

**CALIDAD DE ATENCIÓN INICIAL BRINDADA POR EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA Y EL MOTIVO DE INGRESO SEGÚN TIPO Y LOCALIZACIÓN
ANATÓMICA DE LA LESIÓN EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA
GUARDIA DE UN EFECTOR MUNICIPAL DE ROSARIO.**

WARNER D. MATIAS

Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de
Enfermería.

Taller de Investigación.

Docentes Asesores

Prof. Lic. Acosta Simón.

Prof. Lic. Ramírez Celeste

Prof. Lic. Zavaleta, Felicia

Directora

Lic. Ricca, Yamila.

Rosario, 14 de febrero de 2024

Protocolo de investigación para regularizar la asignatura Taller de Investigación

RESUMEN

La atención inicial por parte del equipo de enfermería será determinante para reducir las complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente y por lo tanto mejorar su pronóstico. Dada la complejidad de los cuidados necesarios en cada fase de atención, la gravedad de las lesiones y la incertidumbre del pronóstico es esencial que el enfermero adquiera conocimientos y habilidades específicas para proporcionar una atención inicial adecuada.

Por ello, el siguiente estudio tendrá como objetivo describir la relación entre Calidad de Atención Inicial brindada por el personal de enfermería y el motivo de ingreso según tipo y localización anatómica de la lesión, en los pacientes que ingresan a la guardia de un efector municipal de Rosario durante el primer semestre del año 2024.

El tipo de estudio será observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se contará con dos poblaciones: la primera constituida por todos los enfermeros asistenciales del servicio de guardia, y la segunda, por todos los pacientes que ingresen por herida de arma de fuego, heridas de arma blanca, traumas cerrados y abiertos.

Se utilizará como técnica la observación y como instrumento de recolección de los datos una lista de control, elaborada por el investigador para las variables en estudio.

El plan de análisis será univariado y bivariado, utilizando la estadística descriptiva, mediante un programa de análisis de datos Excel y los mismos serán volcados a tablas y gráficos para una mayor comprensión de los resultados.

Palabras claves: Calidad de Atención Inicial, Tipo de Lesión y Localización Anatómica, Enfermería, Sala de Guardia.

INDICE GENERAL

Resumen y Palabras Clave	2
Índice General	3
Introducción	4
Estado del Arte	4
Justificación y Planteamiento del problema en estudio	17
Hipótesis y objetivos	18
Marco Teórico	20
Material y Métodos	51
Tipo de estudio o diseño	51
Sitio o contexto de la investigación	52
Descripción del sitio	52
Contexto de estudio: Criterios de elegibilidad	54
Población y muestra	54
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	55
Decisiones en función al análisis de resultados de la prueba piloto	57
Procedimiento de recolección de datos	5
Consideraciones Éticas	58
Plan de Análisis	60
Cronograma de actividades y plan de trabajo	63
Referencias bibliográficas	65
Anexo I: Aval institucional	70
Anexo II Operacionalización; Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado	71

INTRODUCCION

La intervención de enfermería desempeña un papel fundamental en el manejo inicial de un paciente con politraumatismo. Dada la complejidad de los cuidados necesarios en cada fase de atención, la gravedad de las lesiones y la incertidumbre del pronóstico es esencial que el enfermero adquiera conocimientos y habilidades específicas para proporcionar una atención inicial adecuada.

El término "paciente politraumatizado" se refiere a aquel individuo que, como resultado de un mismo incidente, presenta múltiples lesiones anatómicas y disfunciones fisiológicas, siendo al menos una de ellas potencialmente mortal. Este concepto abarca a aquellos pacientes cuyas lesiones sugieren riesgos significativos, según el mecanismo causante.

La mortalidad asociada a pacientes graves se presume que sigue una distribución trimodal en el tiempo. El primer pico se caracteriza por la mortalidad instantánea o in situ, involucrando lesiones cerebrales, cardíacas, obstrucciones de la vía aérea y hemorragias primarias, donde la prevención es clave. El segundo pico, conocido como "la hora de oro", abarca la mortalidad en los primeros minutos u horas después del incidente, destacando la importancia de una atención sanitaria adecuada. El tercer pico corresponde a la mortalidad en los días o semanas posteriores, a menudo relacionada con fallo multiorgánico y sepsis.

La supervivencia del paciente traumatizado grave depende del tiempo transcurrido entre la lesión y la aplicación de un diagnóstico y tratamiento apropiados. Por tanto, se destaca la necesidad de una atención inicial estructurada y basada en prioridades. Actualmente, la secuencia más empleada para detectar lesiones potencialmente graves y facilitar una atención temprana es el ABCDE, propuesto por el American College Of Surgeons en el marco del programa Advanced Trauma Life Support (ATLS). (Tornos Sánchez, y otros, 2022)

Partiendo de la base de datos brindados por el Observatorio de Seguridad, perteneciente a la órbita provincial, emitieron un informe detallado de las personas heridas con armas de

fuego, en las ciudades de Santa Fe y Rosario, durante el periodo comprendido desde enero-agosto del 2020. En la ciudad de Rosario, se incluyen en el presente informe datos de los efectores de la red municipal como el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Hospital Roque Sáenz Peña, Hospital de Niños Víctor J. Vilela, Hospital Juan Bautista Alberdi y Hospital Intendente Carrasco, como, así también, del Hospital Provincial del Centenario.

La ciudad de Rosario es la localidad del departamento homónimo que más personas con heridas de armas de fuego fueron registradas durante el periodo 2023. Cifras menores fueron registradas en las localidades de Villa Gobernador Gálvez, Granadero Baigorria y Pérez.

En proporción a los hechos ocurridos en el 2023, la ciudad de Rosario, fue superior a lo registrado en el 2020 (79,9%), apenas inferior al periodo 2021 (82,8%) y superior al periodo 2022 (85,3%).

Rosario acumuló en el año 2023 (al 30/09) , una cantidad 522 heridas de armas de fuego (82,7%), en el mismo periodo en Villa Gobernador Gálvez 55 (8,7%), Granadero Baigorria 15 (2,4%).

La cantidad de personas con heridas de armas de fuego (HAF) durante el mes de agosto y septiembre del año 2023, fueron de 49 y 52 episodios respectivamente. Durante el primer bimestre del año, se observaron los registros más altos, con 85 víctimas en enero y 96 en febrero. A partir de ese período, se ha notado una tendencia a la baja, que alcanzó el registro más bajo del año en julio, con 34 personas afectadas. Además, el número de víctimas en este mes es inferior al promedio mensual de 58.1 durante todo el período analizado.

En cuanto a la caracterización de las personas afectadas por HAF, se observó que tres de cada cuatro víctimas son varones. Sin embargo, la proporción de mujeres dentro del grupo de personas con HAF ha experimentado un crecimiento sostenido desde hace algunos años, pasando del 11,0% en el año 2019 y el 19,6% en 2020 al 13,9% en 2021, volviendo a ascender

en 2022 (al 15,8%) y alcanzando a casi la cuarta parte del total de personas con HAF en lo que va del 2023.

Además, es importante destacar que la mayoría de las personas registradas como HAF son jóvenes menores de 30 años, lo que se ha mantenido consistente en años anteriores (56.7% en 2023, 63.9% en 2020, 63.4% en 2021 y 61.9% en 2022). En lo que va de 2023, se han registrado 32 personas menores de 15 años por HAF en la ciudad de Rosario. Los varones menores de 25 años representan un componente significativo dentro del total de personas afectadas por HAF.

Por su parte, en Rosario la mitad de las personas con HAF han sido lesionadas entre las 18 horas y la medianoche. Si a esta franja se le adicionan los hechos ocurridos en horario de la madrugada 00 a 06 horas se advierte que siete de cada diez personas fueron lesionados/as en este horario nocturno.

En lo que respecta al día de la semana en que ocurren los hechos de violencia, el 34,1% tuvo lugar durante los sábados y domingos con prevalencia de los días domingos.

En cuanto a la distribución geográfica de las personas afectadas por HAF en la ciudad de Rosario, se observa una variación entre los diferentes distritos que la componen. Existe cierta dispersión entre territorios, con acumulaciones particulares en el interior de cada uno de ellos, con la excepción del distrito Centro, donde prácticamente no se registran casos, salvo por un agrupamiento visible sobre República de la Sexta-. Se observa una alta frecuencia de incidentes en el corazón del distrito Oeste, desde Villa Banana y la Vía Honda hasta Godoy, así como en el sur de la ciudad, en el barrio Tablada y en inmediaciones de Villa Moreno. Además, se visualizan acumulaciones de HAF en la zona noroeste y norte, en los barrios Ludueña, Empalme Graneros y Nuevo Alberdi.

La distribución de personas HAF en el período 2020 - 2022 según la distancia entre el domicilio de la víctima y el lugar del hecho es similar a la observada para 2023.

La proporción de casos ocurridos en cercanías del domicilio de la víctima ronda el 50% en los tres últimos años, en 2020 fue del 54,5%, en 2021 del 52,9% y en 2022 del 49,4%. En lo que respecta a la fracción de casos ocurridos a más de 3000 metros de distancia del domicilio de la víctima, en lo que va del 2023 la cifra está por debajo del conteo de 2020 (25,5%) y apenas por encima de 2021 (20,4%) y 2022 (20,6%) (Leorza, Escalante, San Martín, & Ghiberto, 2023)

Otra estadística es aportada por la Dirección Nacional del Observatorio Vial, donde emitió en febrero 2023, un informe de siniestralidad vial fatal del año 2022. Estos datos aportados son fundamentales para dimensionar la problemática.

En lo que respecta a la provincia de Santa Fe, la fuente de información se obtuvo de la Dirección Provincial del Observatorio Vial perteneciente a la Agencia Provincial de Seguridad Vial | Ministerio de Seguridad.

A nivel nacional se registraron, 3.415 siniestros fatales, con un promedio diario de 9,4 y 3.828 víctimas fatales con un promedio diario de 10,5.

En 2022, la provincia de Santa Fe se ubicó como la segunda con más siniestros después de Buenos Aires, con un total de 307 siniestros fatales y 362 víctimas fatales en el lugar del hecho. Es notable que tanto el número de víctimas fatales como los siniestros fatales son más elevados en los meses de julio y diciembre, pero no hay una disminución considerable durante el resto del año, ya que se mantienen en niveles constantes. Además, se destaca que el 76% de los involucrados son hombres, mientras que el 22% son mujeres

Otros datos a considerar es que 4 de cada 10 víctimas fatales se concentran entre los 15 y 34 años. En términos de los medios de transporte involucrados en los siniestros, las motocicletas representan el 40%, los automóviles el 22%, y los peatones el 10%. Asimismo, se determinó que el 52% de los siniestros ocurren en rutas, y el 20% en calles. Además, es notable que el 50% de estos incidentes ocurren durante la noche, mientras que el 46% se

producen durante el día. En lo que respecta a los tipos de siniestros, las colisiones son las más frecuentes, representando el 51% de los casos, seguidas de los atropellos a peatones con un 12%, y los vuelcos con un 11 %. (Calvo, Fontanela, & Murujosa, 2023)

Habiendo establecido los fundamentos y la relevancia social de la investigación, es esencial explorar el panorama actual de investigaciones y desarrollos en este campo. Esta revisión exhaustiva nos permitirá situar el proyecto en el contexto existente, identificar lagunas en el conocimiento y construir sobre los cimientos ya establecidos. A continuación, se presenta un análisis detallado de las investigaciones previas y las contribuciones clave que han influido en el presente enfoque de investigación.

Una investigación llevada a cabo en Ecuador tuvo como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con trauma abdominal penetrante por arma de fuego con el fin de responder a sus necesidades humanas proporcionando una mejor calidad de atención en salud. Para ello se utilizó un estudio observacional, analítico, descriptivo, y de corte transversal en un estudio de caso elaborando un plan de cuidados basado en la teoría de Marjory Gordon. Dicha elección surge al comparar diversas teorías enfermeras, ya que sus patrones funcionales resultan beneficiosos para identificar y equilibrar aspectos esenciales para la recuperación y conservación de la salud.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un sistema de intervenciones que consta de cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Cada etapa contribuye a la restauración de la salud en individuos, familias o comunidades.

La taxonomía NANDA - NIC - NOC se presenta como una herramienta esencial para diagnosticar, clasificar y evaluar las acciones de enfermería. Organizada en dominios y campos según los patrones funcionales humanos, proporciona una base estructurada para mejorar el estado de salud del paciente mediante intervenciones enfermeras.

Como resultado se obtuvo que, en el patrón nutricional, se destaca el impacto positivo de la administración de Nutrición Parenteral Total (NPT) en el equilibrio de la ingesta de líquidos y nutrientes. A pesar de las limitaciones, se logró un aumento significativo de peso (80%) y mejoras en los niveles de albúmina, evidenciando la eficacia de las intervenciones.

En el patrón eliminación, aunque no se observaron alteraciones sustanciales en la calidad de los desechos, se abordó la pérdida de nutrientes a través de heces semilíquidas mediante una dieta astringente. Este enfoque condujo a una moderada reducción en la pérdida de nutrientes y se mantuvo la integridad de la piel alrededor de la ileostomía.

En relación con el patrón actividad/reposo, la implementación de un plan de terapia articular y de actividad resultó en la preservación del tono y la fuerza muscular, evitando la rigidez por reposo. Además, las estrategias para el cuidado de la piel, como la valoración diaria y la aplicación de barreras de protección, contribuyeron a evitar la aparición de escaras, alcanzando una puntuación del 90%.

El estudio confirma la eficacia de las intervenciones enfermeras, respaldando la importancia de la aplicación de cuidados específicos, terapias y educación para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. (Álvarez Eugenio, Centeno Dávila, & Mora Veintimilla, 2022)

Otro estudio realizado en Matanzas, Cuba, llevado a cabo en el Hospital Provincial "José R. López Tabrane", tuvo como objetivo determinar cómo incidió el factor tiempo en la organización de las acciones para la atención de urgencia al paciente politraumatizado. Para ello se realizó mediante un abordaje cuantitativo, un tipo de estudio observacional, de alcance descriptivo. La población estuvo conformada por 183 pacientes politraumatizados, atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Las variables en estudio fueron la edad, el sexo, la procedencia de los casos, las

unidades a las que fueron transferidos los pacientes, los factores que incidieron en la aparición de la injuria secundaria y el tiempo.

Los resultados obtenidos demuestran que, del total de 183 casos, el 75.7% correspondió al sexo masculino, y se observó una predominancia en el grupo de edad por debajo de los 45 años, que representó el 84% del universo estudiado. De los 173 casos, 59 pacientes, que equivale al 34.1%, sobrevivieron y necesitaron ser trasladados al quirófano para intervención quirúrgica. El 19% de los casos, es decir, 33 pacientes, requirieron ser trasladados al Servicio de Cuidados Intensivos. En relación al tiempo en que los pacientes llegaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes después de sufrir el traumatismo, se observó que el 82.6% de los casos llegaron entre 4 y 6 horas después del accidente. Solo un 4.3% llegó en el plazo de una hora, y estos pacientes procedían de las áreas urbanas cercanas al Hospital. Un 13.1% llegó entre la 1ra y la 3ra hora, correspondiendo a áreas más distantes del hospital.

En cuanto al estado en el que se recibieron los pacientes en la unidad, independientemente del tiempo transcurrido desde el accidente hasta el tratamiento definitivo, se identificó que la mayoría de los casos presentaban injuria secundaria. Esto se debió principalmente a ciertos niveles de hipoxia, hipotensión arterial con hipovolemia y lesiones secundarias que no se habían identificado en la evaluación inicial y antes de su traslado al Hospital.

Por ello, concluyen que el tiempo es un factor determinante para evitar complicaciones y disminuir la mortalidad, el sexo masculino y en edad productiva fueron los más afectados. (Álvarez & Pérez Denis, 2020)

Por otra parte, una investigación realizada en Chile, tuvo como objetivo determinar la eficiencia del sistema de triage en una unidad de emergencia de un hospital público del sur de Chile. Para ello se realizó un estudio descriptivo y transversal a partir de registros de atención del Subdepartamento del Servicios de Urgencia del Hospital Base Valdivia. Se utilizó una

muestra aleatoria representativa de 377 registros obtenidos a partir de un muestreo aleatorio simple de 69,613 usuarios mayores de 15 años. Para la recolección de datos se aplicó un protocolo de registro diseñado específicamente para efectos de este estudio, y validado por expertos, que además de variables sociodemográficas, enfatizó en el nivel de categorización, horas de llegada, atención médica y realización de ECG en los casos requeridos. También se auditó el registro de antecedentes mórbidos, alergias, riesgo de caída y destino que son antecedentes que deben constar en los registros de la atención de urgencia.

