

Merlo, Yanina Ruth

“Competencia de los instrumentadores quirúrgicos recientemente graduados, para la asistencia del traumatismo encéfalo craneal en pacientes politraumatizados”

2020

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Organización y Asistencia de Quirófano



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Merlo, Y.R. (2020) *Competencia de los instrumentadores quirúrgicos recientemente graduados, para la asistencia del traumatismo encéfalo craneal en pacientes politraumatizados* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**LICENCIATURA EN ORGANIZACIÓN Y ASISTENCIA
DE QUIRÓFANO**

INFORME DE INVESTIGACIÓN

**“Competencia de los instrumentadores quirúrgicos recientemente
graduados, para la asistencia del traumatismo encéfalo craneal en
pacientes politraumatizados”**

Autor: Merlo, Yanina Ruth

Legajo: 5082

Directora: Lic. Gallo, Luisina

Tesina

Fecha de entrega: 02 de octubre del 2020

Florencio Varela, 2020

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1.....	5
TEMA	6
FUNDAMENTACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA	7
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
HIPÓTESIS	9
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
MARCO TEÓRICO	11
CONOCIMIENTO	11
HOSPITAL.....	12
ÁREA QUIRÚRGICA	13
INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO.....	14
IQ UNIVERSITARIO	16
PACIENTE QUIRÚRGICO.....	18
PACIENTE CON TRAUMATISMO.....	19
POLITRAUMATISMO	20
EVALUACIÓN PRIMARIA	20
EVALUACIÓN SECUNDARIA	20
TRATAMIENTO DEFINITIVO.....	21
TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEAL.....	22
PATOLOGÍA DE TEC	22
ESCALA DE GLASGOW	23
CLASIFICACIÓN DE TEC.....	23
CAPÍTULO 2.....	24
DISEÑO METODOLÓGICO	25
TIPO DE ESTUDIO.....	25

ÁREA DE ESTUDIO	25
UNIVERSO.....	25
POBLACIÓN ACCESIBLE	25
MUESTRA	25
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	26
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	26
TIPO DE MUESTREO	26
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
CUESTIONARIO CERRADO.....	27
PROCEDIMIENTO PARA LA INTERPRETACIÓN DE DATOS	28
TIPOLOGÍA.....	28
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	29
VARIABLES SIMPLES	29
VARIABLES COMPLEJAS	30
DEFINICIONES TEORICAS DE LAS VARIABLES	32
DEFINICION DE LAS DIMENSIONES.....	32
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
RESULTADOS.....	49
CONCLUSIÓN	52
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS	56
LISTA DE ANEXOS.....	57

Introducción

En el presente trabajo de investigación se intenta demostrar el grado de conocimiento que posee el personal del área quirúrgica del hospital público de mediana complejidad con respecto al ingreso de un pacientes politraumatizados.

Se plasmó el término “conocimiento” como elemento fundamental, esta variable nos conducirá el camino a seguir en la investigación.

Luego hice hincapié en el concepto de “paciente politraumatizado con traumatismo encéfalo craneal”

También se destaca la escala de Glasgow ya que se considera de suma importancia esta herramienta para medir el estado del ingreso del paciente en ese momento.

Para comenzar, formule un problema de investigación, plantee un objetivo general, y objetivos específicos, justifique el tema a elección, y realice un marco teórico interesante para llevar a cabo el abordaje de dicha investigación.

Así mismo se obtuvo información necesaria a través del instrumento de recolección de datos. Realicé un cuestionario cerrado en el cual cada unidad de análisis se respondió de forma anónima.

Se establecen gráficos que brindan una simple lectura de las variables.

Para finalizar la investigación se exponen los resultados y conclusiones.

Capítulo 1

Tema

Competencia de los instrumentadores quirúrgicos recientemente graduados, para la asistencia del traumatismo encéfalo craneal en pacientes politraumatizados.

Fundamentación de la elección del tema

Este trabajo de investigación tiene como objetivo percibir el grado de conocimiento que poseen los instrumentadores recientemente graduados, para la asistencia del TEC¹ en pacientes politraumatizados en el área quirúrgica del hospital público de mediana complejidad, durante el tercer trimestre del año 2020.

El propósito de mi trabajo es analizar los conocimientos básicos que los IQ² recientemente graduados han adquiridos en base a su formación y además indagar sobre sus saberes, habilidades para determinar si son competentes en el correcto desempeño y desenvolvimiento ante un paciente politraumatizado con TEC.

¹ Traumatismo Encéfalo Craneal

² Instrumentador Quirúrgico

Formulación del problema

¿Cuáles son las competencias de los IQ recientemente graduados, para asistir un TEC en los pacientes politraumatizados, en el hospital público de mediana complejidad?

Hipótesis

Los IQ recientemente egresados, con poca experiencia laboral no poseen las competencias necesarias para asistir un TEC en un paciente politraumatizado en un hospital público de mediana complejidad de la zona sur de la provincia de Buenos Aires.

Objetivos

Objetivo General

Determinar las competencias de los IQ recientemente graduados para asistir un TEC en un paciente politraumatizado en un hospital público de mediana complejidad de la zona sur de la provincia de Buenos Aires, durante el tercer trimestre del año 2020.

Objetivos Específicos

- Indagar en el conocimiento y las aptitudes que los IQ recientemente graduados poseen, en quirófano, para asistir un TEC en un paciente politraumatizado.
- Precisar el grado de información con el cual los IQ se gradúan para la asistencia de un TEC en un paciente politraumatizado.

Marco teórico

Conocimiento

Es un conjunto de saberes que se obtienen a través de experiencias de vida, por medio de la educación, formación, lectura y aun de la observación. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento es necesario seguir un método. El conocimiento científico no solo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental. La forma sistemática de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, donde se avanza en la teoría; y la investigación aplicada, donde se aplica la información.

Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito.³

³ <https://definicion.de/conocimiento/>

Hospital

Un hospital (del latín *hospitalis*), es el espacio en el que se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud. En estos recintos, por lo tanto, se diagnostican enfermedades y se realizan distintos tipos de tratamientos para restablecer la salud de los pacientes.⁴

Como lo ha definido Rosa María Borrell Bentz (2005)⁵ en su libro:

“El hospital en general es considerado como una institución compleja, cooperativa y multidisciplinaria, destinada al cuidado de la enfermedad y al restablecimiento de la salud. El hospital no es privativo de alguna sociedad en particular, es una respuesta social histórica para atender la enfermedad y tiene explicaciones culturales, políticas, económicas y científicas”.

