

Implementación y evaluación de la guía de intervención de Enfermería: trauma múltiple

Implementation and evaluation of the nursing intervention guideline: multiple trauma

MARÍA ANTONIA JIMÉNEZ GÓMEZ¹

Resumen

Este estudio se desarrolló en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central, como una alternativa para continuar las políticas y estrategias que permitan acercar la prestación de servicios de salud a la categoría de calidad. El objetivo fue determinar el cumplimiento en la implementación de la guía. Con el fin de implementar la guía se diseñaron y elaboraron 14 protocolos, uno para cada problema prioritario identificado con base en la guía y la revisión bibliográfica actualizada; además, se determinó un instrumento que permitió realizar el seguimiento y monitoreo de dichos protocolos. También se elaboró una prueba de conocimiento para cada uno de los grupos de personas que participan en la atención de estos pacientes. Con los resultados de la prueba de conocimientos y el seguimiento y monitoreo al trabajo realizado por el personal del servicio en la atención a 34 pacientes politraumatizados, que ingresaron durante los tres meses en que se realizó el monitoreo, se elaboró una propuesta de mejoramiento continuo para el servicio de urgencias.

Palabras clave: *trauma múltiple, guía.*

Abstract

This survey multiple trauma was developed in the Emergency room of the Hospital Militar Central as an alternative to carry on with the strategies and policies that allow to give proximity to the health assistance services to the category of quality. The objective was to determine the fulfillment in the implementation of the guide. With the intention to implement the guide there were designed 14 protocols one for each priority identified problem taking into account the guide and the updated bibliographic review. In addition it was determined a tool that allowed to follow those protocols. It was also elaborated a knowledge test for each group of people that participated in the assistance of those patients. With the results of the knowledge test, and the following up to the work performed by the personnel of the service in the assistance of 34 patients who entered with multiple trauma to the service during the three months in which the survey was developed, it was possible to make a proposal for continuous improvement for the emergency room.

Key words: *multiple trauma, guideline.*

¹ Profesora asociada, área urgencias y cuidado crítico, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Investigador principal.

Coinvestigadores: Blanca Mery Sánchez, Fanny Sánchez, Laura Cortés y Miguel Antonio Rojas L.

MARCO REFERENCIAL

Los elementos que sirvieron de marco y motivaron el desarrollo del proyecto, son: la no unificación de criterios en la toma de decisiones clínicas; la adopción de modelos de atención sin realizar la adaptación a los contextos individuales; la elaboración de unas guías de intervención de enfermería y guías de práctica clínica (médicas); contar con un hospital de cuarto nivel especialista en trauma.

El sistema de seguridad social en salud a través de los marcos normativos de la Ley 100 y la organización del sistema obligatorio de garantía de calidad, como una forma de inspeccionar, vigilar y controlar las instituciones prestadoras de servicios de salud, a su vez que se desarrollan procesos de capacitación, diseño de material técnico pedagógico, cambio organizacional por áreas en donde la atención al usuario, el proceso de producción y la prestación de servicios logran un puesto importante. Se estimula el diseño y elaboración de las guías de práctica clínica y guías de intervención de enfermería basadas en evidencia científica, como una forma de aportar y apoyar al mejoramiento continuo para transformar en empresa las instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel.

La base fundamental en el desarrollo institucional es la normatización de los procesos para lograr un mejoramiento en las condiciones para alcanzar la calidad, incrementar la productividad, disminuir los costos y brindar una mayor satisfacción al usuario.

Entendiendo el concepto de calidad como la ejecución oportuna, eficiente y efectiva basada en necesidades reales y potenciales de los pacientes; atender al cliente sin errores y conocer todos los aspectos de la tarea que se desarrollará; el origen y la finalidad del producto². La calidad se evidencia a través de indicadores como:

- Producto técnica y éticamente aceptable.
- Razonamiento técnico-científico.
- Prestación de atención necesaria y específica para cada alteración.
- Mejoramiento continuo de la atención.
- Incremento en la productividad.
- Disminución de los costos.
- Satisfacción del usuario.

Otro aspecto que sustenta el trabajo basado en protocolos y estándares argumentados con evidencia científica, es la diversidad en la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y de cuidado que se brinda por parte de los profesionales encargados de asumir estas conductas en los diferentes escenarios de la práctica clínica. Los aspectos que influyen en esta situación tienen que ver con la formación académica, el perfil de actualización, la experiencia personal y el juicio clínico; estos no siempre cuentan con un sustento científico adecuado, lo cual hace que el proceso de atención en salud no sea del todo coherente frente a situaciones similares y dificulta la evaluación de servicios, además, imprime costos algunas veces innecesarios y dificultades administrativas para la planeación, adquisición y asignación de recursos.