Como resultado se obtuvo que, en la distribución de usuarios según gravedad, el 0,5% correspondió a C1, 21,5% a C2, 40,8% a C3 y 37,1% a C4, sin pacientes clasificados como C5. Los tiempos medianos [RIC] fueron de 5 minutos para la categorización, 83 minutos para atención médica y 10 minutos para la realización de ECG en casos requeridos.

El tiempo mediano [RIC] para la categorización según gravedad varió, siendo de 3 minutos para C2, 5,5 minutos para C3 y 6 minutos para C4. El tiempo mediano para atención médica fue de 8 minutos para C1 y 41,5, 98, y 87,5 para C2, C3 y C4, respectivamente. Usuarios C1 y C4 no requirieron ECG, mientras que C2 y C3 mostraron tiempos medianos [RIC] de 5 minutos y 15 minutos respectivamente.

En relación con antecedentes mórbidos, alergias y riesgo de caída, se observó que estos fueron menores en usuarios C2. El cumplimiento del tiempo de categorización fue del 82,4%, alcanzando el 100% en C1, 84,9% en C2, 78,4% en C3 y 85,3% en C4. El tiempo de espera para atención médica se cumplió en la mitad de los sujetos C1, C2 y C3, y alcanzó el 84,3% en usuarios C4.

Hubo concordancia entre la categorización y el destino del paciente, ya que los usuarios C1 fueron hospitalizados en servicio de paciente crítico y la mitad de los C2 fueron derivados a su domicilio.

Es por ello que arriba a la conclusión que el retraso en la atención y la dilación en la respuesta a las necesidades de usuarios con riesgo vital, junto con una categorización con mayor riesgo de la realidad, generan demoras y saturación en las unidades de emergencia hospitalarias. Esto impacta negativamente en la eficiencia del sistema de triaje y, por ende, en la calidad de la atención, especialmente en términos de oportunidad.

Se destaca la importancia de evaluar periódicamente los sistemas de triaje para lograr eficiencia y proporcionar atención segura y de calidad. Las decisiones tomadas en el triaje afectan directamente la oportunidad de la atención y, por lo tanto, la supervivencia del paciente. (Flores González, Espinoza Charriera, González Trujillo, Hernández Rivas, & Barría Pailaquilen, 2020)

Por otro lado, se llevó a cabo un estudio en la localidad de Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina, cuyo objetivo fue determinar la sensibilidad y la especificidad de la evaluación clínica para el diagnóstico de lesiones de la columna cervical comparadas con las de los estudios por imágenes, en un período de 22 meses, desde diciembre de 2016 a octubre del 2018, en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional. El mismo se trató de un estudio con abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo con corte transversal y prospectivo. La población estuvo constituida por los 127 pacientes con politraumatismo mayor a 18 años y con un puntaje de Glasgow ≥ 14 seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Si el paciente no tenía dolor espontáneo o a la palpación, parestesias o paresias durante el examen físico, se le retiraba el collar cervical y se le ordenaba hacer movilidad activa, tanto en rotación, como en flexión y extensión

Los resultados obtenidos fueron que, durante este período, el examen físico neurológico fue normal en 101 pacientes, ninguno tenía una lesión constatada en las radiografías o las imágenes tomográficas, 26 pacientes refirieron dolor a la palpación de las apófisis espinosas; en 6 de ellos, se constató una lesión de la columna cervical con la tomografía. La sensibilidad

del examen físico fue del 100% y la especificidad, del 83%. La tasa de falsos positivos fue del 17% y no se registró ningún falso negativo.

Por ello, se concluyó, un mal manejo de los recursos del sistema de salud, las imágenes complementarias, se pudo establecer, que, en el hospital en estudio, se podría disminuir tanto la radiación como los costos financieros de la atención, con el examen clínico del cuello, ya que tiene una alta sensibilidad para el diagnóstico de lesiones de la columna cervical, en pacientes alertas y vigiles. (Frank, y otros, 2020)

Por otro lado, un estudio, donde su objetivo fue la caracterización de los lesionados por heridas de armas de fuego que han ingresado con heridas por arma de fuego ingresados en el Hospital Joaquín Albarrán, en el período de enero del 2016 a diciembre 2021, en Pinar del Río, Cuba. Realizan un estudio con abordaje cuantitativo, observacional, de corte transversal con alcance descriptivo.

La población estuvo conformada por 47 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Todos los datos de esta investigación se obtuvieron del expediente clínico de los sujetos que conformaron la población de estudio. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el sexo masculino representó el 87,2 % del total de lesionados y los menores de 50 años, el 85,1 %. En lo referente a la localización del orificio de entrada, predominó el tórax con 24 lesionados. Las presentaciones más frecuentes fueron la hemorragia externa en región torácica y el hemoperitoneo en el abdomen, con 13 y 16 casos, respectivamente. Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de la herida quirúrgica (36,4 %) y la hemorragia posoperatoria (24,2 %). El 80 % de las 20 lesiones que requirieron cirugías de control de daños se localizan en el abdomen; en la mayoría de estas cirugías se emplearon hemoderivados.

Se pudo concluir que, la localización anatómica que predomina es el tórax, donde el daño ocasionado es el hemotórax y hemorragias externas, determinando que el rango etario es

menor de 50 años, y se observó que más de las terceras partes requiere hemoderivados. La complicación más frecuente es la hemorragia postcirugía, estas son realizadas para control de daño cuando la localización de la lesión es el abdomen, otra complicación que se detectó en el estudio fueron la infección de las heridas quirúrgicas. (Sosa Torres, De la Paz Rodríguez, & Pérez Linares, 2022)

Por otra parte, se llevó a cabo el siguiente estudio, con la colaboración de varios países cuyo objetivo fue analizar la distribución de la lesión según el mecanismo de producción, caracterizar el cuadro neurológico, evaluar el patrón de lesión y la asociación con lesiones extra-vertebrales y analizar el tratamiento, mediante un abordaje cuantitativo, observacional, de corte transversal con alcance descriptivo.

La población en estudio estuvo conformada por 281 pacientes con lesiones vertebrales postrauma seleccionados mediante un muestreo no probabilístico.

El instrumento seleccionado fue un cuadro neurológico, donde, se evaluó con la escala de la American Spinal Injury Association (ASIA) y para la clasificación morfológica y neurológica de la lesión se utilizó el sistema de AO Spine.6-8A fin de analizar la cinemática se determinaron cuatro grupos generales: 1) accidente de tránsito, 2) caída de altura, 3) trauma deportivo y 4) trauma directo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que se incluyeron un total de 281 pacientes, de los cuales 113 eran mujeres y 168 hombres, con una edad promedio de 45.63 años (rango 15-90) y un total de 400 lesiones vertebrales. La distribución por nacionalidad fue la siguiente: 54.8% argentinos, 35.2% chilenos, 8.54% paraguayos, 1.07% dominicanos y 0.36% uruguayos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables analizadas. El grupo de edad más afectado fue el de 45 a 60 años, con 86 casos.

La mayor cantidad de ingresos se registró entre noviembre y febrero de ambos años del estudio. En ocho pacientes, no se pudo determinar el estado neurológico inicial debido a trastornos de la conciencia o al compromiso hemodinámico.

Las causas cinemáticas más frecuentes fueron las caídas de altura (147 lesiones) y los accidentes de tránsito (98 lesiones), siendo el sector toracolumbar el más afectado (266 lesiones), seguido del torácico (76 casos) y el lumbar (40 casos), conformando un total de 372 lesiones en dichos sectores.

Un total de 217 pacientes presentaban lesiones vertebrales únicas, siendo el 56.74% a causa de caídas de altura, mientras que 64 tenían lesiones vertebrales múltiples, siendo la asociación más frecuente toracolumbar-toracolumbar (16 casos) y torácico-torácico (8 casos), con el 48.48% ocurrido por accidentes de tránsito y el 40.91% por caídas de altura.

Al analizar las regiones torácica, toracolumbar y lumbar agrupadas (T2-L5), las lesiones tipo A1 fueron las más frecuentes, seguidas de las fracturas en estallido. En los pacientes con fracturas tipo B y fracturas por compresión del cuerpo vertebral, el tipo de lesión secundaria más frecuente también fue la fractura A1.

Se prescribió un tratamiento conservador a 129 pacientes con lesiones estables, mientras que 122 fueron sometidos a cirugía debido a la inestabilidad de las lesiones o la presencia de déficit neurológico.

Ochenta y dos pacientes presentaron 118 lesiones extravertebrales asociadas a lesiones vertebrales, 61 de ellos con un cuadro de politraumatismo. Las lesiones más frecuentes fueron trauma de cráneo (26 casos) y de tórax (22 casos), con la mayoría asociadas con traumas de T2 a L5.

En el 44.19% de los pacientes con lesiones asociadas, estas se produjeron en accidentes de tránsito y en el 41.86% por caídas de altura. Sin embargo, al considerar solo los casos de politraumatismo, el 50.82% ocurrió por accidentes de tránsito.

La presencia de dos o más lesiones vertebrales simultáneas se asoció con la presencia de lesiones asociadas, aunque esta relación no fue estadísticamente significativa.

Los episodios adversos a corto plazo incluyeron el aumento de la cifosis en un paciente después del primer control radiográfico, lo que llevó a un cambio en la decisión terapéutica, y dos casos de infección del sitio quirúrgico.

En conclusión, las lesiones vertebrales postraumáticas se tratan quirúrgicamente en pacientes con lesiones óseas o ligamentosas con déficit neurológico. Los sectores más afectados por la lesión traumática son el toracolumbar, seguido por el tórax y el lumbar, siendo la caída por altura el mecanismo de lesión más común, seguido por accidentes de tránsito. Las lesiones vertebrales son principalmente únicas y de tipo compresión. El cuadro neurológico prevalente es el patrón sin lesión neurológica, aunque hay casos en los que no se puede realizar una clasificación al ingreso, lo que incrementa los riesgos de error en el diagnóstico. (Bazan, y otros, 2023)

Por otro lado, se realizó un estudio en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Almansa, Almansa/España. Cuyo objetivo es la valoración en el cumplimiento de los tiempos máximos de atención en el Servicio de Urgencias. El mismo es observacional, retrospectivo y la información fue recabada a través de la historia clínica electrónica recopilada por medio del programa informático Montesinos.

La población en estudio fueron todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias en el segundo semestre de 2019, siendo un total de 13.414 pacientes.

Las variables edad, sexo, fecha y hora de ingreso en Urgencias, inicio y final de triaje, primera atención médica, nivel de triaje asignado, tiempo de estancia en Urgencias y motivo de alta de Urgencias.

Los resultados arrojados fueron los siguientes de los 13.414 pacientes, edad media 46,05 (DE 27,01). El 28,8% (n= 3.866) era mayor de 65 años. El 85,8% (n= 11.355) de los

pacientes fue clasificado en los primeros 10 min. En el 98,5% (n= 13.045) de los pacientes, la duración del triaje fue menor de cinco min. El nivel de prioridad establecido más utilizado fue el nivel IV (58,4%). El tiempo medio de asistencia médica fue de 3027 min (DE 10644) y de estancia en Urgencias de 2,86 horas (DE 3,48). Se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel de triaje asignado con respecto al tiempo en ser atendidos por un médico, así como el tiempo de estancia en Urgencias.

Este trabajo llega a la conclusión que el tiempo de clasificación (traje) y el tiempo que se brindó la asistencia sanitaria está dentro de lo esperado, habiendo un margen de tiempo que se podría mejorar. (Sánchez Onrubia, y otros, 2023)

A continuación, se realizó un estudio con abordaje cuantitativo, observacional, con corte transversal, cuyo alcance fue descriptivo, con un muestreo no probabilístico.

las variables en estudios fueron las siguientes: edad, sexo, tipo de arma, mecanismo de producción (agresión por terceros, autoagresión, accidental, o indeterminada cuando no existía el dato), tipo de lesión ocasionada por arma blanca (herida cortante, incisa, punzante, punzo cortante, contuso cortante) o de fuego (en el presente trabajo se consideró si el proyectil fue único para el caso de bala o múltiple en caso de perdigones), y regiones anatómicas involucradas en las lesiones (cuero cabelludo, macizo facial, cuello, tórax, abdomen, miembros superiores miembros inferiores).

La población de estudio fue conformada por un total de 133 pacientes que se atendieron en ese efector.

Los resultados obtenidos de dicha investigación fueron: de un total de 133 pacientes de los cuales 123 presentaron HAB (92%) y 13 HAF (8%). Se contabilizaron 115 (86%) hombres y 18(14%) mujeres. La edad máxima registrada fue de 83 años y la mínima 16 años, con una moda de 30 años. En los pacientes con HAF, el numero fue muy inferior al de HAB, ya que se

halló un total de 10 pacientes, todos pertenecientes al sexo masculino, mayoritariamente “agresión por 3ro” donde la lesión fue clasificada por su orificio de entrada como de tipo única.

Se llegó a la conclusión que hay más incidencias de pacientes que consultaron por heridas de arma blanca que por heridas de arma de fuego, predominando el sexo masculino, y en su mayoría fueron lesiones provocadas por terceros, localizada en miembros superiores y cara. (Roux, Hermoso, & Domínguez., 2021)

Justificación y Planteamiento del problema en estudio

El estudio propuesto busca abordar una problemática crítica en el ámbito de la atención de emergencias. La calidad de la atención inicial brindada por el personal de enfermería desempeña un papel crucial en la trayectoria de los pacientes que ingresan a la guardia, y su relación con el motivo de ingreso, según el tipo y la localización anatómica de la lesión, es un aspecto aún no completamente comprendido en nuestra comunidad.

La relevancia de este problema se fundamenta en la necesidad de optimizar la atención de emergencia y mejorar los resultados de los pacientes. Estudios anteriores han destacado la importancia de una atención inicial eficiente en la reducción de complicaciones y en la mejora del pronóstico de los pacientes. Sin embargo, en el contexto específico de Rosario, existen lagunas en la comprensión de cómo la atención inicial se relaciona con características específicas de las lesiones y motivos de ingreso.

El propósito del siguiente estudio será presentar los resultados de la investigación a las autoridades de la institución con el fin de contribuir con información precisa para la toma de decisiones; que permitan la planificación conjunta de talleres y simulacros que contribuyan a mejorar la calidad de la atención inicial brindada a los pacientes ingresantes.

Formulación del Problema:

¿Qué relación existe entre la calidad de atención inicial brindada por el personal de enfermería y el motivo de ingreso según tipo y localización anatómica de la lesión en los

pacientes que ingresan a la guardia de un efector municipal de Rosario, en el primer semestre del año 2024?

Hipótesis y objetivos

Hipótesis:

La calidad de atención inicial brindada por el personal de enfermería en la sala de guardia es eficiente cuando el motivo de ingreso es por heridas de arma de fuego y la localización de la lesión se encuentra en la región de cráneo o tórax, Sin embargo, cuando la localización de la lesión se ubica en miembros superiores o inferiores la calidad de la atención inicial que brinda el personal de enfermería es deficiente siendo indistinto el motivo de ingreso y tipo de lesión.

Objetivo General:

Describir la relación existente entre la calidad de la atención inicial brindada por el personal de enfermería y el motivo de ingreso según tipo y localización anatómica de la lesión en los pacientes que ingresan a la guardia de un efector municipal de Rosario, en el periodo del año 2024.

Objetivos Específicos:

Identificar el tipo y localización anatómica de la lesión de los pacientes que ingresan al servicio de guardia.

Determinar el motivo de ingreso de los pacientes que ingresan a la guardia.

Identificar la calidad de atención brindada por el equipo de enfermería en relación a la valoración de la vía aérea y control de la columna cervical, respiración y ventilación, valoración de la circulación con control de hemorragia, déficit neurológico y exposición

Determinar si el tipo de la lesión influye en la calidad de atención inicial brindada por el personal de enfermería.

Determinar si la calidad de atención brindada por el personal de enfermería se relaciona con el motivo de ingreso y la localización anatómica de la lesión.

Establecer si la localización anatómica de la lesión influye con la calidad inicial de la lesión.

