



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**II SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE**

**“PENSAMIENTO CRÍTICO DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN A LA  
TOMA DE DECISIONES PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES  
POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO. FEBRERO-ABRIL 2009”**

**Requisito previo para optar el título de Licenciada en Enfermería**

**Autora:** Guaygua López Silvia Catalina.

**Tutora:** Lic. Mg. Palate Mera Carmen Consuelo.

**Ambato – Ecuador**

**Octubre, 2011**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de tutora del trabajo de investigación sobre el tema “PENSAMIENTO CRÍTICO DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN A LA TOMA DE DECISIONES PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO. PERIODO FEBRERO – ABRIL 2009” presentado por la estudiante Guaygua López Silvia Catalina, egresada de la carrera de enfermería, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y mérito suficiente para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designados por el H. Concejo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

.....

Lic. Mg. Consuelo Pálate.

TUTORA

## **AUTORÍA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN**

Los criterios emitidos en el informe de investigación “PENSAMIENTO CRÍTICO DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN A LA TOMA DE DECISIONES PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO. PERIODO FEBRERO-ABRIL 2009” contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de mi exclusiva responsabilidad, como autora de trabajo.

.....  
Guaygua López Silvia Catalina.

C.I. 050247390-3

AUTORA

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos investigativos, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

.....  
Guaygua López Silvia Catalina.

C.I. 050247390-3

AUTORA

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

### **Al Consejo Directivo de la FCS – UTA**

El comité de defensa del informe de investigación “PENSAMIENTO CRÍTICO DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN A LA TOMA DE DECISIONES PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO. PERIODO FEBRERO - ABRIL 2009” presentado por la estudiante Guaygua López Silvia Catalina y conformado por.....(tribunal) una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe de investigación escrita y aprobada sin ninguna observación, remite el presente informe para uso de custodia en las bibliotecas de la UTA.

.....	.....	.....
Dr. Msc. Patricia Rojas	Lic. Mg. Gloria Calero	Lic. Mg. Narcisa Sisalema
MIEMBRO DEL TRIB	MIEMBRO DEL TRIB	MIEMBRO DEL TRIB

## **DEDICATORIA**

A Dios, a mi madre y esposo. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi madre, por el esfuerzo y perseverancia, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ella que soy lo que soy ahora, a mi esposo por su apoyo moral durante la carrera universitaria especialmente en este trabajo investigativo.

**Silvia**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi especial agradecimiento a DIOS, por la vida y las bendiciones de cada día.

A mi madre, por el apoyo moral, económico e incondicional que ha demostrado durante toda mi vida.

A mi esposo por su apoyo moral y psicológico de seguir adelante en el trabajo investigativo.

A mis hermanas, que están pendientes de mí y demuestran su amor mediante palabras de aliento para no desfallecer en los momentos difíciles que ha representado mi carrera y este trabajo investigativo.

A los profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud especialmente de la carrera de Enfermería que han derramado sobre mí sus conocimientos, habilidades y destrezas para ejercer mi profesión.

A la Lic. Consuelo Palate por sus revisiones constantes a fin de que se plasme un buen trabajo investigativo.

**Silvia.**

## INDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
Portada.....	<b>i</b>
Aprobación del tutor.....	<b>ii</b>
Autoría del informe de investigación.....	<b>iii</b>
Derechos de autor.....	<b>iv</b>
Aprobación del tribunal de grado.....	<b>v</b>
Dedicatoria.....	<b>vi</b>
Agradecimiento.....	<b>vii</b>
Resumen ejecutivo.....	<b>xvii</b>
Introducción.....	<b>1</b>

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Tema de Investigación.....	<b>3</b>
1.2 Contextualización.....	<b>3</b>
1.2.1 Contextualización macro.....	<b>3</b>
1.2.2 Contextualización meso.....	<b>5</b>
1.2.3 Contextualización micro.....	<b>7</b>
1.3 Análisis crítico.....	<b>7</b>
1.4 Prognosis.....	<b>9</b>
1.5 Delimitación n del Problema.....	<b>10</b>
1.5.1 Delimitación espacial.....	<b>10</b>
1.5.2 Delimitación temporal.....	<b>10</b>
1.5.3 Delimitación de contexto.....	<b>11</b>
1.6 Formulación del Problema.....	<b>11</b>
1.7 Preguntas Directrices.....	<b>11</b>
1.8 Justificación.....	<b>11</b>
1.9 Objetivos.....	<b>13</b>
1.9.1 Objetivo General.....	<b>13</b>
1.9.2 Objetivos Específicos.....	<b>13</b>



**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes Investigativos.....	14
2.2 Fundamentación Filosófica.....	15
2.3 Fundamentación legal.....	16
2.4 Categorías fundamentales.....	19
2.5. Fundamentación Teórica.....	19
2.5.1 Pensamiento crítico en enfermería.....	19
2.5.1.1 La enfermería.....	19
2.5.1.2 Pensamiento crítico.....	20
2.5.1.3 Pensamiento crítico en Enfermería.....	20
2.5.1.4 El pensamiento crítico aplicado en la práctica de enfermería.....	21
2.5.1.5 Características del pensamiento crítico.....	21
2.5.1.6 Características de los pensadores críticos en enfermería.....	22
2.5.1.7 Los pensadores críticos usan la lógica.....	23
2.5.1.8 Actitudes del pensamiento crítico.....	24
2.5.1.9 Estándares para el pensamiento crítico.....	27
2.5.1.10 Proceso y rangos el pensamiento crítico.....	27
2.5.1.10.1 Procesos del pensamiento crítico.....	27
2.5.1.10.2 Rangos del pensamiento crítico.....	29
2.5.1.11 Competencias del pensamiento crítico.....	30
2.5.1.12 Pensamiento crítico que se da en situaciones clínicas.....	31
2.5.2 Toma de decisiones en enfermería.....	32
2.5.3 Proceso de atención de enfermería.....	33
2.5.3.1 Objetivos.....	34
2.5.3.2 Motivos para utilizar el PAE.....	34
2.5.3.3 Desarrollo del PAE.....	34
2.5.3.4 Ventajas del PAE.....	35
2.5.3.5 Características.....	35
2.5.3.6 Valoración.....	36
2.5.3.7 Diagnóstico.....	45
2.5.3.8 Planificación.....	50

2.5.3.9 Actuaciones de enfermería.....	56
2.5.3.10 Ejecución.....	61
2.5.3.11 Evaluación.....	62
2.5.4 Paciente politraumatizado.....	64
2.5.4.1 Politraumatizado adulto.....	64
2.5.4.2 Clasificación de los politraumatismos.....	64
2.5.4.3 Causas de muerte en el politraumatizado.....	65
2.5.4.4 Manejo hospitalario.....	65
2.5.4.5 Revisión primaria.....	66
2.5.4.5.1 A: Airway (Manejo de la Vía Aérea).....	66
2.5.4.5.2 B: Breathing (Respiración y Ventilación).....	68
2.5.4.5.3 C: Circulation (Control circulación y hemorragia).....	69
2.5.4.5.4 D: Disability (Déficit Neurológico).....	71
2.5.4.5.5 E: Exposure (Desnudar completamente al paciente).....	71
2.5.4.6 Valoración secundaria.....	72
2.5.4.7 Reevaluación frecuente del ABC.....	72
2.5.4.8 Anamnesis.....	72
2.5.4.9 Examen físico.....	73
2.5.4.10 Estudios diagnósticos.....	75
2.5.4.11 Interconsultas.....	76
2.5.5 Paciente politraumatizado pediátrico.....	76
2.5.5.1 Manejo hospitalario reanimación inicial ABCDE.....	77
2.5.5.1.1 A: Vía aérea con protección cervical.....	77
2.5.5.1.2 B: Ventilación.....	79
2.5.5.1.3. C: Circulación y Control de Hemorragias.....	80
2.5.5.1.4 D: Déficit Neurológico.....	83
2.5.5.1.5 E: Exposición.....	84
2.6 Hipótesis.....	86
2.7 Señalamiento de variables.....	86

**CAPITULO III  
METODOLOGÍA**

3.1 Enfoque investigativo.....	87
3.2 Modalidad Básica.....	87
3.3 Nivel o Tipo de investigación.....	87
3.4 Población y Muestra.....	88
3.5 Operacionalización de variables.....	89
3.5.1 Variable Independiente.....	89
3.5.2 Variable Dependiente.....	90
3.6 Consideraciones éticas de la investigación.....	91
3.7 Información a los sujetos.....	91
3.8 Diseño de ensayo.....	91
3.8.1 Criterios de inclusión.....	91
3.8.2 Criterios de exclusión.....	91
3.8.3 Criterios de salida.....	92
3.9 Técnicas e instrumentos.....	92
3.10 Plan y recolección de información.....	92
3.11 Procesamiento y análisis. ....	93
3.11.1 Plan de procesamiento de datos.....	93
3.11.2 Plan de análisis e interpretación de resultados.....	93

**CAPÍTULO IV**

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1 Análisis de encuesta.....	95
4.2 Análisis de la Guía de observación .....	110
4.3 Verificación De La Hipótesis.....	116

**CAPÍTULO V**

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones.....	119
5.2 Recomendaciones.....	120

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

6.1 Datos informativos.....	121
6.1.1 Título.....	121
6.1.2 Institución ejecutora.....	121
6.1.3 Beneficios.....	121
6.1.4 Ubicación.....	121
6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución.....	121
6.1.6 Equipo Técnico Responsable.....	122
6.1.7 Costo.....	122
6.1.8 Responsables.....	122
6.2 Antecedentes de la propuesta.....	122
6.3 Justificación.....	124
6.4 Objetivos.....	124
6.5 Análisis de factibilidad.....	125
6.6 Fundamentación científica técnica.....	127
6.7 Modelo operativo.....	152
6.8 Administración de la propuesta.....	153
6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta.....	154
Bibliografía.....	155

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA No. 1</b>	
Manejo de la vía aérea.....	<b>68</b>
<b>TABLA No. 2</b>	
Tubos endotraqueales según edad.....	<b>78</b>
<b>TABLA No. 3</b>	
Volúmenes perdidos expresados en porcentaje de volemia.....	<b>81</b>
<b>TABLA No.4</b>	
Escala de coma de Glasgow adultos.....	<b>83</b>
<b>TABLA No.5</b>	
Escala de coma de Glasgow pediátrica.....	<b>83</b>
<b>TABLA N° 6</b>	
Población.....	<b>88</b>
<b>TABLA N° 7</b>	
Plan de recolección de información.....	<b>93</b>
<b>TABLA No.8:</b>	
Conocimiento sobre el pensamiento crítico.....	<b>95</b>
<b>TABLA No. 9:</b>	
Utiliza el pensamiento crítico.....	<b>97</b>
<b>TABLA No.10:</b>	
Aplica el proceso de reflexión.....	<b>98</b>
<b>TABLA No.11:</b>	
Tipo de politraumatismo.....	<b>99</b>
<b>TABLA No. 12:</b>	
Revisión primaria intrahospitalaria.....	<b>100</b>
<b>TABLA No. 13:</b>	
Procedimientos y técnicas.....	<b>101</b>
<b>TABLA No. 14:</b>	
Manejo de pacientes politraumatizados.....	<b>102</b>
<b>TABLA No. 15:</b>	
Protocolo de atención.....	<b>110</b>

<b>TABLA No. 16:</b>	
Protocolo establecido por el servicio.....	104
<b>TABLA No. 17:</b>	
Proceso de atención de enfermería.....	105
<b>TABLA No. 18:</b>	
Diagnóstico de enfermería.....	106
<b>TABLA No. 19:</b>	
Servicio de apoyo.....	107
<b>TABLA No. 20:</b>	
Información al paciente y familia.....	108
<b>TABLA No. 21:</b>	
Insumos materiales y equipos.....	109
<b>TABLA No. 22:</b>	
Guías de observación.....	115
<b>TABLA No. 23:</b>	
Frecuencias observadas.....	117
<b>TABLA No. 24:</b>	
Frecuencias esperadas.....	117
<b>TABLA No. 25:</b>	
Calculo del $X^2$ c.....	118
<b>TABLA No. 26:</b>	
Nudos críticos.....	123
<b>TABLA No. 27:</b>	
Vía aérea con protección de la columna cervical.....	130
<b>TABLA No. 28:</b>	
Ventilación y respiración (breathing).....	131
<b>TABLA No. 29:</b>	
Circulación y control de hemorragia.....	132
<b>TABLA No. 30:</b>	
Déficit neurológico.....	133
<b>TABLA No. 31:</b>	
Exposición evitando la hipotermia.....	134

<b>TABLA No. 32:</b>	
Revisión secundaria.....	135
<b>TABLA No. 33:</b>	
Cuidados de enfermería en revisión primaria.....	136
<b>TABLA No. 34:</b>	
Aspiración de secreciones.....	138
<b>TABLA No. 35:</b>	
Procedimiento aspiración de secreciones.....	139
<b>TABLA No. 36:</b>	
Intubación endotraqueal.....	140
<b>TABLA No. 37:</b>	
Procedimiento: Intubación endotraqueal.....	141
<b>TABLA No. 38:</b>	
Catéter venoso central.....	142
<b>TABLA No. 39:</b>	
Procedimiento: Catéter venoso central.....	143
<b>TABLA No. 40:</b>	
Colocación de tubo torácico.....	144
<b>TABLA No. 41:</b>	
Procedimiento. Colocación de tubo torácico.....	145
<b>TABLA No. 42:</b>	
Oxigenoterapia.....	146
<b>TABLA No. 43:</b>	
Colocación sonda vesical.....	147
<b>TABLA No. 44:</b>	
Procedimiento. Colocación sonda vesical.....	148
<b>TABLA No. 45:</b>	
Sonda nasogástrica.....	149
<b>TABLA No. 46:</b>	
Colocación. Sonda nasogástrica.....	150

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N° 1:</b>	
Conocimiento sobre el pensamiento crítico.....	96
<b>GRÁFICO N° 2:</b>	
Utiliza el pensamiento crítico.....	97
<b>GRÁFICO N° 3:</b>	
Aplica el proceso de reflexión.....	98
<b>GRÁFICO N° 4:</b>	
Tipo de politraumatismo.....	99
<b>GRÁFICO N° 5:</b>	
Revisión primaria intrahospitalaria.....	100
<b>GRÁFICO N° 6:</b>	
Procedimientos y técnicas.....	101
<b>GRÁFICO N° 7:</b>	
Manejo de pacientes politraumatizados.....	102
<b>GRÁFICO N° 8:</b>	
Protocolo de atención.....	103
<b>GRÁFICO N° 9:</b>	
Protocolo establecido por el servicio.....	104
<b>GRÁFICO N° 10:</b>	
Proceso de atención de enfermería.....	105
<b>GRÁFICO N° 11:</b>	
Diagnostico de enfermería.....	106
<b>GRÁFICO N° 12:</b>	
Servicio de apoyo.....	107
<b>GRÁFICO N°13:</b>	
Informa al paciente y a su familia.....	108
<b>GRÁFICO N° 14:</b>	
Insumos materiales y equipos.....	109
<b>GRÁFICO N° 15:</b>	
Zonas de hipótesis.....	118



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Tema:** Pensamiento crítico de las enfermeras en relación a la toma de decisiones para el manejo de los pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato. Período Febrero – Abril 2009.

**Tutora:** Lic. Mg. Consuelo Palate

**Autora:** Silvia Guaygua

**Fecha:** Octubre 2001

**RESUMEN EJECUTIVO**

En el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, se ha detectado que la aplicación del pensamiento crítico en la toma de decisiones del paciente politraumatizado por parte del profesional de enfermería es de gran importancia pero no se cumple a cabalidad, esto no favorece la evolución del paciente politraumatizado, puesto que necesita que el personal tome decisiones de forma ágil que favorezca la estabilización mediata del paciente politraumatizado evitando acciones que puedan producir complicaciones que causen discapacidades permanentes e incluso la muerte. Por tanto el objetivo principal de la investigación es identificar si el profesional de enfermería aplica un pensamiento crítico en forma oportuna y sistematizada en la toma de decisiones, para el manejo de los pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del HPDA, garantizando la estabilización de las funciones vitales y disminuyendo futuras complicaciones que pongan en peligro la vida. La investigación aplica una metodología científica cualitativa, cuantitativa, de campo, documental bibliográfica, descriptivo, analítico; mediante técnicas como encuestas y observación directa e instrumentos como el cuestionario y la guía de observación, permitiendo recopilar las evidencias precisas, reales y suficientes del problema. Llegando a la conclusión que a pesar de disponer de un protocolo de atención de enfermería a pacientes politraumatizados, los profesionales de enfermería no cumplen con todas las actividades dispuestas para conservar la estabilidad hemodinámica, debido a la demanda de usuarios que acuden al servicio de emergencia, comprometiendo de esta manera la recuperación. La verificación de la hipótesis mediante el estadístico de prueba chi cuadrado de 18.26 demuestra que con 4 grados de libertad al 95% de confiabilidad, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que dice: “La falta de aplicación de un pensamiento crítico de los profesionales de enfermería, que laboran en el servicio de emergencia del H.P.D.A, SI influye en la toma de decisiones en el manejo de los pacientes politraumatizados, lo que conlleva a desmejorar la atención”. Las causas principales de estos resultados es la falta de información sobre los procedimientos, autoeducación sobre protocolos, la no priorización de las acciones como lo especifica el proceso de atención de enfermería lo que afecta a la evolución satisfactoria del paciente. Para solucionar el problema se plantea un Proceso de Atención de Enfermería para mejorar la atención de pacientes con politraumatismos que ingresa al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, a fin de fortalecer y difundir la buena aplicación del PAE permitiendo al equipo de salud brindar una buena atención y favorecer la evolución satisfactoria del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** PACIENTE POLITRAUMATIZADO, PENSAMIENTO CRÍTICO, PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

## INTRODUCCIÓN

Los seres humanos en el trayecto salud del país, ya sea por diferentes accidentes trágicos, desastres y catástrofes naturales, seguridad personal, accidentes laborales, violencia social, accidentes de tránsito, robos, violaciones entre otros.