Por último, las tendencias modernas de atención que se van adoptando sin ajustarlas al contexto sociocultural y al perfil epidemiológico, hacen imperativo la creación de sistemas de monitoreo y control que contribuyan y aseguren un mínimo de prestaciones necesarias, ordenadas en secuencia apropiada para cada tipo de alteración (algoritmos), donde cada uno de los miembros del equipo de salud tenga claro su participación en la atención y su responsabilidad como miembro de un equipo (camino clínico), solo así se garantizará una prestación compatible con un producto técnico y éticamente aceptable.

¿Qué son las guías de práctica clínica y las guías de intervención de Enfermería?

Las guías elaboradas no son más que una forma particular de aplicación del método científico a la práctica. Se definen como la generación de enunciados o principios que ayudan a profesionales de la salud:

² *Indicadores de calidad para instituciones de segundo y tercer nivel. Subproyecto, Superintendencia en Salud, Ministerio de Salud, año 2002.*

médicos y enfermeras a tomar decisiones acerca de los cuidados más apropiados en salud para circunstancias clínicas específicas³.

Las guías son recomendaciones que deben ser implementadas y evaluadas en cada caso en particular, teniendo en cuenta que la relación enfermera-paciente y medico-paciente, debe basarse en “la confianza informada o alianza terapéutica y no en la confianza ciega o dependencia paternalista”⁴. El uso de las guías debe fundamentarse en el conocimiento particular e integral del paciente, el análisis de su estado biosicosocial y espiritual, y es a través de este conocimiento individualizado que se orienta el juicio y la decisión de la aplicación de la guía.

Teniendo en cuenta la prevalencia de la entidad, la carga de la enfermedad (AVISA), años de vida saludable perdidos, el potencial por lograr un mejoramiento significativo de la salud, la probabilidad de que la guía modifique los hábitos de la práctica clínica y la disponibilidad de la evidencia científica, hicieron posible realizar en 1998 la guía para paciente politraumatizado.

La guía politraumatismo tiene como objetivo la atención a la persona adulta politraumatizada en su etapa inicial, atención prehospitalaria (APH), y la atención en el servicio de urgencias. Para el logro de este objetivo desarrolla los siguientes pasos:

- Plantea la valoración inicial.
- Valoración secundaria.
- Identifica problemas y necesidades de atención según categorías diagnósticas.
- Ofrece pautas para la valoración del paciente politraumatizado.
- Unifica conductas y procedimientos en la atención inicial según prioridades de las lesiones y necesidades interferidas.
- Establece mecanismos de autoevaluación para mantenerla actualizada.
- Los problemas que identifica la guía y para los cuales plantea unas actividades generales son: riesgo de alteración en la función respiratoria; alteración en el intercambio gaseoso; alteración en la perfusión tisular; riesgo de alteración en la temperatura corporal; riesgo de traumatismo y riesgo de lesión materno-fetal.

- El arduo proceso realizado pierde valor sin la implementación, evaluación, actualización y estandarización de las guías. Este proyecto se propuso aportar en este proceso, seleccionó esta guía y una institución especialista en trauma para continuar el proceso.

¿Por qué se seleccionó la guía de trauma múltiple y el Hospital Militar Central para su implementación y evaluación?

En las últimas décadas se ha presentado un cambio epidemiológico caracterizado porque la perspectiva de la mayor parte de las personas del mundo en desarrollo, es lograr sobrevivir a las infecciones de la primera infancia, la niñez y la edad madura y están expuestas a padecer enfermedades no transmisibles en la edad avanzada, pero gracias a los cambios en los estilos de vida y sus efectos dañinos, se ha incrementado el consumo de alcohol, cigarrillo y drogas y con ello ha aumentado la incidencia de accidentes, suicidios, homicidios, es decir, se incrementaron los efectos de la violencia.