MARCO TEORICO

En la actualidad es más frecuente que los enfermeros/as se encuentren al frente de usuarios que recurren al servicio de guardia del hospital público, por diferentes lesiones y gravedad, estos acuden a través del Servicio de Emergencias Prehospitalarios, policía, familiares y / o solos. Van a requerir una acción y un cuidado por parte del personal de salud interviniente en respuesta al padecimiento que pone en riesgo la vida. Según la gravedad de la lesión y el compromiso vital se determina si es una Emergencia o Urgencia, donde en la emergencia prima la rapidez en la atención, ya que su vida está en riesgo; en la urgencia también se debe resolver inmediatamente, la vida del usuario está en riesgo, pero hay un tiempo mayor. (OMS, 2022)

La calidad de atención es un principio que se extiende a toda la comunidad, abarcando a individuos y buscando lograr una amplia cobertura sanitaria universal. Este enfoque se fundamenta en la experiencia y competencia de los profesionales de la salud. La eficacia de la atención se determinará al proporcionar respuestas precisas a las necesidades de las personas, evitando lesiones a los usuarios y centrando la atención en las personas. La eficiencia se reflejará en tiempos de atención reducidos, mitigando daños tanto para el receptor como para el proveedor de atención y garantizando que sea accesible para todos, independientemente de factores como sexo, género, etnia, geografía, idioma, preferencia política o situación económica. La atención será inclusiva y efectiva, maximizando el uso de los recursos disponibles y evitando el derroche. Además, se considerarán los riesgos financieros asociados. La mejora de la calidad de atención puede tener un impacto significativo en la reducción de fallecimientos en países de ingresos bajos y medianos, mientras que, en países con ingresos altos, donde la calidad de atención es generalmente superior, este número disminuye considerablemente.

La cobertura sanitaria universal y una buena calidad de atención se deben ofrecer, sin importar las dificultades económicas que pueda presentar ese país. La misma será un personal sanitario competente y a su vez se encuentre motivado por un mecanismo de financiación, que posibilite y fomente esa atención de calidad. Deberán contar con medicamentos, dispositivos y tecnologías que estén disponibles y sean accesibles.

La calidad de atención es fundamental en todos los niveles, la calidad de atención debe medirse y supervisarse comenzando en la atención primaria, con el fin de buscar mejoras tomando el aprendizaje y los eventos adversos. El aprendizaje que se llevará a cabo deberá ser compartido en todos los niveles del sistema de salud ya sea a nivel nacional o internacional, cuyo objetivo será mejorar la calidad de atención.

El sistema de salud, que brinda una cobertura sanitaria universal, tendrá la capacidad de liderazgo de sus autoridades, que permitirán la creación y el fortalecimiento del mismo, disminuyendo las desigualdades, enfocada en los derechos de los usuarios, el de su familia y de la comunidad, este proceso deberá ser seguro para el paciente, estableciendo estrategias que promuevan la calidad y la gestión del trabajo, la formación y la educación permanente en la salud y la protección de la salud de todo el personal de salud. (OMS, 2020)

La calidad de la asistencia sanitaria, estará constituida por una estructura, proceso y resultado, basado en la relación establecida por el personal de salud y el paciente. Son los resultados los indicadores de la calidad de los procesos, quienes aportan datos que tendrán que ser valorados.

Haciendo referencia a la estructura, el autor señala la adecuación de las instalaciones y equipos, como también la capacidad del personal de salud y su organización administrativa, la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos, los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

El análisis del proceso y resultados debe ser continuo. Este proceso es el conjunto de acciones que debe realizar el personal de salud que brinda la atención al paciente para arribar a un resultado, que deberá estar relacionado con la afección de salud que presenta. Se trata de un proceso complejo de interacción con el paciente y el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, la posición del paciente debe ser fundamental y ser protagonista. Se analizan aquí el acceso de los pacientes al hospital, la utilización de los servicios, y la habilidad de los médicos.

La información obtenida será provista desde la historia clínica, la observación de otro profesional competente, el enfoque sociométrico y el método autorreferencial. El análisis de la validez y fiabilidad serán los mecanismos empleados para evaluar la atención, teniendo en cuenta los factores que podrán intervenir entre la estructura y el proceso.

La calidad podrá ser interpretada como la necesidad de atención que necesita cada usuario en particular, por lo tanto, lo que es una buena calidad de atención para una persona puede no serlo para otra, ello depende de la concepción de cada persona y de su cultura.

A través del método de trayectoria se podrá evaluar la calidad de atención, seleccionando una o más situaciones que presente el paciente y hacer un seguimiento, comenzando desde el momento que solicita la atención hasta después finalizada, pudiendo de esta manera hacer una secuencia y poder valorar las fallas, los problemas que pudieran surgir durante esta evaluación de calidad, pudiendo documentar, la experiencia sobre la salud del paciente.

Se deberá tener en cuenta los tres componentes de la calidad de atención, ellos son el componente técnico, el interpersonal y los de aspecto de confort. Al referirnos al componente técnico hace referencia a la aplicación de tecnologías en la resolución de un problema determinado para el individuo afectado, el componente interpersonal, basados en las relaciones

interpersonales y del seguimiento de las normas y el componente de confort, los elementos del entorno que van a ser que la atención sea más confortable.

En este sentido, para asegurar la prestación de servicios de salud de calidad, es esencial tener en cuenta las necesidades tanto de la población en su conjunto como de cada individuo como ser único. (Humet, y otros, 2001)

Al abordar específicamente los traumas, el factor temporal se revela como un elemento fundamental desde el momento en que ocurre el siniestro. La importancia de lo que se conoce como la hora dorada o la hora de oro, radica en la necesidad de intervenir de manera inmediata frente a situaciones que amenazan la vida del sujeto. Este período crítico no se limita a un intervalo estricto de 60 minutos, sino que resalta la importancia de tratar lo más rápidamente posible las circunstancias que ponen en peligro la vida del individuo, ya que este tiempo puede marcar la diferencia crucial entre la vida y la muerte.

La calidad de atención que es brindada por el personal de salud sobre la valoración de la vía aérea y control de la columna cervical, respiración y ventilación, valoración de la circulación con control de hemorragia, déficit neurológico y exposición tiene como principal objetivo mantener, restaurar y promover la salud del individuo (American College of Surgeons Committee on Trauma, 1997).

La atención a paciente que presenta diferentes tipos de lesiones requiere una rápida evaluación, ya que el factor tiempo es crucial. En este contexto, se aplica un programa que comprende actividades secuenciadas, incluyendo valoraciones y acciones, con el objetivo de realizar un abordaje integral durante la revisión primaria, conocida como el enfoque (ABCD).

En este mismo sentido, la vía aérea y control de la columna cervical, es vital cuando se realiza la revisión primaria del usuario que ingresa a la sala de guardia, asegurar su vía aérea, su permeabilidad es indispensable para que ventile, la importancia del rápido accionar sobre el paciente inconsciente, podría salvarle la vida o disminuir el riesgo de un mayor daño, ya que

la caída del paladar blando y la lengua va a producir una obstrucción de su vía aérea, detectar signos de distonía, estridor, dificultad respiratoria son signos de una vía aérea obstruida o parcialmente obstruida.

El vómito, el sangrado y hasta algún objeto extraño puede obstruir la vía aérea, de ahí la importancia que el personal de salud accione correctamente para no producir un daño mayor, aquí también es vital, la no movilización de la columna cervical o la inmovilización correcta de dicha estructura anatómica, en un primer momento la alineación manual hasta la colocación del collar cervical, también denominado minerva o collar de Filadelfia, los mismos reducirán el movimiento, por este motivo debe estar acompañado por la inmovilización manual, por lo tanto la hiperextensión, la rotación y la flexión están contraindicados.

A la presencia de una vía aérea obstruida, se aplicará la siguiente técnica, previa evaluación del estado de conciencia del paciente y el motivo del ingreso, la elevación de la mandíbula, consiste en traccionar la mandíbula hacia arriba, será aplicada en pacientes que han sufridos traumas, la elevación de la cabeza será la técnica que se aplica en pacientes que ingresan sin traumas. El uso de cánulas se determinará según el estado de conciencia del paciente, la lengua y la epiglotis en los pacientes inconsciente cae sobre la estructura de la faringe produciendo una obstrucción, esta producirá una deficiente ventilación, otro factor determinante es la presencia o la ausencia del reflejo nauseoso, en pacientes consientes, este reflejo esta presente, el uso de la cánula nasofaríngea sería lo correcto y lo mas adecuado en caso de ser necesario. En pacientes inconscientes se deberá usar la cánula orofaríngea, ésta será de una medida adecuado, ya que de lo contrario producirá náuseas o vómitos en pacientes seminconscientes.

El ingreso del paciente puede presentar obstrucción de su vía aérea por cuerpos extraños o fluidos, en caso de cuerpos extraños en un paciente lúcido, se podrá realizar la maniobra de Heimlich para despejar la vía aérea, la tos espontánea y los esfuerzos respiratorios del paciente

no debe ser interrumpido, si el cuerpo extraño es un sólido, se podrá retirar manualmente o través de la pinza de Mg Gill, sí a la observación se evidencia fluidos, estos pueden ser vómito o secreciones, deben ser aspirados a través de una sonda.

La reevaluación de la vía área debe ser realizada frecuentemente ya que el estado de conciencia del paciente puede modificarse, cuando en la escala de Glasgow es de 8 o inferior se adoptará por una vía aérea definitiva, ya sea, la intubación endotraqueal, mascarillas laríngeas o vía aérea quirúrgica, la cricotiroidotomía. (Delgado Reyes, Ruiz Berrio, & Sáenz Montoya, 2012)

En el caso del paciente que presenta dificultad respiratoria, el abordaje será determinar la causa subyacente que condujo a este problema y evaluar cuáles de estas causas son reversibles y requieren una intervención urgente. Es crucial destacar que mantener una vía aérea permeable desempeña un papel fundamental en este proceso, ya que garantiza una adecuada oxigenación de todos los órganos. La obstrucción de la vía aérea llevará a una dificultad respiratoria, se manifestará con la presencia de cuerpo extraño dentro de la vía aérea, inflamación de la misma que puede ser por reacción alérgica o por una afección, también por traumatismos, por inhalación de gases calientes o humo, problemas cardíacos e infecciones, de ahí la importancia de la observación y exposición del paciente donde se podrá obtener datos más precisos como el uso de músculos accesorios, en el interrogatorio como son las respuestas, sí son frases enteras o entrecortadas, la posición ortopédica, la sudoración, el color de la piel y las mucosas, el estado de irritabilidad, son signos y síntomas de una dificultad respiratoria, buscar edemas en manos, cara, la presencia de quemadura en rostro o vellos de la nariz, son indicadores de una dificultad respiratoria que requiere un cuidado y accionar rápido de igual manera cuando el paciente presenta estridores, sibilancias, o traumatismo en la región torácica. (OMS, 2018)

Una vía aérea permeable asegura una perfusión sanguínea adecuada, es una prioridad más importante junto a la ventilación. El reconocer un problema de la vía aérea es fundamental para la supervivencia del paciente, una obstrucción ya sea completa o parcial debe ser detectada tempranamente. La vía aérea está en relación directa con el estado de conciencia del paciente y por tal motivo debe ser reevaluada con frecuencia, en casos de pacientes que presentan trastorno del estado de conciencia, por causas del alcohol o traumatismos craneoencefálicos, pacientes con traumatismo en la región torácica, se sugiere asegurar la vía aérea definitiva a través de la intubación endotraqueal.

Otra situación que se podrá encontrar, es contenido de fluidos en la orofaringe, lo cual hay que intervenir inmediatamente con la aspiración del contenido por sonda y en caso de ser necesario poner al paciente de decúbito lateral, hacerlo en bloque cuando el paciente ha sufrido un trauma.

Los traumatismos maxilofaciales alerta sobre fracturas de las estructuras óseas, luxaciones, dientes que le pueden provocar diferentes tipos de hemorragias y un mal manejo de las secreciones, llevando a una obstrucción de su vía aérea, en estos tipos de traumas los pacientes rechazan la postura en decúbito supino para estar de pie.

Ante la presencia de un traumatismo del cuello es imperioso establecer una vía aérea definitiva, en caso de la intubación endotraqueal, debe ser con suma cuidado y ser reevaluada constantemente en caso de ser necesario una vía aérea quirúrgica definitiva, la estructura anatomofisiología del cuello está muy vascularizada, ya sea por un trauma cerrado o abierto el riesgo de hemorragia es alto lo que producirá una obstrucción de la permeabilidad de la vía aérea. La ronquera, enfisema subcutáneo y una fractura palpable en la laringe, va a requerir atención inmediata y asegurar la vía aérea de manera quirúrgica, el método por elección en la sala de emergencia es la cricotiroidotomía.

La evolución inicial y primaria es importante dialogar con el paciente al ingreso de la sala de guardia, ya que brindará datos de suma importancia sobre su estado actual, información sobre su vía aérea, su ventilación - oxigenación y su estado de conciencia, un paciente que habla y responde adecuadamente, indica una vía aérea permeable, buena ventilación y una buena perfusión cerebral, en cambio la falta de respuesta indica que el nivel de conciencia esta alterado o una vía aérea obstruida. (American College of Surgeons Committee on Trauma, 1997).

Respiración y ventilación, para garantizar una buena perfusión a los tejidos del cuerpo además de ser necesaria una vía aérea permeable, es necesario una ventilación adecuada, donde la observación del personal de enfermería es valiosa, donde se busca y detectan a través de la palpación, inspección, auscultación y percusión, una alteración en la función respiratoria.

La exposición del paciente y observar el tórax en busca de asimetrías en el movimiento, la amplitud, la frecuencia respiratoria, la valoración de los parámetros respiratorios, la oximetría, se podrá detectar posibles problemas que pongan en riesgo la vida del paciente. Ante la presencia de un traumatismo de tórax abierto, y la presencia de un neumotórax abierto, el personal de enfermería valora la situación del paciente, donde colocará un apósito estéril con vaselina sobre la herida, sellando 3 de sus 4 lados, haciendo un efecto válvula, hasta que se realice una toracotomía, en caso que el paciente presente un hemoneumotórax, el tratamiento será la inserción de un drenaje intratorácico, y es el personal de enfermería quien contralara al paciente, los signos vitales, oximetría, valoración del dolor, preparar el instrumental a utilizar, posicionar al paciente en una posición fowler, una vez insertado el dispositivo se contralará las características del débito y la cantidad, manteniendo el tubo de drenaje por abajo del nivel del tórax del paciente. (Delgado Reyes, Ruiz Berrio, & Sáenz Montoya, 2012)

Una vez que se realizó la valoración de la vía aérea y el control de la columna cervical, si el caso lo requirió, se pasará a la valoración de la respiración y ventilación, la cual es tan importante y prioritaria como la señalada anteriormente.

Los órganos están bien perfundidos cuando la ventilación e intercambio gaseoso es óptimo, la valoración del personal es crucial para identificar si hay un déficit en la ventilación, por lo tanto la exposición del paciente no se debe hacerse esperar, observando la profundidad de los movimientos respiratorios, si hay presencia de alguna herida cortante en el tórax o algún objeto empalado en esa cavidad, la coloración de la piel y las mucosas, ver si la tráquea se encuentra alineada, el desvío, habla de un neumotórax a tensión que va a requerir una descompresión de la cavidad torácica para mantener una buena ventilación.

Los traumatismos torácicos con una cinemática de alto impacto, pueden provocar un tórax inestable, donde se observará al paciente que realiza movimientos anómalos y no dejará que el pulmón se expanda, asociado con un daño al tejido pulmonar subyacente. Las quemaduras en región de la cara y o cuello va a producir en el tiempo no muy lejano una ventilación deficiente por una obstrucción de la vía aérea, por ese motivo se deberá asegurar la vía aérea y una buena ventilación, siempre dependerá del grado de quemadura que presente el paciente. Otra valoración a realizar es la escucha, que brindará información muy importante para nuestra valoración, auscultar ruidos respiratorios, palpar para detectar crepitación. Debe evaluarse meticulosamente cualquier dificultad respiratoria que presente el paciente, para garantizar una buena ventilación.

Los pacientes que ingresan presentando un cuadro de asma, una reacción alérgica, una infección, edema agudo de pulmón, intoxicación por diferentes sustancias, desequilibrio electrolítico, va a requerir una buena ventilación para mantener las funciones vitales, suministrando el oxígeno adecuado a los órganos. (OMS, 2018)

Una vez que se valoró y fue asegurada la vía aérea, se deberá valorar que el paciente tenga una respiración y ventilación óptima para satisfacer la demanda de oxígeno que requieren los órganos, esta valoración debe ser rápida y de forma segura, para evitar producir un mayor daño.