La aplicación del pensamiento crítico por parte del profesional de enfermería permitirá una ágil toma de decisiones, que favorezca la estabilización mediata del paciente politraumatizado evitando acciones que puedan producir complicaciones que le causen discapacidades permanentes e incluso la muerte.

Las investigaciones realizadas sobre el fallecimiento de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato ha sido alta, determinándose que 148 pacientes fallecieron durante las primeras 48 horas de su ingreso, y 193 defunciones pasado las 48 horas, en el año 2009, aunque se ha tomado decisiones, con un pensamiento crítico y diligente, los procesos burocráticos como: llenar la ficha médica, historia clínica, hoja de vida en muchas circunstancias han demorado la atención, siendo esto frecuente en los países tercer mundistas como el nuestro.

En este contexto, se analiza si durante la atención de pacientes politraumatizados el profesional de enfermería toma decisiones con pensamiento crítico que permitan dar atención oportuna al paciente asegurando su estabilización.

Con esta investigación se pretende incluir en el quehacer profesional habilidades de razonamiento, de pensamiento lógico dirigido al logro de un objetivo; para conseguir la máxima eficacia en los cuidados de enfermería durante el manejo de pacientes politraumatizados. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad en donde el cliente es el beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza eficiencia y eficacia de los cuidados de enfermería determinando la satisfacción en el trabajo así como la profesionalidad. Las competencias del pensamiento crítico se presentan no sólo como instrumento para el juicio clínico, o como ayuda para el proceso de enfermería, sino como

componentes esenciales de los diversos aspectos de la enfermería, incluyendo la enseñanza, el aprendizaje y el razonamiento moral y ético.

Capítulo uno, describe el problema de investigación, el análisis crítico, pronosis, preguntas directrices, delimitación del problema investigativo, justificación del trabajo y lo más importante los objetivos que direccionaron la ejecución del trabajo de investigación.

Capitulo dos, detalla las investigaciones previas que ayudaron a un conocimiento de lo que se investiga; la fundamentación filosófica, legal y teórica. Se expone los conocimientos científicos de las categorías fundamentales como son Pensamientos críticos en la toma de decisiones en la atención de pacientes politraumatizados, planteando una hipótesis que se llega a verificar.

Capitulo tres, se expone la metodología de investigación que se sigue para recoger evidencias reales, claras, precisas y suficientes del problema. Se determina la población de la investigación. Se planea la operacionalización de las variables con indicadores e ítems que se aplica en la encuesta y guía de observación.

Capitulo cuatro, presenta el análisis e interpretación de resultados de los diferentes ítems mediante tablas y gráficos estadísticos que permiten analizar objetivamente el problema.

Capitulo cinco, detallaré las conclusiones del trabajo investigativo y realizare recomendaciones pertinentes las mismas que se encontraran enmarcadas en el principio de confidencialidad.

Finalmente elaboraré una propuesta que contribuya a instaurar en el profesional de enfermería que labora en la sala de emergencia pautas sobre el pensamiento crítico en la toma de decisiones durante el manejo de pacientes politraumatizados.

Con la aspiración de que sea leído e interpretado favorablemente el presente trabajo investigativo, me siento satisfecha del deber cumplido.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN**

Pensamiento crítico de las enfermeras en relación a la toma de decisiones para el manejo de los pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato. Período Febrero – Abril 2009.

### **1.2 CONTEXTUALIZACIÓN**

#### **1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN MACRO**

La Organización Mundial de Salud (OMS) define a la “Salud” como el estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo como la ausencia de enfermedad.

En este contexto, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social por que supone una invalidez.

En los países industrializados, el trauma es la primera causa de muerte en la población joven y la tercera en la población general; siendo los politraumatismos la primera causa, sobre todo en las primeras cuatro décadas de la vida, con un porcentaje elevado de incapacitados permanentes, con la consiguiente repercusión laboral y económica para la sociedad y para el estado. La morbilidad está directamente ligada a la gravedad y nivel de compromiso de las lesiones iniciales del paciente politraumatizado.

Según las estadísticas referidas a nivel mundial ante la OMS sobre accidentes de tráfico, este organismo presentó recientemente en París el "Informe mundial sobre Prevención de los Traumatismos Causados por el Tráfico". Según este documento, los accidentes de tráfico son una plaga mundial que cada año acaba con la vida de millones de hombres, mujeres y niños.

Se estima que en el 2009, los accidentes de tráfico cobraron 1,18 millones de vidas y causaron traumatismos entre 20 y 50 millones de personas más. Millones de personas estuvieron hospitalizadas durante días, semanas o meses, y posiblemente 5 millones quedaron discapacitadas de por vida. (OMS. 2009)

España supera ampliamente la media europea de muertes por accidentes de tráfico. En el año 2000, murieron en las carreteras españolas 5.604 personas. En 2009 fallecieron 5.347, cifras peligrosamente similares que demuestran que aún queda mucho por hacer en seguridad vial. Los accidentes de tráfico constituyen la causa principal de las discapacidades y minusvalías físicas, situándose entre el 60% y 80% el número de parapléjicos y tetrapléjicos que ellos producen. El costo económico dedicado a la asistencia de pacientes politraumatizados y a la atención continuada de sus secuelas (incluyendo hospitalizaciones prolongadas) es inmenso. (OMS. 2009)

Nos referimos a un niño politraumatizado cuando presenta dos o más lesiones traumáticas que ponen en peligro la supervivencia del niño. Las principales causas de politraumatismo infantil en nuestro medio son las caídas (aproximadamente un 60%) y los accidentes de tráfico (aproximadamente un 40%), donde el afectado puede ser pasajero, peatón o conductor de vehículos (adolescentes). Los politraumatismos son responsables de la mitad de los fallecimientos en niños de 1 a 14 años de edad. Las lesiones más frecuentes en niños politraumatizados son los traumatismos craneales de gravedad variable (85%) asociado a diferentes combinaciones de lesiones graves en otras regiones corporales como pelvis y extremidades (41%), tórax (27%), abdomen (19%) y cuello (9%). Los politraumatismos presentan un predominio de sexo masculino (68% de los casos), incrementándose con la edad la diferencia a favor de los varones. El grupo de edad más frecuentemente afectado se sitúa entre los 12 y 15 años (37%) y la menor incidencia se encuentra en los menores de 4 años (15%). El mayor número de accidentes se produce en periodos vacacionales. (OMS. 2009)

La mortalidad global de los pacientes ingresados por traumatismo se sitúa en aproximadamente el 0,5% y la de los politraumatizados graves en el 13%. La mortalidad en los niños que presentan un accidente de tráfico es aproximadamente 3 veces mayor que la de los adultos. La gran mayoría de los fallecimientos se producen inmediatamente después del accidente o durante los 4 primeros días de ingreso hospitalario (el número de muertes tardías es solo el 5%). El 80% de las muertes traumáticas infantiles ocurren

durante los primeros minutos tras el accidente, antes incluso de que lleguen la asistencia sanitaria, y son prácticamente inevitables ya que se deben a lesiones cerebrales, medulares y de los grandes vasos. (OMS. 2009)

Sin embargo un 30% de las muertes que ocurren durante las primeras horas posteriores al accidente se deben a hipoxia y hemorragia, y pueden evitarse si se ofrece una asistencia rápida, agresiva y eficaz. Un 35% de los pacientes mayores de 3 años presentan algún tipo de secuela. (OMS. 2009)

En cuanto a la correlación de la edad y el origen del accidente, los niños más pequeños se accidentan más frecuentemente tras sufrir caídas de poca altura y precipitaciones (altura superior a 1,5 metros). Los atropellos tienen mayor incidencia entre los 4 y 11 años. Los accidentes de bicicleta y los deportivos aparecen a partir de los 4 años y aumentan su incidencia con la edad. Los politraumatismos asociados a la conducción de motocicletas se producen a partir de los 12 años. Los accidentes de automóvil se producen con una incidencia similar en todos los grupos de edad. (OMS. 2009)

En los accidentes de automóvil, más del 80% de los afectados no habían utilizado ningún mecanismo de retención y en los accidentes de motocicleta, más del 50% de los traumatizados no portaban casco. (OMS. 2009)

### **1.2.2 CONTEXTUALIZACIÓN MESO**

El traumatismo tiene magnitudes epidémicas en la sociedad moderna, constituyendo una de las principales causas de muerte en niños, adolescentes y adultos jóvenes. El traumatismo es uno de los problemas sanitarios con mayor impacto económico. En los países industrializados, un elevado porcentaje del PIB se consume en relación con las consecuencias de los traumatismos.

Asumiendo que el accidente laboral es un politraumatizado similar al accidente de tráfico, se puede decir que la suma de sus costos, supone del 1,5 al 2,5% del PIB, variando con el grado de desarrollo del país. (OMS. 2009)

Representa la primera causa de consumo monetario, de pérdida de años de vida útil y de actividad laboral económicamente productiva. La muerte por trauma es la primera causa en el segmento de población de entre 30 y 35 años, de todos los pacientes, el 60,6% fallecieron y el 30,7% quedaron incapacitados o dependientes. El 41.1% se mantuvo con secuelas leves, no incapacitantes. (OMS. 2009).

En nuestro país hoy en día las muertes por politraumatismo representan la cuarta causa de mortalidad en la población general y la primera en las cuatro décadas iniciales de la vida. La organización de un sistema para el manejo del politraumatizado guarda relación estrecha con la disminución de la mortalidad por esta causa. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador)

Ante esta situación, los profesionales de Enfermería deben estar capacitados no solo para solucionar problemas de salud, sino para detectarlos y prevenirlos, de esta manera se pretende aplicar un modelo nuevo en recuperación de los pacientes politraumatizados que ingresan a los servicios de emergencia de nuestro país, ello implica no solo igualar las estrategias de enseñanza, sino introducir en ellas una mirada común que permita diversificar y flexibilizar las metodologías que estimulen al desarrollo de herramientas que los lleven a “aprender de sus propios pacientes”.

Para fortalecer la educación en el trabajo en la adquisición progresiva de las habilidades del pensamiento crítico de la enfermería en el Ecuador, se debe lograr una correcta integración de los aspectos teóricos, con la práctica profesional.

Los centros u hospitales de nuestro país aceptan el pensamiento crítico entendido como la reflexión basada en el estudio, la investigación y el contraste de la realidad cotidiana con la deseable y la toma de decisiones inspirada en principios éticos del cuidado entendidos como los axiomas culturales que dirigen la acción profesional de la atención a la persona en el proceso salud enfermedad pero, a tenor de la experiencia diaria, ni el pensamiento crítico ni la ética del cuidado son visibles para las instituciones porque no forman parte central de los discursos hegemónicos.

Cuando las enfermeras adoptan posiciones críticas respecto a las instituciones basadas en investigación pertinente de calidad y proponen o realizan cambios sobre la base de la ética del cuidado, las instituciones aceptan las críticas y con frecuencia ponen los medios necesarios para el cambio.

### **1.2.3 CONTEXTUALIZACIÓN MICRO**

El área de Emergencia es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños encaminados a brindar prestaciones de salud, satisfaciendo las necesidades de atención del paciente bajo criterios de calidad y oportunidad.

El pensamiento crítico es un pensamiento cuidadoso, centrado en un objetivo orientado a la obtención de un resultado, y esos resultados es lo que se pretende alcanzar con el manejo adecuado de los pacientes politraumatizados que ingresan a la sala de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato (H.P.D.A).

Uno de los grandes problemas para la implantación de una metodología científica en el trabajo diario de enfermería profesional, es la falta de entrenamiento de la mayoría de las enfermeras en el pensamiento crítico analítico, en el tipo de pensamiento que permite focalizar la valoración y emitir un diagnóstico de la situación en la cual sustentar el resto de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El pensador crítico ideal es habitualmente inquisitivo, bien informado, de raciocinio confiable, de mente abierta, flexible, evalúa con justicia, honesto en reconocer sus prejuicios, prudente para emitir juicios, dispuesto a reconsiderar, claro con respecto a los problemas, ordenado en materias complejas, diligente en la búsqueda de información relevante, razonable en la selección de criterios, enfocado en investigar y persistente en la búsqueda de resultados que sean tan precisos como le permitan el tema, la materia y las circunstancias de la investigación.

En la institución en la que se realiza la investigación no existe información referente a la aplicación del pensamiento crítico para la toma de decisiones en el manejo y cuidado de los pacientes que ingresan al área de emergencia.

### **1.3 ANÁLISIS CRÍTICO**

Los profesionales de enfermería que atienden en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, se enfrentan a dificultades, por el apareamiento



incontrolado de pacientes politraumatizados, si se considera que, al estar atravesando la niñez, pubertad, la vida adulta, la vejez que son diferentes etapas de nuestra vida, en sí, el ser humano no está exento de tener en su trayectoria de vida, accidentes, convirtiéndose en un paciente más, que necesita de intervenciones rápidas y atinadas para su recuperación.

Los traumatismos constituyen la primera causa de incapacidad productiva de la [población](#) siendo la primera causa de muerte la población adulta joven. Situación que se comprueba al revisar los informes estadísticos del Hospital Provincial Docente Ambato, indicando que los traumatismos se sitúan como la cuarta causa de consulta en el servicio de emergencia con 1696 pacientes atendidos en el primer semestre y 1552 en el segundo semestre del año 2009, lo que asciende a un total de 3248 pacientes atendidos, de una población de 75.388 consultas, sabiendo que este servicio cuenta con el apoyo profesional de 17 enfermeras, y 11 auxiliares de enfermería, debidamente capacitadas en la atención de pacientes que ingresan al servicio con distinto grado de complejidad en su salud, distribuidas en turnos rotativos: 4 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería en la mañana y tarde, 2 enfermeras y un auxiliar de enfermería para la noche, situación que nos conlleva a pensar que cada profesional de enfermería debe atender 278 pacientes diarios.

El compromiso de estos pacientes exige que el equipo de profesionales que está a cargo de su cuidado esté especializado en este tipo de situaciones. Además, el niño constituye un paciente especial de modo que, aunque siguiendo un esquema de actuación similar al del adulto (A, B, C, D, E), hay diferencias anatómo-fisiológicas que hacen de su cuidado una atención especial. Así pues la enfermería moderna nos exige tener un pensamiento crítico en todo lo relacionado con la práctica profesional para, obtener respuestas relevantes a las preguntas formuladas durante nuestro ejercicio profesional; además tomar decisiones bien informadas, basadas en el uso juicioso de los resultados de investigaciones y poder así desempeñar un ejercicio profesional basado en la evidencia.

Cuando las enfermeras no han ofrecido cuidados específicos basados en un pensamiento crítico, existe alteración psicomental conductual en la mayoría de pacientes politraumatizados, que viene acompañada de inseguridad, pasividad, oposición, malestar y rechazo al hospital, y la aparición de trastornos afectivos como la depresión que destruye su autoestima influyendo negativamente en el hacer recuperativo, debido a la percepción de las competencias entre los mismos pacientes, expectativas futuras en base a

una insatisfacción en su progreso de salud, aislamiento de los familiares que lo visitan, insatisfacción en todas sus necesidades. Al realizar una observación directa a los/as pacientes del Servicio de emergencia se los encuentra cohibidos de interrelacionarse con sus familiares, de ahí la interrogante ¡qué pensamiento crítico será el más apropiado!

Ante la preocupación por el auge desmesurado de pacientes politraumatizados que ingresan a las salas de emergencia y la acción crítica de los profesionales de enfermería, surge la preocupación de ejecutar un modelo en el cumplimiento de toma de decisiones para el manejo seguro de pacientes politraumatizados.

#### **1.4 PROGNOSIS**

Un pensamiento crítico en la recuperación del paciente politraumatizado, permitirá obtener futuros ciudadanos tratados plenamente y capacitados para auto superarse, de no ser así se tendrá personas fracasadas, no auto realizadas para intervenir en todas las labores que la sociedad imponga.

La enfermedad traumática representa hoy día en nuestra provincia, la principal causa de [muerte](#) en las primeras cuatro décadas de la vida. La correcta valoración y tratamiento inicial de estos pacientes ha sido desde hace años establecida por el "American College of Surgeons" y universalmente aceptada debido a su sencillez. El [objetivo](#) es, dado las múltiples lesiones que presentan estos pacientes, el [diagnóstico](#) y tratamiento de las mismas por orden de importancia, para lograr la reanimación eficaz del enfermo.

El orden de actuación es fundamental para tener [éxito](#), no debiendo pasar de un nivel a otro sin haber resuelto o puesto en práctica las medidas para solucionar el anterior. Por ejemplo: no debemos drenar un neumotórax a tensión si el enfermo tiene la vía aérea obstruida y no hemos conseguido permeabilizarla. Este mismo orden evita que la acumulación de síntomas graves nos haga perder un [tiempo](#) precioso al intentar resolver todo a la vez y no saber por dónde empezar.