El concepto de hospital tiene su origen en la palabra del latín *hospes* (huésped) ya que, en la antigüedad, se asociaba al establecimiento donde se cumplían tareas de caridad asistiendo a pobres, ancianos, peregrinos y enfermos. Dichos pacientes eran atendidos por religiosos, ex pacientes que se quedaban en el hospital o estudiantes de medicina que ejercían su práctica. Contaba con un jefe de pabellón que era el único profesional y por lo tanto la máxima autoridad por su prestigio y formación. Con el tiempo, la idea de hospital empezó a asociarse sólo al cuidado de aquellos con problemas de salud por lo que se transformó en “todo establecimiento dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria o por medio del internamiento, sea de dependencia estatal, privada o de la seguridad social, de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscrita su admisión a un sector de ella. De acuerdo a lo descrito, lo fundamental es que debe ofrecer internamiento, constituyendo este uno de los objetivos principales de la institución”.⁶ (José María Paganini)

⁴ <http://definicion.de/> Definición de hospital: ¿Qué es? Significado y Concepto

⁵ La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. (p. 69)

⁶ El hospital público: tendencias y perspectivas. (OPS/OMS, 1994, p. 9)

Área Quirúrgica

La intervención quirúrgica es el procedimiento terapéutico que se realiza mediante operaciones manuales e instrumentales y que sirve para diagnosticar y tratar enfermedades, corregir deformidades, restaurar lesiones y aliviar el dolor. Dichas intervenciones se realizan dentro de un área quirúrgica, en la cual los profesionales de la salud y los pacientes se aíslan de otros servicios para evitar la transmisión de infecciones.

La planta quirúrgica tiene como objetivo principal proporcionar un ambiente seguro y eficaz para que la cirugía se realice en óptimas condiciones.

“Además, está pensada para favorecer en lo posible las medidas de asepsia encaminadas a prevenir la infección. Por ello es importante que el área quirúrgica se encuentre fuera de las circulaciones generales, pero cerca de sus servicios de apoyo.”⁷

(Fernández., Curso 2014-2015.)

Para mantener un orden de restricción en el Área Quirúrgica se distinguen cuatro zonas diferenciadas cumplimentando las adecuadas normas de asepsia. Basándose en el control, señalización y modificación de la vestimenta a medida que ingresamos al Área.

- ZONA NO RESTRINGIDA: Incluye el vestuario del personal y de los pacientes, sala de reuniones y de descanso. Se permite circular con ropa de calle.
- ZONA SEMI-RESTRINGIDA: Comprende los pasillos de circulación, los arsenales o depósitos, el área de lavado y acondicionamiento de instrumental, la sala de recuperación anestésica y la oficina de supervisión. El personal debe vestir ambo quirúrgico, botas y cofia. El paciente debe ingresar con bata, botas y cofia; sin objetos personales.
- ZONA RESTRINGIDA: Consta de la sala de operaciones y del área de lavado quirúrgico, el cual estará contigua al quirófano y dispondrá de un lavamanos con sensor de movimiento. A la vestimenta descrita en la zona semi-restringida, se le adicionará barbijo, antiparras, bata quirúrgica estéril y guantes estériles.

⁷ Principios Básicos. Área Quirúrgica. (Meritxell Cuny Fernández, 2014, p. 5)

INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO

El IQ es un profesional de la salud que, desde una formación centrada en el proceso tecnológico y comprometido socialmente con la actividad que realiza, participa en la gestión y en la atención de la salud, ejecutando procedimientos técnicos específicos en el área de la Instrumentación Quirúrgica, desarrollando competencias en lo referido a la promoción de la salud.

El IQ manifiesta estas incumbencias con todos los profesionales del sector salud que le permiten asumir una responsabilidad integral del proceso en el que interviene e interactuar con otros trabajadores y profesionales. Estas competencias, el dominio de la tecnología que utiliza, y los conocimientos de metodologías y técnicas de la instrumentación, le otorgan una base de polivalencia dentro de su ámbito de desempeño que le permiten ingresar a procesos de formación para adaptarse flexiblemente a distintos roles profesionales, para trabajar interdisciplinariamente y en equipo y para continuar aprendiendo a lo largo de toda su vida. Se entiende por ejercicio profesional a todo acto realizado en forma personal que suponga, requiera o comprometa la aplicación de los conocimientos propios adquiridos en universidades y con diplomas que lo acrediten; siempre reglado dentro de una ley que avale su labor y desempeño. Después de una ardua lucha en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires los derechos y obligaciones de los profesionales en la IQ están regidas por la ley N°14.865, pero lamentablemente en la Ciudad Autónoma de Bs. As. el IQ sigue luchando por el reconocimiento de una ley profesionalizante que delimite sus derechos y obligaciones. De acuerdo al artículo 4° de la Ley N° 14.865 ⁸, que describe el alcance de los Técnicos en IQ detalla las siguientes competencias:

- Categoría 1: Instrumentador/a Quirúrgico/a. Circulante o Instrumentador/a Quirúrgico/a aséptico/a:
 - Consulta la lista de operaciones.
 - Controla la asepsia y antisepsia del quirófano y dispone el mobiliario e instrumental necesario para el tipo de intervención que se llevará a cabo.
 - Comprueba el funcionamiento satisfactorio de los equipos, aparatos e instrumentos a emplear en la intervención: lámparas scialíticas, equipamiento de aspiración, electrobisturí y

⁸ <https://www.aadinstrumentadores.org.ar/images/paginas/aadi/doc/LeyIQProvinciaBA.pdf>

todo lo necesario para la actividad quirúrgica a realizar, seleccionando las cajas de instrumentos de acuerdo a la operación, el material de sutura, drenaje y todo elemento estéril y no estéril requerido.

- Recibe al paciente, corrobora su identidad al ingreso del/la paciente al área quirúrgica de acuerdo a los datos personales registrados en su historia clínica y los estudios prequirúrgicos.
- Acompaña durante el traslado al paciente a la mesa de operaciones, ubicándolo en la posición necesaria teniendo en cuenta la anatomía, seguridad y movimientos respiratorios, sujetándolo con medios adecuados.
- Observa la dinámica de la intervención para detectar faltas técnicas, control de materiales biomédicos, insumos y equipos de utilización.
- Realiza lavado quirúrgico y colocación de vestimenta y guantes estériles.
- Asiste al equipo médico, como Instrumentador Circulante.
- Prepara la mesa de instrumentación equipándola con todo el material e instrumental necesario para el acto quirúrgico y efectúa su control.
- Efectúa la lista de verificación (checklist), seguridad pre, intra y postquirúrgica (recomendada por la Organización Mundial de la Salud) (OMS).
- Colabora con el equipo quirúrgico en la preparación de la piel y el campo operatorio estéril.
- Colabora con prácticas especiales de diagnóstico y tratamiento.
- Etiqueta todas las muestras para estudios anatomopatológicos, biológicos y periciales, con los datos del paciente, con el fin de permitir el registro correspondiente, según normativas de la institución.
- Efectúa el recuento de compresas, gasas, instrumental y agujas antes que el cirujano proceda al cierre de la incisión, volcándolos en la lista de verificación (checklist) en conjunto con la circulante.
- Finalizada la intervención quirúrgica, descarta los elementos corto-punzantes según técnica de seguridad, retira el material e instrumental utilizado descontaminándolo, para su posterior lavado, secado, control y acondicionamiento en el Centro de Esterilización.
- Transcribe cualquier inconveniente pre-intra o postoperatorio en la lista de verificación (checklist), el cual debe ser firmado por el Instrumentador circulante y el Instrumentador aséptico.
- Finalizado el acto quirúrgico colabora durante el traslado del paciente desde la mesa de operaciones a la camilla, cuidando que se encuentre sujeto a la misma.