Se tendrá en cuenta cuál es la causa que produjo el ingreso a la sala de guardia, contemplando que el manejo técnico, para suministrar una ventilación suplementaria, producirá algún tipo de movimiento de la columna cervical. Una lesión en la médula espinal, la respiración del paciente podría ser, respiraciones diafragmáticas, en cambio sí presentara una sección medular cervical completa, ésta ocasiona una respiración abdominal y parálisis de los músculos intercostales, en estos casos la inmovilización adecuada de la columna cervical, la permeabilidad de la vía aérea y el manteniendo de una ventilación adecuada son vitales para la sobrevivencia del paciente, los pacientes que presentan patrones diferente en la respiración, no van a garantizar una perfusión adecuada a los órganos, por ese mismo motivo pueden requerir una ventilación mecánica asistida.

Otra particularidad que se deberá tener sobre todos en pacientes que ingresan a la sala de guardia y han sufrido algún tipo de trauma de tórax y las posibles fracturas costales van a provocar un dolor muy intenso, haciendo que las respiraciones sean rápidas y superficiales con hipoxemia, valorar la oximetría de pulso nos dará un dato de cómo es su saturación de oxígeno y de la perfusión periférica.

El equipo de salud debe exponer al paciente que ingresa a la sala de guardia, donde observará algún signo de ventilación que no sea el adecuado, un movimiento asimétrico de la caja torácica, hará que la ventilación y por lo tanto la oxigenación no logre realizar un buen intercambio gaseoso, se estará en presencia de un tórax inestable, la auscultación de los sonidos respiratorios, la ausencia o disminución del murmullo respiratorio de algún hemitórax o de

ambos, alertara sobre la presencia de una lesión dentro del tórax, la valoración de la frecuencia respiratoria, en pacientes taquipnéicos podría estar indicando la necesidad de oxígeno.

Para asegurar una ventilación adecuada, se tendrá que disponer de equipos adecuados y que funcionen adecuadamente para tal fin, será esencial para brindar una buena calidad en la atención inicial, contar con cánulas de succión, sondas nasogástricas, cánulas orofaríngeas, cánulas nasofaríngeas de diferentes medidas para dar respuesta a la demanda.

El estado de conciencia deberá ser evaluado en una primera etapa y luego reevaluado frecuentemente ya que el mismo por diferentes motivos puede ser cambiante, y requerirá que sea observada de cerca su vía aérea y respectivamente la ventilación, para asegurar una correcta perfusión, en pacientes inconscientes el desplazamiento de la lengua producirá la obstrucción de la vía aérea, cayendo sobre la hipofaringe, según la sospecha de un trauma cervical o no, la conducta a tomar será distinta, con el mismo objetivo, si hay una lesión cervical o una sospecha se realizará la maniobra del levantamiento del mentón, evitando la hiperflexión de la columna cervical. El levantamiento mandibular también será la indicada para pacientes traumatizados, otorgando una buena oclusión y una ventilación adecuada cuando se utiliza un dispositivo de boca-máscara facial. Dependiendo el estado de conciencia del paciente, y la presencia o la ausencia del reflejo nauseoso, se utilizará la cánula orofaríngea, en paciente sin reflejos nauseosos se utilizará, en cambio en paciente con reflejo, no, pudiendo provocar náuseas y vómitos, donde esos líquidos producirán una obstrucción en la vía aérea del paciente. La cánula nasofaríngea es mejor tolerada en pacientes conscientes.

La vía aérea definitiva se podrá lograr a través la intubación endotraqueal, intubación nasotraqueal y la quirúrgica, al referirse a la intubación endotraqueal estará indicada en pacientes que ingresan a la sala de guardia en apnea, con una escala de Glasgow a 8 o menor, al igual que la intubación nasotraqueal será igual de segura que la endotraqueal, pero se contraindica en paciente con apnea y en pacientes que presenten diferentes tipos de fracturas

como son las faciales, del seno frontal, base de cráneo y de la placa cribiforme, los signos que el equipo de salud debe estar atento es a la presencia de una evidente fractura nasal, ojos de mapache, signo de Battle y a la rinorrea u otorrea, estos dispositivos serán conectados a un equipo de ventilación mecánica asistida. Una vez lograda la permeabilidad de la vía aérea y la adecuada ventilación, estos pacientes, que se decidió por la vía aérea definitiva tendrán una pseudoanalgesia y valoración frecuente del equipo de salud, la monitorización y la observación serán de suma importancia para brindar buena calidad de atención, se valorará la correcta inserción del tubo endotraqueal, auscultado ruidos ventilatorios en ambos hemitórax, los movimiento simétrico del tórax, una vez que se corroborado la buena colocación del tubo, se deberá fijar, y cada vez que el paciente sea movilizado se deberá reevaluar que no se haya salido de lugar. En caso que el paciente halla ingreso a la sala de guardia por traumas, se mantendrá la inmovilización de la columna cervical hasta descartar una posible lesión cervical. La vía aérea quirúrgica se establecerá en pacientes que ingresen a la sala de guardia con edemas de glotis, fractura laríngea o hemorragias en la cavidad orofaríngea, estos tipos de pacientes van ser evaluados y el equipo de salud determinará cual es el procedimiento quirúrgico más adecuado, si es la cricotiroidotomía o una traqueostomía, sabiendo que la cricotiroidotomía es más fácil y es produce menos sangrado. (American College of Surgeons Committee on Trauma, 1997).

La falta del control de las hemorragias en los pacientes que presentan algún tipo de trauma, causas muertes que podrían ser evitables. (Orlas, y otros, 2018)

El sangrado externo no controlado inicialmente durante la evaluación primaria puede llevar al paciente a un estado de shock, el personal de salud puede controlar el tipo de sangrado si es venoso, a través de una compresión directa sobre la herida, en cambio si el sangrado es arterial y la compresión sobre el sitio no se logra detener la hemorragia, se utilizará algún dispositivo que sirva de torniquete como puede ser el esfigmomanómetro, hasta dar un

tratamiento quirúrgico. El sangrado llevará en mayor o menor medida, dependiendo su grado, una deficiencia en la perfusión en sus órganos, que podrá ser detectada por signos y síntomas que presentará el paciente como es la sudoración fría, diaforesis, hipotensión, taquicardia, un pulso débil, un llenado capilar mayor a los 3 segundos, su nivel de conciencia también es un parámetro a tener en cuenta, un paciente que se encuentra mareado, confundido, con un discurso incoherente, su perfusión cerebral no es la óptima. Siguiendo con una observación durante la evaluación primaria, los pacientes que ingresan al servicio de emergencia por traumas en la región torácica, abdominal, pélvica y huesos largos como es el fémur, pueden presentar una hemorragia interna, ya que son estructuras muy vascularizadas, de ahí, la importancia de detectar tempranamente algún signo de sangrado, el uso de férula para el fémur e inmovilizador de pelvis ayudarán a que no aumente el sangrado, hasta que reciba un tratamiento definitivo, se reevaluará el miembro afectado, realizando control del pulso eso alertará sobre la perfusión del mismo.

La pérdida de volemia se presenta en pacientes que ingresan a la sala de emergencia por quemaduras, su índice corporal afectado determinará la reposición de líquido que corresponde, estos pacientes si no reciben tratamiento adecuado, su circulación se encontrará alterada, poniendo en riesgo su vida. (OMS, 2018)

La circulación y el control de hemorragias tiene como objetivo principal que los órganos y células del organismo estén perfundidos o que vuelvan a estarlos, la perfusión sanguínea de los pacientes que ingresan a la sala de guardia debe ser restablecida lo antes posible. Se debe identificar en un primer momento si el sangrado es interno o externo, evaluar el estado hemodinámico del paciente, reconociendo signos shock.

A la presencia de un sangrado externo, visible se deberá comprimir la zona del sangrado, si las compresas son empapadas de sangre se recomienda no retirarlas, sino poner más sobre esta y realizar compresión, en el caso que no se logre parar con la hemorragia , se

comprimirá directamente sobre el vaso sangrante, el uso de férulas también está indicado y en caso extremos la realización de un torniquete por encima del lugar que se esta produciendo la hemorragia, realizado por personal entrenado, que requiere una evolución muy frecuente ya que el uso de esta técnica puede ocasionar un daño mayor, que será la pérdida del miembro afectado. Un aspecto importante que se deberá que tener en cuenta es el nivel de conciencia, pulso, la ausencia del pulso carotidea, la presión arterial, el llenado capilar y el color y la temperatura de piel, serán parámetros que se valorarán para brindar una buena calidad de atención inicial, el paciente que se encuentra inconsciente o con un discurso incoherente puede ser producto de una hipoperfusión o hipoxemia cerebral, el pulso se valora la frecuencia, su regularidad y amplitud, cuando no se palpa el pulso en la región carotídea, se deberá iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar, la perfusión de los tejidos es en una primera valoración a través del llenado capilar, cuando el tiempo sea de mas de dos segundos indicará una insuficiente perfusión. En pacientes traumatizados que presentan signos de shock hipovolémicos, sin un sangrado visible, los mismos deberán ser valorados por especialistas y se indicará una ecografía de las regiones anatómicas comprometidas o sospechada por el personal de salud, las mismas serán el tórax, abdomen y pelvis mediante la Focus Abdominal Sonography for Trauma (FAST).

Otra afectación que se podrá encontrar en pacientes que ingresan a la sala de guardia, es que presenten un problema en su circulación, como es el taponamiento cardiaco, el personal estará atento en la detección temprana de signos que llevan a su sospecha en esta afección, como sería la distención yugular, hipotensión, ruidos cardiacos disminuidos en su intensidad y la amplitud del registro del electrocardiograma estará disminuido.

Se tendrá que clasificar el grado de hemorragia, esta será determinada por la pérdida de sangre (ml y % de volumen), y se clasificara en grado I, cuando la perdida <750ml y un 15%, grado II cuando la perdida es entre 750-1500 y un 15-30%, grado III cuando la perdida es entre

1500-2000 y un 30-40% y se establecerá que el grado IV cuando la pérdida de sangre es >2000 y $>40\%$, también será determinante valorar la frecuencia cardíaca, la presión arterial, si la misma se encuentra disminuida o aumentada, la presión del pulso, la frecuencia respiratoria, el estado mental, pudiendo encontrar al paciente que ingresa a la sala de guardia con un estado de ansiedad leve, moderada, confuso o letárgico, el gasto urinario será también valorado según los ml/h, este podrá ser mayor de 30, entre 20-30, entre 5-15 o insignificante, todo esto permitirá establecer el grado de hemorragia que presenta el paciente. Según la clasificación y el grado de hemorragia se establecerá vías de acceso venoso, éstas serán de calibre grande, la monitorización de sus signos vitales, la oximetría es de gran importancia, como es la extracción de sangre para tener un parámetro de su medio interno, cuando el acceso de una venopunción sea difícil, se podrá utilizar la vía intraósea, la cual sirve en un primer momento hasta conseguir un acceso central o periférico, se tendrá en cuenta que la vía intraósea podrá dar complicaciones como es la osteomielitis.

La administración de líquidos es inmediata, a través del acceso venoso conseguido, la evaluación de los antecedentes y las comorbilidades serán necesaria a tener en cuenta para comenzar, con la administración de líquidos, éste debe ser adecuando tanto en cantidad como en el tiempo, ya que grandes volúmenes en poco tiempo será contraproducente cuando se logró parcialmente la respuesta hemostática del cuerpo, desprendiendo el coágulos que fue formado, también se obtendrá la dilución de factores de coagulación y la vasodilatación podrán ser a consecuencia del aumento de la presión, la hipotermia será evaluada por el equipo de salud tratante, se evitará, administrando una solución a infundir tibia.

La tensión arterial será un indicador valioso para el equipo de salud, que brindara si las células del organismo reciben adecuada oxigenación trasportada por la sangre, manteniendo una presión arterial sistólica de 90-100 mmHg, el estado de conciencia también brindara datos sobre la perfusión cerebral, la coloración de la piel , el gasto urinario que será controlado a

través del sondaje vesical cuando no esté contraindicado, lo esperado es en un adulto 0,5 ml/Kg/h, será lo adecuado para mantener los riñones perfundidos, la presión venosa central y la oximetría a través de muestra de sangre arterial serán indicadores valiosos sobre qué tan perfundidos están los órganos.

Cuando la administración de grandes volúmenes de líquidos no responde se deberá evaluar, administrar hemoderivados se puede utilizar hematíes concentrados del grupo O negativo, será una buena alternativa hasta el control definitivo de la hemorragia.

Para evitar el edema cerebral, no se administrará solución con dextrosa, en pacientes que sufrieron un trauma craneoencefálico, pudiendo agravar la hiperglicemia asociada al shock.

La solución salina debe ser administrada como una segunda opción, ya que es un cristalóide que podría causar la pérdida de demasiado bicarbonato de sodio del cuerpo, llevando al paciente a una acidosis metabólica, la primera opción de cristalóide a infundir es el Ringer lactato, que no tiene riesgo a causar una acidosis metabólica.

La perfusión a las células del organismo se debe garantizar para que su funcionamiento sea el adecuado, la misma se consigue por el oxígeno transportado en la sangre, este es determinante en los órganos vitales como es el riñón, donde se colocara un sondaje vesical para determinar el gasto urinario, siempre se estará atento cuando está contraindicado en pacientes que ingresan a la sala de guardia por traumas, cuando se evidencia un sangrado en la región genital, ante la sospecha o confirmación de fracturas en la región pelviana y ante la presencia de hematomas, se tendrá que cuidar la asepsia en la técnica del sondeo y la valoración en cantidad y característica de la orina.

Ante la presencia de una distensión abdominal o ante la sospecha de lesión en el tracto gastrointestinal, se deberá colocar un sondaje nasogástrico, el mismo tendrá como objetivo disminuir la distensión gástrica producida por hipoperfusión, el no control podrá llevar al paciente a un vómito y posterior broncoaspiración, también se valorará las características del

débito, en busca de un sangrado. Se tendrá en cuenta que no en todos los pacientes que ingresan en la sala de guardia está indicado el procedimiento, estando contraindicado en pacientes que presentan fractura de base de cráneo, traumas maxilofaciales, cuando hay evidencia de sangrado o líquido cefalorraquídeo por la nariz o por el oído. (Delgado Reyes, Ruiz Berrio, & Sáenz Montoya, 2012)

Otro autor, coincide que se podrán encontrar varios tipos de shock, siendo el más común el shock hipovolémico, el estado de conciencia, la coloración de la piel, los pulsos, brindarán información rápida sobre el estado hemodinámico del paciente, la detección temprana de un sangrado hemorrágico externo se deberá controlar en un inicio por presión directa, el uso del torniquete se podrá llevar a cabo solo cuando exista una amputación y será con sumo cuidado ya se podrá causar lesiones distales, como la isquemia, como también el uso de pinzas hemostática podrán dañar estructuras vecinas como los nervios.

El estado de conciencia podrá estar alterada por falta de perfusión cerebral, la pérdida de la volemia, la piel en el rostro color ceniza y palidez en las extremidades son indicadores de una hipovolemia, el pulso, los centrales femoral y carotídeo serán valorados en su amplitud, frecuencia y ritmo, un pulso rápido y débil es característico del paciente hipovolémico, un pulso irregular nos podría estar indicado alguna afección cardíaca, en cambio la ausencia de los pulsos centrales, alertara al personal de salud sobre la necesidad inminente de iniciar maniobras de resucitación para evitar la muerte.

A la pérdida de sangre el organismo responde de manera rápida y compensadora ante esta situación, realizando en un primer momento una vasoconstricción progresiva de la circulación cutánea, de los músculos y viseras, para que esta acción preserve la perfusión a los órganos nobles como es el corazón, riñones y cerebro, el aumento de la frecuencia cardíaca se deberá a mantener el gasto cardíaco, un pulso débil se ve afectado por la secreción de las catecolaminas, esta respuesta del organismo es para que aumente la presión sanguínea

diastólica, pero la perfusión a los órganos es mínima con este mecanismo. Todos estos procesos hemostáticos que tiene el organismo, no son suficiente para el control de un sangrado, donde el gasto cardíaco se ve disminuido, la perfusión de los órganos de manera efectiva se dará a través de la reposición de volumen.