El conocimiento del esquema claro de actuación y una valoración focalizada en prioridades serán la llave que abra la posibilidad de realizar unos cuidados justificados y resolutivos para evitar la muerte o la presencia de complicaciones futuras.

Por otro lado, la reevaluación continua del paciente durante las primeras horas hasta su estabilización es fundamental. Globalmente, la mitad de las muertes se producen antes de la hospitalización del paciente y las restantes en el hospital, ocurriendo el 60% de ellas dentro de las primeras 4 horas después del ingreso. Estos enfermos se mueren habitualmente en cuestión de minutos en las roturas de [corazón](#) y grandes vasos, y en horas, si la causa es hemo neumotórax, trauma craneal o rotura de hígado o bazo, y en días-semanas, por sepsis o fallo multiorgánico. El objetivo principal es el segundo [grupo](#), ya que múltiples estudios demuestran que muchas de estas muertes son previsibles y tratables por un equipo bien entrenado.

De no aplicarse la propuesta de investigación; la problemática incrementará, el número de pacientes politraumatizados insatisfechos, con secuelas que provoquen invalidez y muerte reforzaran las denuncias de profesionales negligentes y malas prácticas médicas que desacreditarán al mismo; para que no suceda esto emergencia se ha convertido en una prioridad básica y fundamental para exterminar la problemática ya citada lo que permitirá incorporar pacientes sanos al sector productivo del país.

Los resultados de esta investigación permitirán poner en práctica ciertas estrategias que utilicen la capacidad instalada con sentido integral y centralizado aumentando la eficiencia y mejorando la relación costo beneficio, de tal manera que posibilite solucionar de alguna manera el problema, solo así conllevará a mejorar la calidad de vida del paciente politraumatizado, e inclusive a las personas directamente inmersas como son los familiares.

## **1.4 DELIMITACIÓN**

### **1.5.1 Delimitación espacial**

La presente investigación se aplica a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato.

### **1.5.2 Delimitación Temporal**

El trabajo de investigación toma información del periodo: Febrero – Abril 2009.

### **1.5.3 Delimitación de contexto**

**Campo:** Emergencia.

**Área:** Enfermería.

**Aspecto:** Pensamiento crítico.

## **1.6 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Aplica el profesional de enfermería el pensamiento crítico en la toma de decisiones durante el manejo a pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del HPDA?

## **1.7 PREGUNTAS DIRECTRICES**

- ¿Cuál es la importancia de mantener un pensamiento crítico en relación a la toma de decisiones por parte del profesional de enfermería?
- ¿Qué relación tiene la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en la toma de decisiones?
- ¿Por qué es importante mantener una red de apoyo de servicios coordinada en la atención del paciente politraumatizado?
- ¿Aceptarían las instituciones el pensamiento crítico y la toma de decisiones inspirados en los principios éticos en el cuidado del paciente del servicio de emergencia?
- ¿El servicio de emergencia cuenta con insumos y materiales necesarios para la atención inmediata del paciente politraumatizado?
- ¿El personal de enfermería recibe capacitación en el manejo de protocolos para la atención de pacientes politraumatizados?

## **1.8 JUSTIFICACIÓN**

Nuestra sociedad que vive un proceso de desarrollo, en donde la situación económica es limitante, y ante la política socialista que impone el régimen de la revolución ciudadana, de otorgar un esquema de salud gratuito bajo el eslogan “LA SALUD YA ES DE TODOS” a determinado que los niveles de cobertura en atención se hayan elevado, de tal manera que el personal designado para cada área sea insuficiente ante la exigencias de los ciudadanos, razón por la cual es de vital importancia dar una solución al problema, solo el

cambio de actitud por parte del profesional de enfermería y un trabajo disciplinado y organizado permitirán el logro del objetivo propuesto en bien de la comunidad.

La presente investigación es factible porque se cuenta con el soporte científico en lo referente al tema, este estudio nos ayudará a encontrar una propuesta que fortalezca la atención oportuna y decidida del profesional de enfermería, la misma que se refleje en la estabilización hemodinámica del paciente politraumatizado, y a la vez disminuir las secuelas que puedan determinar un manejo inadecuado.

Quizá falta un estilo propio del enfermero/a para la aplicación de un pensamiento crítico en el servicio de emergencia, el cual revela con frecuencia ineficiencia, a causa del empleo de métodos, técnicas y procedimientos de salud dentro del hospital, de esta manera por más gana que se ponga en el tratamiento de un paciente, si no se ha renovado el conocimiento crítico en la toma de decisiones, serán obsoletos para las aspiraciones y motivaciones tanto de los cuidadores de salud como de los pacientes atendidos.

Los profesionales de enfermería se enfrentan al gran reto de pensar en forma crítica, ya que las decisiones de enfermería pueden afectar profundamente la vida de los pacientes y sus familias, logrando entregar a la sociedad personas competentes que no se vean truncados de poder culminar sus aspiraciones como seres humanos, y a la vez reintegrarles a la sociedad.

Pero el pensamiento crítico no se limita a resolver problemas o adoptar decisiones sino que deben utilizarlo, para hacer observaciones formales, extraer conclusiones validas, crear información, evaluar líneas de razonamiento y mejorar su propio conocimiento, solo así conseguiremos ser profesionales competentes y reivindicar a la profesión, otorgándole un estatus distinguido dentro del equipo multidisciplinario de salud.

El presente trabajo investigativo por lo expuesto tiene como finalidad un cambio en la atención de salud, reducir el descontento del paciente en la Sala de Emergencia, ya que se desconocen los problemas que le indujeron a concurrir a este centro hospitalario en busca de ayuda inmediata para salvar su vida.

## **1.9 OBJETIVOS**

### **1.9.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar si el profesional de enfermería aplica un pensamiento crítico en forma oportuna y sistematizada en la toma de decisiones, para el manejo de los pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del HPDA, garantizando la estabilización de las funciones vitales y disminuyendo futuras complicaciones que pongan en peligro la vida.

### **1.9.2. Objetivos específicos**

- Determinar si el personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia se encuentra capacitado en el manejo de pacientes politraumatizados.
- Comprobar si se cumple con el protocolo establecido por el servicio de emergencia, en la atención de pacientes politraumatizados
- Verificar si el profesional de enfermería realiza el PAE en la atención de pacientes politraumatizados.
- Justificar por qué el pensamiento crítico de las enfermeras, es primordial para el cuidado de los pacientes politraumatizados del HPDA.
- Mejorar el manejo del paciente politraumatizado optimizando su supervivencia y la prevención de secuelas.
- Identificar si la coordinación con los servicios de apoyo intrahospitalario son eficientes en el manejo del paciente politraumatizado.
- Verificar si el servicio de emergencia cuenta con insumos materiales y equipos necesarios para la atención de pacientes politraumatizados

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.**

En el año 378 A.C. Platón desarrolló una explicación dialéctica acerca del conocimiento que incluyó la síntesis, el análisis, la analogía, la inducción y la deducción, entre otras operaciones inherentes a ese complejo proceso; con ello hizo un invaluable aporte al desarrollo de la lógica.

En año 2001, N. Youngblood y JM. Beitz plantearon que el desarrollo de la habilidad del pensamiento crítico en los estudiantes es uno de los mejores cambios contemporáneos de la educación en Enfermería.

Cuando las enfermeras adoptan posiciones críticas respecto a las instituciones basadas en investigación pertinente de calidad y proponen o realizan cambios sobre la base de la ética del cuidado, las instituciones aceptan las críticas y con frecuencia ponen los medios necesarios para el cambio.

Por el contrario, si las enfermeras realizan la crítica en el entorno de lo privado, sin datos, basándose exclusivamente en opiniones, en la tradición o en el pasado, y no trasciende al escenario de lo público e institucional, no es posible, debido a su invisibilidad, el cambio o la transformación de algo, sino su antítesis, la degeneración por el silencio opresivo e invisible de un discurso que reproduce la autodestrucción no podemos hacer nada y cada día estamos peor que repercute en el paciente y en el tipo de cuidado que recibe. Un profesional insatisfecho que no puede desarrollar la actividad para la que fue formado es un profesional frustrado que no puede o tiene dificultades para prestar un cuidado ético y la calidad de los cuidados no puede mejorar y cada día es peor. El pensamiento crítico es un pensamiento constructivo, enriquecedor, comprometido y ético, encaminado a brindar atención de calidad, salvaguardando las posibilidades de una recuperación exitosa.

## 2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Uno de los primeros filósofos en usar la expresión crítica thinking, como título de un libro de lógica fue Mack Black en 1946. En 1978 surgió en Canadá, la revista Informal Logic Newsletter, cuyos editores fueron J. Anthony Blain y Ralph H. Jhonson. En el primer número caracterizaron la lógica informal por vía negativa y posteriormente como toda una gama de cuestiones teóricas y prácticas que surgen al examinar de cerca y desde un punto de vista normativo, los razonamientos colectivos de las persona.

Las instituciones sanitarias aceptan el pensamiento crítico entendido como la reflexión basada en el estudio, la investigación y el contraste de la realidad cotidiana con la deseable, y la toma de decisiones inspirada en principios éticos del cuidado entendidos como los axiomas culturales que dirigen la acción profesional de la atención a la persona en el proceso salud-enfermedad pero, a tenor de la experiencia diaria, ni el pensamiento crítico ni la ética del cuidado son visibles para las instituciones porque no forman parte central de los discursos hegemónicos.

En Cuba, desde siglos anteriores, ilustres pedagogos y pensadores manifestaron su preocupación por una educación que abarcara, no sólo la instrucción como simple información, sino la preparación del individuo para su inserción en la sociedad que debía enfrentar.

En las habilidades intelectuales del pensamiento crítico existen diversos criterios y estudios a nivel mundial, principalmente en la salud, cabe destacar que en el año 2000, M. Gordon, enfermera norteamericana, informó que las escuelas de Enfermería han desarrollado cursos de pensamiento crítico, incorporados a los currículos para reforzar las habilidades de los estudiantes y conducirlos a pensar en forma crítica.



## **2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

### **LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE.**

Ley 77, Registro Oficial Suplemento 626 de 3 de Febrero de 2006.

CONGRESO NACIONAL

EL PLENARIO DE LAS COMISIONES LEGISLATIVAS

CONSIDERANDO:

QUE, la protección de la salud y la vida son derechos inalienables del ser humano y así los consigna la constitución Política de la República.

QUE, estos derechos sólo pueden ejercerse dentro de un marco legal que precautele la inmediata atención de las personas en casos de emergencia en los centros de salud.

QUE, los pacientes tienen derecho a conocer en los centro de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad; y,

En ejercicio de sus facultades constitucionales, expide la siguiente:

### **LEY DE DERECHOS Y AMPARO AL PACIENTE**

#### **CAPÍTULO I**

#### **DEFINICION**

Art. 1.- DEFINICION DE CENTRO DE SALUD.- Centro de Salud es una entidad del sistema de servicios de salud pública o privada, establecida conforme a la Ley para prestar a las personas atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento. Es, además, un centro de formación de personal de salud y de investigación científica.

Se consideran centros de salud a:

- Hospitales
- Clínicas
- Institutos Médicos
- Centros Médicos
- Policlínicos; y,
- Dispensarios Médicos.

## **CAPÍTULO II**

### **DERECHOS DEL PACIENTE**

Art. 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- DERECHO A LA INFORMACION.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúanse las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

## **CAPÍTULO III**

### **AMPARO AL PACIENTE EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Art. 7.- SITUACION DE EMERGENCIA.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida

o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 10.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el centro de salud al momento de su arribo.

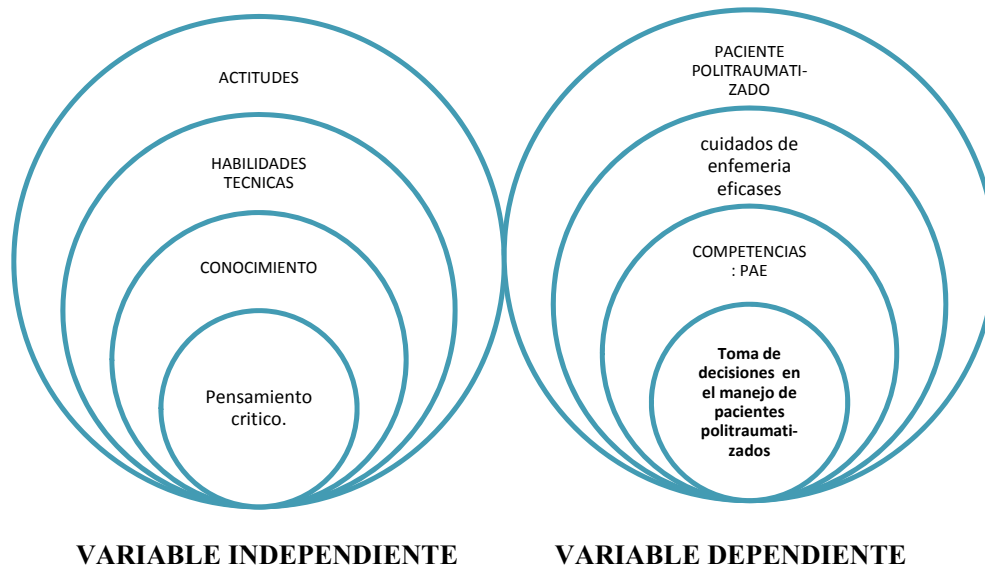
Art. 11.- Los valores no recuperados por el centro de salud por la atención a (sic) un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse del impuesto a la renta de (sic) conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **SANCIONES POR FALTA DE ATENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**

Art. 12.- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El centro de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

## 2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



## 2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 2.5.1 PENSAMIENTO CRÍTICO EN ENFERMERÍA

#### 2.5.1.1 Definición de enfermería

La enfermería es el conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad. Según Watson, Jean la enfermería es una ciencia humana y un arte a la vez. Según Leninger la profesión enfermera es una profesión de cuidados transculturales, centrados en un cuidado humano, respetuosos de los valores culturales y del estilo de vida de las personas. Según Rosemarie Rizzo Parse, la ciencia enfermera es una ciencia humana. Los cuidados enfermeros están centrados en el ser humano, unidad viva y en su participación cualitativa a las experiencias de la salud.

Según Martha Rogers, la disciplina enfermera es a la vez una ciencia, una arte y una profesión que se aprende.

Según lo planteado en este trabajo, se puede apreciar que conocer el concepto de enfermería es de suma importancia porque según los diferentes puntos de vista, no sólo es una profesión, si no también puede ser catalogado como una ciencia, disciplina y arte, sobre todo eso ya debemos ser conscientes que lo que nos diferencia de otras profesiones es el arte que nosotros tenemos en el momento de desenvolvernos cuando cuidamos.

### **2.5.1.2 Definición del pensamiento crítico**

Desde el punto de vista práctico el pensamiento crítico es un proceso mediante el cual se usa el conocimiento y la inteligencia, para llegar de forma efectiva, a la posición más razonable y justificada sobre un tema, y en la cual se procura identificar y superar las numerosas barreras u obstáculos que los prejuicios introducen. El pensamiento crítico es el proceso activo, organizado y cognitivo empleado para examinar cuidadosamente el propio pensamiento y el de los demás.

El pensamiento crítico implica la utilización de la mente para establecer conclusiones y tomar decisiones, efectuar deducciones y reflexionar (Gordan, 1995). Según el profesor de sociología Howard Gabennesch define al pensamiento crítico “el pensamiento crítico consiste en el uso de nuestras aptitudes racionales, ideas y valores para acercarnos a la verdad tanto como sea posible”. Según Austhink, se entiende al pensamiento crítico como un juicio autorregulado y con propósito que conduce a interpretación, análisis, evaluación e inferencia, así como la explicación de la evidencia, concepto, metodología, criterio o contexto sobre el que se basa ese juicio.

El pensamiento crítico según lo estudiado se puede deducir como un pensamiento en el cual nosotros ponemos en práctica aptitudes racionales, valores para acercarse a la verdad de un hecho y esto nos va a hacer de suma importancia en nuestra profesión ya que si somos capaces de formarnos con un pensamiento crítico, nosotros vamos hacer personas competentes lo cual hará que nosotros podamos distinguirnos de personas cerradas que lo único que consiguen es bloquearse ellas mismas.

### **2.5.1.3 Pensamiento crítico en Enfermería**

- Supone un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo
- Se orienta al paciente, a la familia y a las necesidades de la comunidad

- Se basa en los principios del proceso enfermero y del método científico
- Constantemente está reevaluándose, autocorrigiéndose y esforzándose por mejorar
- Requiere conocimientos, habilidades y experiencia
- Requiere estrategias para desarrollar el máximo potencial humano (usando recursos individuales) y compensar al máximo los problemas creados por la naturaleza humana.
- Se guía por los estándares profesionales y los códigos éticos

Esta conjugación de:

- Conocimiento y pensamiento crítico (qué hacer y porque hacerlo)
- Habilidades técnicas e interpersonales (cómo hacerlo)
- Actitudes (deseo y capacidad para hacerlo)

#### **2.5.1.4 El pensamiento crítico aplicado en la práctica de enfermería**

Las enfermeras deben pensar de forma crítica, ya que las decisiones de enfermería pueden afectar profundamente las vidas de los clientes y sus familias. Pero el pensamiento crítico no se limita a resolver problemas o adoptar decisiones; las enfermeras profesionales utilizan el pensamiento crítico para hacer observaciones formales, extraer conclusiones válidas, crear información e ideas nuevas, evaluar líneas de razonamiento y mejorar su propio conocimiento.