- Completa el parte quirúrgico y todo formulario correspondiente al quirófano, según normativa de la institución, con su respectiva firma y aclaración.
- Verifica que el quirófano se encuentre de inmediato en condiciones de higiene que permitan su uso posterior.

La complejidad de su actividad, así como las responsabilidades que afronta en el desempeño de sus prácticas, exigen una formación integral y amplia que contemple la práctica y la teoría interrelacionadas, con una sólida formación ética.

Si bien la asistencia que brindan los profesionales en Instrumentación Quirúrgica a la actividad del Médico Cirujano se remonta a los primeros años del siglo XX, la asistencia de la tarea y la capacitación formal de estos “ayudantes médicos” es relativamente reciente en términos históricos, en especial en nuestro país.

IQ UNIVERSITARIO

Organización Curricular

La Comisión Interministerial ⁹ en el Convenio MECyT N° 296/02, presenta el perfil profesional, los criterios para las bases curriculares, los contenidos básicos para la formación técnico profesional y los requisitos mínimos para el funcionamiento de la carrera de Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica.

Según la ESNU¹⁰ la curricula de formación garantiza una capacitación pertinente de acuerdo al área de desarrollo, articula la teoría con la práctica, integra distintos tipos de formación y estructura y organiza los procesos formativos vinculados al mundo del trabajo.

En este sentido, el diseño curricular contempla la inclusión de determinados contenidos en los siguientes campos de formación:

⁹ Dicha Comisión creada para normalizar las carreras de formación técnico-profesional en el Sector Salud, organiza sus tareas en el marco de la Ley Federal de Educación N°24.195, artículo 48; la Ley de Educación Superior, artículos 23 y 24 y los Acuerdos Federales logrados en el ámbito del Consejo Federal de Cultura y Educación.

¹⁰ Educación Superior No Universitaria

- El campo de formación general, destinado a abordar los saberes necesarios para participar de un modo activo, reflexivo y crítico en los diversos ámbitos de la vida laboral y sociocultural y para el desarrollo de una actitud crítica y ética.
- El campo de formación específica, dedicado a abordar los saberes propios de la Instrumentación Quirúrgica.
- El campo de formación de fundamento, destinado a abordar los saberes científicos, tecnológicos y socioculturales que otorgan sostén a los saberes propios de la Instrumentación Quirúrgica.
- El campo de la práctica profesional, que posibilita la integración y contrastación de los saberes construidos en las formaciones descriptas anteriormente, para la constitución de las competencias básicas y específicas. La forma de organización se adecuará a cada institución, siempre que se garantice el cumplimiento de las cargas horarias previstas.

La forma de organización curricular se adecua a la problemática de la profesión en Instrumentación Quirúrgica, siempre que garantice una carga horaria mínima de 1600 horas reloj, organizada en espacios curriculares de diferente complejidad y duración. Es importante en la forma de organización curricular el criterio de articulación entre teoría y práctica¹¹.

En el campo de práctica profesional, se organizan espacios de formación en diferentes ambientes de trabajo, principalmente en el área quirúrgica, cuya carga horaria mínima es del 60% de la carga horaria total de formación. Las prácticas se pueden organizar de modo independiente o bien articularse con uno o más espacios curriculares de la tecnicatura en Instrumentación Quirúrgica.

“Su desarrollo supone la vinculación con centros asistenciales, empresas productivas o de servicios, organismos gubernamentales, no gubernamentales, públicos y/o privados cuyas actividades permitan experiencias de formación significativas para los estudiantes. Con el fin de fomentar la relación con el entorno productivo y aproximarse mejor a contextos reales de trabajo, se podrán complementar con la organización de proyectos o actividades de simulación que presenten características análogas a las de los ambientes de trabajo reales”.¹²

¹¹ http://www.me.gov.ar/curriform/publica/iq_final.pdf

¹² Comisión interministerial. Técnico superior en Instrumentación Quirúrgica. Convenio N° 296/02. (MECyT, 2005, p. 28)

Se agrega el Listado de asignaturas y correlatividades (Plan LQ14A) de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, para demostrar el programa regular de las asignaturas cuya certificación se solicita, para formarse como I.Q (Ver anexo A)

Paciente Quirúrgico

Paciente proviene del latín “*patiens*”¹³ que significa padecer o sufrir. Es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia, a quien puede soportar o padecer algo. Dicho término se utiliza para nombrar a la persona que padece físicamente una enfermedad y que por lo tanto se encuentra bajo atención médica, tratada de la manera más conveniente en el centro sanitario al que acuda.

Los pacientes sienten la enfermedad como una amenaza para el cuerpo, tanto física como mentalmente. Si sumamos la necesidad de intervenirlos quirúrgicamente para poder subsanar su enfermedad, indefectiblemente lograremos instaurar connotaciones psicológicas importantes, que de una u otra forma tendrán impacto sobre la respuesta y evolución del tratamiento.

A lo anterior debemos incluir los miedos y mitos que rondan alrededor de la sala de cirugías y de los procedimientos quirúrgicos, lo que predispone negativamente al paciente; sin que ellos puedan entender que el objetivo de una cirugía consiste en el desarrollo de una técnica segura y de una atención sin errores.

Aun así existe la posibilidad de cometer errores en las cirugías debido muchas veces, a la toma de decisiones en circunstancias críticas y de total incertidumbre. El error es de naturaleza involuntaria y nadie se propone cometerlo, pero se debe estar preparado para prevenirlo y minimizarlo una vez que este ocurra y ponga en riesgo la seguridad del paciente quirúrgico.

Considero sumamente valedera la opinión que sostienen los Dres. Eduardo Saad y Alberto Ferreres (UBA)¹⁴ cuando refieren que el paciente quirúrgico reúne determinadas características distintivas que lo hacen más susceptible a enfrentar los riesgos y el potencial daño causado por un error durante el procedimiento. Enumera las siguientes características¹⁵:

¹³ <http://definicion.de/paciente>

¹⁴ La seguridad del paciente quirúrgico. Universidad De Buenos Aires.

¹⁵ http://www.usal.edu.ar/archivos/medi/docs/la_seguridad_del_paciente_quirurgico.pdf (pág. 2)

- Su estadía hospitalaria transcurre por diversos sectores y en cada uno de ellos representa un nuevo paciente, a su vez cada sector carece de la totalidad de la información del cuadro clínico o de los antecedentes generando un manejo inadecuado haciéndolo sentir al paciente, con inseguridad e incertidumbre.
- Toda intervención quirúrgica representa una agresión traumática o bien una invasión de gran envergadura.
- La ausencia de mecanismos de defensa ya que la anestesia disminuye el sentido de alerta y el dolor, dos mecanismos de defensa fundamentales y de los más primitivos.