A la sala de guardia ingresan pacientes sin signo externos de sangrado, debiendo evaluar cuidadosamente la cavidad torácica, abdominal pelvis y fracturas de huesos largos, son los lugares donde se producen hemorragias en pacientes con algún tipo de trauma.

Durante la valoración inicial, y una vez que se ha asegurado la vía aérea y la ventilación se ha comprobado que es óptima se pasara a la evaluación del estado circulatorio del paciente que ingresa a la sala de guardia. La valoración del estado circulatorio no debe centrarse en la tensión arterial, ya que por mecanismos fisiológicos hemostáticos que tiene el propio organismo podría no estar alterado en un primer momento, en cambio una frecuencia cardiaca aumenta, un pulso débil, la palidez de la piel, alertara de una deficiente perfusión de los órganos. Las pruebas de laboratorio en la evaluación inicial, no brindará datos correctos sobre el sangrado.

Los pacientes que ingresan por traumas de tórax cerrados, según la cinemática del impacto, se deberá sospechar una lesión miocárdica, como también un neumotórax a tensión, donde el aporte de volumen no debe ser atrasada y cualquier prueba de estudio complementaria no debería retrasar el aporte de volumen.

La pérdida del volumen circulante, se podrá definir en diferentes grados, se encontrará desde el grado I al VI, donde en este grado el paciente morirá en un tiempo acotado. La categorización del grado de hemorragia, no debe retrasar la resucitación del volumen, ante la sospecha o la aparición de los primeros signos y síntomas de pérdida de su volemia o cuando el paciente experimente hipotensión o sea indetectable.

El paciente categorizado como grado I, la pérdida de sangre será hasta los 750 ml y 15% del volumen sanguíneo, este paciente estará normotenso, eupneico, una frecuencia del pulso normal, su presión de pulso estará normal, su gasto urinario mayor a los 30 ml/h, pudiendo presentar una ansiedad leve, en pacientes sin patologías previas, no va a requerir de aporte de para la reposición del volumen, los mecanismos de hemostáticos propios del organismo, compensaran esa pérdida del volumen sanguínea.

Los pacientes que categorizan en el grado II, la pérdida de sangre será de 750 ml a 1500 ml y entre el 15% - 30%, estará normotenso, estará taquifitmico entre 20 – 30 respiraciones por minutos, presentara taquicardia donde su frecuencia de pulso será mayor a 100 por minuto, esto está relacionado al aumento secreción de las catecolamina que son sustancias inotrópicas, causando un aumento la resistencia y del tono vascular como mecanismo de compensación, su presión del pulso estará disminuida, el gasto urinario será entre los 20 ml/h a 30 ml/h, el paciente podría presentar una ansiedad moderada, miedo u hostilidad, en este grado se podrá iniciar infusiones cristaloides donde también se podrá requerir trasfusiones de sangre.

El grado III, la pérdida de sangre será entre 1500 ml a 2000 ml, una pérdida sanguínea entre 30 % a 40 %, el paciente presentará taquicardia, con una frecuencia de pulso mayor a 120 por minutos, habrá hipotensión arterial, la presión del pulso también estará disminuida, habrá una taquipnea, el paciente se encontrará con cierto grado de ansiedad y confundido.

El pronóstico del paciente es malo si no se toman las medidas adecuadas, la resucitación con fluidos que en un primer momento son los cristaloides será evaluado cual es la respuesta, si la misma no es óptima será necesario la trasfusión de sangre. En este grado se observará que el paciente presenta una signopatología típica de hipoperfusión.

En el grado IV, el riesgo de muerte es inminente, la sangre oxigenada que nutre a las células del organismo es muy deficiente e impide que se desarrolle los procesos vitales de los mismos, vamos a estar ante la presencia de una pérdida sanguínea mayor a los 2000 ml y una

pérdida del volumen sanguíneo mayor al 20 %, el paciente esta taquicardico con una frecuencia del pulso superior a los 140 por minutos, la hipotensión y la presión del pulso se encontrará disminuida, como su gasto urinario que será insignificante, presentara taquipnea, la depresión del sensorio, dando al paciente un estado mental de confusión, letargo será característico para este grado de hemorragia.

Los cristaloides en pacientes que presentan estas características no son suficientes, donde se requerirá trasfusiones de sangre y tratamiento quirúrgico para reparar el daño que ocasiona la hemorragia.

Otra característica no menor en pacientes que ingresan a la sala de guardia por traumas, son las fracturas de huesos largos, los mismos pueden alterar el estado hemodinámico del paciente, ya que una fractura de hueso largo puede acumular hasta 750 ml, y en una fractura de pelvis ese valor aumenta considerablemente llegando alcanzar valores de hasta 1500 ml, la pérdida de sangre.

Las partes blandas que sufren lesiones, podrá dar como resultado una respuesta inflamatoria sistémica liberando citoquinas, las mismas producen edema en los tejidos por aumento de la permeabilidad del endotelio vascular, trasportando liquido del plasma hacia el espacio extravascular y extracelular, dando como resultado una disminución en el volumen intravascular.

La actuación ante la presencia de una hemorragia, sea cual fuese el grado que presenta el paciente que ingresa a la sala de guardia y antes que comenzar con la reposición del volumen, se habrá establecido una vía aérea permeable, asegurando una ventilación óptima, que será una de las claves para que las células del organismo estén bien perfundidas.

El acceso de vías periféricas de gran calibre, será considerada antes de realizar un acceso central, desde la misma se extraerá muchas para laboratorio donde se determinará el

tipo sanguíneo en caso del que el paciente requiera una trasfusión, en caso de mujeres en edad fértil, será necesario realizar estudios de laboratorio para determinar si esta embarazada.

La valoración de los signos vitales, la diuresis, el estado de conciencia nos dará datos sobre la perfusión a los órganos, se actuará ante una hemorragia por herida externa mediante la compresión directa en la zona de sangrado, la utilización del pantalón antishock estará indicado para controlar la hemorragia, cuando estas ocurren producto de fractura de huesos largos y en fracturas de pelvis.

Un rápido examen neurológico, permitirá valorar la perfusión cerebral, el estado de conciencia, movimientos de los ojos y respuesta pupilar, mejor respuesta motora y sensitiva, todas o algunas manifestaciones que podría presentar el paciente que ingresa a la sala de guardia por trauma, y presenta algún grado de hemorragia, no significará que presenta una lesión encefálica, solo que podría estar ocurriendo una hipoperfusión cerebral deficiente.

Está indicado en pacientes con trauma y signos de hemorragia interna, la colocación del sondaje nasogástrico, el mismo tiene como objetivo, determinar las características del débito y descomprimir el contenido gástrico, la distensión gástrica podrá producir una estimulación vagal, llevando al paciente a una bradicardia e hipotensión, de esta manera se disminuirá el riesgo a la broncoaspiración, que sería una complicación fatal.

Se establece un catéter urinario con el fin de valorar las características de la orina, buscando hematuria, y cuantificando en ml/h que brindará un dato sobre la perfusión renal, teniendo como contraindicación, en pacientes que presenten sangre en el meato uretral.

En pacientes con hipovolemia, donde su volumen vascular se encuentra disminuido, será determinante la expansión vascular a través de unas soluciones isotónicas. El Ringer lactato será la opción a elegir, seguida por la solución fisiológica esta puede causar una acidosis hiperclorémica. La infusión será tan rápida como sea posible y podrá ser de uno a dos litros en el adulto, en pacientes que presenten hemorragia o signos y síntomas que nos alerten sobre una

hipovolemia. una vez instaurado el tratamiento de infusión de líquidos, se deberá valorar la respuesta del paciente, la misma será a través de la valoración de la presión arterial, presión de pulso, frecuencia de pulso, la diuresis que nos dará una información sobre la perfusión renal, siendo el principal parámetro para saber sobre la perfusión de los riñones, se espera que el paciente produzca una orina a un ritmo diurético de 0,5 ml / kg / hora.

Cuando el grado de hemorragia produce un shock hipovolémico, la taquipnea puede desarrollar una alcalosis respiratoria.

En pacientes que su situación es grave puede desarrollarse una acidosis metabólica que es secundaria al metabolismo anaerobio por una baja perfusión y la producción de ácido láctico.

En pacientes con hipovolemia que presentan hemorragias, estas podrán ser externas y/o internas, se inicia la resucitación con líquidos, según la respuesta inicial a la infusión, se podrá encontrar una respuesta rápida, una respuesta transitoria o una respuesta mínima o nula.

Respuesta rápida, es determinada por la rapidez en el cual estos líquidos hacen que el paciente se encuentre hemodinámica mente normal, son pacientes que han tenido una pérdida sanguínea mínima menos del 20%, serán reevaluados frecuentemente por si requiere otro tipo de tratamiento.

Respuesta transitoria, son pacientes que han perdido de 20 % a 40 % de su volumen sanguíneo, donde en un primer momento respondieron satisfactoriamente a la infusión líquidos, pero al disminuir la velocidad de la administración muestran que la perfusión a sus órganos no es la óptima, estos pacientes que van a requerir transfusiones de sangre y continuar con la infusión de soluciones cristaloides estos pacientes requerir una intervención quirúrgica, podría ser que continúen con hemorragia.

Respuesta mínima o nula estos pacientes van a requerir una intervención quirúrgica urgente ya que la administración de cristaloides y sangre no fueron exitosas, es característico en pacientes que ingresan por trauma cerrado o taponamiento cardíaco.

El uso de grandes volúmenes de soluciones cristaloides a infundir podrán llevar al paciente a una hipotermia, para evitar que esto suceda, las soluciones deben calentarse a unos 39 ° C antes de usarlas a través de un calentador o del horno microonda, lo que no se podrá calentar en el horno microonda son los productos sanguíneos. También considerar que los pacientes con traumas, bajo la influencia del alcohol y los expuestos al frío podrán desarrollar hipotermia debido a la vasodilatación, por lo tanto, es necesario calentar el ambiente rápidamente cómo también proveer de frazadas, lámparas de calor etc. (American College of Surgeons Committee on Trauma, 1997).

Durante la valoración inicial, se determinará el déficit neurológico del paciente que ingresa a la sala de guardia, donde se evaluará el nivel de conciencia, la escala de coma de Glasgow, el nivel de glucosa, las pupilas, la sensibilidad de las extremidades y valorar algún movimiento anómalo que pudiera ocurrir como es en el caso de las convulsiones.

Los pacientes que presentan un traumatismo craneoencefálico podrán presentar hemorragias intracraneal, la bóveda craneana es un sitio que se encuentra alojado fluidos como la sangre y el líquido cefalorraquídeo, la masa encefálica que se encuentra en su interior, no se expande, producirá un aumento considerable de la presión intracraneal, causando una hipoperfusión cerebral, el trastorno de la visión, la amnesia del suceso, vómitos, cefalea y movimientos anormales, convulsiones, son característicos en pacientes con un flujo sanguíneo reducido. Es importante evaluar si presenta o no pérdida de sangre o líquido por los oídos o nariz, así como también evaluar la fuerza y sensibilidad de sus miembros y valorar las pupilas.

Las pupilas serán valoradas en tamaño, simetría y reacción a una fuente de luz. Ante la presencia de un paciente con miosis, se deberá sospechar una sobredosis de opiáceos donde el

antídoto para la sobredosis es la naloxona. Si las pupilas están asimétricas y es un paciente que ingresa por trauma nos alertarán sobre un aumento de la presión intracraneal.

El personal de salud deberá estar atento al ingreso de pacientes con traumas de baja cinemática y en desconocimiento de antecedentes médicos, ante la presencia de una alteración en su estado mental, confusión o pérdida de conocimiento se deberán hacer pruebas de laboratorio para determinar si el paciente está experimentando una hipoglucemia, que altera el estado mental del paciente, será necesario administrar glucosa de inmediato.

La escala de Glasgow se realizará con el fin de clasificar el grado de traumatismo craneoencefálico, pudiendo ser grave cuando la escala es de 8 puntos o menos, traumatismo craneoencefálico moderado cuando la escala es entre 9 y 12 puntos y traumatismo craneoencefálico leve cuando es entre 13 y 15 puntos, se valora la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

El nivel de conciencia será valorado en la atención inicial a través de la escala AVDI, la misma nos da datos sobre el tipo de respuesta o no que da el paciente, A se encuentra alerta, V respuesta verbal, es decir si responde a órdenes, D respuesta al dolor, aquí el paciente no responde a la voz pero sí al dolor, I está inconsciente, es decir que este paciente se encuentra sin ningún tipo de respuesta, ni verbal ni dolorosa en pacientes que se categorizan en dé respuesta al dolor o inconsciente debe ser reevaluado continuamente porque pueden requerir una intervención en su vía aérea. (OMS, 2018)

El personal de enfermería que asista al paciente que ingresa a la sala de guardia deberá determinar su estado neurológico, estableciendo el estado de conciencia, identificar signos de focalización, buscando parálisis, debilidad, pérdida del control muscular, aumento y pérdida del tono muscular y movimientos involuntarios.

El método AVDI se determinará el nivel de conciencia durante la evaluación inicial, A, alerta, es decir que el paciente responde a todos los estímulos espontáneamente, V, responde

a estímulos verbales su respuesta es confusa, su estado de conciencia será de somnolencia, D, responde sólo a estímulos dolorosos su nivel de conciencia será de estupor, I, inconsciencia no responde a ningún estímulo es decir el paciente se encuentra en coma.

En pacientes que ingresan con traumatismo craneoencefálico, se podrá clasificar en traumatismo craneoencefálico grave, moderado y leve.

La escala de Glasgow se podrá evaluar la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora, si la escala nos arroja un valor de 8 puntos o menos, el paciente presenta un traumatismo craneoencefálico grave y estará la necesidad de asegurar la vía aérea definitivamente a través de intubación endotraqueal, entre 9 y 13 en punto se considera trauma craneoencefálico moderado, entre 14 y 15 puntos trauma craneoencefálico leve, se deberá tener la consideración que la escala de Glasgow puede ser útil en estos pacientes en una evaluación secundaria, la misma puede dar una mala interpretación en la evaluación primaria. la hipoperfusión, debido al shock se podrá hacer una mala interpretación de los datos obtenidos, ameritando que se reevalúe posterior a la resucitación del volumen

Las pupilas serán evaluadas y valoradas según el tamaño la simetría y su reacción a un estímulo luminoso alguna alteración no estaría indicando una un daño cerebral.

El estado de conciencia puede estar alterado en pacientes con hipoglucemia coma será necesario un análisis de laboratorio para determinar su glicemia en caso que presente bajos niveles de glucosa se administrarán inmediatamente.

Se prestará atención en pacientes que se evidencian bajo efectos de alguna sustancia psicoactiva o alcohol ya que la misma puede influir en el estado de conciencia. (Delgado Reyes, Ruiz Berrio, & Sáenz Montoya, 2012)

El déficit neurológico será evaluado a través del examen neurológico, luego de haber asegurado una vía aérea permeable, una ventilación adecuada y el control en la circulación con control de hemorragia si fuese necesario, tendrá relación directa con el deterioro neurológico

que pueden presentar algunos pacientes ante la disminución de la perfusión cerebral, brindando datos erróneos sobre el estado neurológico.

Al iniciar el examen neurológico, se evaluará el estado de conciencia, el tamaño y la reacción de las pupilas y en caso de paciente con trauma de cráneo, se procederá a una clasificación a través de la escala de coma de Glasgow.

El paciente que a su ingreso presenta parálisis, paresia o debilidad, se deberá sospechar una lesión en columna vertebral, se inmoviliza, con tabla espinal y collar cervical hasta descartar cualquier lesión por estudios complementarios.

Los pacientes que ingresan a la sala de guardia que presentan trauma de cráneo, según su morfología podrán ser cerrado o abierto, los primeros se deben a los que se denomina accidente en la vía pública (auto- auto, auto-moto, moto-peatón, bicicleta-auto etc.), caídas y contusiones, y trauma craneal abierto, el paciente ingresa por herida de arma de fuego o herida de arma blanca en esa región.

La escala de coma de Glasgow clasificará la gravedad del trauma craneal, la misma según el puntaje obtenido se clasificará en grave, moderado y leve, se evaluará la apertura ocular, la mejor respuesta motora y la mejor respuesta verbal.

