fracturas y 29,6% con lesiones mixtas. El 40,1% presentó algún tipo de lesión en el miembro superior y el 47,2% presentó algún tipo de lesión en el miembro inferior. Los diagnósticos más frecuentes fueron: traumatismo intracraneal no especificado (13,4%), herida del cuero cabelludo (8,9%), edema cerebral traumático (7,4%) y traumatismo superficiales múltiples del miembro superior e inferior (7,1%).

En el mismo año Hurtado (2014)[14] describió las características clínicas y epidemiológicas del politraumatismo en pacientes atendidos en un Hospital Público utilizando la información de las 46 Historias Clínicas. Identificó 46 casos de politraumatismos, principalmente en personas menores de 30 años, de sexo masculino y solteros provenientes de la zona urbana. La etiología del politraumatismo fueron los accidentes de tránsito (58,7%) siendo el segmento más afectado el cráneo 82,6%. Los tipos de lesiones más frecuentes fueron: fracturas, hematomas y contusión. Los signos y síntomas iniciales fueron las escoriaciones múltiples, cefalea, pérdida de conciencia y la dificultad respiratoria. El trauma presentado fue de forma abierta (65,2%) y cerrado (34,8%).

Los estudios sobre las etiquetas diagnosticas de enfermería en pacientes con politraumatismo son pocos y las referencias bibliográficas son escasas. En este sentido, la presente investigación tuvo como objetivo principal determinar las variables asociadas a los diagnósticos de enfermería de los pacientes con politraumatismo hospitalizados en emergencia. Los objetivos específicos considerados fueron los siguientes: a) Identificar las características sociodemográficas en los pacientes con politraumatismo; b) Identificar las características clínicas; c) Determinar las causas y el tipo de politraumatismo de los pacientes; d) Identificar las características definitorias y diagnósticos de enfermería y e) asociar las características identificadas con los diagnósticos de enfermería.
Los hallazgos de este estudio aportan al conocimiento de enfermería como disciplina, en diseño de registros y guías clínicas basadas en la evidencia que contribuyan a mejorar la gestión del cuidado inmediato de enfermería.

II. MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, correccional. La muestra poblacional determinada por conveniencia, estuvo constituida por el total de pacientes con politraumatismo (105 pacientes del servicio de emergencia del Hospital Iquitos, que fueron atendidos entre

octubre 2018 a abril 2019). Los criterios de Inclusión fueron tener 18 años, diagnostico medico politraumatismo y atendidos en emergencia.

Las variables independientes fueron*: a) Factores sociodemográficos*: edad, el sexo, ocupación, nivel de instrucción, procedencia.; y *b) Factores clínicos*: tiempo transcurrido para la atención, tiempo de estancia hospitalaria, parámetros de monitoreo hemodinámico, procedimientos invasivos, exámenes auxiliares, nivel de conciencia, causas del traumatismo, tipo de politraumatismo, tipos de lesiones, complicaciones, diagnóstico médico. La variable dependiente estuvo conformada por los *diagnósticos de enfermería reales y de riesgo*.

Las técnicas de recogida de datos fueron: a) la *observació*n, que consistió en observar atentamente el fenómeno, tomar información y registrarla para su posterior análisis; y b) *la encuesta* que permitió interrelacionar a los investigadores con los pacientes politraumatizados, donde se estableció un diálogo mutuo; c) *Revisión documentaria*, de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados, consiste en el conjunto de operaciones intelectuales, que busco describir y representar información descrita del fenómeno de estudio, comprendió el procesamiento analítico- sintético de las variables e indicadores: captación, evaluación, selección y síntesis de los mensajes subyacentes en el contenido de los documentos, a partir del análisis de sus significados, a la luz de un problema determinado[15].

En la recolección de datos se utilizó un instrumento que contenía: a) *Cuestionario de factores sociodemográficos y clínicos*: contiene los datos generales de los pacientes, así como los factores clínicos; y b) *Lista de cotejo "Diagnósticos de enfermería de los pacientes con politraumatismo*"**:** instrumento diseñado por los investigadores y asesoras, a partir de la Asociación Norte Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA-Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020).

Para determinar la validez de contenido de los instrumentos se empleó la *técnica de juicio de expertos*, participaron 05 enfermeras con amplia experiencia y capacitación en emergencias clínicas. Posteriormente se aplicó *el test de equivalencia*[16], el cual consiste en la medición del grado de concordancia de un fenómeno, en este caso, los diagnósticos de enfermería entre varios observadores; la evaluación del paciente se realizó mediante una lista de cotejo u observación por parte de varios investigadores, evaluándose a diez pacientes que reunían los criterios de inclusión, obteniéndose una confiabilidad de 0.95.

Una vez introducidos los datos en el programa SPSS se obtuvo una confiabilidad interna de Alpha de Cronbach (0,946), por lo que su confiabilidad es válida, es decir mide la variable que se quiere medir. La prueba piloto, tuvo como finalidad la capacitación interna de los investigadores y consensuar la secuencia de los pasos de la evaluación.

Para la recolección de la información: a) Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" previa autorización del comité de ética en investigación del Hospital Iquitos para la selección de la muestra y ejecución del estudio (Constancia N°069- CIEI-HICGG-2018). b) Se coordinó con la enfermera jefa del departamento de enfermería y servicio de emergencia para el conocimiento de la investigación. c) La recolección de la información se realizó en el turno de la mañana durante en el horario de 8:00 am a 1:00 pm. La recolección de la información estuvo bajo la responsabilidad única y exclusiva de los investigadores

Los datos obtenidos fueron codificados y procesados a través del paquete estadístico Statisstical Packge for the Social Sciencies (SPSS) versión 23.0; se calculó medidas de tendencia central y dispersión en las variable cuantitativas, frecuencias absolutas y relativas en tablas y gráficos. En el análisis bivariado se empleó el análisis de correlación bivariada r de Pearson. Durante el desarrollo de la investigación, se respetó los derechos humanos de los pacientes hospitalizados con politraumatismo, que conformaron el estudio de acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Mundial sobre los principios éticos y bioéticos para las investigaciones en seres humanos

III. RESULTADOS

3.1. Características sociodemográficas

Fueron seleccionados 105 pacientes que tenían una edad promedio de 35,3$\pm$16,1 años. La mayoría de ellos eran hombres, (63,8%), solteros (37,6%), con estudios secundarios (63,8%), ocupación independiente o estudiante (35,2% y 34,3%) y procedentes del distrito de Iquitos (54,3% y 33,3% respectivamente). El coeficiente de contingencia demostró que varones y mujeres tenían características similares a excepción del grado de instrucción ($p<0,05$), la distribución por sexo se aprecia en la tabla 1.

3.2. Características clínicas

a) Tiempo de atención y estancia hospitalaria: Se observó que la mayoría de los pacientes fueron atendidos en menos de 30 minutos (87,6%) y entre 30 a 60 minutos (11,4%). Con respecto al tiempo de estancia hospitalaria, el 75,2% estuvo hospitalizado entre 01 a 06 horas, otro 9,5% de pacientes entre 06 a 12 horas, el 8,6% entre 12 a 24 horas y solo el 6,7% entre 24 a 48 horas

b) Causas y tipos de politraumatismo: el 69,5% de traumatismos fueron provocados por accidentes de tránsito, 12,4% por accidentes domésticos y 6,9% accidentes laborales. El 71,4% presento politraumatismo leve, 24,8% politraumatismo moderado y el 3,8% politraumatismo grave

c) Diagnóstico médico: el 59,0% presentaron heridas contuso cortante, 21,0% escoriaciones múltiples, 8,6% traumatismo encéfalo craneal y el 5,7% fractura de miembro inferior.

d) Tipos de lesiones y complicaciones: El 45,7% tuvieron trauma del miembro superior, 24,8% traumatismo encéfalo craneal y 22,9% traumatismo del miembro inferior. Referente a las complicaciones el 76,2% presento infecciones, 40,0% rabdomiólisis y el 7,6% falla multi-orgánica.

e) Nivel de conciencia, el valor promedio de la escala de Glasgow fue de 14,7 $\pm$ 1,8 puntos (mínima de 6 puntos y máxima de15). Alcanzó 3,89 $\pm$ 0,21 puntos en la respuesta ocular; 4,89 $\pm$ 0,22 puntos en la respuesta verbal y 5,89 $\pm$ 0,24 puntos en la respuesta motora

f) Parámetros de monitoreo hemodinámico: la presión arterial sistólica promedio fue de 111,6 $\pm$ 16,9 mmHg (90mmHg – 160 mmHg) y de la presión arterial diastólica fue de 71,7 $\pm$ 10,3 mmHg (50 mmHg-100mmHg). Respecto a la frecuencia cardiaca, se observó un valor promedio de 94,5 $\pm$ 21,3 latidos por minuto (mínimo de 20 y máximo de 172). En cuanto a la frecuencia respiratoria, la puntuación promedio fue de 21,74 $\pm$ 4,22 respiraciones por minuto (valor mínimo de 18 y máximo de 54). Así mismo, el valor promedio de la temperatura corporal fue de 36,3 $\pm$ 0,43°C (mínimo de 36,0°c y máximo de 37,4°c). La saturación de oxígeno promedio fue de 97,6+1,67% (mínimo de 88 y máximo de 100%)