Según la Organización Panamericana de la Salud, OPS, entre 1990 y 1995, los cinco países de la región con las tasas más altas de homicidios por cada 100 mil habitantes fueron, en orden decreciente:

- Colombia 74.5%
- Brasil 17.4%
- México 16.8%
- Venezuela 14.8%
- Estados Unidos 9%

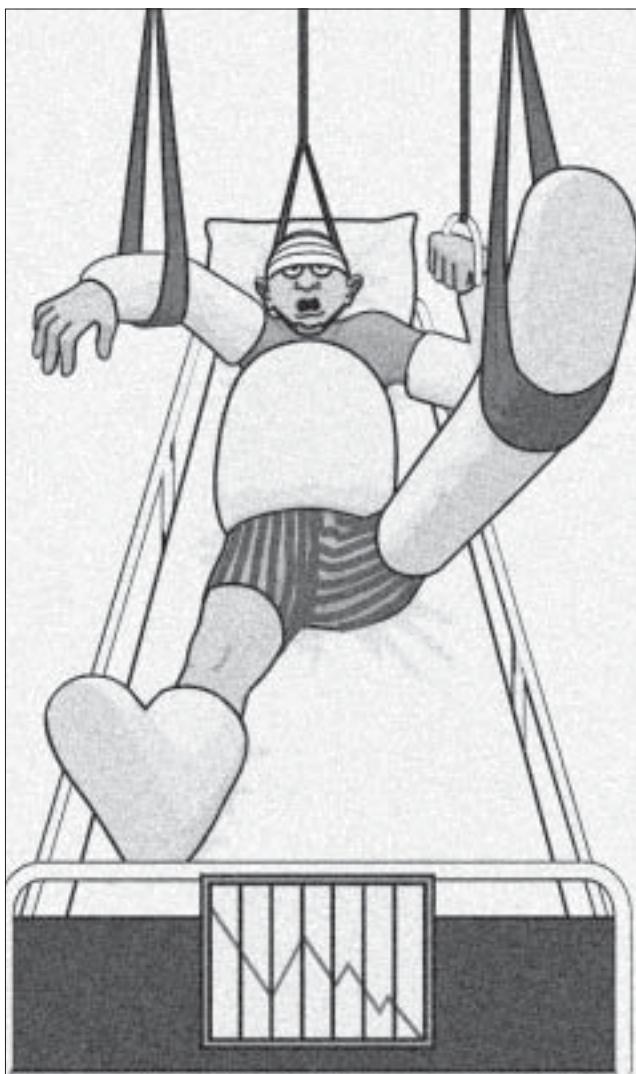
Es importante señalar el compromiso cada vez mayor de la población joven como principal víctima de la epidemia de suicidios; y más preocupante aún es el incremento de la tasa de homicidios de niños

³ División de Salud y Seguridad Social, ASCOFAME, Unidad de Epidemiología Clínica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, marzo, 1998, pp. 1-67.

⁴ Op, cit; p. 14.

entre los 10 y 14 años que pasó de 1.2 a 2.8 por 100 mil niños, fenómeno no repetido en el mundo.

El Hospital Militar Central es una entidad piloto en atención al paciente con trauma, institución de tercer nivel con alto índice de trauma como motivo de ingreso al servicio de urgencias. Se cuenta con voluntad política institucional para impulsar los procesos investigativos y con un grupo de profesionales motivados a participar. Existe un interés de realizar proyectos que consoliden el proceso docente-asistencial. El servicio de urgencias cuenta con infraestructura, talento humano y recursos óptimos para la atención de este tipo de pacientes. El hospital es una institución en la que prima el respeto y la humanización en el cuidado.



¿Cuál fué el material y método utilizado?

Para evaluar la implementación de la guía de intervención de enfermería basada en evidencia científica, realizada por González de Álvarez Lucy y colaboradoras en el convenio ISS-ACOFAN: *Politraumatismo en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central*, se desarrollaron los objetivos específicos mediante:

1. Realización de análisis de la atención que se daba al paciente politraumatizado, determinar recursos, funciones del personal, normas, procesos, procedimientos y talento humano que participaba en la atención desde el ingreso hasta la salida del paciente del servicio de urgencias.

2. Sensibilización del personal de urgencias respecto a la propuesta investigativa. Actualización del personal del servicio de urgencias de los cuatro turnos y personal de apoyo y rotatorio respecto a politrauma; principales problemas y complicaciones del paciente con trauma; atención prehospitalaria, de urgencias y de cuidado intensivo que requiere el paciente politraumatizado; guías de intervención de enfermería y guías de práctica clínica y los 14 protocolos determinados por el grupo investigador con sus caminos clínicos y algoritmos.