Paciente con Traumatismo

El paciente es un ser humano inteligente, libre, corporal, social y espiritual; no es solamente un mecanismo biológico, compuesto de tejidos, órganos y sistemas. Es el dueño del cuerpo sobre el cual el médico interviene y es por eso que se debe contemplar la diversidad de sus necesidades ya sean biológicas, psicológicas, sociales o espirituales. Se deberá tener en cuenta estos factores para mejorar la calidad de atención quirúrgica al paciente y de esta manera disminuir la incidencia de eventos adversos que pueden desencadenar en errores irreparables.

Fuller (2013) describe a un paciente que ingresa a cirugía por traumatismo físico como un paciente de alto riesgo por diferentes razones

” Porque es posible que no haya tiempo para recabar antecedentes o que el paciente no está en condiciones de ser interrogado. Puede no conocerse las enfermedades preexistentes, en especial si el paciente esta inconsciente. Quizás el paciente haya comido recientemente, lo cual aumenta el riesgo de vómitos, aspiración y neumonía ulterior. También puede suceder que no haya ningún testigo del traumatismo, la información sobre la naturaleza del mismo ayudaría al diagnóstico. Es posible que no se encuentren las lesiones, sobre todo si el paciente está incapacitado para responder a preguntas. El paciente traumatizado puede llegar a la cirugía en un estado fisiológico inestable con hemorragia intensa, shock grave y desequilibrio hidroelectrolítico. La

intoxicación por alcohol o drogas pueden modificar la respuesta fisiológica a la cirugía y complicar el proceso y el método de anestesia”¹⁶

Politraumatismo

Se presenta como una lesión de dos o más órganos importantes del cuerpo, tiene una alta mortalidad en todo el mundo, y se produce por diferentes razones que son accidentes de tránsito, accidentes laborales y violencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el politraumatismo como una lesión corporal a nivel orgánico, intencional o no intencional, por lo tanto, se identifica al paciente traumático como alguien que ha sufrido heridas serias (golpes) en múltiples órganos (hígado, bazo, pulmón, etc.) y sistemas corporales (circulatorio, nervioso, respiratorio, etc.). De hecho, una persona con traumatismo severo o politraumatismo padece una lesión traumática que puede poner en riesgo su vida.

Por esto motivo los pacientes politraumatizados deben de ser manejados en dos fases, de acuerdo con el accidente.

Evaluación Primaria

Su objetivo es que identifiquen las patologías que pueden afectar al paciente, tratar rápidamente aquellas lesiones que constituyan una amenaza vital.

Consiste en una rápida valoración del paciente (no más de 60 segundos) con el fin de diagnosticar situaciones amenazantes para su vida, y así poder iniciar su tratamiento inmediato. Está basada en los ya clásicos estándares de la reanimación cardiopulmonar (RCP): vía aérea (A), respiración (B), circulación (C), y déficit neurológico (D)

Evaluación Secundaria

Examen completo fundamental buscando daño o lesiones que amenaza con la vida del paciente, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Antecedentes personales.

¹⁶ FULLER. (2013). Instrumentación quirúrgica: teoría, técnicas y procedimientos: Pág. 29.

- Mecanismo de la lesión.
- Exploración física.

Cabeza y cara: reevaluar vía aérea. Otorragia, pupilas, equimosis mastoides, agudeza visual, fractura facial, fractura con hundimiento de cráneo, descartar cuerpo extraño en vía aérea, fractura maxilar.

Cuello: asegurar inmovilización cervical, desviación de tráquea, ingurgitación yugular, enfisema subcutáneo, alteración sensibilidad del cuello, soplos carotídeos. Descartar lesión de columna cervical, de tráquea, de carótida.

Tórax: signos de trauma torácico cerrado o abierto, alteración de expansión torácica, enfisema subcutáneo, revisar costillas, clavícula. Auscultación de paredes anteriores, bases, precordial. Descartar contusión pulmonar, rotura traqueo bronquial, ruptura de diafragma, neumotórax, neumotórax, taponamiento cardíaco, ruptura de esófago, ruptura aortica, fractura de clavícula, costillas.

Abdomen: auscultar ruidos intestinales, valorar dolor y sensibilidad a la palpación, resistencia muscular. Descartar rotura hepática, de bazo, páncreas, renal, víscera hueca.

Pelvis: comprobar dolor e inestabilidad a la presión antero-posterior, medial y sínfisis púbica. Descartar fractura de pelvis, lesión de recto, genito urinaria.

Recto y genitales: buscar equimosis y heridas de periné, hematoma escrotal, sangre en el meato, sangre intra rectal, posición de la próstata, tono esfínter anal. Descartar lesión de uretra, vejiga, vagina y recto.

Extremidades: hematomas, deformidades, coloración distal, crepitación, pulsos, sensibilidad, relleno capilar. Descartar síndrome compartimental, fracturas con compromiso vascular.

Neurológico: reevaluar estado de conciencia (Glasgow), pupilas, déficit motor, en extremidades. Descartar hemorragia epidural, hematoma subdural.

Tratamiento definitivo

Una vez evaluados los traumatismos concretos se aplicarán los protocolos o pautas de actuación específicos aplicándose el tratamiento definitivo. No se debe olvidar aplicar profilaxis antitetánica y/o antibiótica cuando esté indicado. Así mismo se cumplimentará el

parte de lesiones cuando el paciente salga del área de críticos para efectuarle los cuidados definitivos.

En aquellos casos en los que las lesiones que presenten los pacientes excedan la capacidad de la institución que lo ha recibido, ha de plantearse su traslado a centros de mayor nivel. Para ello, el médico que decide el traslado debe ponerse en contacto con el médico que va a recibir al paciente y ponerle al corriente del estado del mismo y de todos los gestos realizados. El traslado del paciente se realizará de mutuo acuerdo y se hará en las condiciones precisas, no asumiendo riesgos innecesarios.¹⁷

Traumatismo Encéfalo craneal

Se define al Traumatismo encéfalo craneal (TEC) como cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica.

En el trauma craneal hay repercusión neurológica con disminución de la conciencia, síntomas focales neurológicos y amnesia postraumática.

Patología de TEC

“Se define al TEC por la presencia de una lesión en el cuero cabelludo o en cuero cabelludo o en la frente con el antecedente de una difusión neurológica transitorio o un déficit neurológico que se extiende al momento de la evaluación del paciente”¹⁸(GARDELLA, 2005)

Consciente de su impacto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció baremos para la clasificación de los TEC de acuerdo con su gravedad (escala de Glasgow o ECG)

¹⁷ [https://es.scribd.com/document/47050016/Politraumatismo.\(s.f.\)](https://es.scribd.com/document/47050016/Politraumatismo.(s.f.)).

¹⁸ GARDELLA, J. L. (2005). “Manual de cuidados e instrumentación en neurocirugía” Pag.Nº68.