g) Bioquímica sanguínea: solamente la mitad de pacientes tenían resultados de glucosa, siendo el valor promedio de 102,07 + 33,1 mg/dl (mínimo de 69 mg/dl y

máximo de 230 mg/dl). Otra cifra similar (48) tenían valores de hematocrito siendo el valor promedio de 35,6 ± 6,99% (11,5%- 45,0%). Dos terceras partes (69) tenían valores de hemoglobina, con un valor promedio de 12,2 ± 2,75 gr/dl (9,10 gr/dl- 31,2 g/dl). Menos de la mitad de pacientes (41) tenían resultados de urea sanguínea, con un valor promedio de 31,7 ± 5,44 mg/dl (10,0 mg/dl a 40,0 mg/dl). Y por último, en relación a la creatinina solo se encontró en 37 pacientes, el valor promedio fue 1,20 ± 0,15mg/dl (0,90 a 1,5 mg/dl)

h) Imagenología y procedimientos invasivos: la mayoría de pacientes contaban con radiografía ósea con (61,9%) y una tercera parte con tomografía axial computarizada con (29,5%). Respecto a los procedimientos invasivos el 97,1% presentaba vía periférica, 8,6% sonda vesical y el 4,8% oxigeno por cánula binasal

i) Tratamiento farmacológico: en mayor proporción los pacientes, recibieron cloruro de sodio (77,1%), antipirético (61,0%), aines (37,1%), antiemético (25,7%), antibiótico (23,8%) y corticoide (21,9%)

j) Balance hídrico electrolítico (BHE): el 81% presento balance hídrico positivo y el 19% balance hídrico negativo. Del total de pacientes con balance hídrico positivo, el valor promedio del balance fue 202,80 ± 173,03 ml., y en aquellos que tuvieron balance hídrico negativo el valor promedio fue - 302,14 ± 177,65 ml.

3.3. Diagnósticos de enfermería reales

La tabla 5 muestra que, de 13 dominios de la NANDA (2018- 2020), durante el periodo estudiado se ha identificado 12 diagnósticos de enfermería que *corresponden solamente a seis dominios.*

El domino 12 Confort, es el que está mayoritariamente afectado, ya que el 97,1% de los pacientes con politraumatismo informaron “Dolor Agudo”. Otro dominio afectado es el Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés, el 89,5% manifestaron “Ansiedad”.

El dominio 4 Actividad/reposo, contiene los diagnósticos de enfermería: “Deterioro de la movilidad física” (58%), “Disminución del gasto cardiaco” (20%), Patrón respiratorio ineficaz (17.1%), Deterioro de la ventilación espontánea (14,3%).

El dominio11 Seguridad/protección, contiene tres diagnósticos; "*Deterioro de la integridad cutánea"* (79,0%), *Deterioro de la integridad tisular* (35,2%) y *Limpieza ineficaz de vías aéreas* (2,9%)**.**

En la tabla 6 se puede observar las **c**aracterísticas definitorias más frecuentes de acuerdo a los diagnósticos de enfermería reales, notándose que prevalecieron las siguientes características: "*la expresión facial de dolor"* en la etiqueta D*olor agudo* (95,2%); inquietud en la etiqueta *"ansiedad"* (83,8%); alteración de la integridad de la piel en el diagnóstico *"deterioro de la integridad cutánea"* (79,0%); inestabilidad postural en el diagnóstico "*deterioro de la movilidad física"* (47,6%); lesión tisular en el diagnóstico *"deterioro de la integridad tisular"* (29,5%) y taquicardia en el diagnóstico *"disminución del gasto cardiaco"* (19,0%).

4.3. Diagnósticos de enfermería potenciales o de riesgo

La tabla 7 muestra 12 diagnósticos de enfermería que *corresponden solamente a seis dominios.*

El domino 11 Seguridad/protección, es el que está proporcionalmente afectado, ya que el 76,2% de los pacientes con politraumatismo presentaron "Riesgo de Infección", "Riesgo de disfunción neurovascular periférica", y "Riesgo de sangrado" (26,7% respectivamente).

El dominio 4 Actividad/reposo, el 18,1% mostraron "Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz" y "Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz" (12,4%).

El dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés, presenta los diagnósticos de enfermería: "Riesgo de disreflexia autónoma" (17,1%), "Riesgo de aspiración" (7,6%).

En la tabla 8 se observa los factores de riesgo más frecuentes de acuerdo a los diagnósticos de enfermería de riesgo, mostrándose que prevalecieron los siguientes factores: "alteración de la integridad de la piel*"* en la etiqueta *Dolor agudo* (72,4%); "inmovilización" en la etiqueta *Riesgo de disminución neurovascular periférica* (26,7%); "traumatismo" en el diagnóstico *Riesgo de traumatismo* (26,7%); "lesión cerebral" en el diagnóstico *Riesgo de perfusión cerebral ineficaz* (17,1%) y "heridas" en el diagnóstico *Riesgo de disreflexia autónoma* (16,2%).

4.4. Asociación entre las variables identificadas y los diagnósticos de enfermería:

Con el propósito de determinar la asociación entre las variables identificadas y los diagnósticos de enfermería de los pacientes evaluados, se empleó el análisis de correlación bivariada *r de Pearson*; este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables. Las tablas 9 y 10 muestran el comportamiento de las variables.

a) Correlación con los diagnósticos de enfermería reales:

En forma global, se observó que el nivel conciencia mostro correlación con nueve diagnósticos de enfermería reales, destacándose que esta asociación fue directa y fuerte con el diagnóstico ansiedad (r=0,609); es decir a mayor nivel de conciencia, mayor informe de ansiedad (p<0,001).

Otras de las características clínicas que mostraron asociación con ocho diagnósticos fueron la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno: observándose mayor fuerza de asociación entre la frecuencia cardiaca y el diagnostico "*disminución del gasto cardiaco"* (r=0,701); es decir a mayor nivel de frecuencia cardiaca, mayor probabilidad de "disminución del gasto cardiaco" (p<0,001). Respecto a la saturación de oxígeno, se encontró mayor fuerza de asociación inversa con el diagnóstico *"déficit de volumen de líquidos"* (r=-0,566); significa que a mayor hipoxemia, menor frecuencia de "déficit de volumen" (p<0,001).

De acuerdo a cada etiqueta diagnóstica, las variables que mostraron correlación directa con el diagnóstico Disminución del gasto cardiaco fueron: el tiempo de estancia hospitalaria *(r=, 425),* presión arterial sistólica *(r=, 291),* presión arterial diastólica *(r=, 245),* frecuencia cardiaca *(r=, 701),* respiración *(r=, 596)* y la temperatura corporal *(r=, 198).* Lo que indica que a mayor estancia hospitalaria, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, frecuencia cardiaca, respiración y mayor temperatura corporal, mayor será la frecuencia del "Dolor agudo". Las variables que mostraron relación indirecta fueron: el nivel de conciencia *(r= -,415),* saturación de oxigeno *(r= -,248)* y la hemoglobina *(r= -,255).* Lo que muestra que a mejor valor del nivel de conciencia, saturación de oxígeno y hemoglobina, menor será la disminución del gasto cardiaco.

Respecto al diagnóstico de enfermería *Patrón respiratorio ineficaz,* las variables que mostraron a relación directa fueron: el tiempo de estancia hospitalaria *(r=, 446),* presión arterial sistólica *(r=, 451),* presión arterial diastólica *(r=, 536),* frecuencia cardiaca *(r=, 555)* y la respiración *(r=, 652).* Lo que indica que a mayor estancia hospitalaria, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, frecuencia cardiaca y respiración. Es decir que a mayor estancia hospitalaria y mayor valor sea los parámetros, mayor será la disminución del gasto cardiaco. En cambio variables que mostraron asociación indirecta fueron: el nivel de conciencia *(r= -,457),* saturación de oxigeno *(r= -,235)* y la hemoglobina *(r= -,272).* Lo que muestra que a mejor valor del nivel de conciencia, saturación de oxígeno y hemoglobina, menor será el patrón respiratorio ineficaz.

En razón al diagnóstico *Limpieza ineficaz de las vías aéreas* las variables que se asociaron directamente fueron: presión arterial sistólica *(r=,323),* presión arterial diastólica *(r=,304)* y *la* frecuencia cardiaca *(r=,371).* Lo que indica que a mayor presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y mayor frecuencia cardiaca, mayor será la limpieza ineficaz de las vías aéreas y en contraste a las variables que se asociaron de manera indirecta fueron: el nivel de conciencia *(r=-,457),* saturación de oxigeno *(r= -,319)* y la hemoglobina *(r= -,261).* Significando que a mejor valor del nivel de conciencia, saturación de oxígeno y hemoglobina, menor será la frecuencia de la limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Las variables, que mostraron asociación directa con la etiqueta diagnóstica *Deterioro de la ventilación espontanea* fueron: el tiempo de estancia hospitalaria *(r=,498),* presión arterial sistólica *(r=,300),* presión arterial diastólica *(r=,381),* frecuencia cardiaca *(r=,629)* y la respiración *(r=,439)*. Lo que significa que a mayor estancia hospitalaria y mayor valor de los parámetros de monitoreo hemodinámico, mayor será la frecuencia del deterioro de la ventilación espontanea. Las variables que correlacionaron indirectamente fueron: el nivel de conciencia *(r= -,410),* saturación de oxigeno *(r= -,319)* y la hemoglobina *(r= -,261).* Resultando que a mejor valor del nivel de conciencia, saturación de oxígeno y hemoglobina, menor será el deterioro de la ventilación espontanea.

b) Correlación con los diagnósticos de enfermería de riesgo:

De manera global, se observó que la estancia hospitalaria mostro correlación con siete diagnósticos de enfermería de riesgo, demostrándose que esta asociación fue directa y fuerte con el diagnóstico riesgo de shock (*r*=0,584); es decir a mayor estancia hospitalaria, mayor será el riesgo de shock (p<0,001).