La escala de coma de Glasgow sea entre 14 y 15 puntos se considerará un traumatismo craneoencefálico leve, estos pacientes presentan una evolución favorablemente y podrán presentar una amnesia en relación al trauma, quedando en observación en la institución.

La escala de coma de Glasgow sea que entre 9 y 13 puntos se considerará que el paciente presenta un traumatismo craneoencefálico moderado, su estado mental será de confusión y somnolencia, un bajo porcentaje de estos pacientes caen en coma, es decir que pasarán a clasificarse como grave. requieren pruebas de imágenes y evaluación por especialistas.

La escala de coma de Glasgow sea entre 3 y 8 puntos se considera un traumatismo craneoencefálico grave, estos pacientes presentan daño cerebral por lo tanto es imperioso el diagnóstico y tratamiento médico especializado para disminuir el riesgo de morir.

La evaluación neurológica continuará con el tamaño pupilar, su respuesta a un estímulo luminoso, que brindara datos importante sobre el daño cerebral si ha ocurrido, la dilatación unilateral de la pupila con una respuesta lenta o fija al estímulo de luz podrá ser característica de una herniación transtentorial, la dilatación bilateral con una respuesta al estímulo de luz lenta o fija será característica de una perfusión cerebral inadecuada, cuando se observe un tamaño pupilar unilateralmente dilatada o igual y hay una reacción cruzada al estímulo de luz, se podrá pensar en una lesión del nervio óptico, la constricción bilateral de las pupilas se podrá presentar en pacientes bajo los efectos de drogas (opiáceos).

En la atención inicial es muy importante mantener una buena presión de perfusión cerebral para que esto ocurra se deberá mantener una presión arterial adecuada, la presión de perfusión cerebral es la diferencia de la presión arterial media menos la presión intracraneal, será necesario la reevaluación de la valoración de la circulación y control de hemorragias para asegurar una perfusión adecuada a los órganos y así lograr una buena perfusión cerebral. (American College of Surgeons Committee on Trauma, 1997).

Una vez finalizada la valoración de la vía aérea con control de la columna cervical, en caso que el paciente haya ingresado por trauma, que ventile adecuadamente, asegurando un buen intercambio de gases, la circulación y control de hemorragia en caso que lo requiera, asegure una volemia adecuada para perfundir sangre a los tejidos y sobre todo a los órganos que se consideran vitales , como es el corazón, riñón, cerebro se evaluará su estado de conciencia a través del déficit neurológico, se deberá llegar a la última etapa del abordaje, en la revisión primaria, que será la exposición, está será realizada por el personal de salud, en busca de algún indicio que implique una injuria para el paciente, examinar sobre la camilla al

paciente es necesario, y detectar lesiones, reacciones alérgicas, edemas, heridas que no fueron visualizada en un primer momento, valorar el color de la piel de todo el cuerpo, buscar alguna deformidad en alguna extremidades, que nos indiquen, algún tipo de fractura, que debe ser inmovilizado, por lo tanto el paciente debe ser expuesto desnudo, resguardando su intimidad y que no sufra hipotermia.

El paciente debe valorar todo su cuerpo, por lo tanto, ante la movilización, para examinar su columna espinal, está debe ser en bloque, cuando el paciente presente trauma.

También debe retirar y no volver a usar ropa mojada, retirar anillos y todas las alhajas que pudiera presentar el paciente.

Ante la presencia de una urticaria generalizada, se sospecha una reacción alérgica y las erupciones, podría ser una infección sistémica.

La observación, con una mirada atenta podrá detectar marcas de agujas en brazos, piernas que pueden sugerir un consumo de drogas, es de vital importancia en pacientes que ingresan con un estado mental alterado. (OMS, 2018)

Durante esta fase de exposición debe ser considerada tan importante como las del resto de la evaluación primaria la misma consiste en un examen y una valoración del paciente este debe ser de vestido totalmente, en pacientes que ingresa por trauma el retiro de ropa se hará cortando la misma, el objetivo del mismo es detectar u obtener datos que a simple vista no se pudieron observar, cómo podrían ser hemorragias contusiones, excoriaciones, edemas hematomas coloración de la piel de su cuerpo de deformabilidad de algunos de sus miembros, también se podrá observar algún posicionamiento anormal de alguna extremidad todo esto dará estamos ante la presencia de una afección que podría poner en vida en riesgo su vida

En esta etapa lo que se debe evitar es la hipotermia por lo tanto será necesario cubrirlo una vez finalizada

La temperatura del ambiente deberá ser acorde para atender a pacientes hipotérmicos y no la comodidad del equipo que prevé la atención.

Los pacientes que ingresan por trauma y van a requerir una resucitación de líquido agresiva son pacientes que se van a encontrar hipotérmicos o que van a desarrollar esa hipotermia producto a este tratamiento por lo tanto será necesario que la administración de líquidos sea a una temperatura adecuada exceptuando líquidos sanguíneos que no podrán ser calentado. (American College of Surgeons Committee on Trauma, 1997).

Una vez que se ha realizado la valoración de la vía aérea, logrando la permeabilidad, y el control de la movilidad cervical en pacientes con trauma, se ha establecido una adecuada ventilación, un buen intercambio gaseoso, gracias a una buena volemia, que permitirá una perfusión sanguínea adecuada a través del control de la circulación y control de las hemorragias si las hubiese y la evaluación neurológica, se procederá a realizar la exploración como la última etapa de la revisión primaria.

El paciente que se encontrará en decúbito supino, deberá ser desvestido y se realizará la exploración en áreas del cuerpo que podrían no ser advertidas por el equipo de salud por la posición que presenta el paciente, una vez finalizada esta etapa, deberá ser cubierto para evitar riesgo a la hipotermia.

El paciente que ingresan con trauma y con un déficit en su volemia, parte de su tratamiento de resucitación líquida podrá disminuir la temperatura corporal, cómo también, la gravedad de las lesiones y el estado de inmovilización que se encuentra.

El ambiente, será tan importante como el resto de las medidas que se toman en estos pacientes, con una temperatura no adecuada, causará una hipotermia que la misma producirá una vasoconstricción periférica disminuyendo la perfusión periférica, esta disminuirá la perfusión tisular, produciendo ácido láctico, la cual producirá a este paciente una acidosis láctica metabólica.

Otra consecuencia de la acidosis láctica metabólica es la acidosis hiperclorémica, donde la disminución del pH, altera y aumenta los tiempos de coagulación, por estas causas será de suma importancia utilizar medios de calentamiento, vestir o tapar al paciente lo más rápido posible, como también respetar su intimidad.

La administración de líquido a una temperatura con el fin de evitar la hipotermia y así no producir más daño. (Delgado Reyes, Ruiz Berrio, & Sáenz Montoya, 2012)

Al ingreso del paciente al efector de salud, será a través del servicio prehospitalario, por familiares, policías, bomberos, vecinos o por el paciente mismo, en busca de atención. Determinando el motivo de ingreso registrado en la historia clínica, la misma se clasificará en heridas de armas blancas, heridas de arma de fuego y traumas cerrados.

Los traumas se categorizan en contusos o cerrado y/o penetrantes o abiertos, ambos lesionaran al individuo y la gravedad de la lesión depende en el contuso o cerrado por fuerzas de aceleración y desaceleración y la compresión, esta será con otros órganos o con alguna estructura del propio organismo, en cambio el trauma abierto o penetrante hay una discontinuidad en la piel, ocasionada por la lesión a consecuencia de las heridas de armas de fuego y las heridas de armas blancas, la gravedad de esa lesión dependerá del tipo del arma que se utilice, el largo, el ancho y el largor será determinante, de la misma manera en el trauma penetrante, la lesión dependerá el diámetro de la bala y la diferencia de distancia entre el que dispara y la persona que recibe el impacto. (Delgado Reyes, Ruiz Berrio, & Sáenz Montoya, 2012)

La enfermería como disciplina en la sala de guardia, ocupa un rol importante y decisivo, en la valoración inicial, tratamiento, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, como también en la reinserción a la sociedad de los usuarios que ingresen por diferentes traumas.

Con un sustento teórico y científicamente, su comienzo en la atención de los pacientes con traumas, fue a partir de la asistencia y del cuidado en sujetos durante la guerra, dando origen al postulado de Florence Nightingale, donde el cuidado era insuficiente, la falta de higiene, el hacinamiento de los heridos, la falta de ventilación e iluminación trajo como resultado altos índices de mortalidad en los soldados. Su trabajo como enfermera y matemática, pudo demostrar que morían más sujetos en los hospitales que en el campo de guerra, pero esas muertes se podrían evitar. Logró reformas sanitarias, haciendo así una disminución en la mortalidad de esos soldados, la observación será crucial para dar un adecuado cuidado, estableciendo las bases del método científico aplicado al cuidado de Enfermería, y esa observación es crucial en la valoración inicial del paciente en la sala de guardia. Ante ello, con un sustento teórico que aborda la mejora de la calidad de la atención inicial a pacientes ingresantes al servicio de guardia, la teoría de enfermería de Florence Nightingale emerge como un marco teórico relevante. Nightingale, pionera en la enfermería moderna, destacó la importancia del ambiente y las condiciones de salud en el proceso de curación. En este contexto, el presente estudio busca integrar los principios fundamentales de Nightingale. La aplicación del enfoque ABCD en la revisión primaria, centrado en la vía aérea, la respiración, la circulación y la discapacidad neurológica, se alinea con la preocupación de Nightingale por la creación de entornos saludables y la atención inmediata a condiciones que amenazan la vida, reflejando el cuidado preventivo y la urgencia en el abordaje.

La integración de la teoría de Nightingale refuerza la base conceptual de la investigación. Al seguir el enfoque ABCD, el estudio se enfoca en una práctica concreta que resalta la importancia de mantener un ambiente saludable, un principio central para Nightingale. Se busca no solo hacer frente a situaciones de emergencia, sino también elevar la calidad de la atención inicial mediante principios que resuenan con la visión de Florence Nightingale, quien consideraba que un entorno adecuado era esencial para el proceso curativo.

Esa valoración inicial, se tomará al sujeto como un todo, este tendrá necesidades humanas básicas insatisfechas, Virginia Henderson, propone que estas, podrán ser satisfechas a través del cuidado brindado por los enfermeros/as, proponiendo un modelo de cuidados dependientes en pacientes que presentan estas características (pacientes con trauma), tendrán en lo agudo muchas necesidades básicas no satisfechas, las mismas son necesidades que por algún motivo no sabe, no puede, no recibe ayuda necesaria para poder satisfacerla, siempre con un trato empático y respetuoso, respetando su cultura y costumbres, ver a la persona como ser integral, un ser bio-psico-social.

Se establecerán niveles en relación enfermero-paciente, estos serán, el nivel sustitución, realizando lo que el paciente no puede hacer en ese momento por sí solo, el paciente con trauma se encuentra inmovilizado, donde sus movimientos serán limitados y necesitará ser suplantado por el personal de salud, el nivel de ayuda, será llevando a cabo , las acciones que el usuario no puede realizar, un nivel de acompañamiento, ya que el ingreso en una sala de guardia el sujeto tendrá necesidades humanas no satisfechas.

El sujeto que concurre a la sala de guardia, estará padeciendo un dolor, un sufrimiento, donde encontrará personal de enfermería con una tendencia mecanizada y protocolizada del trabajo, algo que es necesario y beneficioso para brindar esa primera atención, ese primer cuidado, se correrá el riesgo de deshumanizar la atención brindada por el personal de enfermería, Jean Watson se referirá al trato humanizado, a la relación del cuidado humano, una unión con otra persona, incorporando un conocimiento holístico de numerosas disciplinas como es el arte, ciencias y humanidades.

Los factores del cuidado transpersonal, serán, la satisfacción al prestar ayuda, realizar el trabajo en caridad, de la manera que el sujeto está conforme con la atención recibida, el respeto de la creencia religiosa que posee el sujeto, permitir que se exprese, esto ayudará a mejorar el cuidado. Este deberá efectuarse dejando de lado todas las emociones negativas, tanto

del trabajo como de la vida personal de cada personal de salud que brinda el cuidado, establecer empatía, confianza, ser comunicativo, ser honesto, no faltar a la verdad, será la base de una buena relación con el sujeto de atención, también será necesario poder comprender e interpretar la expresión, los sentimientos, positivos y negativos, las emociones de miedo, del mismo modo dejar que se exprese libremente.

Los seres humanos no podrán ser tratados como objetos, serán vistos como un todo, donde se tendrá en cuenta su personalidad, sus ideales, su percepción del mundo exterior, la relación con los otros. Este sujeto de atención será visto como una unidad mente/cuerpo/espíritu y naturaleza.

El personal de enfermería, más allá de la situación que presente el paciente deberá brindar educación, por lo tanto, estos deberán estar actualizado para poder brindar una enseñanza. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2010)

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se llevará a cabo será con un abordaje metodológico cuantitativo, ya que el mismo derivará de un objetivo y preguntas de investigación, donde reflejará la necesidad de medir y estimar magnitudes del problema de investigación, debiendo ser lo más objetiva posible. Durante la etapa de planificación se realizarán, la selección de las variables en estudio, delimitación del problema, formulación del problema, formulación de la hipótesis, formulación del objetivo general y los específicos, los mismos tendrán relación con el marco conceptual y las operacionalizaciones de las variables e indicadores, donde se construirá un instrumento para la recolección de datos. A partir de la etapa de ejecución, se comenzará con

la recolección de datos, se analizará las mediciones obtenidas, utilizando métodos estadísticos. (Hernández Sampieri, Fernández , & Baptista Lucio, 2014)

El tipo de estudio será observacional, porque las variables se estudiarán tal como se presentan, se observará los fenómenos tal como se den en su entorno natural, sin manipulación por parte del investigador de las mismas; será descriptivo, ya que se determinarán la situación de las mismas en las poblaciones de estudio, la presencia o ausencia de algunas de ellas, en un lugar o tiempo determinado, la frecuencia que ocurre el fenómeno, pudiendo surgir la asociación entre estas. Se pretenderá medir la Calidad de Atención Inicial Brindada por los enfermeros, motivo de ingreso, tipo y localización anatómica de la lesión, en los pacientes que ingresan a la guardia de un efector municipal de Rosario, en el primer semestre del año 2024.

Según la cantidad de medición de las variables, el estudio será transversal, ya que se realizará una única medición de las mismas. También será prospectivo, ya que los datos serán recolectados en base a la observación de los hechos a medida que ocurren.

Sitio o contexto de la investigación

Para el presente estudio se determinará el sitio y contexto de la investigación donde se llevará a cabo, el cual, el sitio será un Hospital público de segundo nivel de atención de dependencia municipal de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. El contexto será la sala de guardia del mencionado efector.

Descripción del sitio

Para la selección del sitio donde se realizará la investigación se aplicó una Guía de Convalidación de sitio, en la cual fueron entrevistados el jefe del Departamento de Enfermería y la Jefa de Enfermería del servicio de guardia. Los resultados del estudio exploratorio, permite su selección ya que se encuentran los criterios de elegibilidad necesarios.

El sitio seleccionado es un hospital público de segundo nivel de atención perteneciente a la Municipalidad de Rosario.

De acuerdo a las estadísticas provistas por los informantes, hay un promedio de 90 a 100 consultas diarias en sala de guardia, teniendo un alto índice de pacientes que se atienden por heridas de armas de fuego, armas blancas, y como también por diferentes tipos lesiones por de traumas.

La estructura edilicia de la sala de guardia cuenta con 4 consultorios de los cuales, dos están preparados como shock room, los restantes se utilizan para consultas de baja complejidad, cuenta con una sala transitoria provista con 5 camas, de las cuales en caso de requerir aislamiento respiratorio cuenta con un lugar para dicho fin. La sala de guardia se ubica en el centro del hospital, posee un pasillo que lo comunica directamente con diagnóstico por imágenes y la salida al exterior es de rápido acceso, donde se encuentra una ambulancia del 107, la misma pertenece a la Municipalidad de Rosario y es la que se encarga del traslado del paciente en caso de requerir una atención en un efector de mayor complejidad.

El servicio cuenta con una dotación de 20 enfermeros, de los cuales hay una enfermera con funciones no asistenciales, estas son: reposición de material, pedido de insumos a farmacia y esterilización, control del instrumental (DEA, laringoscopios, electrocardiógrafos, multiparamétrico, etc.), conteo de ampollas y control de los carros de urgencias, y una enfermera jefa, la cual cumple tareas de gestión.