3. Previa actualización bibliográfica de la atención al paciente politraumatizado en urgencias de 1998 a 2002, se diseñaron y elaboraron catorce protocolos para los problemas que se determinaron como prioritarios y que los presenta en forma real o potencial el paciente politraumatizado durante su estadía en urgencias. Cada protocolo contiene los siguientes elementos: identificación del problema, las diferentes etiologías para cada problema desde el paciente politraumatizado, definición del problema, criterios de diagnóstico presuntivo, criterios de confirmación diagnóstica, grados de severidad de la alteración en los casos en que era pertinente la clasificación, secuencia del tratamiento (algoritmos), determinación de responsables (caminos clínicos), complicaciones de la alteración y de los tratamientos, criterios de curación y mejoría, criterios de referencia a otros servicios y, por último, instrumento de monitoreo y seguimiento para el protocolo. Los protocolos fueron so-

metidos a concepto técnico de médicos y enfermeras del Hospital Militar Central, especialistas en trauma y que trabajan directa o indirectamente en el servicio de urgencias –18 profesionales–, previo diseño de un instrumento que permitiera sugerencias respecto a cada parte del protocolo y comentarios a la propuesta en general; con estos conceptos se realizaron los ajustes a los protocolos y se procedió a la capacitación. El protocolo número 14, ingreso múltiple de pacientes politraumatizados, requirió un trato diferente por cuanto guarda una relación estrecha con el plan de emergencia interna y externa del hospital y en ese momento se encontraba en actualización por parte del equipo multidisciplinario.

4. Aplicación de los protocolos, algoritmos y caminos clínicos a los pacientes politraumatizados que ingresaron desde el 1 de septiembre previa adecuación de los recursos de acuerdo con lo propuesto en los protocolos. Se entregaron los protocolos en cada turno para que el personal, en forma individual o grupal, realizara un estudio más minucioso y una apropiación de los mismos como parte complementaria de la capacitación realizada.

5. Seguimiento y monitoreo de la atención que se dio a los pacientes politraumatizados en el servicio de urgencias, utilizando los protocolos durante el periodo comprendido entre el 5 de octubre de 2001 y el 6 de enero de 2002 (34 pacientes), previa elaboración de un instrumento que permitiera en forma secuencial y lógica determinar el cumplimiento de las actividades propuestas en cada protocolo, determinar quien realiza las actividades, cómo las realiza, el tiempo que se demora la revisión primaria y secundaria, la actitud del personal al realizar las actividades; determinar para las actividades que siendo pertinentes no se desarrollaron y, la razón por la cual no se realizaron. Para llevar a cabo el seguimiento y monitoreo se consiguió la participación de tres profesionales de enfermería que tuvieran entrenamiento en servicios de urgencias, pero ajenas al proyecto y al servicio de Urgencias del Hospital Militar para que la observación fuera más objetiva; estos profesionales se capacitaron con respecto al proyecto, al instrumento de monitoreo y seguimiento, y desarrollaron el proyecto en los cuatro turnos durante los tres meses descritos. Simultáneamente se realizaron las prue-

bas de conocimiento para médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, respecto a los protocolos haciendo énfasis en aquellos aspectos que sustentan teóricamente la praxis.

¿Cómo se puede esquematizar el diseño metodológico?



¿Cuáles son los resultados más sobresalientes de la implementación y evaluación de la guía?

Prueba de conocimiento

La prueba de las enfermeras fue contestada por siete profesionales de los cuatro turnos y aquellas personas que en un momento dado pueden realizar turnos de fin de semana. Las preguntas con dificultades fueron: identificar las complicaciones de la alteración de la integridad de la piel en el paciente politraumatizado y, la identificación del rol de desempeño durante la reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RPC). Es de anotar que esta pregunta tuvo dificultades en los médicos y personal auxiliar y, por último,

los signos y síntomas tempranos de alteración en la ventilación alveolar cuando hay obstrucción de la vía aérea, como etiología de la alteración y los signos y síntomas tempranos de bajo gasto cardiaco.

La prueba de conocimiento realizada a los médicos fue respondida sólo por seis de ellos, y mostraron dificultades en contestar seis preguntas: los criterios de diagnóstico presuntivo para alteración en la ventilación alveolar. Se considera que no es del todo comprensible la diferencia entre criterios presuntivos de una alteración (datos que señalan la posibilidad de un problema potencial) y criterios confirmativos (aque- llos signos y síntomas que confirman la presencia de un problema real). También mostró dificultad la selección de los líquidos según el estado de hipovolemia y el tipo de politraumatismo. Los aspectos importantes de la actitud del personal médico frente al paciente, como mantener la privacidad, evitar los comentarios no terapéuticos, ser amable, utilizar un lenguaje tranquilizador, hablar con la familia, llamar al paciente por su nombre, no se lograron identificar como parte del tratamiento del paciente poli-traumatizado desde el punto de vista teórico; mostraron dificultad los aspectos éticos y legales que se deben tener en cuenta como el consentimiento informado explícito e implícito. Por último, la pregunta con respecto al rol que desempeña el médico en la reanimación cardio- cerebro-pulmonar sólo fue contestada por dos de los seis médicos.