Las enfermeras deben pensar de forma crítica porque no sólo se debe delimitar a observar, sino también a averiguar y actuar de manera responsable porque lo que las enfermeras puedan comunicar o expresar va dirigido al paciente y a la familia y si no tiene un pensamiento adecuado quizá hasta puede afectar la vida del paciente y la de los que lo rodean.

#### **2.5.1.5 Características del pensamiento crítico**

- **Es reflexivo.-** Se basa en la razón y la lógica, y no en prejuicios, preferencia, intereses personales o temores. La persona que piensa de manera crítica no se precipita en sus conclusiones o toma decisiones apresuradas; por el contrario, el pensador crítico se toma su tiempo recogiendo información y meditando después el tema de un modo disciplinado. El pensamiento crítico inspira una actitud investigadora. Un pensador crítico examina las demandas y afirmaciones para demostrar si son verdaderas o válidas, en lugar de aceptarlas a ciegas.

- **Es autónomo.-** Un pensador crítico no acepta pasivamente las creencias de otro sino que analiza los asuntos y decide qué autoridades son creíbles.
- **Es equitativo.-** Los pensadores críticos tratan de eliminar el sesgo y la parcialidad de su propio pensamiento. También tratan de reconocer sesgo en el pensamiento de los demás y en las normas establecidas. Los pensadores críticos cuestionan suposiciones y prácticas basadas en sesgos o prejuicios. Examinan las razones que motivan elecciones y decisiones. Son conscientes de sus propios valores y sentimientos y están dispuestos a explorar sus fundamentos.

El pensamiento tiene características las cuales nos permiten decir que este pensamiento es el que más se debe adoptar; para así poder determinar la realidad de los hechos. Características como el ser: razonable o reflexivo hace que las personas que tiene este pensamiento sean personas emprendedoras las cuales no solo se limitan a los hechos que se observa, sino que además les va a nacer una actitud investigadora.

#### **2.5.1.6 Características de los pensadores críticos en enfermería.**

Es lo que nos va a llevar a convertirnos en pensadores críticos, obteniendo las siguientes características: Los pensadores críticos son:

- **Consientes.-** de sus recursos y capacidades. Confían en su capacidad de razonar para obtener respuesta y toma de decisiones acertadas. Consientes de que los errores son escalones para acceder a nuevas ideas. Convierten los errores en oportunidades de aprendizaje, reflexionando sobre lo que fue mal e identificando formas de evitar el mismo error en un futuro.
- **Sensibles.-** a sus propias limitaciones y predisposiciones. Conocen sus puntos débiles, sus valores e ideas, y reconocen cuándo puede afectar negativamente su capacidad para valorar una situación o resolver un problema.
- **De mente abierta.-** Escuchan las nuevas ideas y puntos de vista, y consideran la situación desde diversas perspectivas.
- **Humildes.-** Han superado la tendencia a pensar que deberían de tener todas las respuestas.
- **Creativos.-** Constantemente están buscando nuevas maneras de hacer las cosas. Siguen los procedimientos recomendados; no obstante se preguntan continuamente si esa es la mejor forma de conseguir metas y objetivos.

- **Proactivos.-** Aceptan la responsabilidad social y legal de sus acciones. estudian la situación, anticipan los problemas y buscan formas de solucionarlos antes de que se presenten.
- **Flexibles.-** Reconocen la importancia de cambiar las prioridades e intervenciones cuando los enfoques planificados no parecen obtener buenos resultados
- **Perseverante.-** saben que a veces las respuestas no son sencillas y que deben de mantener largas batallas para hallar lo mejor.
- **Conocedores.-** del hecho de que no vivimos en un mundo perfecto. Son conscientes de que a veces la mejor respuesta no es la respuesta perfecta.
- **Introspectivos.-** Evalúan y corrigen su propio pensamiento.

#### **Los pensadores críticos también:**

- Mantienen una actitud inquisitiva. Formulan preguntas como. ¿qué está pasando? ¿qué significa? y ¿qué más podría significar y de qué forma podría interpretarse?
- Piden una aclaración cuando no entienden algo. Por ejemplo, dicen: «no tengo claro este punto, ¿podría decirme algo más sobre ello?» o formulan preguntas como ¿qué quiere decir cuando dice mejor?, ¿mejor en qué sentido?».
- Aplican el conocimiento previo a las nuevas situaciones. Ven similitudes y diferencias entre una experiencia y otra, entre un concepto y otro.
- Ven situaciones desde varias perspectivas. Valoran todos los puntos de vista y procuran que sus juicios se basen en hechos, no en sentimientos, puntos de vista o intereses personales.
- Sopesan los riesgos y los beneficios (las ventajas y las desventajas) antes de tomar una decisión. Evitan las decisiones arriesgadas y buscan maneras de reducir las reacciones adversas antes de poner un plan en marcha.
- Piden ayuda cuando precisan.
- Ponen lo primero en lugar preferente. Se preguntan: ¿Qué es lo más importante en esta situación?

#### **2.5.1.7 Los pensadores críticos usan la lógica:**

- Validan las primeras impresiones para cerciorarse que las cosas son como parecen. Comprueban tanto la lógica de su pensamiento como la viabilidad de sus soluciones.



- Distinguen los hechos de las falacias. dedican el tiempo necesario para verificar la información importante y cerciorarse de que es cierta.
- Distinguen los hechos de la. inferencias (el significado que ellos creen que tienen los hechos). Por ejemplo, reconocen que el hecho de que alguien esté sentado inmóvil en un rincón puede no significar que esté cerrado en sí mismo; significa que está sentado inmóvil en un rincón y serian conveniente averiguar por qué.
- Apoyan opiniones con evidencias. No dirán que la persona del ejemplo anterior está cerrada en si misma a menos que tengan constataciones adicionales que lo apoyen; por ejemplo, que el individuo diga que no desea hablar con nadie.
- Determinan que es relevante y qué no lo es. Reconocen lo que es importante para comprender una situación y lo que no lo es. Por ejemplo, el hecho de que usted sea enfermera o estudiante de enfermería es relevante para mí la escribir este artículo; que usted sea varón o mujer es irrelevante.
- Aplican el concepto de «causas y efecto». buscan la causa del problema para comprenderlo mejor. Anticipan las respuestas a sus acciones antes de realizarlas. por ejemplo, un pensador crítico trataría de averiguar la causa del dolor antes de decidir cómo tratarlo. Determinan cómo puede alguien responder a una medicación antes de administrarla.
- No emiten juicios hasta que conocen todos los hechos necesarios. Son conscientes de los peligros que comporta llegar a conclusiones precipitadas.

#### **2.5.1.8 Actitudes del pensamiento crítico**

Las actitudes del pensamiento crítico ofrecen pautas sobre la forma de enfocar un problema o situación de toma de decisiones. Una parte importante del pensamiento crítico es interpretar, evaluar y emitir juicios acerca de lo adecuado de distintos argumentos y datos disponibles. A continuación se presenta algunas de las actitudes:

- **Confianza.-** es estar seguro de la capacidad propia para lograr realizar una tarea o alcanzar un objetivo. la confianza crece con la experiencia y la madurez en el reconocimiento de las propias fortalezas y limitaciones. La confianza no es arrogancia o sentimiento de superioridad. Por el contrario, los pesadores críticos. confiados son conscientes del equilibrio entre lo que saben y lo que no saben.
- **Independencia.-** A medida que maduran y alcanzan nuevos conocimientos, aprenden a considerar una amplia gama de ideas y conceptos antes de formarse una opinión o realizar un juicio esto no significa que descarten las ideas de los demás. Se deben tener

en cuenta todos los aspectos de una situación. Sin embargo un pensador no acepta ideas de otra persona sin cuestionarlas. Para pensar con independencia hay que desafiar la manera en que piensan los demás y buscar los fundamentos y las respuestas lógicas para los problemas. El pensamiento y razonamientos independiente son esenciales para la mejora y la expansión de la práctica enfermera.

- **Imparcialidad.-** un pensador se enfrenta a las situaciones de una forma imparcial. Esto significa que las preferencias y los prejuicios no intervienen en la decisión. La imparcialidad le ayuda a enfrentarse a una situación objetivamente, analizando todos los puntos de vista, para comprender la situación por completo antes de llegar a una decisión.
- **Responsabilidad y fiabilidad.-** al prestar cuidados a los clientes, una enfermera tiene la responsabilidad de realizar las actividades de los cuidados enfermeros correctamente basándose en los estándares de la práctica, el grado mínimo de actuación aceptado para asegurar un cuidado de alta calidad. Parte de la responsabilidad de la enfermera profesión es seguir siendo competente en la realización de las terapias enfermeras y al tomar decisiones relativas a los clientes.
- **Aceptación de riesgos.-** cuando una persona acepta un riesgo en una acción o decisión, este se suele percibir como si existirá la posibilidad de una pérdida. Un pensador crítico está deseoso de correr riesgos al tratar distintos enfoques para resolver problemas. Cuando toma un riesgo la enfermera considera todas las opciones, analiza cualquier riesgo potencial para el cliente y después actúa de manera bien razonada y considerada.
- **Disciplina.-** un pensador disciplinado pasa por alto pocos detalles y sigue un enfoque ordenadamente cuando toma decisiones o pone en práctica una acción. El pensamiento disciplinado no reduce la creatividad personal, más aun asegura que cualquier decisión se tome sistemáticamente con un enfoque completo.
- **Perseverancia.-** Las enfermeras que piensan de forma crítica perseveran en hallar soluciones eficaces para el cliente y los problemas de enfermería. Esta determinación les permite aclarar y clarificar conceptos relacionados, a pesar de las dificultades y frustraciones. La confusión y la frustración son incómodas, pero los pensadores críticos resisten la tentación de encontrar una respuesta rápida y fácil.
- **Creatividad.-** implica pensar con originalidad. Esto significa hallar soluciones al margen del procedimiento estándar aceptable. Miller y Babcock (1996) describe la creatividad como un magnífico motivador que permite generar opciones y enfoques alternativos y mirar hacia el futuro.

- **Curiosidad.-** probablemente la pregunta favorita de un pensador crítico es: ¿por qué? En cualquier situación clínica la enfermera aprende mucho de la información relativa al cliente. Cuando esta analiza la información, surgen modelos en los datos que no siempre están claros. Tener sentido de curiosidad motiva a la enfermera a preguntar más y investigar una situación clínica para obtener toda la información necesaria para tomar una decisión.
- **Integridad.-** La integridad intelectual requiere que el individuo aplique las mismas exigencias a sus propios conocimientos y creencias que aplica a los demás. Los pensadores críticos pondrán en duda sus conocimientos y creencias con la misma diligencia y meticulosidad con las que desafían a los de otra persona. No le cuesta admitir y evaluar incoherencias en sus propias creencias y entre éstas y las de otros.
- **Humildad.-** Humildad intelectual significa tener consciencia de las limitaciones del propio conocimiento. Los pensadores críticos están dispuestos a admitir lo que no saben; están dispuestos a buscar información nueva y reelaborar las conclusiones a la luz del nuevo conocimiento. Es imposible el pensamiento crítico cuando se es incapaz de admitir lo que no se sabe.
- **Valor.-** Con una actitud valerosa es posible estar dispuestos a considerar y examinar con justicia las propias ideas o puntos de vista, especialmente aquellos frente a los cuales se sufren reacciones fuertemente negativas. Este tipo de valentía surge al reconocer que las creencias son a veces falsas o equívocas.
- **Empatía.-** La empatía es la capacidad para imaginarse a uno mismo en lugar de los demás, con el fin de entender sus acciones y ser receptivos a sus sentimientos y creencias. Es fácil malinterpretar las palabras y acciones de una persona procedente de un entorno cultural, religioso o socioeconómico distinto. También es difícil comprender las creencias o acciones de una persona que atraviesa una situación ajena a la propia experiencia.
- **Ecuanimidad.-** Los pensadores críticos son ecuanímenes, valorando todos los puntos de vista con las mismas normas y no basando sus juicios en sesgos o prejuicios personales o de grupo. La ecuanimidad ayuda a considerar puntos de vista contrapuestos y a entender ideas nuevas antes de rechazarlas o aceptarlas.
- **Exploración de pensamientos y sentimientos.-** Aunque existe diferencia neta entre pensamiento y sentimiento, en realidad son inseparables. Todos los sentimientos se basan en algún tipo de pensamiento, y todo pensamiento suscita cierto grado de sentimiento.

Las actitudes adoptadas por un pensador crítico son importantes e interesantes los cuales los convierten en personas únicas. Un profesional de salud en este caso un enfermero/a que tiene estas actitudes estará listo para resolver los diversos problemas que se presentan día a día. Estos profesionales estarán siempre aptos para cualquier reto que se les asuma pero siempre conservando la humildad y coraje que los distingue del resto.

### **2.5.1.9 Estándares para el pensamiento crítico**

Son criterios para determinar el acierto, la justicia y la adecuación de las decisiones y los juicios críticos.

- **Estándares intelectuales.-** cuando una enfermera considera el problema de un cliente, es importante aplicar estándares como sensatez, justicia y adecuación para asegurar que las decisiones clínicas son acertadas o validas.

El uso de los estándares intelectuales implica un enfoque riguroso de la práctica clínica y demuestra que el pensamiento crítico no puede ponerse en práctica al azar.

- **Estándares profesionales.-** se refiere a los criterios éticos para los juicios de las enfermeras que son los criterios que se deben usar para la evaluación y los criterios de responsabilidad profesional. Esto requiere que las enfermeras empleen el pensamiento crítico por el bien del individuo o grupos. Los estándares aseguran el grado más elevado de calidad.

### **2.5.1.10 PROCESO Y RANGOS EL PENSAMIENTO CRÍTICO**

#### **2.5.1.10.1 Procesos del pensamiento crítico**

Aquí encontramos diversos aspectos importantes para el buen desarrollo del pensamiento crítico.

- **Reflexión.-** Como enfermera, la reflexión implica recordar una situación o experiencia del cliente para explorar la información y otros aspectos que influyeron en el manejo de la situación La reflexión requiere un conocimiento adecuado y es necesaria para la autoevaluación, para revisar los aciertos y errores propios. Advertieron que los nuevos profesionales clínicos no deberían cuestionar todos los juicios que realizan. Aplicar énfasis en la reflexión puede obstaculizar el pensamiento en cada situación clínica

porque puede crear segundas opciones. El proceso de la reflexión ayuda a la enfermera a buscar y comprender las relaciones existentes entre los conceptos aprendidos en el aula y los incidentes clínicos de la vida real. También ayuda a la enfermera a juzgar la actuación personal y a emitir juicios sobre los estándares de la práctica. La reflexión es muy individualizada. No todo el mundo reflexiona de la misma forma. Algunos individuos elaboran cuadros mentales con la información que contemplan, otros prefieren el pensamiento tranquilo, y algunos otros pueden preferir la reflexión sobre el nuevo conocimiento analizando con otras personas.

- **El lenguaje.**- Otro aspecto importantísimo del pensamiento crítico es el empleo del lenguaje. Para convertirse en una pensadora crítica, una enfermera también tiene que ser capaz de emplear el lenguaje con precisión y claridad. Cuando el lenguaje es descuidado (vago, inexacto) refleja un pensamiento similar. Cuando las enfermas prestan cuidado a los clientes se hace importante no sólo comunicarse con ellos y sus familiares con claridad, sino ser capaces después de comunicar claramente los hallazgos a los otros profesionales sanitarios. El pensamiento crítico requiere la formulación de los propios pensamientos para que sean claros el enfoque y el mensaje resultantes. Esto ayuda a reflexionar sobre el propio lenguaje y considerar si lo que uno comunica expresa una idea, posición o un juicio con precisión y claridad.
- **La intuición.**- La experiencia en enfermería implica la capacidad para pensar críticamente sobre el conocimiento requerido para el cuidado del cliente y el conocimiento que la enfermera aporta a la situación del cuidado enfermero. La intuición es la “captación inmediata de que algo es lo que es sin el beneficio de un razonamiento consciente” (Guralnik ,1972) La intuición es una experiencia común que tiene todas las personas después de interrelacionarse con su entorno. Una enfermera adquiere conocimiento intuitivo aprendiendo a describir con exactitud y empleando un lenguaje enfermero preciso para la respuesta del cliente habitual en las situaciones de cuidados enfermeros (Paúl y Heaslip; 1995). Es preciso pensar cuidadosamente en cada situación clínica. Incluso si la enfermera cree intuitivamente que el cliente está experimentando un cambio esperado, es importante confirmar ese hallazgo por medio de las observaciones y de las mediciones clínicas apropiadas.

Los procesos del pensamiento crítico son indiscutiblemente uno de los factores que hacen que estos profesionales sean competentes ya sea reflexionando sobre algún hecho, usando su intuición para desarrollar problemas y sobre sabiendo utilizar su lenguaje, siendo este el adecuado como para que facilite el entendimiento y así llamarse merecidamente personas emprendedoras.

### 2.5.1.10.2 Rangos del pensamiento crítico.

A medida que una enfermera obtiene nuevos conocimientos y madura para convertirse en una profesional competente aumenta su capacidad para convertirse en una profesional competente aumentando su capacidad para pensar críticamente. Se identifican tres rangos de pensamiento crítico en enfermería.