La sala de guardia es amplia con buena iluminación, cuenta con 2 shock room, los mismos están equipados con un carro de urgencias donde en su interior se encuentran medicación e instrumental para asegurar la vía aérea. También dispone de un cardiodesfibrilador, un electrocardiógrafo, equipo multiparamétrico, panel de oxígeno central y aspiración, equipos porta sueros, camilla acorde para la atención de las emergencias y suficiente material descartable, se observó que la misma es amplia e iluminada.

La jornada laboral es de seis horas con turnos rotativos, la dotación diaria de los enfermeros/as es de tres por turno.

La antigüedad promedio ronda en unos 6 años en el servicio y una antigüedad en la profesión de 12 años aproximadamente en promedio, están bajo la coordinación de una jefa de servicio, que responde a una supervisión dependiente del Departamento de Enfermería del hospital, y ésta responde a la Dirección de Enfermería de la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. De la totalidad de los enfermeros 15 cuentan con títulos de grados, 3 en etapa de formación de grado y los restantes son enfermeros profesionales.

El perfil que busca la institución para ser parte del equipo de enfermería de la sala de guardia es que los/las enfermeras/os sean independientes y una base sólida en conocimientos para poder tomar decisiones.

Los registros son llevados a cabo en el report lo más relevante y en la historia clínica del sujeto que se brindó la atención. Se realizan reuniones mensuales, con temas de diferente interés, no hay capacitación ni protocolos sobre la atención inicial, heridas de armas de fuego ni heridas de arma blanca.

Hay una participación de partes de enfermería, en mayor medida de la jefatura en las tomas de decisiones, respecto al trabajo en equipo, y se manifestó que no se realizan auditorías internas sobre la calidad de atención inicial periódicamente, pero si se realiza un seguimiento a la evolución a algunos sujetos que recibieron esa atención inicial.

Contexto de estudio: Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad son, el espacio físico, la presencia de la población con sus características para el desarrollo del estudio, las mismas serán, una primera población formada por los enfermeros/as que cumplan funciones asistenciales en la sala de guardia. Una segunda población serán los pacientes que cumplirán con determinadas características; pacientes que su causa de ingreso será por, Heridas de Armas de Fuego, Heridas de Armas Blancas y Traumas

Cerrados, donde el tipo de lesión serán las Heridas Cortantes, Punzantes, Punzocortantes, Contuso cortante y/o Contusiones; según la localización anatómica de la lesión serán en Cráneo, Cuello, Tórax, Abdomen, Pelvis, Miembros superiores o Miembros inferiores.

Se contará con las variables en estudio y la autorización del efector para acceder. El lugar corresponde a un hospital público de segundo nivel, perteneciente a la Municipalidad de Rosario, el mismo se ubica en la zona norte de la ciudad de Rosario, la misma da cobertura a gran parte de la población, es de fácil accesibilidad geográfica.

Población y muestra

Para el estudio se contará con dos poblaciones.

La primera población estará constituida por la totalidad de los enfermeros asistenciales del servicio de guardia, siendo un total aproximado de 20 participantes, ante esto, no se realizará muestreo y se tomará el total de la población ya que será factible ser abordada.

La segunda población estará constituida por todos los pacientes que ingresen al servicio de guardia que cumplan con los criterios de inclusión/exclusión establecidos. Será alrededor de 90 pacientes, a través de una aproximación de los datos aportados durante el estudio exploratorio. Ante ello, se utilizará un tipo de muestreo No probabilístico ya que no se puede dar la misma probabilidad a cada unidad de análisis de ser parte de la muestra; seleccionados mediante una técnica accidental ya que son seleccionadas ante la presencia de ciertas características y por conveniencia del investigador.

Las unidades de análisis estarán formadas por:

- Cada uno de los Enfermeras/os asistenciales, con más de dos años de antigüedad en el servicio y que no estén próximo a jubilarse.
- Cada uno de los pacientes que ingresan a la sala de guardia, con herida de arma blanca, herida de arma de fuego y traumas abiertos y/o cerrados. Se excluirán

los pacientes que ingresen sin signos vitales y los que hayan recibido atención prehospitalaria

Con respecto a la validez externa, los resultados se podrán generalizar solo a la población de estudio, ya que existen limitaciones para poder generalizarlos, debido a que se realizará en una sola institución y las unidades de análisis serán seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico, lo que implica que dicha muestra no sea representativa y no se pueda calcular con precisión el error estándar.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para medir las variables en estudio, y en relación a la operacionalización de las mismas, se utilizará la técnica de Observación utilizando como instrumentos una lista de cotejo. Se valorará la presencia o ausencia de un procedimiento, lo realizará el investigador, mediante una escala dicotómica, cuyas respuestas serán SI o NO, marcando con una X, cuando el procedimiento se realice o no. También contará con una columna de observación por cada respuesta en caso de ser necesario, para señalar algo relevante.

Para la medición de la variable Calidad de atención inicial brindada por el personal de enfermería y el motivo de ingreso según tipo y localización anatómica de la lesión en los pacientes que ingresan a la guardia de un efector municipal de Rosario, en función a la bibliografía recabada sobre la atención inicial, que reciben los pacientes que ingresan a un efector de salud, por heridas de armas de fuego, blanca y traumas cerrados, bajo el sustento de lo que describe el programa avanzado de apoyo vital en trauma para médicos y la organización mundial de la salud.

El autor del presente proyecto elaboró el instrumento en función del programa avanzado de apoyo vital en trauma. (American College of Surgeons Committee on Trauma, 1997).

El mismo consta de cinco (5) dimensiones, Vía Aérea y Control de la Columna Cervical, Respiración y Ventilación, Circulación con Control de Hemorragia, Déficit

Neurológico y Exposición. Constituido por un total de veintinueve (29) ítems. El mismo consta de instrucciones para su llenado la cual será mediante una escala dicotómica, marcando con una (X), por un SI o NO, contará con una columna de observación por cada respuesta en caso de ser necesario señalar algo relevante

Para determinar el Motivo de Ingreso, Tipo de Lesión y Localización Anatómica de la misma, se utilizará una lista de cotejo, donde se observará el dato que figure en la historia clínica, mediante una escala dicotómica, marcando con una (X), SI o NO, contará con una columna de observación por cada respuesta en caso de ser necesario señalar algo relevante.

La técnica e instrumento creado, ha de cumplir con determinados requisitos, estos son de validez, confiabilidad y la precisión. Una vez cumplidos estos requisitos, la observación dará las siguientes ventajas:

- ✓ Se va a observar de manera natural los acontecimientos.
- ✓ Describe los hechos de manera exacta.
- ✓ Obtiene elementos significativos desde una perspectiva específica
- ✓ Al considerar dimensiones e indicadores.
- ✓ Representa un bajo costo monetario y material para el investigador.

Sus desventajas serán las siguientes:

- ✓ Puede existir una falta de dominio de los indicadores a observar.
- ✓ Existen variables difíciles de observar, lo que puede causar confusión.
- ✓ Se corre el riesgo de sesgar lo observado.
- ✓ Se pueden emplear juicios erróneos al no vincular de manera adecuada los indicadores con la realidad.

El instrumento, utiliza una guía diseñada previamente donde se especifican los elementos que serán observados. El mismo indica la presencia o ausencia de un aspecto o conducta a ser observada.

Decisiones en función al análisis de resultados de la prueba piloto

Con la finalidad de identificar, el buen funcionamiento del instrumento, los aspectos que pudieran resultar pocos claros en el momento de su administración, se realizó la prueba piloto, en la sala de guardia de un hospital público de segundo nivel, perteneciente a la Municipalidad de Rosario, con previa autorización del Departamento de Enfermería. La misma fue aplicada en tres paciente y tres enfermeros con similares características a la población de estudio y que no formaran parte de la investigación. Para ambas poblaciones se realizó una explicación del proyecto, los objetivos del mismo y la importancia de aplicarla la presente prueba. En un tiempo de 15 minutos aproximadamente en cada caso, previo consentimiento informado, en pacientes consientes, ubicados temporoespacialmente. En caso de no ser posible se pedirá la autorización del consentimiento informado al familiar responsable que acompañe al paciente. Se procedió a realizar la observación directa, con la lista de cotejo a cargo del investigador del proyecto.

La recolección de los datos demando aproximadamente 50 minutos, esta observación se la realizo durante la atención del paciente que presento las características que se pretenderá a estudiar.

Esta prueba permitió conocer que no fue necesario introducir modificaciones al instrumento, donde el ordenamiento y la presentación de las preguntas fueron adecuados, el tiempo fue correcto. Contando con estos resultados el instrumento se podrá aplicar a las poblaciones del proyecto de investigación.

Se pudo determinar cuáles fueron las preguntas o ítems están mal formulados, incomprensibles, los que cansan o molestan y causan incomodidad al sujeto de estudio. Determinando el correcto ordenamiento y presentación de las preguntas o ítems, las opciones de respuestas, asignadas, son las adecuadas para medir las variables en estudio. Las

instrucciones formuladas para su llenado son suficientes y precisas, de acuerdo a la bibliografía que ha leído.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos será realizada por el investigador y dos colaboradores, los mismos serán personal de enfermería de otras áreas de trabajo, se dispondrán los fines de semana y feriados en horarios nocturnos y diurnos respectivamente.

Se pactarán 3 encuentros previos de 1 hora cada uno, donde se le explicará la forma de recolectar los datos, cuyo objetivo es evitar sesgo, unificando criterios.

Esta observación se realizará directamente sobre los enfermeros/as de la sala de guardia, durante la atención de los diferentes pacientes que integran la población de estudio.

Consideraciones Éticas

Este trabajo de investigación tendrá las condiciones éticas plasmada según la resolución: 1480/2011, que se aplicarán desde el inicio hasta el final del estudio siendo estas:

Justificación ética y validez científica: se realizará la investigación mediante el sustento de conocimiento científico, se leerán artículos científicos, de revistas, tesis, sobre el tema a investigar, atención inicial durante la emergencia en pacientes que presentes heridas de armas de fuego, blanca y traumas cerrados. Se respetará la decisión de las personas que quieran o no formar parte del estudio, será de manera voluntaria y contará con toda la información necesaria sobre la investigación.

Evaluación ética y científica: se detallará de manera detallada, clara, exhaustiva y completa los aspectos metodológicos del estudio, la información destinada a los participantes se someterá a evaluación y aprobación del comité de ética en investigación de la institución. Como así también se comunicará, periódicamente los hallazgos, buscando que, con los resultados, mejorar la atención inicial brindada por los enfermeros de dicha institución.

Consentimiento informado: teniendo en cuenta el principio de autonomía de los participantes, van a decidir si quieren o no participar de la investigación, El mismo se dará en formato papel, en el cual tendrán que firmar si acepta o no, ser parte de la investigación, además debe ser claro y comprensible que garantice que los participantes estén plenamente informados sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos de la investigación. En caso que el paciente por la gravedad de su afección no pueda comprender, se pedirá la siguiente autorización al familiar responsable que acompañe al paciente.

Beneficios y riesgos de la investigación: no habrá riesgos, ya que se realizará una observación y no una intervención sobre las personas, se obtenga un beneficio que será mejorar la calidad inicial en la atención en la población estudiada.

Selección de los participantes: se seleccionarán en función de los objetivos y el diseño de la investigación.

Confidencialidad de la información: se garantizará la confidencialidad y la privacidad de la información de los participantes en el estudio no se utilizará los datos personales de ningún participante, será de forma anónima.

Conflicto de interés: se respetará los derechos, dignidad, valores, intereses, el bienestar, la integridad física y mental de todos los participantes de la investigación, por encima de cualquier interés financiero, científico, social o de otro tipo. El interés de proteger a los participantes y obtener un conocimiento válido prevalecerá siempre sobre cualquier otro interés.

Manejo de datos y resultados: se archivarán y registrarán de tal forma, que permitirá su interpretación y verificación. Estos datos recabados sólo se utilizarán para este proyecto de investigación.

Plan de Análisis

El plan de análisis, en la planificación, se determinará la forma y manera en que se llevará a cabo la recolección de datos y luego en la etapa de ejecución, serán analizados.

Finalizada la actividad en el campo, aplicando el instrumento y con previa codificación, se realizará el agrupamiento de los datos que serán transferidos a una matriz, se utilizará el programa de análisis de datos Excel y los mismos serán volcados a tablas y gráficos para una mayor comprensión de los resultados.

Los datos serán organizados y se utilizará la estadística descriptiva mediante las pruebas estadísticas como, las medidas de tendencia central moda, mediana, promedio, distribución de frecuencias, lo cual será representado a través de gráfico de barra adosada, barra simple y circular.

Para la variable: Calidad de Atención Brindada, gráfico de barras adosadas, para la variable: Localización Anatómica de la Lesión, será, gráfico de barras simples y para las variables: Motivo de Ingreso y Tipo de Lesión, será, gráfico circular.

El tipo de análisis, según los objetivos específicos: serán univariado y multivariado y desde la base de datos se cruzarán determinando las relaciones entre muchas variables.

Para determinar la relación entre las variables cualitativas complejas, se realizará la reconstrucción de las mismas por medios de índices.

Para la variable Calidad de Atención Inicial Brinda, con escala de medición ordinal, se realizará la siguiente codificación. (SI)=2, (NO)= 1

Se establecerán índices según sus dimensiones, Vía Aérea y Control de la Columna Cervical, Respiración y Ventilación, Circulación con Control de Hemorragia, Déficit Neurológico y Exposición.

- Para la valoración de la Calidad de Atención Inicial de la Vía Aérea y Control de la Columna Cervical se observarán 6 procedimientos, los mismos tendrán una puntuación máxima de 12 y una mínima de 6.

- Para la valoración de la Calidad de Atención Inicial en la etapa de Respiración y Ventilación se observarán 5 procedimientos, los mismos tendrán una puntuación máxima de 10 y una mínima de 5.
- Para la valoración de la Calidad de Atención Inicial en la etapa, Circulación con Control de Hemorragia, se observarán 10 procedimientos, los mismos tendrán una puntuación máxima de 20 y una mínima de 10.
- Para la valorar la Calidad de Atención Inicial durante la etapa del Déficit Neurológico, se observarán 5 procedimientos, los mismos tendrán una puntuación máxima de 10 y una mínima de 5.
- Para la valorar la Calidad de Atención Inicial durante la Exposición, se observarán 3 procedimientos, los mismos tendrán una puntuación máxima de 6 y una mínima de 3.

La reconstrucción de la variable será la siguiente:

Se reconstruirá a través de la siguiente escala:

Valoración de la Calidad de Atención inicial de la Vía Área y Control de la Columna Cervical.

- Eficiente (entre 11-12)
- Satisfactoria (entre 9-10)
- Deficiente (entre 6-8)

Valoración de la Calidad de Atención inicial durante la etapa de Respiración y Ventilación.

- Eficiente (10)
- Satisfactoria (entre 8-9)
- Deficiente (entre 5-7)

Valoración de la Calidad de Atención inicial durante la etapa de la Circulación con Control de Hemorragia.

- Eficiente (entre 18-20)
- Satisfactoria (entre 15-18)
- Deficiente (entre 10-14)

Valoración de la Calidad de Atención inicial durante la etapa del Déficit Neurológico.

- Eficiente (entre 9-10)
- Satisfactoria (entre 7-10)
- Deficiente (entre 5-6)

Valoración de la Calidad de Atención inicial durante la etapa de la Exposición.

- Eficiente (6)
- Satisfactoria (5)
- Deficiente (entre 3-4)

Se analizará de la siguiente manera:

Calidad de Atención Inicial Brinda:

- La Calidad de Atención Inicial Brinda es EFICIENTE (entre 49-58)
- La Calidad de Atención Inicial Brinda es SASTIFASTORIA (entre 39-48)
- La Calidad de Atención Inicial Brinda es DEFECIENTE (entre 29-38)

Al finalizar el análisis y la interpretación de los datos se procederá a la elaboración de la discusión y conclusión, culminando con la redacción del informe final.