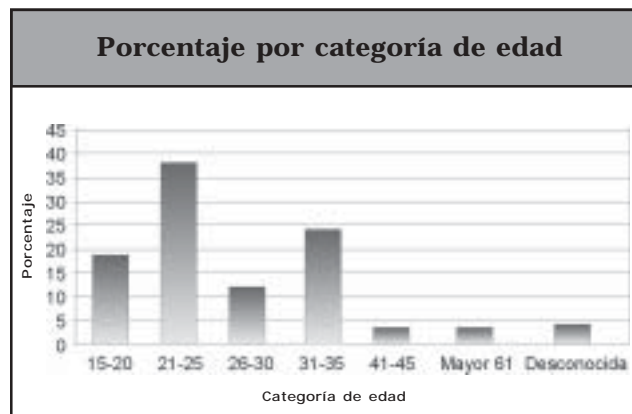
Respecto al personal auxiliar la prueba fue contestada por 36 personas, y las preguntas con alguna dificultad fueron: las intervenciones con una paciente embarazada con politraumatismo; la razón por la cual es importante exponer por completo el paciente durante la revisión primaria; cuáles eran las medidas generales que debía tener en cuenta al recibir un paciente politraumatizado en el servicio de urgencias; y por último, el rol que deben desempeñar en la reanimación cerebro-cardio-pulmonar.

Monitoreo y seguimiento de los pacientes

Para la caracterización se tuvieron en cuenta sexo, edad, número y combinación de lesiones; partes del

cuerpo más comprometidas, destino y ubicación de los pacientes, problemas reales y potenciales identificados, según los datos obtenidos durante su estancia en urgencias.

De los 34 pacientes a los que se les realizó el seguimiento, 91% fueron hombres y 8.8% mujeres. La distribución de las edades se señala en la siguiente gráfica.



Al analizar el tipo de combinación de lesiones se encontró lo siguiente: con cuatro traumas el 17.6%: trauma de tórax, abdomen, miembros inferiores, trauma craneoencefálico y trauma cervical; con tres traumas el 35.2%: trauma de tórax, miembros inferiores, trauma craneoencefálico, abdominal, cervical y trauma raquimedular. Y por último con dos traumas el 38.2%: trauma craneoencefálico, miembros inferiores, tórax, trauma raquimedular y abdominal.

Al analizar el tiempo de evolución de los pacientes antes del ingreso al servicio de urgencias, el 11.76% tiene menos de una hora de evolución, es decir, se encuentra en la hora dorada de la reanimación; el 8.82% está entre 1 y 2 horas y en lapso de tiempo mayor de 24 horas; el 20.58% representa a los grupos de pacientes que llegaron entre 4 y 5 horas post trauma. Es de anotar que recibieron la primera atención en otras instituciones de segundo nivel y fueron trasladados a esta institución de tercer nivel de atención. Además, el riesgo de presentar mayores complicaciones como infección se hizo más evidente.

Al revisar el tipo de mecanismo que produjo el trauma en estos pacientes se encuentra que el ma-

por porcentaje lo tiene la herida por arma de fuego con el 52.94% a causa del conflicto armado y el producido por vehículo automotor el 26.47%, de los cuales el 55.5% era el conductor y en el 44.4% fue el acompañante el lesionado. En el caso de los conductores sólo se pudo evidenciar en un caso la falta de uso del cinturón de seguridad y además se produjo volcamiento.

Al analizar el destino y ubicación de los pacientes se encontró que el 32.5% de los pacientes pasó del servicio de urgencias a cirugía y luego a cuidado intensivo.

Se investigaron cuales fueron los problemas clínicos y de Enfermería que con mayor frecuencia presentaron estos pacientes, tomando como punto de referencia los criterios de diagnóstico presuntivo y de criterio confirmativo de cada problema y comparándolos con los datos obtenidos de la valoración en el servicio de urgencias al ingreso del paciente: (Véase cuadro 1)

Para realizar el monitoreo y seguimiento de la guía de politraumatismo se determinó el cumplimiento de las actividades, secuencia y forma de realización; determinación de quien realiza las actividades, causales para la no realización de las actividades como están estipuladas en los protocolos y, por último, el respaldo teórico de las actividades (prueba de conocimientos).