Escala de Glasgow

La Escala de Glasgow es una importante herramienta que se emplea para cuantificar el nivel de conciencia de un individuo y poder establecer el pronóstico de una lesión en la cual ha ocurrido alguna forma de daño cerebral.(Ver ANEXO B)

Fue diseñada por dos médicos neurocirujanos en el Hospital de Glasgow, en Inglaterra, de donde viene su nombre, y publicada en 1974. A partir de entonces su uso se difundió a otros hospitales del Reino Unido y posteriormente a nivel global siendo utilizada de forma habitual en los servicios de urgencia.

Clasificación de TEC

La clasificación más utilizada divide a los traumas en tres estadios, basándose en el pronóstico del paciente y el tipo de trauma que presenta¹⁹.

- Leve Glasgow 14=15 lo que consta con corta pérdida de la conciencia, dolor de cabeza, confusión y amnesia. Su recuperación completa y es pronta.
- Moderado Glasgow 9=13 sus síntomas son letárgico o estuporoso, síndrome postconmoción se refiere a fatiga, mareo, cefalea y dificultad para la concentración. Al paciente se lo debe ingresar al hospital, realizarle una tomografía y llamar a el servicio de neurocirugía.
- Grave o Severo Glasgow 3=8 ya que su estado es comatoso. Se lo ingresa en unidad de terapia intensiva realizando una tomografía y además se lo intuba su recuperación es prolongada e incompleta.

¹⁹ <https://www.definicionabc.com/ciencia/escala-glasgow.php>

Capítulo 2

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Descriptivo, transversal, retrospectivo: Describimos este trabajo para que el lector obtenga una idea exacta de lo que queremos transmitir, se contó con un periodo de tiempo determinado el tercer trimestre del año 2020.

Área de estudio

Hospital público de mediana complejidad, de la zona sur de la provincia de Buenos Aires.

Universo

Todo el personal de salud de un hospital público de mediana complejidad, de la zona sur de la provincia de Buenos Aires.

Población accesible

Personal del área quirúrgica.

Instrumentadores quirúrgicos del Hospital Público de mediana Complejidad, de la zona sur de la provincia de Buenos Aires.

Muestra

40 Instrumentadores Quirúrgicos.

Unidad de análisis

Cada uno de los 40 instrumentadores quirúrgicos, trabajadores de la salud del área quirúrgica de hospital público de mediana complejidad, de la zona sur de la provincia de Buenos Aires.

Criterios de inclusión

Todos los Instrumentadores Quirúrgicos de todos los turnos:

- Turno mañana.
- Turno tarde.
- Turno noche.
- Turno Sado fe.

Que asistan a pacientes politraumatizados de un hospital público de mediana complejidad, de la zona sur de la provincia de Buenos Aires.

Criterios de exclusión

Personal de limpieza, secretaria, estudiantes de la carrera de instrumentación Quirúrgica y residentes médicos pertenecientes al servicio del área quirúrgica del hospital público de mediana complejidad, de la zona sur de la provincia de Buenos Aires.

Tipo de muestreo

Muestreo aleatorio simple.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario cerrado

El método de recolección de datos es a través de un cuestionario cerrado, me permite formular una serie de preguntas donde las respuestas ya están preestablecidas y el encuestado solo tendrá la opción de elegir una de ellas. A través de este tipo de cuestionario no es necesario la presencia del entrevistador por lo que hace más sencilla la labor tanto de este como del entrevistado.

PROCEDIMIENTO PARA LA INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se utilizó la escala de Osgood, debido a que sus datos pudieron ser analizados comparativamente con mayor claridad, brindándome una polaridad de los mismos.

Tipología

- Al “SI” se le dio valor 2 expresando el máximo grado de cumplimiento.
- Al “NO” se le dio valor 1 expresando el máximo grado de incumplimiento.

Conforme con los resultados obtenidos se realizarán las tablas de frecuencia o contingencia de acuerdo al tipo de variable y se efectuarán los gráficos de barras, según correspondan.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES SIMPLES

Variable	Indicadores
Edad	25-34 años 35-44 años 45-54 años Más de 54 años
Sexo	Femenino Masculino
Egresado/Recibido	1-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años Más de 20 años
Población	Universidad pública Universidad privada
Experiencia Laboral	1-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años Más de 20 años
Institución	Hospitales públicos Clínicas privadas Sanatorio

VARIABLES COMPLEJAS

Variable	Dimensión	Categoría	Indicadores
Conocimiento sobre paciente politraumatizado con TEC	Competencias	¿Usted se especializó en capacitaciones, cursos, talleres para prepararse en un TEC?	SI NO
		¿Usted cree que se sale preparado de la carrera para abordar un trauma encéfalo craneal?	SI NO
	Competencias	¿Cuenta con el conocimiento para asistir a un paciente politraumatizado con traumatismo encéfalo craneal?	SI NO
Conocimiento sobre paciente politraumatizado con TEC	Formación	¿Conoce la clasificación de los traumas encéfalos craneal de acuerdo la Escala de Glasgow?	SI NO
		¿Conoce la clasificación de los hematomas?	SI NO

	Formación	¿En un TEC el síntoma característico de fractura de base de cráneo son los ojos de mapache?	SI NO
Conocimiento sobre paciente politraumatizado con TEC	Infraestructura	¿El hospital cuenta con los mobiliarios/insumos adecuados?	SI NO
	Infraestructura	¿Cree que el área quirúrgica está preparada para asistir un TEC?	SI NO

DEFINICIONES TEORICAS DE LAS VARIABLES

Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Sexo: Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace.

Antigüedad: Tiempo que lleva una persona trabajando en un mismo empleo.

Conocimiento sobre paciente con TEC:

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, requiere esfuerzo y reflexión, es sistemático, pretende instalarse en la verdad y es un método crítico.

TEC: Traumatismo craneo encefálico. Lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía cinética.

DEFINICION DE LAS DIMENSIONES

Competencias: Capacidad para el desarrollo de algo.

Formación: Nivel de conocimientos que una persona posee sobre una determinada materia.

Infraestructura: Conjunto de medios técnicos, servicios e instalaciones necesarios para el desarrollo de una actividad o para que un lugar pueda ser utilizado.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó una encuesta como instrumento de recolección de datos para evaluar las competencias de los I.Q recientemente graduados, para la asistencia de un paciente politraumatizado con TEC (**Ver ANEXO C**)

En primer término, se concurrió a la institución de salud de mediana complejidad, de la zona sur de la provincia de Buenos Aires, se realizó la encuesta a el personal del área quirúrgica en sus correspondientes turnos de trabajo.

Se aseguró su anonimato.