Analizando según diagnósticos, las variables que mostraron asociación negativa con la etiqueta diagnostica, *Riesgo de infección* fueron: el tiempo de estancia hospitalaria*(r=, 346),* frecuencia cardiaca *(r=-, 340),* temperatura *(r=-,214),* y la rabdomiliósis *(r=-, 320).* Significa, que a mayor estancia hospitalaria, frecuencia cardiaca, temperatura y rabdomiliósis, mayor será el riesgo de infección.

De acuerdo al diagnóstico*, Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos,* las variables que mostraron correlación directa fueron: el tiempo de estancia hospitalaria *(r=,293),* frecuencia cardiaca *(r=,237),* respiración *(r=,214)* y la falla multi orgánica *(r=,382)*. Muestra que mayor sea la estancia hospitalaria, frecuencia cardiaca, respiración, falla multi orgánica, mayor será el riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. En cambio la variable que resulto ser indirecta fue: la saturación de oxigeno *(r=-,340)*. Quiere decir que a mejor valor de la saturación de oxígeno, menor será el riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.

En razón al diagnóstico, *Riesgo de aspiración* las variables que relacionaron directamente fueron: tiempo de estancia hospitalaria *(r=,259),* presión arterial diastólica *(r=,265),* frecuencia cardiaca *(r=,338),* la respiración *(r=,239),* falla multi orgánica *(r=,459).* Indica que a mayor estancia hospitalaria y mayor sean los valores de la presión arterial diastólica*,* frecuencia cardiaca, la respiración, falla multi orgánica, mayor será el riesgo de aspiración. No obstante las variables que reflejaron ser indirectas fueron: el nivel de conciencia *(r=-,595)* y la saturación de oxigeno *(r=-,390).* Lo que significa que a mejor valor del nivel de conciencia y saturación de oxígeno, menor será el riesgo de aspiración.

Y respecto, al diagnóstico *Riesgo de shock* las variables que relacionaron directamente fueron: tiempo de estancia hospitalaria *(r=,584),* la frecuencia

cardiaca *(r=,252)* y la falla multi orgánica *(r=,485).* Lo que significa que mayor estancia hospitalaria, frecuencia cardiaca y mayor falla multi orgánica, mayor será el riesgo de shock. Así mismo la variable que resulto ser indirecta fue: la saturación de oxigeno *(r=-,429).* Quiere decir que a mejor saturación de oxígeno, menor será el riesgo de shock.

V. DISCUSION

La enfermería como disciplina científica, ha evolucionado a lo largo de su historia, en una trayectoria marcada por las directrices de una sociedad cada vez más exigente desde el punto de vista profesional, es por eso que los diagnósticos enfermeros constituyen un marco útil para el desarrollo de la disciplina[17].

La primera etapa del proceso de enfermería es la valoración, tiene como fin la formulación de diagnósticos de enfermería, que son la base de los cuidados. Un diagnóstico enfermero adecuado y válido, determina el resultado sensible a la intervención de enfermería[18]. En este contexto, el aporte principal de este estudio radica en la determinación de los diagnósticos de enfermería en los pacientes con politraumatismo, tanto reales como potenciales y sus factores asociados.

Se identificaron 12 diagnósticos de enfermería reales y 12 diagnósticos de riesgo. Los diagnósticos reales más frecuentes fueron “dolor agudo”, “ansiedad”, “deterioro de la integridad cutánea”, “deterioro de la movilidad física” y “deterioro de la integridad tisular”. A su vez, los diagnósticos de enfermería potenciales o de riesgo más frecuentes fueron el “riesgo de infección”, “riesgo de disfunción neurovascular periférica”, “riesgo de sangrado” y “riesgo perfusión tisular cerebral ineficaz”.

Estos resultados muestran que los pacientes con politraumatismo presentan signos definitorios de grave amenaza a la vida; reflejarían el grado de dependencia de los pacientes con politraumatismo que ingresan a los servicios de emergencia de hospitales públicos, así como, la necesidad de incorporar indicadores reales que son elementos principales para mejorar la gestión del cuidado profesional de enfermería.

Estos hallazgos son diferentes a los reportados por García- Rangel y Rivas- Espinoza (2010) quienes determinaron 21 diagnósticos, el 100% de pacientes con politraumatismo

presentaron seis etiquetas diagnosticas: deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, protección ineficaz, dolor agudo, riesgo de infección y riesgo de lesión. Estas diferencias podrían deberse a las causas del politraumatismo encontradas en nuestro estudio fueron principalmente accidentes de tránsito, heridas contuso cortantes y trauma de miembro superior; de otra parte García y Rivas, usaron la taxonomía II de la NANDA 2012-2014 con 21 dominios, y en nuestra investigación usamos la taxonomía II de la NANDA 2018-2020 con 13 dominios; sin embargo, existe la interrogante respecto a la capacidad de valoración del profesional de enfermería de características definitorias y factores de riesgo de las etiquetas diagnosticas estudiadas.

La etiqueta diagnostica dolor agudo (97,1%) fueron la más relevante en pacientes con politraumatismo, teniendo concordancia a lo informado por Cyrillo et al[19] el 73,9% presento este diagnóstico. Se enfatiza que el dolor es una de las principales consecuencias del trauma[20] y el dolor agudo fue un diagnóstico frecuente en el presente estudio; a pesar de ser subjetivo, el dolor se considera una experiencia sensorial y emocional desagradable, cada individuo aprende su significado, mediante experiencias relacionadas con eventos vividos. En el caso politraumatismo, el dolor generalmente está asociado a la lesión del tejido presente o potencial.

Otro diagnostico importante fue la “ansiedad” que afecta al 89,5% de los pacientes; este resultado puede deberse a la crisis situacional, o por la autopercepción de la gravedad de la enfermedad que tiene el paciente, aunque este tópico es objeto de discusión[21]. La presencia de la etiqueta “Deterioro de la integridad cutánea”, en el 79,0% podría deberse a agentes que generan, respectivamente, lesiones en las lesiones, puntiformes, incisiones, contusiones y perforaciones.

Referente a los diagnósticos de enfermería de riesgo, en forma mayoritaria los pacientes tuvieron “riesgo de infección” (76,2%), hallazgos que son ligeramente inferiores al estudio de Calil y Cardozo (2012) quienes informaron que este diagnóstico se presentó en el 84,5% de los pacientes con politraumatismo. La infección es una de las más frecuentes y graves las complicaciones de las víctimas con politraumatismo, debido a cambios inmunológicos relacionados con el propio trauma como procedimientos invasivos que aumentan la predisposición a la infección.

El diagnostico riesgo de disfunción neurovascular periférica, observado en 26,7% de los pacientes son semejantes a lo encontrado por Calil, Ferreira y Días (2012) quienes indican que el 29,5% presentaron este diagnóstico, esto se debe por la presencia del traumatismo que sufre el cráneo y compresión mecánica que sufre el cerebro observadas en los pacientes valorados.

Referente a las características demográficas, se observó que la muestra estudiada tiene características similares a la mayoría estudios: varones, con edades entre 18 y 29 años y afectados por accidentes de tránsito. Estos resultados son consistentes con lo encontrado por Valencia y Jurado[22] quienes indican que los varones jóvenes (32,0%) y el accidente de tránsito (46,8%) fueron las causas para el politraumatismo. Este puede estar relacionado con el hecho de una mayor exposición a los riesgos de accidentes vehiculares, en los últimos años en nuestra ciudad, los accidentes de tránsito crecieron sustancialmente, en consecuencia del aumento del número de vehículos en circulación, de la desorganización del tránsito, de la deficiencia general de fiscalización de las condiciones de los vehículos y del comportamiento de los usuarios, aliados a la impunidad[23].También Maldonado (2011), cita que en Ecuador la mayor parte de las causas del politraumatismo son productos de los accidentes de tránsito.

También en las investigaciones de Valencia y Jurado (2010) reportó que, la parte del cuerpo más afectada en estos pacientes fueron las extremidades (42,0%) y los traumas en cabeza y cuello (19,0%). Hallazgo difiere ligeramente de nuestros resultados ya que la proporción de este estudio fue mayor, extremidades (68,6%) y trauma de cabeza y cuello (26,9%).

No obstante, en el estudio de Hurtado (2014) informó que el 100,0% de los pacientes tuvieron escoriaciones múltiples con radiografía y TAC. Resultados que difiere proporcionalmente con nuestra investigación ya que 2l,0% tuvo escoriaciones múltiples y el 38,0% y 70,5% (Radiografía y TAC respectivamente)

Los resultados de esta investigación comprueban el objetivo planteado, se encontró correlación entre algunas variables y los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo de los pacientes con politraumatismo. Los pacientes que presentaron mayor estancia hospitalaria, presión arterial diastólica, presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca y mayor respiración (p=<0,001), mostraron mayor patrón respiratorio ineficaz.