Cumplimiento de las actividades (algoritmos)

Medidas generales. Se presentaron actividades con déficit en la realización como el lavado de manos el cual sólo se realiza en el 42% de los casos. Las medidas de bioseguridad se llevan muy parcialmente: sólo guantes en el 64.7%, porque “no se usan otras cosas como el peto la mascarilla”. No siempre se realiza la comunicación con el paciente por el “estado de conciencia, por el afán” y existen deficiencias en la explicación de los procedimientos y en llamar por su nombre al paciente porque se desconoce o porque tiene alteración del estado de conciencia y en la mayoría de los casos no tienen familiar o acompañante. El consentimiento informado

Cuadro 1 Problemas del politraumatizado		
PROBLEMA	POTENCIAL	REAL
Alteración del bienestar y la comodidad	0	34
Alteración de la integridad de la piel	0	34
Ansiedad	9	25
Paciente politraumatizado con alto riesgo de infección	15	17
Alteraciones en la percepción sensorial	12	15
Alteración en el intercambio gaseoso	20	12
Alteración de la permeabilidad de la vía aérea	12	11
Alteración en la ventilación alveolar: hipoventilación	22	10
Riesgo de lesión o trauma	10	10
Riesgo de alteración en la temperatura (hipotermia)	14	10
Alteración en el gasto cardiaco: disminuido	17	9
Alteración de la perfusión tisular	18	9
Riesgo de la alteración en la perfusión materno fetal / hipovolemia-desprendimiento de placenta	0	0

no se realiza siendo pertinente en el 5.8% de los casos y en el 2.9% se toma solo verbal.

Actitud personal. Es muy importante resaltar que las actitudes como el lenguaje tranquilizador, demostrar seguridad, la amabilidad, son demostradas por el personal de salud como positivas en el 80 al 100% de los casos. Hay dificultades en la pronta comunicación con la familia esta actividad solo se realiza en un 23.5 % porque los pacientes vienen trasladados de otras regiones del país y esta actividad la realiza personal militar y no el de salud.

Valoración primaria. Este procedimiento se realiza entre un 97 y un 100%. Sin embargo, ésta debe realizarse en un tiempo menor o igual a dos minutos, y esto se cumple en 52.82% de los pacientes.

Proceso de reanimación. Incluye actividades como oxigenoterapia, vía aérea permeable, administración de líquidos, y detener hemorragias y sangrados. De las actividades programadas, la colocación del catéter central, sólo hay necesidad de colocarlo en el 23.5% de los pacientes, porque los pacientes que vienen trasladados ya traen catéter central, en un caso el intento fue fallido y el procedimiento se realiza en cirugía.

Revisión secundaria. La mayoría de las actividades propuestas para realizar la valoración cefalo-caudal mucho más completa y minuciosa se realiza en el 95 al 100% de los casos. Se encontraron falencias en la revisión de la parte posterior del cuello, la percusión del tórax, auscultación de los ruidos intestinales. Se encontró, igualmente, que deben anexarse al listado del protocolo, otros exámenes como el aortograma, el ecocardiograma, Doppler carotídeo, el esófago-grama, Rx de columna cervical y lumbar.

Alteraciones en la permeabilidad de la vía aérea. Se detectó la ausencia en el equipo de intubación traqueal de dos elementos importantes como son la pinza de Maguil y la jeringa de 10 cc para insuflar el manguito o neumo-taponador. El carro de paro estuvo listo en el 55.8% de los casos; el equipo de administración de oxígeno-terapia estuvo listo y se utilizó en el 100%, el equipo de aspiración de secreciones no estuvo listo en un 11.7% de los casos y era pertinente realizarlo. El procedimiento de cricotiroidotomía no fue pertinente realizarlo en ningún paciente.

Alteración en la ventilación alveolar. Hipoventilación–Hiperventilación. El soporte mecánico ventilatorio fue necesario colocarlo en el 20.5% de los pacientes; el ventilador que hay en el servicio de urgencias no tiene ni sistemas de alarma, ni humidificador. El tubo de tórax se colocó en el 23.5 % de los pacientes y un 20.5% ya lo traía puesto. Al equipo de tubo de tórax le hace falta la hoja de bisturí y una ye. Cinco pacientes presentaron escala de coma Glasgow inferior a 8/15 y requirieron de intubación o traqueostomía.

Déficit en el gasto cardiaco. La valoración del sangrado se realizó en un 91% excepto la medición de la PVC, porque no todos tenían en ese mo-

mento catéter central. La administración de sangre y derivados se realiza en cirugía o en cuidado intensivo, aunque la reserva se efectúa en urgencias. La preparación para cirugía no es completa, el rasurado, la colocación de una bata quirúrgica y la manilla en la mano del paciente, no se realizan.