Tabla N•1

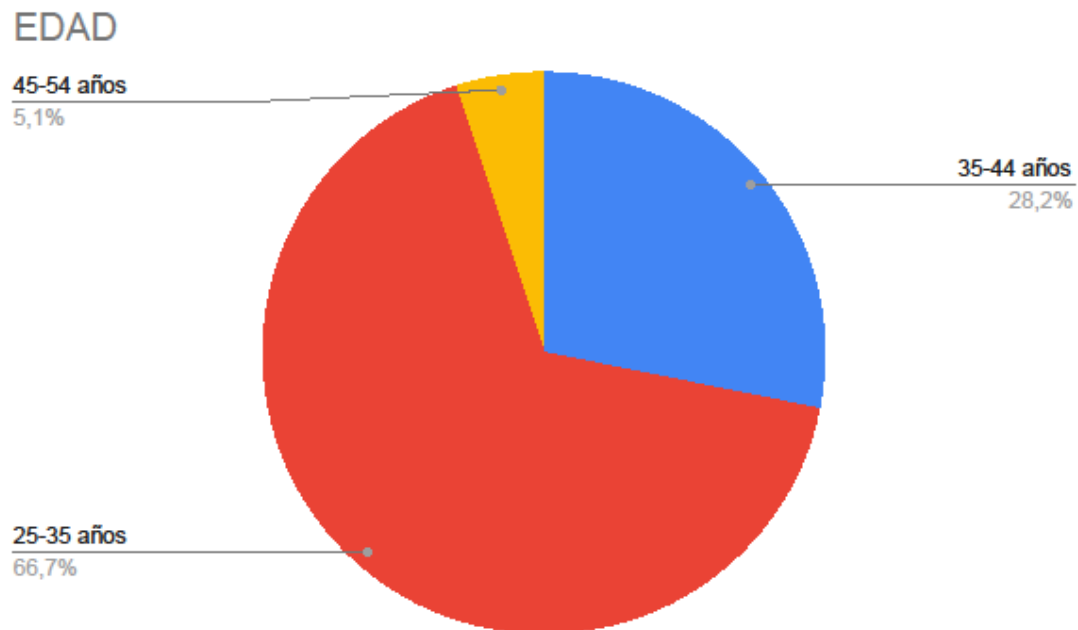
Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según la edad del personal del área quirúrgica.

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
25-35 años	27	66,7 %
35-44 años	11	28,2 %
45-54 años	2	5,1 %
Más de 54 años	0	0 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores.

Gráfico N•1

Título: Distribución de porcentaje según la edad del personal del área quirúrgica.



Fuente: Tabla N•1

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 66,7 % tiene entre 25-34 años, el 28,2 % tiene entre 35-44 años, el 5,1 % tiene entre 45-54 años y el 0 % tiene más de 54 años.

Tabla N•2

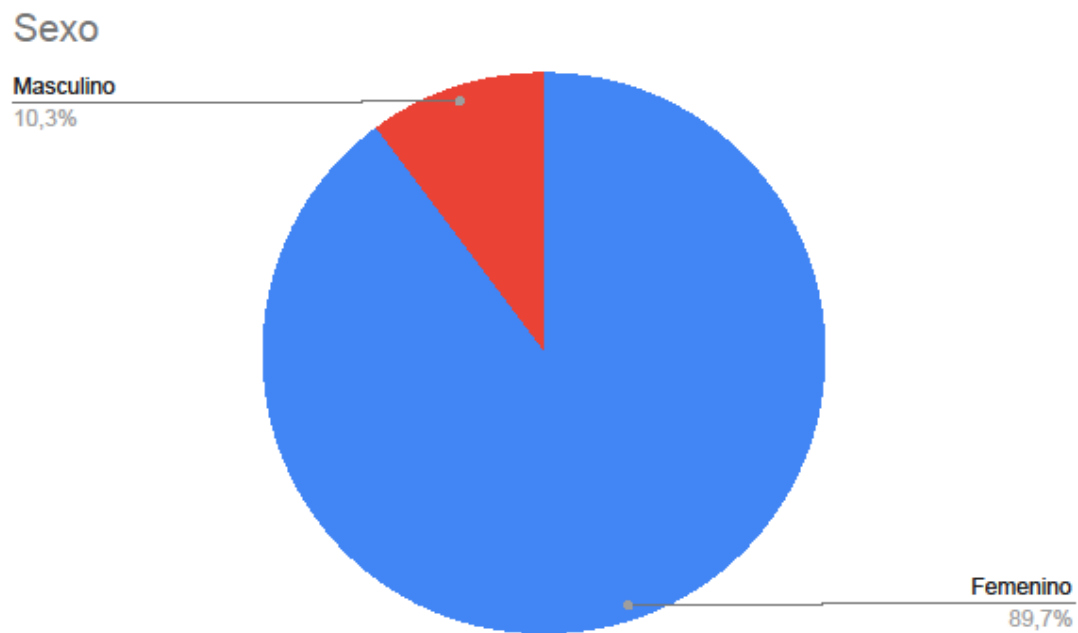
Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según sexo del personal del área quirúrgica.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	35	89,7 %
Masculino	5	10,3 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N•2

Título: Distribución de porcentaje según sexo del personal del área quirúrgica.



Fuente: Tabla N•2

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 89,7 % corresponde al sexo femenino y el 10,3 % corresponde al sexo masculino.

Tabla N•3

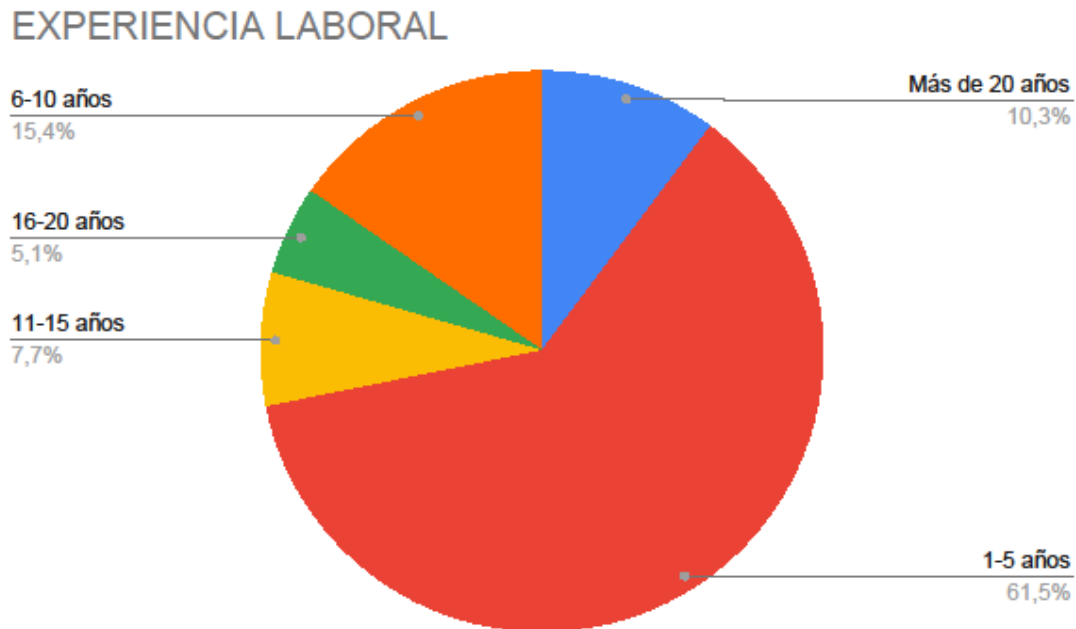
Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según años de experiencia del personal del área quirúrgica.