También se observó que los pacientes que muestran mayor tiempo de estancia hospitalaria, presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca y mayor frecuencia respiratoria (p= <0,001) presentar mayor riesgo de aspiración.

Como se ha citado anteriormente, el politraumatismo es un evento complejo y que debe ser visto de una forma amplia, con el objetivo de comprender más adecuadamente el fenómeno. La necesidad de buscar constantemente herramientas que indiquen caminos para la mejoría de la calidad de nuestras acciones es un deber de todo el profesional de salud envuelto con su práctica; así las etiquetas diagnosticas de enfermería proponen, bajo nuestra visión, un camino posible para el desarrollo del raciocinio clínico y crítico junto a las víctimas de politraumatismo.

VI. DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de esta investigación indican no tener ningún conflicto a declarar.

VII. CONCLUSIONES

La dinámica de la gestión del cuidado de enfermería y toma de decisiones precisa de la determinación de los diagnósticos de enfermería y de los factores asociados, con base en el juicio clínico; por lo tanto, deben uno de los principales focos de atención.

El estudio determina prioridades en la valoración del paciente politraumatizado, haciéndose énfasis en parámetros de monitoreo hemodinámico como el nivel de conciencia, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno, variables que tuvieron fuerte asociación con la mayoría de diagnósticos de enfermería detectados.

La alta frecuencia de diagnósticos que abordan dominios relacionados a confort y reposo, seguridad y protección y el dominio afrontamiento y tolerancia al estrés, revelan que las necesidades humanas básicas están interrelacionadas a los que el profesional de enfermería debe también estar atento

VIII. RECOMENDACIONES

Establecer protocolos específicos de cuidados de enfermería en el servicio de emergencia y que reduzca el tiempo de los registros de Diagnósticos identificados en paciente con politraumatismo.

Que el resultado obtenido en el presente estudio sirva como antecedente de futuros trabajos de enfermería y así continuar cada vez más mejorando la calidad de cuidados en pacientes con politraumatismo.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 Gosselin R., Spiegel D., Coughlin R. y Zirkle L. Los traumatismos: el problema sanitario desatendido en los países en desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2009; 87:246-246. doi: 10.2471/BLT.08.052290. https://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-052290/es/

2 Rojas Y. y Arias M. Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de transito en el Perú 2013. Ministerio de salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. SINCO Editores SAC.p:19.

3 Fernández Ramos Inmaculada Concepción. Plan de cuidados de enfermería de pacientes politraumatizados. Editorial Punto Rojo Libros, 2017. 346 paginas. ISBN. 8417237887, 9788417237882.

4 Alvarado Sh, Moncada M, Pisco Z y Ramirez T. Factores asociados a los diagnósticos de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano. Unidad de Cuidados Intensivos. HCGG. 2010. [Tesis para optar el título de Especialistas en Cuidados Intensivos]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2011.

5 Goyatá S, Rossi L e Dalri M. Diagnósticos de enfermagem de familiares de pacientes adultos queimados no período próximo à alta hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(1):102-9.

6 Carvalho E. Relações entre a coleta de dados, diagnóstico e prescrição de enfermagem a pacientes adultos de uma UTI. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(4):700-6.

7 Calil A e Pimenta C. A importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. Acta Paul Enferm. 2010; 65(1):132-8.

8 Maldonado K. Propuesta de protocolo de atención de enfermería a pacientes politraumatizados, que acuden al área de emergencia - Hospital Santa Teresita - Santa Rosa 2011. [Tesis para optar el título de Licenciadas en Enfermería]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2014.

9 Honorio L, Xenia A, Sales R y Melo J. Diagnósticos e intervenciones de enfermería en víctimas de trauma durante la atención pre hospitalaria utilizando la CIPE. Rev. Eletr. Enfermera. 2013; 15(1): 34-4

10 Calil A y Cardoso M. Diagnósticos de enfermería en víctimas de trauma en las primeras seis horas después del evento. Acta paul enferm. 2012; 25(2): 256-262.

11 Calil A, Ferreira J y Días F. Diagnósticos de enfermería en víctimas fatales provenientes de trauma en el escenario de la atención de emergencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(1): 1-8.

12 García K y Rivas J. Relación de etiquetas NANDA e indicadores NOC, respecto al porcentaje de sobrevida en pacientes politraumatizados. Revista CONAMED, Suplemento de Enfermería. 2010; 15(1): 4-10.

13 Torres C. Traumatismo por accidente de Tránsito en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Loreto, durante los meses de Abril a Junio del año 2014. [Tesis para optar el título de Médico cirujano]. Punchana: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.

14 Hurtado R. Características clínicas y epidemiológicas del politraumatismo en pacientes atendidos en el hospital Iquitos "César Garayar García" de enero a diciembre 2014.Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.

15 Dulzaides M y Molina A. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. Acimed. 2004; 12 (2): 1-1.

[16]. Polit D, Hungler B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 2000. 6ta. Ed. México: Edit. Mc Graw Hill. Interamericana.

17 Rodrigo M, Fernández C y Navarro M. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ra ed. España: Elsevier Masson; 2009.

18 Champion H, Sacco W, Copes W, Gann D and Gennarelli T, Flanagan M. A revision of the trauma score. J Trauma. 1989; 29: 623- 629.

19 Cyrillo, R., Dalri, M. C., Canini, S. R., Carvalho, E., & Lourencini, R. (2009). Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, *11*(4), 811-9. https://doi.org/10.5216/ree.v11i4.33235

20 McCaffery, Margo; Pasero, Chris. Am J Nurs. 2001; 101(11):13.

21 Armand M., Suñer R., Abulí P., Pérez C. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Medicina clínica, 120 (10). 2003: 370-375

22 Valencia V, Alejandra, Jurado O., Sandra P., Perfil demográfico y clínico de pacientes traumatizados en una institución de cuarto nivel de complejidad, Medellín 2005-2008. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en linea] 2010, 28 (Septiembre-Diciembre) : [Fecha de consulta: 22 de mayo de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018993004> ISSN 0120-386X

23 Freire E. Trauma: la enfermedad de los siglos. ellos son Pablo: Ed. Atheneo; 2001.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con politraumatismo hospitalizados en emergencia según sexo

Características sociodemográficas	Femenino (n=38)		Masculino (n=67)		Total (n=105)		p
Edad							
Media (M, DS)	(36,1±17,0)		(34,9±15,8)		(35,3±16,1)		
Adulto joven	19	18,1	30	28,6	49	46,7	CC= 0,100
Adulto intermedio	14	13,3	31	29,5	45	42,9	p= 0,591
Adulto mayor	5	4,8	6	5,7	11	10,5	
Estado civil							
Soltero	14	13,3	36	34,3	50	37,6	CC= 0,168
Casado	13	12,4	15	14,3	28	26,7	p= 0,385
Conviviente	10	9,5	15	14,3	25	23,8	
Viudo	1	1,0	1	1,0	2	1,9	
Grado de instrucción							
Secundaria	25	23,8	42	40,0	67	63,8	CC= 0,046
Primaria	6	5,7	11	10,5	17	16,2	p= 0,974
Superior universitario	5	4,8	9	8,6	14	13,3	
Técnico superior	2	1,9	5	4,8	7	6,7	
Ocupación							
Independiente	4	3,8	33	31,4	37	35,2	CC= 0,541
Estudiante	13	12,4	23	21,9	36	34,3	p= 0,000
Ama de casa	18	17,1	0	0,0	18	17,1	
Dependiente	3	2,1	11	10,5	14	13,3	
Procedencia							
Iquitos	20	19,0	37	35,2	57	54,3	CC= 0,093
San Juan	12	11,4	23	21,9	35	33,3	p= 0,921
Belén	4	3,8	4	3,8	4	7,6	
Fuera de Iquitos	1	1,0	2	1,9	3	2,9	
Punchana	1	1,0	1	1,0	2	1,9	

M: Media; DS: Desviación estándar; CC: Coeficiente de contingencia

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes hospitalizados en emergencia

	n	%		n	%		n	%
Causas del politraumatismo			**Diagnostico medico**			**Tipo de lesiones**		
Accidente de transito	73	69,5	Heridas contuso cortante	62	59,0	Trauma del miembro superior	48	45,7
Accidente domestico	13	12,4	Escoriaciones múltiples	22	21,0	Traumatismo encéfalo craneal	26	24,8
Accidente laboral	7	6,9	Traumatismo craneoencefálico	9	8,6	Traumatismo del miembro inferior	24	22,9
Agresión física	6	5,7	Fractura miembro inferior	6	5,7	Trauma torácico	4	3,8
Caídas	5	4,8	Herida por mordedura de animal	3	2,9	Trauma cervical	3	2,9
Arma blanca	1	1,0	Fractura de miembro superior	2	1,9			
			Neumotórax	1	1,0			
Tipos de politraumatismo			**Tratamiento farmacológico**			**Complicaciones**		
			Cloruro de sodio 0,9%	81	77,1	Infecciones	80	76,2
Politraumatismo leve	75	71,4	Antipirético	64	61,0	Rabdomiólisis	42	40,0
Politraumatismo moderado	26	24,8	Antiinflamatorio	39	37,1	Falla multiorgánica	8	7,6
Politraumatismo grave	4	3,8	Antiemético	27	25,7	Coagulopatía	4	3,8
			Antibiótico	25	23,8	Distrés respiratorio	3	2,9
			Corticoide	23	21,9	Trombosis venosa profunda	2	1,9
						Enfermedad renal aguda	1	1,0