La alteración en la percepción sensorial. Para el personal es casi imposible disminuir los estímulos auditivos y táctiles, teniendo en cuenta el número de personas que valoran e intervienen en la atención en el servicio de urgencias –especialmente personal médico–, y la velocidad y simultaneidad con que deben realizarse las actividades. Esto sólo se realiza en el 52.9% de los casos.

Alteración en la integridad de la piel. Este problema se presentó en el 100% de los pacientes como un problema real. No se pudo utilizar la escala visual de dolor teniendo en cuenta el estado de conciencia de los pacientes, sólo se utilizó en el 21% de los casos. Se hace imperativo señalar en el protocolo, qué nivel médico y especialidad debe realizar las curaciones de las heridas dependiendo del tipo de lesión: quemaduras, heridas sangrantes traumáticas, heridas infectadas y heridas con compromiso vascular. Asimismo, determinar donde se realiza este tipo de curaciones. Existen deficiencias en las medidas de bioseguridad, el lavado de manos y el uso de ropa estéril en los pacientes quemados.

Riesgo de hipotermia. Sólo se realiza el registro de la temperatura corporal en el 67.6% de los pacientes, porque “no hay termómetros, porque no se sabe manejar el electrodo del monitor, o porque no se lleva ese registro”.

Alteración en la perfusión tisular. Las actividades propuestas en el protocolo se realizan en el 100% de los casos.

Alteración en el intercambio gaseoso. Es importante agregar al protocolo el tiempo que debe tardar el procedimiento de aspiración de secreciones, así como la persona que lo debe realizar, el equipo y la técnica.

Alteración en el bienestar y la comodidad. Las actividades se realizan satisfactoriamente en el 100% de los casos.

Ansiedad. Este problema se manifestó en 27 pacientes. En 7 pacientes no se presentó por el esta-

do de conciencia. Es de anotar que entre estos últimos hubo un paciente al que “nadie le habló” otro “que se ignoró” porque estaba inconsciente y otro más “que no se le habló porque estaba sedado”, “Hay que correr en el servicio”, “no hay tiempo”, “hay muchos pacientes en la sala.”

Riesgo de infección. Es un problema que tienen todos los pacientes por el hecho de tener alteración en la integridad de la piel por múltiples heridas. Otro factor importante es el hecho de tener el 20.8% de los casos más de 24 horas del trauma y venir de otras instituciones.

CAMINOS CLÍNICOS

Al analizar según los protocolos quiénes deben realizar las actividades y quienes realmente las efectúan, se encontró:

El personal médico tiene programadas 228 actividades en los 14 protocolos. De estas actividades propuestas para ser realizadas, este profesional las realiza en un 100% y además asume 59 actividades de la enfermera y de la fisioterapeuta. La enfermera tiene asignadas 200 actividades, de las cuales efectúa el 58% y asume tres asignadas al auxiliar de enfermería, como la inmovilización del paciente, la protección del ambiente sin corrientes de aire, y la inactivación de fluidos corporales. De las actividades asignadas a la enfermera es responsable de 57 de ellas y aparece participando en 27. Las siguientes son las actividades en que la enfermera aparece como responsable: la valoración primaria del paciente; la oxigenoterapia; la aspiración de secreciones; cateterismo vesical; control del sangrado; gasimetría arterial; las medidas de bioseguridad; la administración de sangre; canalización de venas. Actividades de preparación e instalación del soporte mecánico ventilatorio; actividades de colaboración en procedimientos especiales como el tubo de tórax; el catéter central; las curaciones y la intubación, entre otras. Explicación de procedimientos y traslados al paciente; monitoreo del paciente; valoración y atención al dolor y administración de medicamentos.

Para el personal auxiliar aparecen planeadas 134 actividades de las cuales realizó el 89.6% no efectuó el 4.1% porque no era pertinente y dejó de realizar, aunque era importante, las siguientes actividades: confirmar el estado de conciencia a través del llamado, valorar la orientación del paciente en tiempo, persona y lugar, y valorar la escala de coma Glasgow. El personal auxiliar asume 41 actividades del profesional y del fisioterapeuta, entre las cuales se encuentran: valoración del paciente; la oxigenoterapia; la aspiración de secreciones; cateterismo vesical; administración de todos los medicamentos; participación en las curaciones y monitorización en el sangrado y las características. Se hace indispensable revisar los caminos clínicos.

¿Cuáles son los productos y proyecciones de este trabajo de investigación?