Experiencia Laboral	Frecuencia	Porcentaje %
1-5 años	25	61,5 %
6-10 años	3	15,4 %
11-15 años	2	7,7 %
16-20 años	6	5,1 %
Más de 20 años	4	10,3 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N•3

Título: Distribución de porcentaje según años de experiencia laboral, del personal del área quirúrgica.



Fuente: Tabla N•3

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 61,5 % tiene de 1-5 años de antigüedad, el 15,4 % tiene entre 6-10 años de antigüedad, el 7,7 % tiene entre 11-15 años, el 5,1 % tiene entre 16-20 años y el 10,3 % tiene más de 54 años de antigüedad.

Tabla N•4

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según recibido/egresado del personal del área quirúrgica.

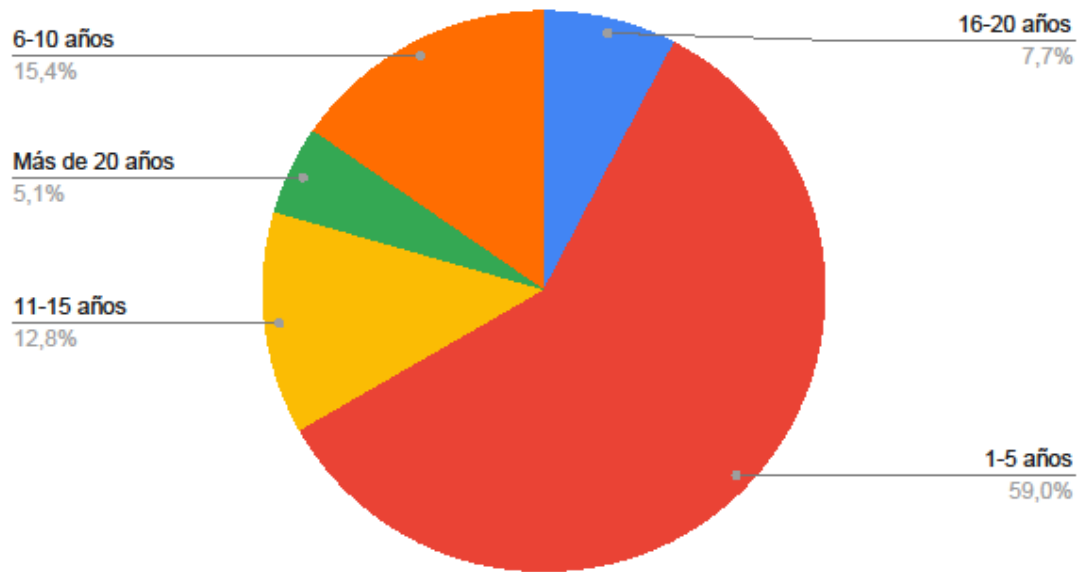
Egresado/Recibido	Frecuencia	Porcentaje %
1-5 años	24	59,0 %
6-10 años	6	15,4 %
11-15 años	5	12,8 %
16-20 años	3	7,7 %
Más de 20 años	2	5,1 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N•4

Título: Distribución de porcentaje según recibido/egresado del personal del área quirúrgica.

EGRESADO/RECIBIDO



Fuente: Tabla N•4

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 59,0 % tiene de 1-5 años de recibido, el 15,4 % tiene entre 6-10 años de recibido, el 12,8 % tiene entre 11-15 años, el 7,7 % tiene entre 16-20 años y el 5,1 % tiene más de 54 años de recibido de la carrera de Instrumentación Quirúrgica.

Tabla N•5

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según formación del personal del área quirúrgica.

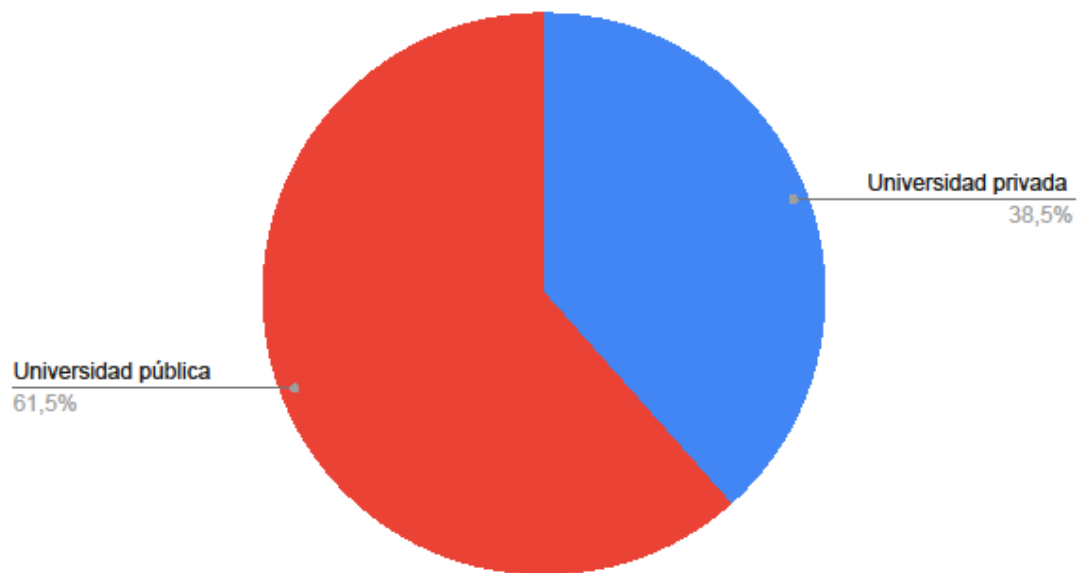
Formación	Frecuencia	Porcentaje %
Universidad Pública	25	61,5 %
Universidad Privada	15	38,5 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N•5

Título: Distribución de porcentaje según formación del personal del área quirúrgica.

FORMACIÓN



Fuente: Tabla N•5

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 61,5 % corresponde a un instituto de formación pública y el 38,5 % corresponde a un instituto de formación privada.

Tabla N°6

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según si el personal del área quirúrgica trabaja en otra institución.