Referencias bibliográficas

Álvarez Eugenio, A., Centeno Dávila, S., & Mora Veintimilla, G. (Agosto de 2022). Proceso de atención de enfermería en paciente con trauma abdominal penetrante por arma de fuego. *Revista científico - profesional*, 7(8), 1271-1291. Recuperado el 10 de Diciembre de 2023, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9042816>

Álvarez, V. M., & Pérez Denis, A. (junio de 2020). Factor tiempo en la atención inicial del paciente politraumatizado. *Rev. medica electron*, 42(3), 1-11. Recuperado el 25 de abril de 2023, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1127042>

American College of Surgeons Committee on Trauma, (1997). Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma Para Médicos. Colegio Americano de Cirujanos, Estación de Destreza II: MANEJO DE LA VÍA AEREA Y DE LA VENTILACION, (sexta ed., págs.77-91)

American College of Surgeons Committee on Trauma, (1997). Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma Para Médicos. Colegio Americano de Cirujanos., Generalidades del Curso: El Propósito, la Historia y Conceptos del Programa ATLS Para Médicos, (sexta ed., págs. 10-21)

American College of Surgeons Committee on Trauma, (1997). Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma Para Médicos. Colegio Americano de Cirujanos., MANEJO DE LA VÍA AEREA Y DE LA VENTILACION, (sexta ed., págs.61-76)

American College of Surgeons Committee on Trauma, (1997). Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma Para Médicos. Colegio Americano de Cirujanos, SHOCK, (sexta ed., págs.93-132)

American College of Surgeons Committee on Trauma, (1997). Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma Para Médicos. Colegio Americano de Cirujanos, TRAUMA CRANEOENCELAFICO, (sexta ed., págs.193-229)

- Bazan, P. L., Cortes Luengo, C., Borri, Á. E., Medina, M., Ciccio, N. M., Poza Roman, D. D., . . . Belloni Barreto, A. (2023). Lesiones vertebrales postraumáticas. *Revista de la Asociacion Argentina de Ortopedia y Traumatologia*, 88(2), 138-147. Recuperado el 25 de Abril de 2023, de <https://raaot.org.ar/index.php/AAOTMAG/article/view/1510/5160>
- Cáceres Herrera, A. S., & Asturias, S. M. (2021). Las simulaciones de pacientes politraumatizados mejoran el conocimiento y el criterio de aplicación de triaje en estudiantes de sexto año de la facultad de medicina de la Universidad Francisco Marroquín. *Rev. guatemalteca cir*, 27(1), 38-42. Recuperado el 20 de Abril de 2023, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1372281>
- Calvo, M. L., Fontanela, C., & Murujosa, P. S. (2023). *Informe de siniestralidad vial fatal Año 2022*. Buenos Aires: Ministerio de Transporte Argentina. Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/12/ansv_inf_siniestralidad_vial_fatal_2022.pdf
- Delgado Reyes, M. A., Ruiz Berrio, M., & Sáenz Montoya, X. (Septiembre-Diciembre de 2012). Prioridades iniciales de enfermería en el paciente con trauma. *Revista Avances en Enfermería*, 30(3), 118-134. Recuperado el 09 de Agosto de 2023, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8990943>
- Flores González, E., Espinoza Charriera, P., González Trujillo, C., Hernández Rivas, S., & Barría Pailaquilen, R. M. (Agosto de 2020). Eficiencia del Sistema de Triage en un Servicio de Emergencia Hospitalario. *CuidArte*, IX(18), 46-54. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2020/cui2018e.pdf>
- Frank, S., Cavallaro, R., Sanchez, S., Tulli, A., Griglio, A., & Koll, F. (2020). Evaluación de lesiones de la columna cervical en pacientes con politraumatismos, en el Servicio de

- Urgencias. *Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología.*, 86(1), 71-76. Recuperado el 01 de abril de 2023, de <https://raaot.org.ar/index.php/AAOTMAG/article/view/1111/3824>
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta. ed.). Mexico: McGraw-Hill. Obtenido de https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Humet, C., Carrasco, G., Ignacio, E., Lledó, R., Lorenzo, S., Mira, J., . . . Solsona, F. (2001). Calidad Asistencial. (A. Nexus, Ed.) *Revista de ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL*, 16(1). Recuperado el 20 de Septiembre de 2023, de <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
- Laura Pariente Juste, M. K. (2021). Índices de shock prehospitalario y hospitalario como predictores de transfusión masiva en la atención inicial del paciente politraumático. *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.*, 33(1), 29-34. Recuperado el 25 de Abril de 2023, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-202133>
- Leorza, A., Escalante, C., San Martín, M., & Ghiberto, L. (2023). *INFORME MENSUAL SOBRE PERSONAS HERIDAS POR ARMAS DE FUEGO EN CIUDAD DE SANTA FE Y ROSARIO (SEPTIEMBRE 2023)*. Santa Fe, Rosario: Observatorio de Seguridad Pública de la provincia de Santa Fe. Obtenido de <https://www.santafe.gob.ar/ms/osp/informes/informe-mensual-sobre-personas-heridas-por-armas-de-fuego-en-ciudad-de-santa-fe-y-rosario-septiembre-2023/>
- OMS. (2007). <https://www.who.int/es>. Recuperado el 30 de MAYO de 2023, de <https://www.who.int/es>

- OMS. (30 de Octubre de 2018). *Atención básica de emergencia: abordaje de lesionados y enfermos agudos*. (N. R. Teri Reynolds, Ed.) Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado el 01 de Agosto de 2023, de <https://www.who.int/es/publications/i/item/basic-emergency-care-approach-to-the-acutely-ill-and-injured>
- OMS. (11 de Agosto de 2020). Servicios sanitarios de calidad. Recuperado el 21 de Septiembre de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- OMS. (2022). Qué es urgencia y emergencia según la oms. *Euroinnova*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2023, de <https://www.euroinnova.com.ar/que-es-urgencia-y-emergencia-segun-la-oms>
- Orlas, C., Manzano-Núñez, R., Herrera, J., García, A., Muñoz, D., Chica, J., . . . Ordóñez, C. (Agosto de 2018). Control prehospitalario de la hemorragia en pacientes de trauma: una estrategia de prevención secundaria factible para países de bajos y medianos ingresos. *Rev Colomb Cir*, 371-379. Recuperado el 10 de Agosto de 2023, de <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/84/69>
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2010). *Modelos y Teorías en enfermería* (septima ed.). Barcelona: EdíDe, S.L. Recuperado el 23 de Septiembre de 2023, de file:///D:/Downloads/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medi.pdf
- Roux, G., Hermoso, A., & Domínguez, P. S. (2021). CARACTERIZACIÓN DE LESIONES POR ARMA BLANCA Y DE FUEGO ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE ADULTOS DE LA CIUDAD DE CORRIENTES DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2021, EN EL MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19. *Libro de Artículos Científicos en Salud*, 22-26. Recuperado el 20 de Abril de 2023, de https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/2022_06.pdf

- Sánchez Onrubia, I., Monedero La Orde, J., Heras Segovia,, L., Gómez Cuenca, E., Elena Bleda Rodríguez-, V., & Navarro Rodenas, E. (Mayo de 2023). Triage en Urgencias: evaluación y cumplimiento de tiempos máximos de atención. *Metas enferm*, 26(4), 7-12. Recuperado el 20 de Abril de 2023, de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-220018>
- Sosa Torres, A., De la Paz Rodruiguez, A., & Perez Linares, K. (2022). Caracterización de lesionados atendidos con heridas por arma de fuego en el Hospital Joaquín Albarrán. *Universidad Médica Pinareña*, 18(3), 1-10. Recuperado el 26 de Abril de 2023, de <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/886>

Anexo I:Aval institucional

FCM Facultad de Ciencias
Médicas - UNR

2022 - "Las Malvinas son argentinas"

Quien suscribe, Profesora, Mg. Rosana Nores, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que **MATIAS DAMIAN WARNER** es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Por lo que para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera la estudiante deberá en primer lugar entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información que le permita tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería.

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 01 De Agosto de 2023.

Se autoriza la solicitud

16/10/2023

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr Tel.
341 4804558 Fax 341
4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

ACOSTA SIMÓN
LIC. EN ENFERMERIA
Mat. 5502

Lic. J. Bruno Almonacid
Jefe de Departamento de Enfermería
Mat. 3161
Hospital J. B. Alberdi

Anexo II

Operacionalización; Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado

Operacionalización de las Variables.

Variable 1: Calidad de atención inicial brindada. Cualitativa-compleja-dependiente-escala de medición ordinal.

Definición Conceptual: La hora dorada o la hora de oro, es una cuenta regresiva que se inicia una vez ocurrido un siniestro, la misma no se limita a un periodo fijo de 60 minutos, se enfoca en tratar a la mayor brevedad posible la o las situaciones que ponen en peligro la vida del sujeto, ese tiempo es clave y puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte. La calidad de atención que es brindada por el personal de salud tiene como principal objetivo mantener, restaurar y promover la salud priorizando, la valoración de la vía aérea y control de la columna cervical, respiración y ventilación, valoración de la circulación con control de hemorragia, déficit neurológico y exposición (American College of Surgeons Committee on Trauma, 1997). (OMS, 2007).

Dimensión 1: Valoración de la Vía Aérea y Control de la Columna Cervical.

Indicadores:

1. Responde al interrogatorio
2. Signos de obstrucción de la vía aérea.
3. Signos de alteración de la vía aérea (Disfonía, estridor, etc.)
4. Inmovilización de columna cervical. (collar- manual)
5. Alineación de cabeza- cuello-tronco
6. Reevaluación frecuente de la vía aérea.

Dimensión 2: Respiración y Ventilación.

Indicadores:

7. Exponer el tórax del paciente.
8. Valoración de los parámetros respiratorios.
9. Saturación de oxígeno.
10. Simetría de los movimientos torácicos.
11. Examen físico en región del tórax.

Dimensión 3: Valoración de la Circulación con Control de Hemorragia.

Indicadores:

12. Control de signos vitales (FC-TA-pulso)
13. Signos y síntomas de alteración del estado de conciencia (hipoperfusión)
14. Coloración de piel y mucosas.
15. Temperatura de la piel.
16. Control de llenado capilar.
17. Valoración de Pulsos centrales. (femoral y carotídeo)
18. Clasificación de la gravedad de la hemorragia.
19. Canalización venosa.
20. Extracción de muestras de laboratorio.
21. Administración de líquidos.

Dimensión 4: Déficit Neurológico.

Indicadores:

22. Nivel de conciencia. (método AVDI)
23. Identificación de signos de focalización. (parálisis, debilidad, pérdida de control muscular, aumento y pérdida del tono muscular, movimientos involuntarios).
24. Valoración de pupilas (tamaño, reacción pupilar, simetría).
25. Examen toxicológico.
26. Control de glicemia.

Dimensión 5: Exposición.

Indicadores:

27. Desvestir al paciente.

28. Examen cefalocaudal.

29. Evitar la hipotermia.

Variable 2: Motivo de Ingreso. Cualitativa-simple-independiente-escala de medición nominal.

Definición Operacional: Causa que motiva el ingreso del paciente al efector de salud según se registra en la historia clínica.

Indicadores:

1. Heridas de arma de fuego.
2. Heridas de arma blanca.
3. Traumas cerrados.

Variable 3: Tipo de Lesión. Cualitativa-simple-independiente-escala de medición nominal.

Definición Operacional: Daño que ocurre en el cuerpo, producto del traumatismo cerrado y/o abierto, recabado en la historia clínica.

Indicadores:

1. Herida cortante.
2. Punzante.
3. Punzocortante.
4. Contuso cortante.
5. Contusiones.

Variable 4: Localización anatómica de la lesión: Cualitativa-simple-independiente-escala de medición nominal.

Definición Operacional: Región del cuerpo en la que se presenta la lesión o lesiones que dañan a la salud según se encuentra registrado en la historia clínica.

Indicadores:

1. Cráneo.
2. Cuello.
3. Tórax.
4. Abdomen.
5. Pelvis.
6. Miembros superiores.
7. Miembros inferiores.

Instrumentos:

Lista de cotejo: será el instrumento para valorar la presencia o ausencia de un procedimiento, lo realizará el investigador, mediante una escala dicotómica, cuyas preguntas serán SI o NO, marcando con una X, cuando el procedimiento se lleve a cabo o no se lleve a cabo, también contará con una observación por cada respuesta en caso de ser necesario señalar algo relevante. Se valorará la Calidad de Atención Inicial Brindada.

FECHA: __/__/____.

Valoración de la Vía Aérea y Control de la Columna Cervical	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Se interroga al paciente			
2. Se detectan signos de obstrucción en la vía área			
3. Se detecta alteración de la vía área			

4. Se inmoviliza al paciente			
5. Se realiza la alineación cabeza-cuello-tronco			
6. Se reevalúa nuevamente la vía aérea			

Respiración y Ventilación	SI	NO	OBSERVACIONES
7. Se expone el tórax			
8. Se valoran los parámetros respiratorios			
9. Se mide la saturación de oxígeno			
10. Se observa la simetría de los movimientos torácicos			
11. Se realiza el examen físico de la región del tórax			

Valoración de la Circulación con Control de Hemorragia	SI	NO	OBSERVACIONES
12. Se realiza los controles de signos vitales			
13. Se detectan signos y síntomas de alteración del estado de conciencia			
14. Se detectan cambios en la coloración de la piel y mucosas			
15. Se detectan cambios en la temperatura de la piel			
16. Se realiza el control de llenado capilar			

17. Se valoran los pulsos centrales			
18. Clasifican la gravedad de la hemorragia			
19. Se canaliza la vena			
20. Se realizan extracciones de sangre			
21. Se administran líquidos prescritos			

Déficit Neurológico	SI	NO	OBSERVACIONES
22. Se realiza la valoración del nivel de conciencia			
23. Se identifica signos de focalización			
24. Se realiza la valoración de las pupilas			
25. Se realiza examen toxicológico			
26. Se realiza el control de glicemia			

Exposición	SI	NO	OBSERVACIONES
27. Se desviste al paciente			
28. Se realiza un examen cefalocaudal			
29. Se toma alguna medida para evitar la hipotermia			

La siguiente lista de cotejo, será utilizada por el investigador donde se determinará el Motivo de Ingreso, donde se valorará la causa que motiva el ingreso, según se registre en la historia clínica, mediante una escala dicotómica, marcando con una (X), SI o NO,

dependiendo el motivo de ingreso a la institución, también contará con una observación por cada respuesta en caso de ser necesario señalar algo relevante.

Motivo de Ingreso	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Herida por arma de fuego.			
2. Herida por arma blanca.			
3. Traumas cerrados.			

La siguiente lista de cotejo, será utilizada por el investigador donde se determinará el Tipo de Lesión, donde se valorará tipo de lesión que motiva el ingreso, según se registre en la historia clínica, mediante una escala dicotómica, marcando con una (X), por SI o NO, dependiendo el tipo de lesión que presente, también contará con una observación por cada respuesta en caso de ser necesario señalar algo relevante.

Tipo de Lesión.	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Herida cortante			
2. Punzante			
3. Punzocortante			
4. Contuso cortante			
5. Contusiones			

La siguiente lista de cotejo, será utilizada por el investigador donde se determinará, la Localización Anatómica de la Lesión, se valorará la región del cuerpo que presenta la lesión o lesiones que se encuentren afectadas, según se registre en la historia clínica, mediante una escala dicotómica, marcando con una (X), por SI o NO, dependiendo la localización de la o las

lesiones, también contará con una observación por cada respuesta en caso de ser necesario señalar algo relevante.

Localización Anatómica de la Lesión.	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Cráneo			
2. Cuello			
3. Tórax			
4. Abdomen			
5. Pelvis			
6. Miembros superiores			
7. Miembros inferiores			

Consentimiento informado,

LUGAR:

FECHA: __/__/__.

Nombre de la Investigación: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Calidad de Atención Inicial Brindada por el personal de Enfermería y el Motivo de Ingreso según Tipo y Localización Anatómica de la Lesión en los pacientes que ingresan a la Guardia de un efector municipal de Rosario.

El objetivo del estudio es describir la Calidad de Atención Inicial Brindada por el personal de enfermería y su relación con el motivo de ingreso, tipo y localización de la lesión.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en ser observado por el investigador. Declaro que me he informado sobre inconvenientes, molestias y beneficios del estudio. El investigador se ha comprometido a darme información oportuna y aclarar cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, como cualquier otro asunto relacionado con la investigación que pudieran ser beneficiosos o riesgosos para mí. Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. El investigador responsable me la seguridad de que no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha

comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo. También contará con lo siguiente:

- Nombre y Firma del Paciente.
- Nombre y Firma del Enfermero/a.
- Nombre, Firma y Matrícula del Investigador.
- Números de teléfonos a los cuales pueda comunicarse en caso de preguntas relacionadas con el estudio.