Los resultados del proyecto se plasman en la elaboración y ajustes realizados a los protocolos, según el concepto técnico de los expertos y de acuerdo con los resultados de la implementación y evaluación. Con estos protocolos se puede actualizar y capacitar al nuevo personal que ingresa al servicio de urgencias y evaluar el desempeño del personal que atiende y cuida al paciente politraumatizado. Son puntos de partida para generar nuevos protocolos de atención para otros motivos de ingreso al servicio de urgencias.

Otro producto lo constituye el instrumento que permitirá continuar realizando en forma periódica el monitoreo y seguimiento de la implementación de la guía. Este instrumento contiene los ajustes propios después de realizada la evaluación de la guía, y consta de 447 ítems colocados en orden secuencial y lógico de acuerdo con las etapas del proceso de ingreso, revisión primaria, reanimación, revisión secundaria, determinación de problemas prioritarios, atención de urgencias a estos problemas y traslado del paciente a los servicios respectivos para su tratamiento definitivo. Además, cuenta con un aparte que permite caracterizar el tipo de paciente politraumatizado que ingresa al servicio de urgencias.

Un tercer producto es una propuesta de mejoramiento continuo para el servicio de urgencias, que surge del análisis de la implementación y evaluación de la guía. Esta propuesta contempla los siguientes aspectos: Área problema, dando opción de propuestas en algunos de los siguientes elementos: recursos, manual de funciones, programas de capacitación, actualización y procesos administrativos.

El producto más importante del proyecto es la experiencia investigativa y el trabajo interinstitucional que se logró gracias al empeño y motivación de las enfermeras y el enfermero del hospital que creyeron en el proyecto e hicieron posible su desarrollo. Aspecto que no hubiera sido posible sin la voluntad política de la administración de la Institución.

Las proyecciones que permite hacer este proyecto tienen que ver con:

- Implementar en el servicio de urgencias las propuestas de mejoramiento continuo emanadas del presente proyecto y evaluar los resultados.
- Realizar periódicamente monitoreo y seguimiento a los protocolos establecidos para la atención de pacientes politraumatizados en el servicio de urgencias, actividad que le compete a la coordinación del servicio de urgencias, coordinadora de educación en enfermería, comité de vigilancia epidemiológica, grupo encargado de vigilar la calidad en la prestación de servicios.
- Implementar y evaluar los protocolos de “riesgo de alteración en la perfusión materno-fetal” e “ingreso múltiple de pacientes politraumatizados al ser-

vicio de urgencias”. En el primer caso porque no se presentaron pacientes con este riesgo y, en el segundo, el protocolo esta siendo revisado por 16 especialistas en el tema del Hospital Militar Central para emitir el concepto técnico.

- Realizar la evaluación del impacto de la atención al paciente politraumatizado con la aplicación de la guía de intervención de enfermería: politraumatismo (Evaluación del Sistema).
- Implementar y evaluar la guía de intervención de enfermería politraumatismo a nivel de las Fuerzas Armadas en cuanto a la atención prehospitalaria (APH).
- Elaborar la guía de atención al paciente pediátrico politraumatizado.
- Elaborar la guía de atención para el paciente politraumatizado en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI).

BIBLIOGRAFÍA

- GONZÁLEZ de Álvarez Lucy, María Teresa, Arleth y Zoraida, *Guía No. 7 de Intervención en Enfermería Basada en Evidencia Científica: ISS – Acofaen*, 1° edición, Bogotá, Colombia, 1998.
- ESCOBAR Gaviria Ricardo H., *Diseño de Guías de Práctica Clínica Basados en la Evidencia, en Proyectos Guías de Práctica Clínica. Basadas en Evidencia. ISS – Ascofame*, Bogotá, marzo 1998.
- DENNIS J. Rodolfo MD, JUAN M. Lozano MD., *Principios Básicos del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. En Proyecto Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia ISS – Ascofame*, Bogotá, marzo 1998.
- BROWMAN G, Levine MN, Mohide EA, Hayward R, Poit Chard K, Gafni A, Laapacis A. *The Practice Guiderlines DevelopmentCicle: A Conceptuel Tool For Practice Guidelines Development and Implementación*. Jclin Ducology 1995, 13 502-512.
- VARGAS G, José D. Jorge A Trujillo, María A Martín, Clara M. Aristizábal, *Diplomado en Gestión, Liderazgo en Enfermería*, Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias de la Salud, Ministerio de Salud. Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud. Manizales, 1998.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA, Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud: Instrumento para la Verificación de los Requisitos Esenciales en los de Servicios de Salud. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Bogotá, noviembre, 1997.