Tabla 3. Monitoreo hemodinámico y bioquímica de los pacientes con politraumatismo hospitalizados en emergencia (n=105)

	X	Md	Mod	DS.	Min	Max	p25	p50	p75
Nivel de conciencia									
Glasgow	14,7	15	15	1,37	6	15	15	15	15
Respuesta Ocular	3,89	4	4	0,45	1	4	4	4	4
Respuesta Verbal	4,89	5	5	0,47	2	5	5	5	5
Respuesta Motora	5,89	6	6	0,49	3	6	6	6	6
Monitoreo Hemodinámico									
PAS	111,6	110	120	16,9	90	160	100	110	120
PAD	71,7	70	70	10,3	60	100	60	70	80
P	94,5	86	80	21,3	20	172	80	86	109
R	21,7	20	20	4,22	18	54	20	20	22
T	36,3	36	36	0,43	36	37,4	36	36	36,8
SPO2	97,6	98	98	1,67	88	100	98	98	98
Bioquímica sanguínea									
Glucosa	102,07	96	88	33,1	69	230	88	96	104
Hematocrito	35,6	37	36	6,99	11,5	45	33	37	39
Hemoglobina	12,2	12	12	2,75	9,1	31,2	11	12	13
Urea	31,7	33	33	5,44	10	40	31	33	33,2
Creatinina	1,2	1,2	1,3	0,15	0,9	1,5	1,1	1,2	1,3

X: media; Md: mediana; Mod: moda; DS: desviación estándar; mi: valor mínimo; Max: valor máximo; p: percentil; PAS: Presión arterial sistólica; PAD: Presión arterial diastólica; P: Pulso; R: Respiración; T: Temperatura; SPO2: Saturación de oxígeno.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos del balance hídrico electrolítico de los pacientes con politraumatismo hospitalizados en emergencia

				Ingreso	Egreso	BHE
BHE Positivo 81%	Media			445,11	-271,31	202,80
	IC 95%	Límite inferior		395,22	233,45	165,01
		Límite superior		495,00	311,18	240,58
	Media recortada al 5%			428,21	255,18	186,24
	Mediana			400,00	200,00	180,00
	Desv. típ.			228,48	177,99	173,03
	Mínimo			140,0	100,0	15,00
	Máximo			1450	1300	1100
	Rango			1310	1200	1085
	Percentil		25	280,00	150,00	80,00
			50	400,00	200,00	180,00
			75	600,00	360,00	270,00
BHE Negativo 19%	Media			366,47	-477,94	302,14
	IC 95%	Límite inferior		180,34	176,03	22,30
		Límite superior		552,60	667,50	333,0
	Media recortada al 5%			347,65	368,63	139,61
	Mediana			200,00	200,00	70,00
	Desv. típ.			362,02	421,76	177,65
	Mínimo			20,00	0,00	0,00
	Máximo			1050	1800	1040
	Rango			1030	1800	1040
	Percentil		25	110,00	200,00	575,00
			50	125,00	200,00	460,00
			75	5,00	70,00	120,00

Tabla 5. Diagnóstico de enfermería real en pacientes con politraumatismo hospitalizados en emergencia

Dominio	Clase	Código	Diagnósticos de enfermería	n	%
12: Confort	1: Confort físico	00132	Dolor agudo	102	97,1
9: Afrontamiento/tolerancia al estrés	2: Respuesta de afrontamiento	00146	Ansiedad	94	89,5
11: Seguridad/protección	2: Lesión física	00046	Deterioro de la integridad cutánea	83	79,0
	2: Lesión física	00044	Deterioro de la integridad tisular	37	35,2
	2: Lesión física	00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	3	2,9
4: Actividad/reposo	2: Actividad/ejercicio	00085	Deterioro de la movilidad física	61	58,1
	4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares	00029	Disminución del gasto cardiaco	21	20,0
	4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares	00032	Patrón respiratorio ineficaz	18	17,1
	4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares	00033	Deterioro de la ventilación espontanea	15	14,3
5: Percepción/cognición	5: comunicación	00051	Deterioro de la comunicación verbal	8	7,6
2: Nutrición	1: Ingestión	00103	Deterioro de la deglución	8	7,6
	5: Hidratación	00027	Déficit de volumen de líquidos	1	1,0

Tabla 6. Diagnósticos de enfermería real y sus características definitorias

Diagnósticos de enfermería	n	%	Diagnósticos de enfermería	n	%
Dolor agudo			Disnea	9	8,6
Expresión facial de dolor	100	95,2	Piel fría y sudorosa	5	4,8
Postura antiálgica	68	64,8	Tos	3	2,9
Conducta expresiva al dolor	66	62,9	Fatiga	2	1,9
Conducta de autoexpresión	63	60,0	***Patrón respiratorio ineficaz***		
Conducta defensiva	59	56,2	Patrón respiratorio anormal	17	16,2
Auto informe de intensidad de dolor	41	39,0	Taquipnea	14	13,3
Cambio de parámetros fisiológicos	17	16,2	Disnea	11	10,5
Ansiedad			Sonidos respiratorios anormales	6	5,7
Inquietud	88	83,8	Uso músculos accesorios para respirar	5	4,8
Angustia	87	82,9	Color de la piel anormal	2	1,9
Irritabilidad	56	53,3	Bradipnea	2	1,9
Nerviosismo	44	41,9	***Deterioro de la ventilación espontanea***		
Voz temblorosa	16	15,2	Aumento de la frecuencia cardiaca	15	14,3
Alteración del patrón respiratorio	13	12,4	Inquietud	12	11,4
Arrepentimiento	6	5,7	Disnea	9	8,5
Insomnio	2	1,9	Uso músculos accesorios para respirar	5	4,8
Fatiga	1	1,0	***Deterioro de la comunicación verbal***		
Deterioro de la integridad cutánea			Dificultad para hablar	6	5,7
Alteración de la integridad de la piel	83	79,0	Dificultad para verbalizar palabras	5	4,8
Materias extrañas que perforan la piel	40	38,1	Incapacidad para hablar	4	3,8
Deterioro de la movilidad física			No habla	3	2,9
Inestabilidad postural	50	47,6	Dificultad para expresar pensamientos	1	1,0
Disconfort	48	45,7	***Deterioro de la deglución***		
Movimientos descoordinados	45	42,9	Cierre incompleto de los labios	8	7,6
Dificultad para girarse	42	40,0	Babeo	3	2,1
Disnea de esfuerzo	9	8,6	Los alimentos se caen de la boca	2	1,9
Temblor inducido por el movimiento	5	4,8	***Limpieza ineficaz de la vías aéreas***		
Deterioro de la integridad tisular			Alteración del patrón respiratorio	2	1,9
Lesión tisular	31	29,5	Inquietud	2	1,9
Destrucción tisular	28	26,7	Disnea	2	1,9
Disminución del gasto cardiaco			***Déficit de volumen de líquidos***		
Taquicardia	20	19,0	Alteración de la turgencia de la piel	1	1,0
Ansiedad	16	15,2	Aumento de la frecuencia cardiaca	1	1,0

Tabla 7. Diagnóstico de enfermería de riesgo en pacientes con politraumatismo hospitalizados en emergencia

Dominio	Clase	Código	Diagnósticos de enfermería	n	%
11: Seguridad/protección	1: Infección	00004	Riesgo de infección	80	76,2
11: Seguridad/protección	2: Lesión física	00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	28	26,7
11: Seguridad/protección	2: Lesión física	00206	Riesgo de sangrado	28	26,7
11: Seguridad/protección	6: Termorregulación	00005	Riesgo de desequilibrio de la t° corporal	16	15,2
11: Seguridad/protección	2: Lesión física	00035	Riesgo de lesión	15	14,3
11: Seguridad/protección	2: Lesión física	00038	Riesgo de traumatismo	14	13,3
11: Seguridad/protección	2: Lesión física	00205	Riesgo de shock	2	1,9
4: Actividad/reposo	4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares	00201	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	19	18,1
4: Actividad/reposo	4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares	00033	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	13	12,4
9: Afrontamiento/tolerancia al estrés	3: Estrés neuro comportamental	00010	Riesgo de disreflexia autónoma	18	17,1
9: Afrontamiento/tolerancia al estrés	3: Estrés neuro comportamental	00039	Riesgo de aspiración	8	7,6
2: Nutrición	5: Hidratación	00025	Riesgo desequilibrio de volumen de líquidos	3	2,9