- **Rango básico.-** En este el pensamiento es concreto y está basado en un conjunto de reglas o principios. La inexperiencia, las competencias deficientes y las actitudes inflexibles pueden restringir la capacidad de cada persona para avanzar hasta el siguiente rango de pensamiento crítico.
- **Rango complejo.-** En este la persona comienza a distanciarse de las autoridades y a examinar alternativas de manera más independiente Kataoka\_Yahiro y Sailor (1994) observan que la respuesta mejor de una enfermera a un problema en este rango es “depende”. La capacidad para pensar de la persona y su iniciativa comienzan a cambiar. la enfermera se da cuenta que existen soluciones alternativas, quizá conflictivas. En el pensamiento crítico complejo cada solución presenta beneficios y riesgos que la enfermera sopesa antes de tomar la decisión final. Existen opciones. Pensar puede convertirse en algo más innovador y creativo. Hay unos deseos de considerar desviaciones de los protocolos políticas estándar cuando se presentan situaciones complejas. Las enfermeras aprenden varios enfoques distintos del mismo tratamiento.
- **Rango responsable.-** El individuo se anticipa a la necesidad para efectuar eyecciones sin ayuda de otro y después asume la responsabilidad que emana de ellas. En este rango la enfermera hace algo más que simplemente considerar las alternativas complejas que presenta un problema. En el rango responsable la enfermera elige una acción o creencia basándose en las alternativas disponibles y se adhieren a ella en ocasiones, la acción puede o no ser tal, o la enfermera puede elegir posponer una acción hasta más adelante pero basándose en la experiencia y el conocimiento. Debido a que la enfermera asume la responsabilidad de la decisión, se presta atención a los resultados de la determinación y así esta ha sido apropiada. Los pensadores críticos responsables actúan prestando apoyo al cliente y a las creencias profesionales que subyacen en la disciplina de la enfermería.

### 2.5.1.11 Competencias del pensamiento crítico

Las competencias del pensamiento crítico son los procesos cognitivos que cada enfermera emplea para emitir juicios. Existen tres tipos de competencias: pensamiento crítico general, pensamiento crítico específico que se da en situaciones clínicas y pensamiento crítico específico en enfermería (Kataoka\_Yahiro y Sailor).

**Competencias del pensamiento crítico general.-** Las competencias del pensamiento crítico general no son exclusivas de enfermería, sino que se usan en otras disciplinas y situaciones no clínicas. En esta encontramos al: método científico, la solución del problema y la toma de decisiones.

- **Método científico:** Método científico no es un enfoque de razonamiento que se usa en enfermería, medicina o en otras disciplinas. Es un proceso que vas desde hechos observables de la experiencia a las explicaciones razonables de hechos (Bandman y Bandman, 1995). Es un enfoque para verificar que un conjunto de hechos se ajustan a la realidad. Algunas enfermeras investigadoras emplean el método científico cuando ponen a prueba las preguntas de la investigación en situación de práctica enfermera. El método científico es una manera formal de enfrentarse a un problema, planear una solución, verificar la solución y llegar a la conclusión.
- **Solución de problemas:** La solución de problemas implica la obtención de información y empleo de ella para alcanzar soluciones aceptables cuando hay una discrepancia entre lo que está ocurriendo y lo que debería estar ocurriendo. Cuando una persona empieza a regar el jardín y se da cuenta que no fluye el agua por la manguera, una forma rápida de enfrentarse al problema es comprobar si hay acodamientos en esta. La resolución del problema en una situación permite a la enfermera aplicar ese conocimiento en futuras situaciones del cliente.
- **Toma de decisiones:** En la toma de decisiones una persona se enfrenta a un problema o situación en la que se tiene que elegir el curso de una acción. La toma de decisiones es un punto final del pensamiento crítico que conduce a la situación del problema. El empleo de dicho proceso se lleva a cabo en una a una conclusión informada y que está apoyada por la evidencia y las razones (Bandman y Bandman, 1995).

Este pensamiento es de suma importancia porque con este nos podemos dar cuenta cómo es que se lleva a cabo el pensamiento crítico en diversas situaciones y ámbitos profesionales usando en este un método científico, una toma de decisiones. Dándonos cuenta que el pensamiento crítico general no es un pensamiento improvisado; sino más bien es sistemático.

#### **2.5.1.12 Pensamiento crítico que se da en situaciones clínicas**

- **Pensamiento diagnóstico e inferencias:** Tan pronto como la enfermera reciba formación sobre un cliente en una situación clínica particular, comienza el razonamiento diagnóstico. Es un proceso de determinación del estado de salud del cliente. (O “NEILL Y DLUHY, 1997) El razonamiento diagnóstico permite a la enfermera asignar significados a las conductas, a los signos físicos y a los síntomas manifestados por el cliente. El proceso implica una serie de juicios clínicos realizados durante y después de la recogida de datos, resultante en un juicio formal o diagnóstico formal (carnevali y thumas, 1993). Las enfermeras no emiten diagnósticos médicos, pero vigilan estrechamente a los clientes y comparan signos y síntomas con los que son comunes a un diagnóstico. Este proceso ayuda a la realización de inferencias o juicios clínicos acerca del progreso del cliente.

Además, cualquier conclusión diagnóstica alcanzada por la enfermera ayudará al médico a descubrir la naturaleza del trastorno más rápidamente y a seleccionar los tratamientos médicos apropiados.

- **Toma de decisiones clínicas.-** Las enfermeras toman decisiones sobre clientes individualizados y también las toman en grupos de clientes. Es probable que una enfermera que trabaja en una ajetreada unidad hospitalaria tenga que estar al cuidado de varios clientes.

La enfermera emplea criterios como el estado clínico del cliente, los riesgos implicados en el retraso del tratamiento y las expectativas que los clientes tienen respecto a los cuidados para determinar cuáles son los que presentan una mayor prioridad. Cuando toma decisiones clínicas, las enfermeras se preguntan primero porque es necesaria esta decisión. Conocer sobre esta competencia del pensamiento crítico nos es de suma importancia, sobretodo que va orientado específicamente al



ámbito profesional de la salud, mostrándonos que no sólo es atender a un cliente por atenderlo, si no también estar preparados para usar un razonamiento diagnóstico, y sobre todo actuar con este en la toma de decisiones, este pensamiento nos permite acceder al trabajo que realiza un pensador crítico en el ámbito profesional dirigido a la salud.

- **Proceso enfermero como competencia.** Las enfermera aplican el proceso enfermero como una competencia cuando proporcionan cuidados al cliente. El proceso enfermero consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Específicamente, el proceso es un enfoque sistemático empleado por las enfermeras para recoger datos, identificar las respuesta del cliente al problema de salud, designar los resultados esperados, poner en práctica la acción apropiada y después de evaluar si la acción es efectiva. El proceso competencias incorpora competencias de pensamiento crítico general y específico de manera que lo centra en las necesidades particulares de un cliente concreto.

Este pensamiento sobre todo va orientado al proceso enfermero, conocer lo relacionado a este nos va a servir para poder ponerlo en práctica en nuestra vida laboral; siendo conscientes que quienes aplican este pensamiento específico en enfermería, también utilizan el pensamiento crítico general y específico. Dándonos cuenta así el porqué del éxito de estos pensadores ya que estos buscan la mejor manera para encontrar la verdad en lo que a su área compete y desde ya, automáticamente siendo unos triunfadores.

## **2.5.2 TOMA DE DECISIONES EN ENFERMERÍA**

### **Introducción**

El proceso de toma de decisiones, corresponde a una situación que involucra conocimientos y acción. Como tal, está presente en instancias que requieren el desarrollo de habilidades, exigiendo de las personas "disposición de producir, transportar, usar y aplicar conocimientos para la identificación, resolución y arbitraje de problemas" (Cariola et al., 2008, p.27).

Esto plantea la necesidad de conducir procesos educativos que favorezcan un pensamiento crítico, que permitan desenvolver un papel activo y comprometido con la realidad. El profesional de la salud, es siempre un mediador entre el conocimiento y la acción, desde una perspectiva educativa, comunicacional y ética.

Las enfermeras dedicadas a la práctica clínica se enfrentan a una interminable variedad de situaciones que engloban a clientes, familiares, profesionales sanitarios y compañeros. Cada situación presenta nuevas experiencias con nuevos problemas que afectan el cuidado de los clientes, distintos enfoques para la resolución de los problemas y diferentes perspectivas de la mejor forma de actuar. En las situaciones clínicas es importante que la enfermera piense de forma crítica para que el cliente reciba el mejor cuidado enfermero.

El personal de enfermería tiene la importante responsabilidad de tomar decisiones clínicas correctas y apropiadas. La toma de decisiones es una actividad que separa a las enfermeras profesionales del personal técnico o auxiliar (Hughes y Young, 1992). Cuando se le presenta la responsabilidad de ayudar a las personas: a mantener, recobrar y mejorar la salud, una enfermera debe ser capaz de pensar críticamente para resolver los problemas y hallar la mejor solución a las necesidades de un cliente. Los síntomas clínicos la información personal que los usuarios comparten y la situación en el que la enfermera se encuentra con ellos no le facilitan automáticamente un cuadro claro de las necesidades del cliente ni de las acciones que debe llevarse a cabo para satisfacer las necesidades.

### **2.5.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

#### **2.5.3.1 Objetivos**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

#### **2.5.3.2 Motivos para utilizar el PAE**

- Aumenta la calidad de los cuidados de enfermería
- Es participativo
- Se centra en respuestas humanas
- Se tiene una visión integral del usuario
- El cuidado es continuo
- Organiza las acciones
- Aumenta la satisfacción en el trabajo

#### **2.5.3.3. El desarrollo del PAE**

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

#### **2.5.3.4. Ventajas del PAE**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

#### **2.5.3.5 Las características**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

### 2.5.3.6 VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente: Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones)
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas)
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

### **Tipos de datos a recoger**

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios del paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

### **Métodos para obtener datos:**

#### **A) Entrevista Clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.



La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia emocional:** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986).
- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
  - Expresiones faciales,
  - La forma de estar y la posición corporal,
  - Los gestos,
  - El contacto físico,
  - La forma de hablar.

### **Cualidades que debe tener un entrevistador**

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

### **B) La observación**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

### C) La exploración física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física, es importante ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- **Desde la cabeza a los pies:** Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que se utilice.

### **Validación de datos**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

### **Organización de los datos:**

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

### **Documentación y registro de la valoración:**

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- a. Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario
- b. Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c. Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, normal, regular, etc.
- d. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- e. La anotación debe ser clara y concisa.
- f. Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- g. Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

### **2.5.3.7 DIAGNÓSTICO**

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual.

Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

### **1.- Identificación de problemas:**

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

**2.-Formulación de problemas** Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes  
Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

**Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

**Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:

- Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos
- Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

**Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e interdisciplinaria.



**Gestión:** Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 3 componentes:

1. **Etiqueta descriptiva o título:** ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. **Definición:** expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. **Características definitorias:** Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
  - Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
  - Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

## **D) Tipos de diagnósticos**

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Se puede añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

### **Directrices para un Diagnóstico**

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

### **2.5.3.8 PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
- Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

- Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

### **Documentación y registro**

#### **Determinación de prioridades**

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Es imprescindible hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

### **Planteamiento de los objetivos**

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

### **Normas generales para la descripción de objetivos**

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

### **Objetivos de enfermería**

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.

- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
  - Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
  - Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

## **Objetivos del cliente/paciente**

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- **Cognoscitivos:** estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- **Afectivos:** son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptualizaciones, valores y tendencias emotivas,
- **Psicomotores:** estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.



### 2.5.3.9 ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- **Prescripciones enfermeras:** Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- **Prescripciones médicas:** Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir; también influyen los recursos financieros. Las actividades de enfermería, según Iyer (1989), son:

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería, según Iyer (1989), son:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:
  - Reducir o eliminar factores contribuyentes.
  - Promover mayor nivel de bienestar.
  - Controlar el estado de salud.
  
- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:
  - Reducir o eliminar los factores de riesgo,
  - Prevenir que se produzca el problema.
  - Controlar el inicio de problemas.
  
- Para el diagnóstico enfermero posible:
  - Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
  
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
  - Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
  
- Para problemas interdependientes:
  - Controlar los cambios de estado del paciente.
  - Manejar los cambios de estado de salud.
  - Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

De manera resumida y genérica las acciones de enfermería que se encuentra en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) es:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

En conclusión las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

### **Documentación en el plan de cuidados de enfermería**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

### **Partes que componen los planes de cuidados:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

### **Tipos de planes de cuidados:**

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers (1983), un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

### **2.5.3.10 EJECUCIÓN**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

### **2.5.3.11 EVALUACIÓN**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2. Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3. Conocimientos:
  - Entrevista con el paciente
  - Cuestionarios (test),
4. Capacidad psicomotora (habilidades).
  - Observación directa durante la realización de la actividad
5. Estado emocional:
  - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
  - Información dada por el resto del personal
6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud):
  - Entrevista con el paciente.
  - Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención de la enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,



Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

## 2.5.4 PACIENTE POLITRAUMATIZADO

### 2.5.4.1 POLITRAUMATIZADO ADULTO

#### **Definición:**

Politraumatizado es todo herido que presenta dos o más heridas traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan una repercusión respiratoria o circulatoria que suponen riesgo vital para el paciente. Una segunda definición sería: individuo que presenta lesiones óseas traumáticas con afectación de una o más vísceras y que entrañan repercusiones respiratorias y/o circulatorias que colocan al paciente en una situación crítica que requiere una valoración y tratamiento inmediato, estableciendo una serie de prioridades terapéuticas.

En último lugar, a modo de resumen, podemos decir que en un politraumatizado coexisten lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo incidente que comportan, aunque sea una sola de ellas, riesgo vital para el sujeto. Un politraumatizado siempre conlleva el riesgo vital para su propia vida, en otros casos hablaremos de policontusionados o polifracturados.

Todo sujeto que presente dos o más lesiones traumáticas graves, periféricas, viscerales o mixtas que entrañen una repercusión circulatoria y/o respiratoria.

#### **2.5.4.2 Clasificación de los politraumatismos**

Se clasificaran de acuerdo a las heridas sufridas por el accidentado en tres categorías:

- **Leve:** Paciente cuyas heridas y/o lesiones no representan un riesgo importante para su [salud](#) inmediata (no existe riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria).
- **Moderado:** Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24-48 hs. de sufrido el accidente.
- **Grave:** Paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles.

### 2.5.4.3 Causas de muerte en el politraumatizado

La mortalidad debida a un politraumatismo tiene una distribución modal en tres picos:

- **Primer pico:** la muerte sobreviene de forma inmediata o en los minutos siguientes al accidente por rotura de grandes vasos, lesiones de órganos vitales, obstrucción de la vía aérea, trauma torácico grave, etc.
  
- **Segundo pico:** pasados los minutos iniciales hasta las 3-4 horas después del incidente. Las muertes son debidas a hematomas o hemorragias cerebrales, hemo neumotórax, rotura de vísceras (bazo, hígado.) y lesiones o fracturas asociadas a grandes hemorragias.
  
- **Tercer pico:** muerte tardía, días o semanas después del politraumatismo. Debida a sepsis o fallo multiorgánico. En las lesiones del primer tipo poco se puede hacer. Son las del segundo tipo las susceptibles de tratamiento, por lo que se beneficiaran de una asistencia sanitaria inmediata. Así se habla de la **hora dorada**, para que ésta alcance su máxima eficacia y el mínimo de mortalidad han de cumplirse tres condiciones:
  - Inicio del tratamiento de forma inmediata.
  - Reducción al máximo del tiempo de transporte desde el lugar del traumatismo hasta un centro adecuado.
  - Transporte en un medio adecuado y con personal capacitado y competente.

### 2.5.4.4 MANEJO HOSPITALARIO

1. Revisión Primaria
2. Resucitación
3. Revisión Secundaria

La Revisión Primaria y Secundaria debe repetirse con frecuencia durante el proceso de atención, con el fin de detectar cualquier condición de deterioro del paciente y establecer su tratamiento inmediato.

## 2.5.4.5 REVISION PRIMARIA

### Generalidades

Debido a que el tiempo es un factor en contra, se debe actuar en base a un esquema que sigue las letras del abecedario:

- A: (Airway) Mantenimiento de la vía aérea con control de la columna cervical.
- B: (Breathing) Respiración y ventilación.
- C: (Circulation) Circulación con control de hemorragias.
- D: (Disability) Déficit neurológico.
- E: (Exposure / Environmental) Exposición: desvestir completamente al paciente. Prevenir la hipotermia.

### 2.5.4.5.1 A: Airway (Manejo de la Vía Aérea)

Lo primero que debemos hacer es acercarnos al paciente y preguntarle su nombre:

1. Si contesta: nos indica que su vía aérea está permeable y su cerebro perfundido. Entonces, administramos oxígeno a alto flujo (50%).
2. Si el paciente no contesta: debemos abrir la boca y mirar. La causa más frecuente de muerte evitable en traumatismos graves, es la obstrucción de la vía aérea por la lengua al disminuir el nivel de conciencia. Si la vía aérea está obstruida por sangre o líquido lo aspiramos, si son sólidos, se sacan con pinzas o con los dedos, y si es por la lengua se coloca una cánula de Guedel. Si el problema no se resuelve se procede a intubación orotraqueal. Excepcionalmente si no se consigue la intubación, se realiza traqueotomía.

Todas estas técnicas se realizan con riguroso control cervical.

El manejo de la vía aérea sigue una secuencia bien establecida: hay medidas iniciales, otras de mantenimiento y otras definitivas:

**Medidas iniciales:** consisten en la administración inmediata de oxígeno, la remoción de restos, vómito, sangre, secreciones, piezas dentales u otros cuerpos extraños que puedan obstruir la vía aérea superior. La cavidad oral se explora con los dedos y mediante un aspirador, preferiblemente rígido, se limpia completamente.