t°: *temperatura*

Tabla 8. Diagnósticos de enfermería de riesgo y sus factores de riesgo

Factores de riesgo de diagnósticos	n	%	Factores de riesgo de diagnósticos	n	%
Riesgo de infección			Exposición a patógenos		
Alteración la integridad de la piel	75	71,4	Agente nosocomial	9	8,6
Procedimientos invasivos	69	65,7	Alteración de la función cognitiva	4	3,8
Exposición a brotes de enfermedades	26	24,8	Perfil hematológico anormal	4	3,8
Inmunosupresión	12	11,4	Alteración sensorial	2	1,9
Disminución de la hemoglobina	7	6,7	Deterioro de los mecanismos de defensa	1	1,0
Riesgo de disminución neurovascular periférica			***Riesgo de traumatismo***		
Inmovilización	28	26,7	Antecedentes de traumatismo	14	13,3
Fractura	26	24,8	Debilidad	11	10,5
Traumatismo	26	24,8	Cama muy elevada	9	8,6
Compresión mecánica	16	15,2	Temperatura ambiental extrema	5	4,8
Cirugía ortopédica	2	1,9	Alteración sensorial	1	1,0
Riesgo de sangrado	28	26,7	Alteración de la función cognitiva	1	1,0
Traumatismo	28	26,7	***Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz***		
Conocimiento insuficiente de precauciones	16	15,2	Lesión cerebral	13	12,4
Antecedentes de caídas	5	4,8	Agentes farmacológicos	5	4,8
Régimen terapéutico	1	1,0	Abuso de sustancias	1	1,0
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz			Régimen terapéutico	1	1,0
Lesión cerebral	18	17,1	***Riesgo de aspiración***		
Hipertensión arterial	10	9,5	Disminución del nivel de la conciencia	2	1,9
Régimen terapéutico	6	5,7	Traumatismo facial	2	1,9
Disección arterial	2	1,9	Deterioro de la deglución	2	1,9
Riesgo de disreflexia autónoma			Traumatismo oral	2	1,9
Heridas	17	16,2	Alimentación enteral	1	1,0
Fracturas	16	15,2	Tos ineficaz	1	1,0
Trombosis venosa profunda	7	6,7	Intubación oro-nasal	1	1,0
Presión sobre prominencia ósea	7	6,7	Traumatismo del cuello	1	1,0
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal			***Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos***		
Lesión cerebral	16	15,2	Traumatismo	1	1,0
Actividad vigorosa	12	11,4	Régimen terapéutico	1	1,0
Agentes farmacológicos	8	7,6	***Riesgo de shock***		
Alteración de la tasa metabólica	5	4,8	Hipoxemia	1	1,0
Riesgo de lesión			Infección	1	1,0
Alteración del funcionamiento psicomotor	11	10,5	Sepsis	1	1,0

Tabla 9. Matriz de correlación bivariada entre las variables identificadas y los diagnósticos de enfermería real (n=105)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Edad	-											
2. Tiempo de atención	,034	-										
3. Tiempo de estancia hospitalaria	-,167	,009	-									
4. Escala de Glasgow	-,142	,137	-,259	-								
5. Presión arterial sistólica	,331	-,184	-,049	-,248	-							
6. Presión arterial diastólica	,349	-,160	,053	-,255	,689	-						
7. Frecuencia cardiaca	,059	,042	,393	-,430	,185	,298	-					
8. Respiración	-,061	,060	,367	-,268	,158	,242	,415	-				
9. Temperatura	-,264	,264	,197	,060	,018	,034	,215	,208	-			
10. Saturación de oxigeno	-,207	-,131	-,207	,430	-,125	-,090	-,364	-,086	,172	-		
11. Hemoglobina	-,037	-,019	-,254	,110	-,071	-,048	-,275	-,245	-,128	,043	-	
12. Infecciones	-,052	-,055	-,111	,137	-,120	-,157	-,227	-,157	-,126	,121	,115	-
13. Rabdomiólisis	,107	,123	-,121	-,034	,124	,077	-,049	-,087	,027	-,061	,039	-,274
14. Falla multi orgánica	,014	,041	-,547	,595	-,185	-,258	-,376	-,299	-,207	,390	,178	,161
15. Dolor agudo	-,017	,003	-,242	,214	,084	,083	-,095	-,038	,011	,031	,169	,096
16. Disminución gasto cardiaco	-,006	-,081	,425	-,415	,291	,425	,701	,596	,198	-,248	-,255	-,224
17. Ansiedad	-,121	,117	-,178	,609	-,150	-,094	-,145	-,095	,077	,336	,147	,045
18. Deterioro movilidad física	-,084	,055	,228	-,028	,047	,083	,296	,205	,290	-,069	,062	,158
19. Deterioro comunicación verbal	,040	-,133	,146	-,569	,122	,231	,221	,154	-,041	-,303	-,121	,008
20. Patrón respiratorio ineficaz	,019	-,046	,446	-,457	,451	,536	,555	,652	,156	-,235	-,272	-,254
21. Limpieza ineficaz vías aéreas	,063	-,106	,057	-,549	,323	,304	,371	,146	-,130	-,477	-,013	-,096
22. Deterioro ventilación espontanea	-,032	-,122	,498	-,410	,300	,381	,629	,439	,136	-,319	-,261	-,228
23. Deterioro integridad cutánea	-,028	,134	,184	-,043	-,020	,062	,137	,191	,111	-,070	,017	-,372
24. Deterioro integridad tisular	-,164	,141	,177	-,118	,048	,053	,212	,253	,253	-,007	-,319	-,132
25. Déficit volumen líquidos	-,075	,023	,316	-,194	-,126	-,111	,154	,099	-,082	-,566	-,101	-,055
26. Deterioro deglución	,040	-,133	,146	-,569	,122	,231	,221	,154	-,041	-,303	-,121	,008
27. Número de diagnósticos reales	-,073	,106	,472	-,264	,159	,293	,506	,379	,171	-,335	-,248	-,246

Negrita: p<0,001. Subrayado: p<0,005.

Tabla 9.1. Continuación de la matriz de correlación bivariada entre las variables identificadas y los diagnósticos de enfermería real (n=105)

	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
14. Falla multi orgánica	-,161	-													
15. Dolor agudo	,093	,166	-												
16. Disminución gasto cardiaco	-,126	**-,395**	-,057	-											
17. Ansiedad	-,089	**,371**	,128	-,218	-										
18. Deterioro movilidad física	-,221	-,171	,202	**,280**	,025	-									
19. Deterioro comunicación verbal	,015	**-,323**	,049	**,305**	**-,371**	,171	-								
20. Patrón respiratorio ineficaz	-,093	**-,441**	-,074	**,783**	**-,257**	,233	**,346**	-							
21. Limpieza ineficaz vías aéreas	-,093	-,166	,029	**,343**	**-,315**	,030	**,382**	**,377**	-						
22. Deterioro ventilación espontanea	,000	**-,498**	-,093	**,748**	-,216	**,292**	**,293**	**,681**	**,257**	-					
23. Deterioro integridad cutánea	,248	-,148	,052	,082	,053	,037	,060	,110	-,052	,210	-				
24. Deterioro integridad tisular	,033	-,089	,007	**,329**	-,008	,182	,239	**,299**	-,007	,155	,037	-			
25. Déficit volumen líquidos	,080	**-,341**	,017	,196	**-,287**	,083	**,341**	,216	-,017	,240	,050	,133	-		
26. Deterioro deglución	,015	**-,323**	,049	**,305**	**-,371**	,171	1.000	**,346**	**,382**	**,293**	,060	,239)	**,341**	-	
27. Número de diagnósticos reales	,112	**-,365**	-,029	**,548**	-,069	**,426**	**,437**	**,506**	,172	**,558**	**,340**	,398	**,375**	**,437**	-

Negrita: p<0,001. Subrayado: p<0,005.

Tabla 10. Matriz de correlación bivariada entre las variables identificadas y los diagnósticos de enfermería potenciales (n=105)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Edad	-											
2. Tiempo de atención	,034	-										
3. Tiempo de estancia hospitalaria	-,167	,009	-									
4. Escala de Glasgow	-,142	,137	-.259	-								
5. PAS	.331	-,184	-,049	-.248	-							
6. PAD	.349	-,160	,053	-.255	.689	-						
7. Frecuencia cardiaca	,059	,042	.393	-.430	,185	.298	-					
8. Respiración	-,061	,060	.367	-.268	,158	.242	.415	-				
9. Temperatura	-.264	.264	.197	,060	,018	,034	.215	.208	-			
10. Saturación de oxigeno	-.207	-,131	-.207	.430	-,125	-,090	-.364	-,086	,172	-		
11. Hemoglobina	-,037	-,019	-.254	,110	-,071	-,048	-.275	-.245	-,128	,043	-	
12. Infecciones	-,052	-,055	-,111	,137	-,120	-,157	-.227	-,157	-,126	,121	,115	-
13. Rabdomiliósis	,107	,123	-,121	-,034	,124	,077	-,049	-,087	,027	-,061	,039	-.274
14. Falla multi orgánica	,014	,041	-.547	.595	-,185	-.258	-.376	-.299	-.207	.390	,178	,161
15. Riesgo infección	-,023	,129	.207	-,055	,067	,135	.346	,152	.214	-,068	-,096	-.423
16. Riesgo desequilibrio volumen líquidos	-,015	-,003	.293	-,088	-,152	,138	.237	.214	-,011	-.340	-,131	-,096
17. Riesgo aspiración	,187	-,014	.259	-.595	,164	.265	.338	.239	-,033	-.390	-,181	-,076
18. Riesgo perfusión tisular periférica ineficaz	,113	,035	,113	-.363	,101	,190	,153	,105	-,120	-.369	-,089	-,074
19- Riesgo de lesión	-.231	-,089	.376	,028	,042	-,046	.255	,161	.312	-,026	-,192	-,100
20. Riesgo sangrado	,054	,091	,169	,004	,083	,130	,178	.252	,023	,079	-,025	-.236
21. Riesgo de shock	-,025	-,020	.584	-.429	-,179	-,090	.251	,174	-,116	-.429	-,157	-,078
22. Riesgo Desequilibrio temperatura corporal	-,030	,046	,160	-,141	,148	.233	.237	,114	-,036	-.305	-,126	-,113
23. Riesgo de traumatismo	,090	.208	.209	,064	,079	,012	,146	-,009	.267	,035	-,121	,110
24. Número de diagnósticos de riesgo	-,081	,004	.427	-.401	.266	.393	.606	.538	.248	-.292	-,211	-.205

Negrita: p<0,001. Subrayado: p<0,005.

Tabla 10. 1. Continuación de la matriz de correlación bivariada entre las variables identificadas y los diagnósticos de enfermería potenciales (n=105)

	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
14. Falla multi orgánica	-,161	-										
15. Riesgo infección	,320	-,161	-									
16. Riesgo desequilibrio volumen líquidos	,023	,382	,096	-								
17. Riesgo aspiración	,015	,459	,076	,382	-							
18. Riesgo perfusión tisular periférica ineficaz	,071	-,219	,210	,283	,328	-						
19- Riesgo de lesión	,111	-,191	,228	,093	-,015	,094	-					
20. Riesgo sangrado	-,123	-,070	,236	,155	-,011	-,031	-,062	-				
21. Riesgo de shock	-,028	-,485	,078	,394	,485	,159	,142	,074	-			
22. Riesgo Desequilibrio temperatura corporal	,130	-,178	,237	,245	,178	,726	,206	-,076	,135	-		
23. Riesgo de traumatismo	,149	-,204	,088	-,067	-,113	,023	,400	,144	-,055	-,010	-	
24. Número de diagnósticos de riesgo	-,047	-,411	,371	,457	,411	,461	,325	,270	,199	,396	,191	-

Negrita: p<0,001. Subrayado: p<0,005.

ANEXOS

HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION

CONSTANCIA Nº 069-CIEI-HICGG-2018

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Iquitos "Cesar Garayar García" certifica que el Proyecto de Investigación, señalado a continuación fue APROBADO, para el consentimiento del estudio, siendo catalogado como un ESTUDIO CON RIESGO BAJO, visto el resumen y los objetivos del anteproyecto, se detalla los siguientes datos

Título del Proyecto:	**"Diagnósticos de Enfermería en pacientes con Politraumatismo Hospitalizados en el Departamento de Emergencia".**
Código de Inscripción:	069-ID-COMITÉ DE ETICA HICGG – 2018
Modalidad de Investigación:	Extra Institucional
Investigadores:	**Noemí Cristina Carmen Álvarez** **Charlly Etvs Cárdenas Siri,**

La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a las plazos y normas establecidas. Los Investigadores alcanzaran un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (1 año calendario) hasta el 12 de diciembre del 2019.

Iquitos, 12 de diciembre del 2018.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
M.I. MOISES G. SIHUINCHA MALDONADO
PRESIDENTE
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION

E:mail:comiteeihicgg@hotmail.com

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON POLITRAUMATISMO EN EMERGENCIA

PRESENTACIÓN.

Sr, Sra, Srta tenga Ud. Muy buenos días, soy bachiller de la Facultad de Enfermería de la Universidad Científica Perú, el motivo de este acercamiento hacia su persona es para solicitarle su valiosa información que me servirá para estudiar el cuidado de enfermería en pacientes con su enfermedad

En caso de que exista alteración de la conciencia, realizar anamnesis al familiar/responsable.

Su cooperación en la investigación es voluntaria, usted no recibirá ningún tipo de beneficio económico si acepta colaborar con el estudio.

Toda la información que se obtengan de Usted será en forma anónima y se respetará la confidencialidad. Los datos obtenidos del presente estudio solo serán usados por los investigadores con fines de estudio.

Si usted tiene alguna pregunta o duda, con gusto serán respondidas o si deseas algún tipo de información adicional se puede acercar a mi persona en cualquier momento. Por favor coloque su firma y su huella digital al final de este formato, con lo cual usted, estará dando la autorización para la participación en este estudio.

Muchas gracias

_____

Firma

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMO HOSPITALIZADOS EN EMERGENCIA

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

n1. H.CL:……..… n2Edad:…..... n3Sexo:.....…. n4Estado Civil: ……
n5. Ocupación:…… n6. Nivel de Instrucción: …… n7. Procedencia: ……...

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tiempo para la atención (tiempo en minutos transcurridos desde el lugar de accidente hasta llegar a emergencia)

…..

Menos de 30 minutos	
De 30 – 60 minutos	
De 60 minutos a mas	

Monitoreo hemodinámico (colocar valores)

Presión arterial	
Frecuencia cardiaca	
Respiración	
Temperatura corporal	
Saturación de oxigeno	
Otro …	

Exámenes auxiliares: Imagenologia

TAC	
Radiografía	
Ecografía	
Otro… … .	

Bioquímica sanguínea:

Tiempo de estancia hospitalaria

…..

De 1 a 6 horas	
De 6 a 12 horas	
24 horas	
48 horas	

Procedimientos invasivos

Vía periférica	SNG
TET	Sonda vesical
Oxigeno CBN	
Oxigeno por mascara reservorio	Otros …
Oxigeno por mascara venturi	

Causa del politraumatismo

Accidente de transito	
Caidas	
Agresion fisica	
Arma de fuego	
Arma blanca	
Accidente laboral	
Accidente domestico	
Otro… ..	

Tipo de politraumatismo

Politraumatismo leve	
Politraumatismo moderado	
Politraumatismo grave	

Escala de coma de Glasgow

Respuesta Ocular	
Espontanea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta Verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta Motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

Diagnostico medico:

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Medicamento	Dosis(via)

BALANCE HIDRICO
(ultimas 6hs desde que ingreso al servicio)

INGRESOS	
EGRESOS	

Peso... ... ..Debito urinario:... ... ..

Tipos de lesiones
(leer resultados/evolución medica)

Tec	
Trauma cervical	
Trauma torácico	
Trauma abdominal	
Trauma de miembros Sup e Inf	

Complicaciones:

Infecciones	
Raddomiolisis	
Falla multiorgánica	
Coagulopatía	
Enfermedad renal aguda	
Distrés respiratorio	
Trombosis venosa profunda	
Otros... ...	

EVOLUCION MEDICA
(transcribir datos relevantes: examen fisico, pronostico...etc)

LISTA DE COTEJO DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DOMINIO 12	CLASE: 01	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA						
Confort Si 1 No 0	Confort físico Si 1 No 0	**Dolor agudo (00132)**				Si 1	No 0	
		R/C agente lesivo físico						
		Características definitorias	Auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas	1	Auto informe de las características del dolor usando un instrumento estandarizado	2		
			Cambio en el apetito	3	Cambio en parámetros fisiológicos (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, etc.)	4		
			Conducta de protección	5	Conducta defensiva	6		
			Conducta expresiva (inquietud, llanto, vigilancia)	7	Expresión facial de dolor	8		
			Postura de evitación del dolor	9				
DOMINIO 04	**CLASE: 04**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**						
Actividad/reposo Si 1 No 0	Respuestas cardiovasculares/pulmonares Si 1 No 0	**Disminución del gasto cardiaco (00029)**				Si 1	No 0	
		R/C alteración de la frecuencia cardiaca						
		Características definitorias	Sonidos respiratorios anormales	1	Tos	2		
			Bradicardia	3	Taquicardia	4		
			Color de la piel anormal	5	Disnea	6		
			Piel fría y sudorosa	7	Fatiga	8		
			Ansiedad	9				

DOMINIO 09	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA							
Afrontamiento/tolerancia al estrés Si 1 No 0	Respuestas de afrontamiento Si 1 No 0	**Ansiedad (00146)**				Si	1	No	0
		R/C crisis situacional							
		Características definitorias	Angustia	1	Arrepentimiento		2		
			Irritabilidad	3	Nerviosismo		4		
			Inquietud	5	Insomnio		6		
			Voz temblorosa	7	Fatiga		8		
			Alteración del patrón respiratorio	9					
DOMINIO 04	**CLASE: 02**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Actividad/reposo Si 1 No 0	Actividad/ejercicio Si 1 No 0	**Deterioro de la movilidad física (00085)**				Si	1	No	0
		R/C dolor							
		Características definitorias	Dificultad para girarse	1	disconfort		2		
			Disnea de esfuerzo	3	Inestabilidad postural		4		
			Movimientos descoordinados	5	Temblor inducido por el movimiento		6		
DOMINIO 05	**CLASE: 05**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Percepción/cognición Si 1 No 0	comunicación Si 1 No 0	**Deterioro de la comunicación verbal (00051)**				Si	1	No	0
		R/C barreras físicas							
		Características definitorias	Dificultad para expresar pensamientos verbalmente (afasia, disfasia, apraxia)	1	Dificultad para hablar		2		
			Dificultad para verbalizar	3	Incapacidad para hablar		4		
			No habla	5					