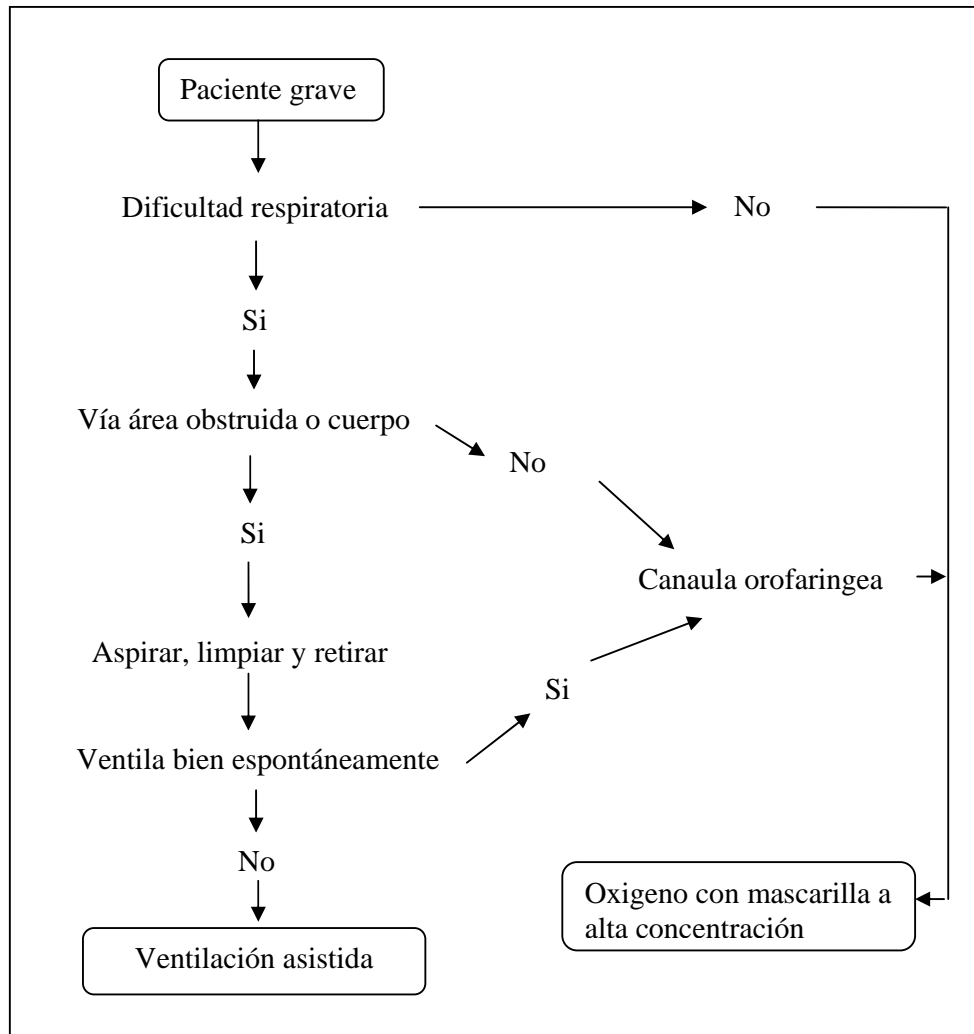
**Medidas de mantenimiento:** en pacientes con compromiso de la conciencia, la lengua cae hacia atrás y obstruye la hipofaringe; en ellos es útil la elevación anterior del mentón, el levantamiento de la mandíbula desde los ángulos maxilares o el empleo de cánulas naso u orofaríngeas. El uso de cánulas nasofaríngeas debe evitarse cuando se sospecha fractura de la lamina cribiforme (existencia de equimosis periorbitaria, hemorragia nasal o rinoliquia), por el riesgo de producir lesión cerebral.

No se utilizan cánulas orofaríngeas en pacientes conscientes por la posibilidad de inducir vómito y broncoaspiración.

### **Vía Aérea Definitiva**

El establecimiento de una vía aérea definitiva consiste en colocar un tubo dentro de la tráquea, inflar el balón para prevenir la aspiración de contenido gástrico, asegurarlo debidamente y conectarlo a una fuente de oxígeno. Existen tres formas de conseguirla y la escogencia de una u otra depende de cada situación clínica particular:

1. **Intubación orotraqueal:** es la ruta con la cual el médico se encuentra más familiarizado y la de elección en la mayoría de los pacientes. Es útil en casi todas las situaciones, pero puede ser difícil cuando existe trauma de las [estructuras](#) de la boca, del maxilar inferior o sangrado de la cavidad oral.
2. **Intubación nasotraqueal:** es una técnica útil cuando se confirma o sospecha lesión de columna cervical y en aquellos pacientes con traumatismo extenso de las estructuras de la boca y el maxilar inferior. Sin embargo, no es posible practicarla en pacientes apnéicos y es peligrosa cuando existe evidencia de lesión de la lámina cribiforme.
3. **Vía aérea quirúrgica:** cuando no ha sido posible establecer una vía aérea por los métodos anteriores, cuando existe un traumatismo facial extenso o sangrado orofaríngeo profuso, es necesario instaurar una vía aérea por métodos quirúrgicos. Inicialmente puede practicarse punción con aguja de la membrana cricotiroides para administrar oxígeno, y posteriormente realizar cricotiroidotomía quirúrgica. La traqueostomía es un procedimiento complejo, con alta incidencia de complicaciones; por esta razón su empleo durante la fase inicial de manejo del paciente traumatizado ha sido abandonado.



TABLAN° 1: Manejo de la vía aérea.  
Elaborado por: Silvia Guaygua.

#### 2.5.4.5.2 B: Breathing (Respiración y Ventilación)

La permeabilidad de la vía aérea nos asegura el adecuado suministro de oxígeno a los [tejidos](#). También es necesario que exista intercambio gaseoso normal, lo cual implica la integridad funcional del aparato respiratorio.

#### Diagnóstico de la ventilación

Para evaluar la ventilación se debe exponer completamente el tórax; inspeccionar la simetría de la caja torácica, la amplitud de movimientos de ambos hemitórax, buscar heridas y distensión de las venas del cuello; palpar el tórax para identificar fracturas,

dolor, o enfisema subcutáneo, y el cuello para establecer la posición de la tráquea; percudir para evaluar la matidez o hiperresonancia del tórax; auscultar la calidad y simetría de los ruidos respiratorios. En esta fase el esfuerzo del médico debe dirigirse a excluir el diagnóstico de tres lesiones que ponen en riesgo la vida del paciente traumatizado:

- Neumotórax a tensión.
- Neumotórax abierto.
- Tórax inestable con contusión pulmonar.

### **Manejo de la Ventilación**

- Se debe verificar la permeabilidad de la vía aérea y continuar el suministro de oxígeno.
- Un neumotórax abierto debe convertirse en neumotórax cerrado cubriendo el defecto con un apósito que se fija con esparadrapo en tres lados, dejando uno libre; luego se coloca un tubo de tórax en el punto señalado.
- Lo inmediato y más urgente es descartar la presencia de neumotórax a tensión. El silencio absoluto en la auscultación o la presencia de enfisema subcutáneo rápidamente progresivo, con clínica de grave insuficiencia respiratoria, son datos sugestivos de esta complicación.
- Si existe este problema y sin necesidad de hacer radiografía de tórax, se procederá a colocar catéter tipo Abbocath grueso (nº 14) en 2º espacio intercostal, línea medio clavicular, y posteriormente tubo torácico de drenaje pleural, en 4º-5º espacio intercostal, línea medio axilar.

### **2.5.4.5.3 C: Circulation (Control de la circulación y de la hemorragia)**

Se debe controlar inmediatamente la hemorragia externa aplicando compresión local directa.

### **Evaluación y tratamiento del shock**

- Sólo observando al enfermo podemos obtener información de su estado hemodinámico en segundos:

- Estado de conciencia. Cuando el volumen sanguíneo se reduce a la mitad, la perfusión cerebral disminuye y causa alteraciones de la conciencia.
- Color de la [piel](#). Un paciente con piel rosada especialmente en cara y extremidades descarta una hipovolemia crítica.
- Pulso. Un pulso débil y rápido es un signo precoz de hipovolemia.
- Hay que recordar que el relleno capilar es el dato más fiable del diagnóstico. Se colocarán dos vías venosas en el sitio más accesible y con menos posibilidad de iatrogenia: la flexura del codo. Las vías venosas deberán ser de grueso calibre (Nº 14) y cortas, ya que a igual calibre el flujo será mayor cuanto más corta.
- No se colocarán vías centrales en este primer momento, reservándolas para la fase de estabilización; son más laboriosas, interrumpen otras maniobras de reanimación, comportan menos flujo y su correcta colocación tiene que ser confirmada por radiografía.
- Si existiesen dificultades para la canalización de las vías venosas en la flexura del codo, o se necesitare una tercera vía, se obtendrá percutáneamente una vía venosa femoral con una intránula del Nº 14, de 20 cm de longitud, con posterior fijación con un punto a la piel. En los lactantes puede ser muy útil la vía intraósea.
- Al canalizar vía venosa se sacará sangre para hemograma, [bioquímica](#) (fundamental conocer la glucemia), estudio completo de coagulación, gasometría venosa y para cruzar y reservar sangre.
- Si no se dispone de pulsioximetría (no suele funcionar correctamente en el paciente frío y mal perfundido), es conveniente obtener también gasometría arterial. A continuación se procede a perfundir líquidos. Tan importante es el tratamiento energético del shock con cristaloides, coloides y sangre, inmediata o diferida según la situación hemodinámica del paciente, como evitar una sobreinfusión innecesaria que pueda empeorar la situación del paciente hemodinámicamente estable, sobre todo en [niños](#), ancianos y en el caso de traumatismo craneoencefálico grave con [hipertensión](#) endocraneal. Se finaliza con la monitorización electrocardiográfica del paciente.
- En esta fase también deberemos descartar la segunda lesión que requiere tratamiento inmediato: el taponamiento cardíaco con compromiso vital. Los signos clínicos de presunción son: hipotensión refractaria a la sobrecarga líquida, aumento de la presión venosa central (PVC), disminución o abolición de los tonos cardíacos a la auscultación y disminución de los complejos electrocardiográficos en el monitor.

- El tratamiento, si es positivo, es la pericardiocentesis, que se puede repetir, si se reproduce el taponamiento, a través del catéter dejado en el espacio pericárdico. El tratamiento definitivo es quirúrgico.

#### **2.5.4.5.4 D: Disability (Déficit Neurológico)**

##### **Examen neurológico.**

- Se debe despistar con urgencia la presencia o no de focalidad neurológica y valorar la necesidad de TAC.
- Se debe explorar: [Escala](#) de Coma de Glasgow, tamaño y reacción pupilar y nivel de conciencia.
- El puntaje máximo es de 15 y el mínimo es de 3 que indica muerte cerebral. El criterio para intubación de un paciente es un Glasgow de 7 o menos.

#### **2.5.4.5.5 E: Exposure and Enviromental (Desnudar completamente al paciente y colocar sondas)**

- Se debe desnudar por completo al paciente tendiendo cuidado de que caiga en hipotermia.
- A continuación se colocan sondas: gástrica por vía nasal, excepto si existiesen signos de fractura de fosa anterior de cráneo (hematoma palpebral, nasorragia o crepitación de rebordes orbitarios o nasal), en cuyo caso se colocará la sonda por vía oral, dado el riesgo de introducirla en la cavidad craneal.
- La sonda vesical, fundamental para objetivar hematuria y para calibrar el correcto tratamiento del shock (la diuresis horaria es uno de los mejores parámetros), no se colocará en los varones si existiesen signos de rotura uretral (sangre en meato, hematoma escrotal o perineal y tacto rectal con próstata desplazada), dejando la realización de la técnica en manos del urólogo.
- También durante este período está indicada la realización de una Radiografía de columna cervical lateral, Radiografía tórax AP y Radiografía de pelvis. Algunos autores consideran que la punción lavado peritoneal y la ECO abdominal debe realizarse durante el reconocimiento primario. En cualquier caso los estudios radiológicos no deben de retrasar la resucitación del paciente.



#### **2.5.4.6 VALORACION SECUNDARIA**

La revisión secundaria no debe iniciarse hasta que la revisión primaria ha finalizado, se ha iniciado la resucitación y el ABC ha sido reevaluado. Consiste en una anamnesis o evaluación médica completa y una exploración sistemática y detenida en forma cefalocaudal, buscando signos y lesiones concretas.

El objetivo del reconocimiento secundario es buscar intervenciones terapéuticas necesarias y detectar lesiones que comprometen la vida y que no fueron descubiertas durante el reconocimiento primario. Requiere entre 5 y 10 minutos.

Cuando está completa la revisión primaria iniciada la resucitación y los parámetros del ABC se encuentran controlados, se comienza la Revisión Secundaria.

La revisión secundaria comprende cuatro aspectos:

- Reevaluación frecuente del ABC
- Anamnesis
- Examen físico
- Estudios diagnósticos.

#### **2.5.4.7 REEVALUACIÓN FRECUENTE DEL ABC**

Como se ha insistido, durante todo el proceso de Evaluación Inicial del Paciente Traumatizado, el estado de la vía aérea, la protección de la columna cervical, la función respiratoria, el estado circulatorio y la evolución neurológica deben ser periódicamente reevaluados buscando cualquier signo de deterioro.

#### **2.5.4.8 ANAMNESIS**

Durante la evaluación secundaria, todos los aspectos relacionados con los mecanismos del trauma, la escena del accidente, el estado inicial, la evolución y los antecedentes se averiguan interrogando al paciente, a sus familiares o al personal que prestó la atención prehospitalaria. En el registro de los antecedentes deben incluirse las alergias, el empleo de medicamentos, las [enfermedades](#) sufridas con anterioridad al trauma, la hora de la última comida y la ingestión de [alcohol](#) o el [consumo](#) de otras sustancias psicoactivas.

### 2.5.4.9 EXAMEN FISICO

La revisión secundaria incluye el examen completo y detallado del paciente, desde la cabeza hasta los pies, por delante y por detrás, pasando por todos y cada uno de los segmentos corporales.

- **Cabeza:** se examina completamente la cabeza para identificar heridas, contusiones, depresiones, hemorragia nasal u otorragia, equimosis periorbitarias o retroauriculares; estas últimas hacen sospechar fracturas de la base del cráneo. Se examinan cuidadosamente los ojos, los oídos y la nariz.
- **Examen Neurológico:** Durante la Revisión Secundaria se realiza un examen neurológico detallado y completo; es muy importante la evaluación repetida y continua del estado neurológico del paciente traumatizado que permita detectar precozmente cualquier deterioro. El examen incluye la evaluación del estado de conciencia mediante la Escala de Coma de Glasgow, el examen de simetría y respuesta pupilar a la [luz](#) y la simetría de los movimientos de las extremidades:

**Escala de Coma de Glasgow:** Permite establecer una medida del estado de conciencia. Se califica de 3 a 15 y el puntaje obtenido es el resultado de la sumatoria de tres componentes:

**Respuesta de las pupilas:** el examen de las pupilas tiene dos componentes: simetría y respuesta a la luz. El hallazgo de una diferencia mayor de 1 mm entre las dos pupilas se considera anormal.

La respuesta a la luz se evalúa por la rapidez. Una respuesta lenta es anormal. Déficit [motor](#) lateralizado: inicialmente se observa el movimiento espontáneo de las extremidades o en su defecto ante un estímulo doloroso. Un movimiento retardado, disminuido o que requiere mayor estímulo se considera anormal.

El examen neurológico no sólo se practica inicialmente sino debe repetirse y registrarse frecuentemente durante la evaluación inicial.

- **Máxilo – facial** El tratamiento del traumatismo máxilo-facial que no ocasiona obstrucción de la vía aérea, o hemorragia importante puede diferirse hasta que se haya estabilizado completamente el paciente. Sin embargo, debe tenerse cuidado especial en detectar aquellos casos que durante su evolución tienen el riesgo de presentar compromiso de la vía aérea para manejarlos precozmente.
- **Columna Cervical y Cuello:** En todo paciente con traumatismo cerrado por encima de los hombros debe suponerse que existe lesión de la columna cervical hasta que se demuestre lo contrario. La ausencia de dolor, espasmo muscular, escalones óseos o signos neurológicos no la excluye. La única manera de descartarla es un estudio radiológico completo que incluya proyecciones anteroposterior y lateral y otras transorales o transilares que permitan examinar completamente las siete vértebras cervicales y la primera torácica. Mientras esta lesión se descarta, el paciente debe permanecer con un collar semirrígido tipo Filadelfia. En caso de tener que retirarlo, debe mantenerse con inmovilización manual que limite cualquier movimiento de la cabeza. El examen del cuello se completa inspeccionando la simetría, la existencia de hematomas o signos de sangrado, la presencia de heridas que atraviesen el platisma y el estado de las venas del cuello; palpando la posición de la tráquea, la existencia de enfisema subcutáneo y las características de los pulsos; finalmente, auscultando los trayectos vasculares en búsqueda de soplos.
- **Tórax:** Se inspecciona la simetría de la caja torácica y la amplitud de los movimientos respiratorios; se exploran heridas o segmentos costales con respiración paradójica; se palpa buscando crepitación secundaria a fracturas o a la existencia de enfisema subcutáneo; se percute para identificar zonas de matidez o hiperresonancia; finalmente se ausculta la simetría y características de los ruidos respiratorios, y la intensidad, ritmo y frecuencia de los ruidos cardíacos.
- **Abdomen:** En el examen abdominal, como en el del tórax deben incluirse tanto la cara anterior como la posterior. Además, el examen de la parte baja del tórax y los glúteos. En la inspección se investigan contusiones, laceraciones, equimosis, o heridas y se observa su contorno; se palpa buscando fracturas de los últimos arcos costales, zonas de dolor, defensa muscular o signos de irritación peritoneal; se percute para identificar áreas de matidez o de dolor que alertan sobre la existencia de irritación peritoneal; finalmente se ausculta registrando la calidad de los ruidos intestinales. Un

examen abdominal equívoco debido a alteraciones en el estado de conciencia, la pérdida inexplicada de sangre o un examen dudoso, son indicaciones para practicar lavado peritoneal diagnóstico o ecografía en el [servicio](#) de urgencias con el único fin de establecer la presencia de líquido intraperitoneal.

- **Periné, recto y vagina:** El periné debe ser inspeccionado en busca de contusiones, heridas, equimosis o sangrado uretral. El tacto rectal nunca debe omitirse durante la evaluación secundaria; permite establecer la presencia de sangre en el tracto intestinal, la posición de la próstata, la integridad de las paredes rectales y el tono del esfínter anal. El tacto vaginal puede mostrar la presencia de laceraciones vaginales o sangrado genital.
- **Músculo-esquelético:** El examen del aparato músculo-esquelético incluye la inspección y palpación de las extremidades en busca de contusiones, heridas, deformidades o dolor que hagan sospechar fracturas sobre el pubis y las crestas ilíacas para examinar la pelvis y las articulaciones que se presuman lesionadas.

La evaluación de las extremidades incluye siempre el examen de los pulsos, [color](#), perfusión y [temperatura](#) de la piel, a fin de establecer la integridad del sistema vascular.

#### 2.5.4.10 ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Cuando se completa el examen físico, se han asegurado y reevaluado los parámetros del A B C y la estabilidad del paciente lo permite, se procede con los estudios diagnósticos como radiografías, lavado peritoneal, ecografía abdominal, tomografías, y otros.

La evaluación de todo paciente traumatizado debe incluir **tres radiografías:**

- **Columna cervical** que incluya las siete vértebras cervicales y la primera torácica. Una radiografía de columna cervical normal no excluye ninguna lesión y, por lo tanto, la inmovilización cervical debe mantenerse hasta tener una valoración especializada del paciente. El médico de urgencias coloca collares cervicales, no los retira.
- **Tórax:** ante la evidencia de neumotórax a tensión, neumotórax abierto o tórax inestable, la prioridad es lograr óptimo intercambio gaseoso mediante una adecuada expansión pulmonar. La radiografía se realiza una vez que se haya completado este objetivo durante la resucitación.

- **Pelvis:** es de gran ayuda para comprobar la existencia de lesión traumática de la pelvis en paciente víctima de trauma cerrado, especialmente en aquellos casos que no es posible establecer el origen de un estado hipovolémico o cuando el examen de la pelvis es equívoco.
- **Ecografía Abdominal** Es un método rápido, portátil, no invasor, poco costoso y fácil de repetir en la sala de urgencias. Por estas razones su uso se ha extendido y ha llegado a sustituir en la práctica diaria al lavado peritoneal diagnóstico.

El método es especialmente útil para establecer la presencia de líquido intraperitoneal, y tanto no evaluar la [morfología](#) de los órganos abdominales. Se examinan secuencialmente la región subxifoidea para determinar la presencia de líquido intrapericárdico, posteriormente la fosa hepato-renal (Saco de Morrison), la fosa espleno-renal y finalmente el área suprapúbica, donde se puede visualizar la ocupación del fondo de saco de Douglas, el contorno vesical y la ocupación pélvica por hematoma.

El proceso de Evaluación Inicial está fundamentado en los hallazgos clínicos. Ningún estudio paraclínico reemplaza las etapas antes mencionadas y menos aún el buen juicio.

#### **2.5.4.11 INTERCONSULTAS**

- Neurocirugía.
- Cirugía General.
- Cirugía de tórax y vascular
- Traumatología.
- Cirugía Cabeza y Cuello
- UCI

#### **2.5.5 PACIENTE POLITAUMATIZADO PEDIATRICO**

Se **define** politraumatismo como el daño corporal resultante de un accidente que afecta a varios órganos o sistemas, o cuando, aunque sólo afecte a un órgano pone en peligro la vida o la supervivencia sin secuelas del niño.

La **mortalidad** en el niño politraumatizado es del 10%:

- El 80% de las muertes suceden en los primeros minutos tras el accidente. En estos casos, la causa de la muerte ocurre por obstrucción de la vía aérea, por mala ventilación, por hipovolemia o por daño cerebral masivo. La parada cardiorrespiratoria

(PCR) precoz inmediata tiene muy mal pronóstico, por tanto la reanimación cardiopulmonar (RCP) debe realizarse inmediatamente y sin excepciones salvo que haya presencia de signos evidentes de muerte, lesiones severas incompatibles con la vida o que haya habido una inmersión de > 2 horas de duración.

- Las causas más frecuentes de PCR precoz diferida (horas siguientes al traumatismo) son: hipoxia, hipovolemia, hipotermia, hipertensión intracraneal o alteraciones hidroelectrolíticas.

En el paciente pediátrico politraumatizado existe una serie de particularidades que le diferencian del adulto:

- Los órganos abdominales están más expuestos al daño por traumatismo por lo que se deben sospechar lesiones internas incluso en ausencia de lesiones externas
- Las lesiones craneales son más frecuentes.
- El riesgo de lesión medular es más alto.
- Puede existir lesión ósea sin alteración en las radiografías.
- Más riesgo de obstrucción de la vía aérea.

### **2.5.5.1 MANEJO HOSPITALARIO**

#### **Reanimación inicial: ABCDE Intrahospitalario**

Frente a un paciente politraumatizado pediátrico grave, se recomienda la participación del intensivista.

##### **2.5.5.1.1 A: Vía aérea con protección cervical**

Para todos los procedimientos que se realicen en vía aérea, la inmovilización de la columna cervical debe ser manual.

Existen 3 escenarios posibles:

- a. Paciente con TET
  - Evaluar desplazamiento y / o obstrucción del TET
  - Mantener ventilación con bolsa con reservorio con oxígeno al 100%

b. Paciente con ventilación espontánea y adecuada

- Permeabilizar vía aérea
- Colocar cánula mayo si está inconsciente
- Dar oxígeno por mascarilla de alto flujo a 15 lts x´

c. Paciente con ventilación espontánea ineficiente o en apnea

- Permeabilizar vía aérea
- Apoyar la ventilación con bolsa – máscara con reservorio, oxígeno al 100%
- Proceder a intubación endotraqueal con secuencia rápida
- Dada la anatomía, la intubación nasotraqueal a ciegas en los niños está contraindicada, porque no existe alineación entre la nasofaringe y la vía aérea.
- El método de elección para asegurar la vía aérea pediátrica es la intubación orotraqueal, bajo visión directa. Si se logra una ventilación efectiva con bolsa mascarilla o con máscara laríngea, la intubación podrá diferirse hasta la llegada de una persona con experiencia en vía aérea pediátrica.
- Hasta los 8 años de edad, se utilizan de preferencia tubos endotraqueales sin cuff. Una forma fácil de recordar el número del tubo a utilizar es comparar su diámetro con la falange media del dedo meñique del paciente, utilizar la fórmula [(edad en años + 16) / 4] o según la siguiente tabla:

EDAD	DIÁMETRO INTERNO	DISTANCIA
PREMATURO	2.5	8-9
NEONATOS	3-3.5	10-11
6 – 12 MESES	3.5-4	11-12
2 AÑOS	4.5	13
4 AÑOS	5	14
6 AÑOS	5.5	15
8 AÑOS	6	16
10 AÑOS	6.5	17
12 AÑOS	7	18

**TABLANº 2:** Tubos endotraqueales según edades.

**Elaborado por:** Silvia Guaygua.

- Por otra parte, para calcular en qué número debe quedar fijado a la comisura labial (profundidad de inserción), se recomienda la fórmula: Tamaño del TET x 3

- Salvo que el paciente se encuentre en Paro Cardiorrespiratorio, se recomienda siempre el empleo de Secuencia de Intubación Rápida. El paciente pediátrico debe ser considerado siempre con estómago lleno e idealmente, se debe descomprimir el estómago con una sonda orogástrica.
- No deben usarse relajantes musculares en escenarios en que no hay seguridad sobre la posibilidad de intubar al paciente (preservar ventilación espontánea).
- La Cricotiroidostomía con aguja es un procedimiento de fácil ejecución en el paciente pediátrico. A falta del equipo ad hoc, se puede realizar con un teflón número 20 a 14, según el tamaño del niño. A menor tamaño del niño, el volumen corriente es menor, lo que hará que la ventilación sea más eficiente que en los adultos y la hipercapnia sea más tardía.
- La cricotiroidostomía quirúrgica no se recomienda en menores de 8 años, dado lo estrecho de su vía aérea. La opción en estos casos es la traqueostomía.
- En caso de que se sospeche una disrupción de laringe o tráquea (enfisema subcutáneo, estridor, ronquera), se debe preferentemente mantener ventilación espontánea con máscara de alto flujo, evitar la ventilación a presión positiva y derivar a pabellón para intubación en condiciones apropiadas (ej. con fibrobroncoscopia). No se debe plantear cricotiroidostomía, ya que puede agravar estas lesiones.

#### **2.5.5.1.2 B: Ventilación**

- La evaluación de la ventilación debe realizarse secuencialmente:
  - a. MES (mirar, escuchar y sentir)
  - b. Asimetrías en la forma y expansión del tórax
  - c. Auscultar ruidos pulmonares
- En pacientes ventilando en forma espontánea y adecuada mantener mascarilla con oxígeno.
- En el paciente con vía aérea artificial, mantener al ventilación con bolsa y reservorio con 100% FIO<sub>2</sub>
- La ventilación debe ser la suficiente que expanda el tórax. Se aconseja evitar la hiperventilación salvo en pacientes con evidencias de enclavamiento, ya que se pueden agravar lesiones intracerebrales.
- El niño tiene el mediastino muy móvil, y la ocupación del espacio pleural puede causar alteraciones hemodinámicas importantes, debutando como shock refractario.



- En el contexto hospitalario, se deben reconocer y manejar algunas lesiones del tórax:
  - a. Neumotórax a tensión:
    - Si no viene drenado, descompresión de urgencia en 2° EI infraclavicular. No hacer Rx tórax.
    - Tratamiento definitivo: colocación de drenaje pleural en 5° EIC en línea axilar media.
  - b. Tórax abierto:
    - Oclusión de la herida en tres partes
    - Colocación de drenaje pleural lejos de la herida
    - Toracotomía
  - c. Tórax volante:
    - 2 o más fracturas en 2 o más partes
    - Intubación y ventilación a presión positiva (contusión pulmonar subyacente)
  - d. Hemotórax:
    - Difícil evaluar cuantía por Rx. Drenar siempre.
    - Cuidado con la ruptura diafrágmatica, más frecuente en niños
    - Si se drena > 16 ml/Kg o > 2 ml/Kg/h, toracotomía

El tórax del niño es sumamente flexible, lo que hace que sea muy infrecuente la presencia de fracturas costales. Si estas están presentes, significa un impacto de alta energía y probable contusión pulmonar. Se recomienda considerar intubación y ventilación a presión positiva.

La contusión miocárdica es infrecuente. De presentarse arritmias, se deben tomar enzimas cardíacas basales, iniciar antiarrítmico según trazado.

#### **2.5.5.1.3 C: Circulación y Control de Hemorragias**

- Idealmente se debe contar con 2 vías periféricas de grueso calibre. En caso de no ser posible, la elección será el uso de osteoclisis, en el número que se requiera.
- Al colocar acceso vascular, se tomarán exámenes basales, clasificación de grupo y Rh.
- Dada la facilidad propia de los niños para perder calor, las soluciones a utilizar deberán ser precalentadas en el microondas a 40°. No se deben calentar hemoderivados, coloides ni soluciones con glucosa.

- Se debe controlar hemoglucotest al ingreso a todo lactante. Si es menor de 45 mgr% se recomienda administrar solución glucosada 10% 2 ml/kg en bolo.
- La volemia en el niño equivale a 80 cc/Kg. Los mecanismos de compensación están mejor desarrollados en el niño lo que determina que los síntomas clínicos sean menores a igual pérdida de volumen que un adulto. Esto se grafica así:

**Volúmenes perdidos expresados en porcentaje de volemia**

AREAS	≤ 25%	25%-35%	25%-35%
CIRCULATORIO	Frecuencia cardíaca aumentada	Taquicardia Hipotensión Pulso débil y filiforme	Taquicardia- Bradicardia Hipotensión severa Relleno capilar enlentecido Pulsos muy poco perceptibles o ausentes
PIEL	Tibia, sudorosa	Cianótica, reticulada, extremidades frías	Pálida Fría Marmolada
SNC	Irritable Combativo Confuso	Letargia Alteración del sensorio Respuesta indefinida al dolor	Comatoso
DIURESIS	Volumen urinario disminuido Densidad urinaria elevada	Oliguria Densidad urinaria elevada	Anuria

**TABLAN° 3:** Volúmenes perdidos.

**Elaborado por:** Silvia Guaygua.

- La reanimación inicial debe realizarse con soluciones idealmente isotónicas o hipertónicas, dada la alta incidencia de TEC y la menor incidencia de acidosis hiperclorémica en niños. Se recomiendan:
- Solución fisiológica 20 cc/Kg, o

- Solución hipertónica NaCl 3% 4 cc/Kg
- La velocidad de infusión de los bolos depende del grado de shock con el que llega el paciente:
  - Shock leve a moderado (25-30% pérdidas sanguínea): 5 – 10 minutos
  - Shock grave o exanguinación (> 35%): a chorro o en bolos con jeringa
- En el paciente hemodinámicamente inestable está indicado realizar Eco FAST para precisar el origen de la hemorragia.
- El paciente con shock hemorrágico que no logra ser reanimado a pesar de un aporte de 60 cc/Kg (entre 15 – 30 minutos) es candidato a recibir una transfusión de glóbulos rojos. Si pese a esto, se mantienen los signos de shock y se ha descartado shock distributivo y cardiogénico, el paciente es de resorte quirúrgico y deberá ingresar a pabellón para tratamiento, preferentemente según resultados del Eco FAST (para laparotomía, toracotomía o fijación de fracturas de gran sangrado, por ej. pelvis, fémur).
- La suplementación de otros hemoderivados estará determinada por el volumen utilizado en la reanimación:
  - a. Glóbulos rojos: 10 cc/Kg ( después de 1 volemia). En caso de desconocerse el grupo del paciente se indicará O Rh (-)
  - b. Plasma fresco: 10 cc/Kg (después de 1 y ½ volemia) En caso de desconocerse grupo sanguíneo del paciente, se indicará plasma AB Rh (-)
  - c. Plaquetas: 1 Unidad c/ 7 Kg (en presencia de CID, generalmente después de 2 volemias)
  - d. Crioprecipitado : 1 Unidad c/ 10 Kg (en presencia de CID, generalmente después de 2 volemias).
- Otras intervenciones que pueden ser necesarias en la reanimación inicial en urgencia son:
  - a. Toracotomía de reanimación:
    - Paro cardíaco presenciado en paciente con trauma de tórax penetrante
  - b. Sospecha de taponamiento cardíaco:
    - En paciente estable: ecocardiograma, y si existe duda (existen falsos negativos con ECO) ventana pericárdica.
    - En paciente inestable: toracotomía de emergencia o pericardiocentesis previo a traslado a pabellón.
  - c. Estabilización pélvica transitoria
    - Trauma de pelvis

- Sábanas y fajas
- Con tutor externo, idealmente suang de Ganz

No se recomienda:

- a. Uso de vías venosas centrales
- b. Enviar a exámenes a pacientes inestables
- c. Uso de albumina y soluciones glucosadas en la reanimación
- d. Bicarbonato de Na.
- e. Vasoactivos
- f. Lavado Peritoneal diagnóstico (reservado sólo a pacientes inestables que van a pabellón para un procedimiento neuroquirúrgico o extrabdominal de urgencia, en los que no existe opción de realizar estudio de imágenes previo a la cirugía)

#### 2.5.5.1.4 D: Déficit Neurológico

- El mini examen neurológico en la Urgencia, debe contener además un Glasgow, recordando que el que tiene valor pronóstico es aquel realizado una vez se logra recuperar del shock. En niños existe una Escala de Glasgow Modificada para lactantes.

<b>Apertura ocular</b>		<b>Respuesta motora</b>		<b>Respuesta verbal.</b>	
Espontanea	4	Espontanea	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor.	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos	2
		Descerebración.	2	incomprensibles	1
		Ninguna.	1	Ninguna.	

**TABLAN° 4:** Escala de coma de Glasgow adultos.

**Elaborado por:** Silvia Guaygua

<b>Apertura ocular</b>		<b>Respuesta motora</b>		<b>Respuesta verbal.</b>	
Espontanea	4	Espontanea	6	Arrullos,	5
A la voz	3	Retira al tacto	5	balbuceos.	4
Al dolor	2	Retira al dolor	4	Irritable.	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Llora al dolor	2

Descerebración.	2	Quejido al dolor.	1
Ninguna.	1	Ninguna.	