<table>
<tr><td>DOMINIO 04</td><td>CLASE: 04</td><td colspan="5">DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Actividad/reposo
<table><tr><td>Si</td><td>1</td></tr><tr><td>No</td><td>0</td></tr></table></td><td rowspan="5">Respuestas cardiovasculares/pulmonares
<table><tr><td>Si</td><td>1</td></tr><tr><td>No</td><td>0</td></tr></table></td><td colspan="3">Patrón respiratorio ineficaz (00032)</td><td>Si 1 No 0</td></tr>
<tr><td colspan="4">R/C deterioro muscoloesqueletico</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Características definitorias</td><td>Bradipnea</td><td>1</td><td>Disnea</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Patrón respiratorio anormal</td><td>3</td><td rowspan="2">taquipnea</td><td rowspan="2">4</td></tr>
<tr><td>Uso de los músculos accesorios para respirar</td><td>5</td></tr>
<tr><td>DOMINIO 11</td><td>CLASE 02</td><td colspan="5">DIAGNOSTICO DE ENFERMERA</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Seguridad/protección
<table><tr><td>Si</td><td>1</td></tr><tr><td>No</td><td>0</td></tr></table></td><td rowspan="5">Lesión física
<table><tr><td>Si</td><td>1</td></tr><tr><td>No</td><td>0</td></tr></table></td><td colspan="4">Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)</td></tr>
<tr><td colspan="4">R/C mucosidad excesiva</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Características definitorias</td><td>Alteración del patrón respiratorio</td><td>1</td><td>Ausencia de tos</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Cianosis</td><td>3</td><td>disnea</td><td>4</td></tr>
<tr><td>Inquietud</td><td>5</td><td>Mirada con los ojos abiertos</td><td>6</td></tr>
<tr><td>DOMINIO 04</td><td>CLASE: 04</td><td colspan="5">DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Actividad/reposo
<table><tr><td>Si</td><td>1</td></tr><tr><td>No</td><td>0</td></tr></table></td><td rowspan="5">Respuestas cardiovasculares
<table><tr><td>Si</td><td>1</td></tr><tr><td>No</td><td>0</td></tr></table></td><td colspan="3">Deterioro de la ventilación espontanea (00033)</td><td>Si 1 No 0</td></tr>
<tr><td colspan="4">R/C fatiga de los músculos respiratorios</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Características definitorias</td><td>Aumento de la frecuencia cardiaca</td><td>1</td><td>Aumento del uso de los músculos accesorios para la respiración</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Disnea</td><td>3</td><td>Inquietud</td><td>4</td></tr>
</table>

DOMINIO 11	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA							
Seguridad/protección Si 1 No 0	Lesión física Si 1 No 0	**Deterioro de la integridad cutánea (00046)**				Si	1	No	0
		R/C factor mecánico							
		Características definitorias	Alteración de la integridad de la piel	1	Materias extrañas que perforan la piel		2		
DOMINIO 11	**CLASE: 02**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Seguridad/protección Si 1 No 0	Lesión física Si 1 No 0	**Deterioro de la integridad tisular (00044)**				Si	1	No	0
		R/C factor mecánico							
		Características definitorias	Destrucción tisular	1	Lesión tisular		2		
DOMINIO 02	**CLASE: 05**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Nutrición Si 1 No 0	Hidratación Si 1 No 0	**Déficit de volumen de líquidos (00027)**				Si	1	No	0
		R/C perdida activa de volumen de líquidos							
		Características definitorias	Alteración de la turgencia de la piel	1	Aumento de la frecuencia cardiaca		2		
			Debilidad	3	Disminución de la presión de pulso		4		
			Disminución de la turgencia de la lengua	5	Disminución del llenado venoso		6		
			Membranas mucosas Secas	7	Piel seca		8		
			Sed	9					
DOMINIO 02	**CLASE: 01**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Nutrición Si 1 No 0	Ingestión Si 1 No 0	**Deterioro de la deglución (00103)**				Si	1	No	0
		R/C traumatismos							
		Características definitorias	Babeo	1	Cierre incompleto de los labios		2		
			Los alimentos se caen de la boca	3	Los alimentos son expulsados de la boca		4		
			Masticación insuficiente	5	Tos previa a la deglución		6		

DOMINIO 09	CLASE: 03	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA							
Afrontamiento/tolerancia al estrés Si 1 No 0	Estrés neurocomportamenta Si 1 No 0	**Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal (00049)**				Si	1	No	0
		R/C lesión cerebral							
		Características definitorias	Aumento desproporcionado de la presión intracraneal (PIC) tras un estimulo	1	Aumento repetido de la presión intracraneal (PIC)>1OmmHg durante > 5 min. Tras un estímulo externo			2	
			Curva ideal de presión intracraneal elevada (P2 PIC)	3	Ensanchamiento de la curva de presión intracraneal (PIC)			4	
			Presión intracraneal basal PIC > 10mmHg	5	variación en la prueba de respuesta volumen/presión, relación volumen/presión,2; índice volumen/presión<10			6	
DOMINIO 11	**CLASE: 01**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Seguridad/protección Si 1 No 0	infección Si 1 No 0	**Riesgo de infección (0004)**				Si	1	No	0
		Características definitorias	Procedimiento invasivo	1	Exposición a brotes de enfermedades			2	
			Alteración de la integridad de la piel	3	Disminución de la hemoglobina			4	
			Inmunosupresión	5					
DOMINIO 11	**CLASE: 01**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Seguridad/protección Si 1 No 0	Infección Si 1 No 0	**Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)**				Si	1	No	0
		Características definitorias	Quemaduras	1	Obstrucción intestinal			2	
			Traumatismo	3	Régimen terapéutico			4	

DOMINIO 04	CLASE: 04	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA							
Actividad/reposo Si 1 No 0	Respuestas cardiovasculares/pulmonares Si 1 No 0	**Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)**					Si 1	No 0	
		Características definitorias	Hipertensión	1	Régimen terapéutico	2			
			Lesión cerebral	3	Disección arterial	4			
DOMINIO 09	**CLASE: 03**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Afrontamiento/tolerancia al estrés Si 1 No 0	Estrés neurocomportamental Si 1 No 0	**Riesgo de disreflexia autónoma (00010)**					Si 1	No 0	
		Factores de riesgo	Trombosis venosa profundo	2	fracturas	4			
			Heridas	3	Presión sobre prominencia ósea	5			
DOMINIO 09	**CLASE: 02**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Seguridad/protección Si 1 No 0	Lesión física Si 1 No 0	**Riesgo de aspiración (00039)**					Si 1	No 0	
		Factores de riesgo	Alimentación enteral	1	Deterioro de la deglución	2			
			Disminución del nivel de conciencia	3	Intubación oro/nasal	4			
			Tos ineficaz	5	Traumatismo del cuello	6			
			Traumatismo facial	7	Traumatismo oral	8			
			Disminución de la motilidad gastrointestinal	9					

DOMINIO 04	CLASE: 04	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA							
Actividad/reposo Si 1 No 0	Respuestas cardiovasculares/pulmonares Si 1 No 0	**Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00033)**					Si 1	No 0	
		Factores de riesgo	Abuso de sustancia	1	Agentes farmacológicos	2			
			Aneurisma cerebral	3	Aterosclerosis aortica	4			
			Lesión cerebral	5	Régimen terapéutico	6			
			Tumor cerebral	7					
DOMINIO 11	**CLASE: 02**	**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**							
Seguridad/protección Si 1 No 0	Lesión física Si 1 No 0	**Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)**					Si 1	No 0	
		Factores de riesgo	Cirugía ortopédica	1	Comprensión mecánica	2			
			Fractura	3	Inmovilización	4			
			Obstrucción vascular	5	Quemaduras	6			
			Traumatismo	7					

DOMINIO 11	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA						
Seguridad/protección Si 1 No 0	Lesión física Si 1 No 0	**Riesgo de lesión (00035)**					Si 1	No 0
		Factores de riesgo	Agente nosocomial	1	Alteración sensorial	2		
			Alteración de la función cognitiva	3	Deterioro de los mecanismos de defensa primaria	4		
			Alteración del funcionamiento psicomotor	5	Perfil hematológico anormal	6		
			Exposición a patógenos	7				

DOMINIO 11	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA					
Seguridad/protección Si 1 No 0	Lesión física Si 1 No 0	**Riesgo de sangrado (00206)**				Si 1	No 0
		Factores de riesgo	Aneurisma	1	Antecedentes de caídas		2
			Conocimiento insuficiente de las precauciones contra el sangrado	3	Régimen terapéutico		4
			Traumatismo	5			

DOMINIO 11	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA					
Seguridad/protección Si 1 No 0	Lesión física Si 1 No 0	**Riesgo de shock (00205)**				Si 1	No 0
		Factores de riesgo	Hipotensión	1	Infección		2
			Hipovolemia	3	sepsis		4
			Hipoxemia	5	Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica		6
			Hipoxia	7			

DOMINIO 11	CLASE: 06	DIAGNOSTICO DE ENFERMERA				
Seguridad/protección Si 1 No 0	termorregulación Si 1 No 0	**Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)**				
		Factores de riesgo	Actividad vigorosa	1	Afección que perjudica la regulación de la temperatura	2
			Agentes farmacológicos	3	Alteración de la tasa metabólica	4
			Lesión cerebral	5		

DOMINIO 11	CLASE: 02	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA				
Seguridad/protección Si 1 No 0	Lesión física Si 1 No 0	**Riesgo de traumatismo (00038)**				
		Factores de riesgo	Visión insuficiente	1	Debilidad	2
			Alteración sensorial	3	Antecedentes de traumatismo	4
			Alteración de la función cognitiva	5	Aparatos defectuosos	6
			Cables eléctricos sueltos	7	Cama en una posición muy elevada	8
			Falta de protección en las ventanas	9	Forcejear en las sujeciones físicas	10
			Iluminación insuficiente	11	Temperaturas ambientales extremas	12
			Peligro eléctrico	13		