**TABLAN° 5:** Escala de coma de Glasgow pediátricos.

**Elaborado por:** Silvia Guaygua.

- En pacientes con hemodinamia inestable, se recomienda el uso de soluciones hipertónicas en la reanimación inicial, en vez del uso de manitol.
- NaCl 3% = 4 cc /Kg
- El paciente politraumatizado pediátrico tiene frecuentemente asociado TEC. Su derivación para cuidados definitivos debe ser realizada hacia un centro que cuente con scanner y neurocirujano 24 horas. Además, frecuentemente requerirá de monitoreo de presión intracraneana. Es importante la comunicación temprana con el subespecialista.
- El trauma raquimedular es infrecuente en niños y corresponde a solo un 5% de los traumas raquimedulares. Sin embargo se presenta una entidad propia llamada SCIWORA y que corresponde a daño cervical sin lesión ósea aparente. Esto se produciría por la laxitud de los ligamentos en el esqueleto infantil, que permite alargamiento y ruptura de microfibrillas de los axones neuronales por mecanismos de elongación sin que exista necesariamente compromiso óseo. Por lo anterior, en todo paciente en que el mecanismo de lesión lo justifique (expelido del auto, elongación y/o rotaciones axiales), la inmovilización cervical debe ser mantenida a pesar de que el estudio radiológico resulte negativo.

#### **2.5.5.1.5 E: Exposición**

- La pérdida de calor es frecuente y rápida en los niños. Es importante monitorizar y controlar esto con:
  - a. T° box reanimación (22°)
  - b. Lámparas radiantes y frazadas
  - c. Calentador de soluciones
  - d. Calefactor de pacientes
  - e. Medición de T° central (>36)
- La colocación de sonda foley es prioritaria para evaluar la evolución de la reanimación. Sin embargo el tacto rectal en niños no tiene gran rendimiento para detectar ascenso prostático y no se usa de regla en lactantes y preescolares. Por lo

tanto, ante la sospecha de trauma uretral (equimosis, sangramiento uretral, lesiones del periné, etc), se indicará cistostomía por punción.

- En caso de que no se haya colocado antes, es importante colocar sonda orogástrica. Esta eventualmente se cambiará por una sonda nasogástrica una vez se haya descartado fractura de base de cráneo.
- Es en este momento en que se solicitarán las radiografías de urgencia:
  - a. Rx tórax
  - b. Rx columna cervical lateral
  - c. Rx pelvis
  - d. Eventualmente de miembros fracturados
  - e. ECO fast (en caso de no haberse solicitado previamente)
- El paciente una vez estabilizado según esquema ABCD, debe ser reevaluado:
  - a. Asegurar normalización de sus parámetros vitales
  - b. Tubos y sondas permeables y funcionando
  - c. Alineación de fracturas con preservación del pulso

Al completarse la reanimación y estabilización de urgencia, el paciente tiene dos posibles destinos:

- Pabellón: para cirugía de estabilización y control de daños
- Alta complejidad y resolución neuroquirúrgica
- Alta complejidad sin resolución neuroquirúrgica
- Mediana complejidad

El paciente politraumatizado grave, estable, idealmente debiera completar su estudio con un TAC helicoidal de multicorte, estudiando la zona afectada y según los siguientes criterios:

#### **TAC Cerebro**

- TEC
- Politrauma en el < de 2 años
- Sospecha de fractura de cráneo
- Paciente en el que no se podrá evaluar el Glasgow por anestesia o medicamentos
- Trauma severo de otro sistema que requiera ventilación mecánica prolongada

#### **TAC columna cervical**

- TEC grave
- Déficit neurológico
- Rx de columna alterada
- Fractura de costillas 1-3
- Sospecha de fractura de columna
- Caída de altura
- Retención urinaria

#### **TAC tórax**

- Fracturas costales
- Hemotórax
- Ensanchamiento mediastínico
- Ruptura diafragmática

#### **TAC abdomen y pelvis**

- Trauma abdominal

#### **TAC de pelvis**

- Fractura pélvica compleja

### **2.6. HIPÓTESIS**

La falta de aplicación de un pensamiento crítico de los profesionales de enfermería, que laboran en el servicio de emergencia del H.P.D.A, influye en la toma de decisiones en el manejo de los pacientes politraumatizados, lo que conlleva a desmejorar la atención.

### **2.7. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.**

#### **Variable independiente**

- Aplicación de un pensamiento crítico de los profesionales de enfermería.

#### **Variable dependiente**

- Toma de decisiones en el manejo de los pacientes politraumatizados.

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO**

En el presente trabajo se utiliza la investigación:

- **Cualitativa:** ya que se debe detectar los fenómenos y la causa del problema en estudio y además luego de la recolección de la información nos permitirá procesar y formular las respectivas conclusiones.
- **Cuantitativa:** ya que nos permite establecer resultados numéricos que resultan del análisis de los datos recolectados.

### **3.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

La modalidad que se aplicara en la investigación es:

- **De campo** porque esta investigación se la realiza en el lugar en el cual ocurren los hechos es decir en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, en donde se observa la actitud del profesional de enfermería durante el manejo de pacientes politraumatizados.
- **Documental - Bibliográfica** porque se compara lo científico con la realidad que vive la enfermera en el servicio de emergencia.

### **3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACION**

El método de investigación es:



- **Descriptivo** porque el enfoque se proyecta a la descripción, análisis, e interpretación del pensamiento crítico del personal de enfermería en el manejo de los pacientes politraumatizados.
- **Analítico**, por que los datos que se obtenga de las encuestas y observación aplicadas al personal y servicio, son analizados los de mayor relevancia.

### 3.4. POBLACIÓN

La presente investigación se realiza con el total de profesionales de enfermería que laboran en turnos rotativos, en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato.

<b>POBLACION</b>	<b>CANTIDAD</b>
Enfermeras	17
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>

**TABLAN° 6:** Población.  
**Elaborado por:** Silvia Guaygua.

Queda conformada con 17 licenciados/as, considerando que la población es reducida se aplica un plan piloto fase 1.

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: Aplicación de un pensamiento crítico de los profesionales de enfermería

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMES BASICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>PENSAMIENTO CRÍTICO.</b></p> <p>Es un pensamiento cuidadoso, deliberado, centrado en un objetivo, orientado a la recuperación del paciente politraumatizado, a la familia y a las necesidades de la comunidad basándose en principios del proceso de enfermería y del método científico. Evitando secuelas definitivas que conlleven repercusiones laborales y económicas para la sociedad y el estado.</p>	<p>Pensamiento crítico en enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento y pensamiento crítico (qué hacer y por qué hacerlo).</li> <li>- Habilidades técnicas e interpersonales (cómo hacerlo)</li> <li>- Actitudes (deseo y capacidad para hacerlo)</li> </ul>	<p>¿Utiliza el pensamiento crítico en la atención de pacientes politraumatizados?</p> <p>¿Conoce en que se fundamenta el pensamiento crítico?</p> <p>¿En la atención de pacientes politraumatizados aplica el proceso de reflexión entre los conceptos aprendidos en el aula y las experiencias en la vida real?</p> <p>¿Identifica los principales problemas en base a signos y síntomas del paciente politraumatizado y prioriza los cuidados?</p> <p>¿Cuál es el tiempo de experiencia en su carrera profesional?</p> <p>¿Conoce todos los procedimientos y técnicas que se implementan en la atención de pacientes politraumatizados que ingresan al servicio de emergencia?</p> <p>¿Recibe capacitaciones acerca del manejo de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia H.P.D.A?</p> <p>¿Aplica exactamente el protocolo establecido a todos los pacientes politraumatizados?</p> <p>¿Considera usted que los resultados obtenidos en la aplicación del protocolo en la atención de pacientes politraumatizados son siempre favorables para el paciente?</p> <p>¿Informa al paciente y a su familia sobre el estado de salud y su pronóstico?</p>	<p>Cuestionario estructurado a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia.</p> <p>Guía de observación dirigida a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia.</p>

### 3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE: Toma de decisiones en el manejo de los pacientes politraumatizados

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMES BASICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>TOMA DE DECISIONES</b></p> <p>Es un punto final del pensamiento crítico que conduce a la solución del problema. El empleo de este proceso está apoyado por la evidencia y las razones, aplicado al paciente politraumatizado, el mismo que es todo herido que presenta dos o más heridas traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan una repercusión respiratoria o circulatoria que suponen riesgo vital para el paciente.</p>	<p>-Manejo hospitalario del Paciente politraumatizado</p> <p>-Proceso de atención de enfermería (PAE).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión Primaria: A, B, C, D, E.</li> <li>2. Resucitación</li> <li>3. Revisión Secundaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reevaluación frecuente del ABC <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnesis</li> <li>• Examen físico</li> <li>• Estudios diagnósticos.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> <p>Aplicación del PAE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración.</li> <li>• Diagnostico.</li> <li>• Planificación.</li> <li>• Ejecución.</li> <li>• Evaluación.</li> </ul>	<p>¿Conoce la clasificación de los traumatismos?</p> <p>¿Describe el esquema de revisión primaria intrahospitalaria en pacientes politraumatizados?</p> <p>¿Conoce el protocolo para pacientes politraumatizados, establecido por el servicio?</p> <p>¿Indique los cuidados de enfermería en pacientes politraumatizados según el protocolo establecido por el servicio?</p> <p>¿Aplica el proceso de atención de enfermería en la toma de decisiones en pacientes politraumatizados?</p>	<p>Cuestionario estructurado a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia.</p> <p>Guía de observación dirigida a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia.</p>

### **3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se realiza bajo el criterio de:

- Confidencialidad.
- El manejo de la información esta sujeto al riesgo – beneficio que comprometa la salud del cliente.
- Se maneja la calidad del proceso.
- Se considera el respeto a las personas y a sus derechos.

### **3.7 INFORMACIÓN A LOS SUJETOS**

1. Se solicita mediante oficio al Sr. Doctor Opilio Córdova, Director del Hospital, para que facilite el ingreso a la unidad a investigarse.
2. Se estimula al personal multidisciplinario al trabajo en equipo, considerando las responsabilidades individuales, en el manejo de pacientes politraumatizados, a través de una guía visual.
3. Al finalizar el trabajo se socializa cuales son las conclusiones y recomendaciones.
4. Elaboración de la propuesta.
5. Previa a la realización de las encuestas se informa al personal profesional de enfermería, el objetivo y la confidencialidad de la investigación solicitándoles su participación activa.

### **3.8 DISEÑO DE ENSAYO**

#### **3.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Para esta investigación se toma en cuenta a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia de H.P.D.A.

#### **3.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Para la realización de las encuestas, y guía de observación, no se toma en cuenta al personal auxiliar de enfermería.

### 3.8.3 CRITERIOS DE SALIDA:

Los resultados obtenidos de las encuestas y de la observación se los realizó con los sujetos antes mencionados.

### 3.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se utiliza una encuesta dirigida a los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del H.P.G.D.A con la finalidad de identificar si utilizan un pensamiento crítico en el manejo de pacientes politraumatizados.

También se realizó una guía de observación dirigida a los profesionales de enfermería del servicio de emergencia, con la finalidad de comprobar los resultados de la encuesta y la toma de decisiones.

### 3.10 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

#### PREGUNTAS BASICAS

¿Para qué?

¿A quién?

¿Sobre qué aspectos?

¿Quién? ¿Quiénes?

¿Cuándo?

#### EXPLICACIÓN

Para alcanzar los objetivos propuestos durante la investigación.

Personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia del H.P.D.A.

- Pensamiento crítico del profesional de enfermería.
- Toma de decisiones en el manejo de pacientes politraumatizados.

Silvia Guaygua egresada de la escuela de enfermería UTA.

Del 25 de febrero al 10 de marzo del 2009 en el horario de 08:00 a 13:00 horas en la mañana, de 14:00 a 19:00 horas en la tarde y de 20:00 a 06:00 horas en la noche de los días viernes,

¿Dónde?	sábado y domingo. En el servicio de emergencia de H.P.D.A.
¿Cuántas veces?	Se aplicará 17 encuestas dirigidas a los profesionales de enfermería del servicio de emergencia H.P.D.A.
¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta y observación.
¿Con qué?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una guía de observación dirigida a los profesionales de enfermería.</li> <li>• Una encuesta dirigida a los profesionales de enfermería.</li> </ul>
¿En qué situación?	<p>La guía de observación dirigida a los profesionales de enfermería se aplica en los distintos turnos.</p> <p>La encuesta dirigida a los profesionales de enfermería se aplica al término de cada turno.</p>

**TABLAN° 7:** Plan de recolección de información.  
**Elaborado por:** Silvia Guaygua.

### **3.11 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS**

#### **3.11.1 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

Los datos obtenidos en esta investigación son examinados para detectar información defectuosa, incompleta, y no pertinente.

La tabulación de los datos se realiza en el programa Excel haciendo un análisis de cada pregunta y las que se relacionan entre sí para dar la validación a la hipótesis.

La presentación de los datos se realiza mediante representación grafica.

#### **3.11.2 PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

El plan de análisis de resultados se realiza en forma estadística, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteados en el capítulo I.

La interpretación de los resultados se realiza apoyándose en el capítulo del marco teórico para de esta manera dar a la investigación un enfoque realista.

Para el plan de procesamiento de la información se ayudó del enfoque que se le dé a la investigación para tabularla y analizarla mediante representaciones gráficas que proporcionan una interpretación de la información primaria coherente.

Recolectar información es un proceso largo, que requiere el tiempo y las personas que proporcionan información se recurrió a ellos a realizar encuestas y observación directa por parte del investigador.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis de las Encuestas

Para identificar si el profesional de enfermería aplica un pensamiento crítico en forma oportuna y sistematizada en la toma de decisiones, para el manejo de los paciente politraumatizados atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, garantizando la estabilización de las funciones vitales y disminuyendo futuras complicaciones que pongan en peligro la vida; se utilizo una encuesta basada en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y un guía de observación que me permita comprobar los criterios emitidos. La encuesta se realizó a 17 enfermeros/as que laboran en horario rotativo en la institución.

#### Pregunta 1.- ¿Indique en que se fundamenta el pensamiento crítico?

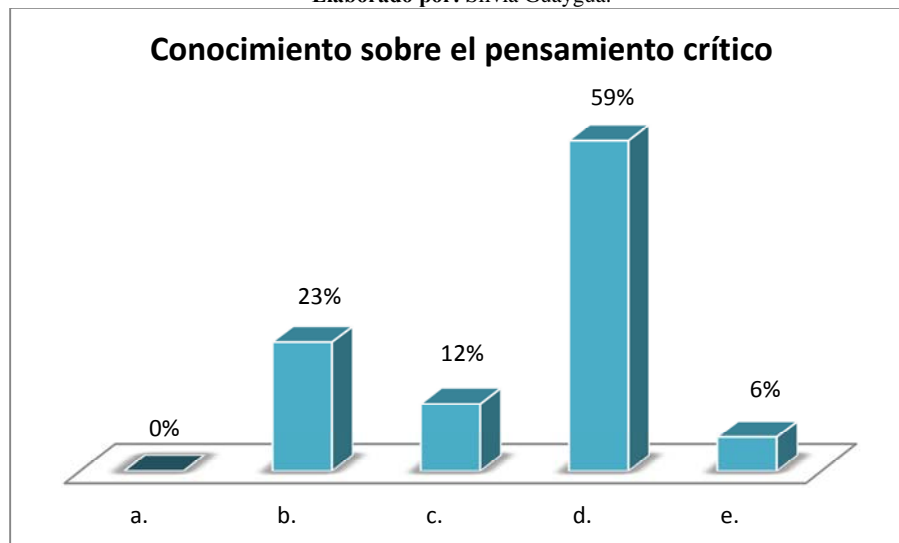
- a. Es un proceso mediante el cual se usa el conocimiento científico para identificar y superar los obstáculos.
- b. Es la conjugación de conocimientos, pensamientos, habilidades técnicas e interpersonales, y actitudes
- c. Se fundamenta en conocimientos habilidades y experiencia.
- d. Solo b y c.
- e. Todas las anteriores.

Ítems	Nº Ef.	%
a.	0	0%
b.	4	23%
c.	2	12%
d.	10	59%



e.	1	6%
Total.	17	100%

**TABLAN° 8:** Conocimiento sobre el pensamiento crítico.  
**FUENTE:** Encuesta a las profesionales de enfermería del servicio de emergencia del HPDA.  
**Elaborado por:** Silvia Guaygua.



**GRAFICO N° 1:** Conocimiento sobre el pensamiento crítico.  
**FUENTE:** Encuesta a las profesionales de enfermería del servicio de emergencia del HPDA.  
**Elaborado por:** Silvia Guaygua.

### Interpretación y Análisis

El cuadro nos indica que el 59% de enfermeras, conocen en que se fundamenta el pensamiento crítico, mientras que el 23% y el 12% de enfermeras, tiene una idea pero no saben exactamente cuál es su fundamento, y el 6% de enfermeras no sabe en que se fundamenta el pensamiento crítico.

Desde el punto de vista práctico, la mayoría del personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia, fundamenta sus actividades en el pensamiento crítico, el mismo que es un proceso activo, organizado y cognitivo, para establecer conclusiones y tomar decisiones, que les permite ser profesionales competentes para superar las numerosas barreras u obstáculos que los prejuicios introducen, ofreciendo cuidados de calidad, priorizando necesidades.