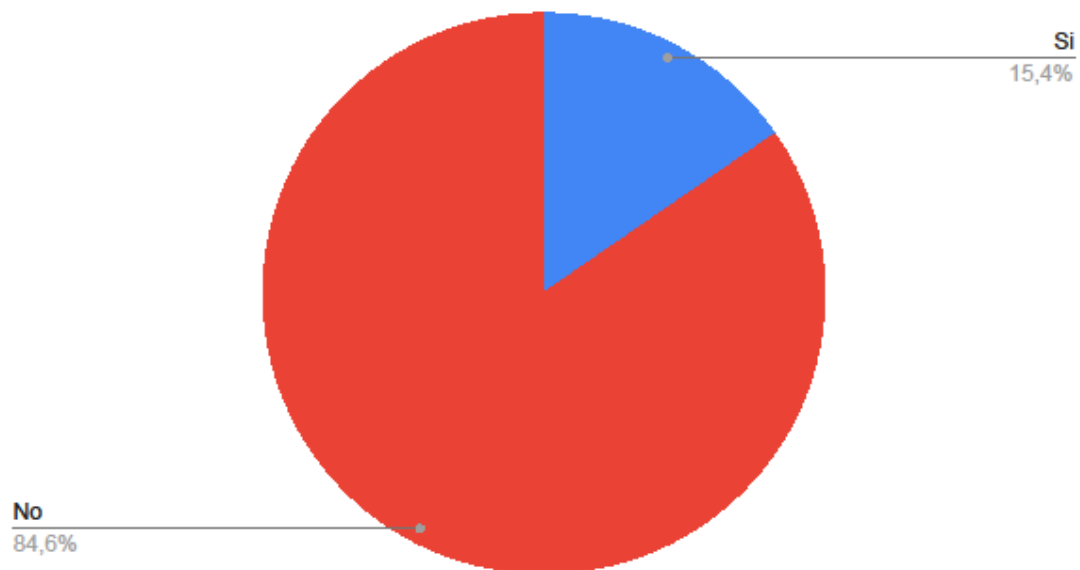
Trabaja en otra Institución	Frecuencia	Porcentaje %
Si	7	15,4 %
No	33	84,6 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N°6

Título: Distribución de porcentaje según si el personal del área quirúrgica trabaja en otra instituciones.

INSTITUCIONES



Fuente: Tabla N°6

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 15,4 % corresponde a un porcentaje que trabaja en otra institución y el 84,6 % corresponde a otro porcentaje que no trabaja en otras instituciones.

Tabla N•7

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según donde trabaja o trabajo el personal del área quirúrgica.

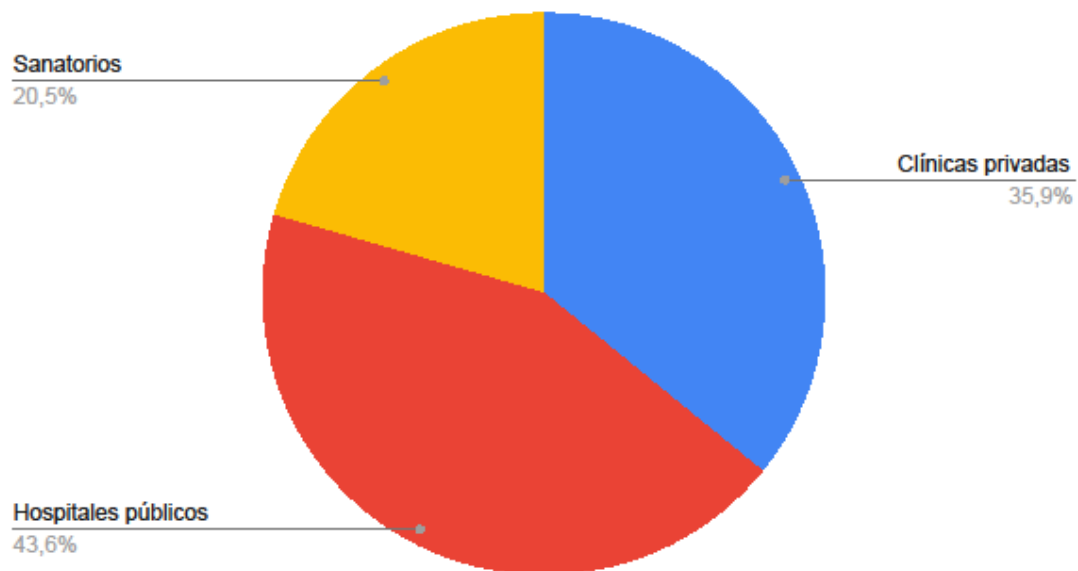
Institución donde trabaja	Frecuencia	Porcentaje %
Hospitales Públicos	18	43,6 %
Clínicas Privadas	14	35,9 %
Sanatorios	8	20,5 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N•7

Título: Distribución de porcentaje según donde trabaja o trabajo el I.Q.

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA O TRABAJO



Fuente: Tabla N•7

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 43,6 % corresponde a empleados de un hospital público, el 35,9 % corresponde a un empleado de una clínica privada y el 20,5 % pertenece a un sanatorio.

Tabla N•8

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según si el área quirúrgica de su institución se encuentra preparada para asistir un TEC.

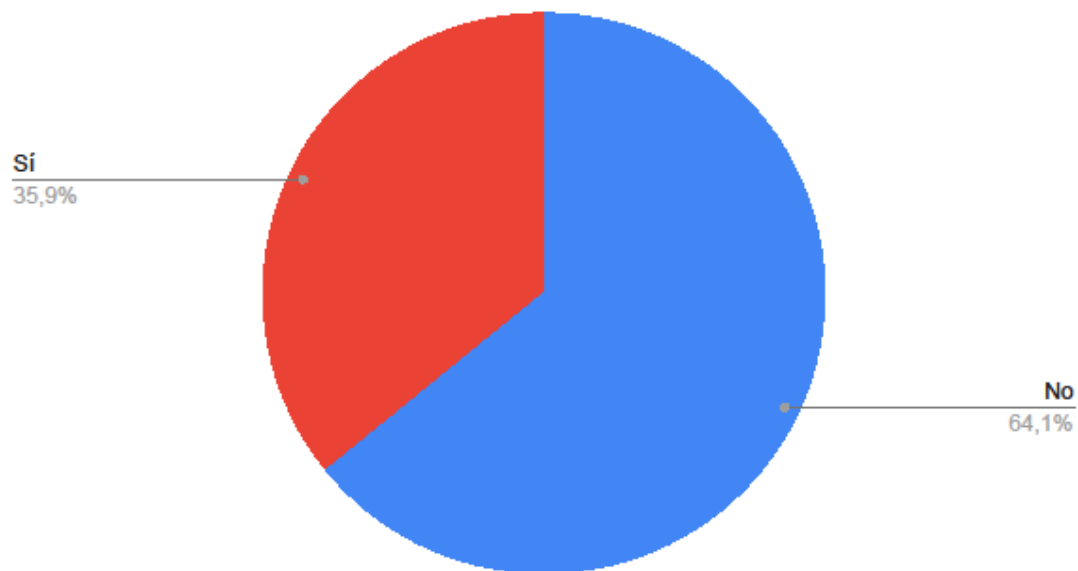
Área quirúrgica se encuentra preparado	Frecuencia	Porcentaje %
Si	15	35,9 %
No	25	64,1 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N•8

Título: Distribución de porcentaje según si el área quirúrgica de su institución se encuentra preparada para asistir un TEC.

INSTITUCIÓN PREPARADA



Fuente: Tabla N•8

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 35,9 % corresponde a un Instrumentadores q creen que él área quirúrgica de su institución se encuentra preparada para recibir un TEC y el 64,1 % corresponde a Instrumentadores que no creen que él área quirúrgica de su institución se encuentra preparada para recibir un TEC.

Tabla N°9

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según si la institución cuenta con mobiliario/insumos adecuados.

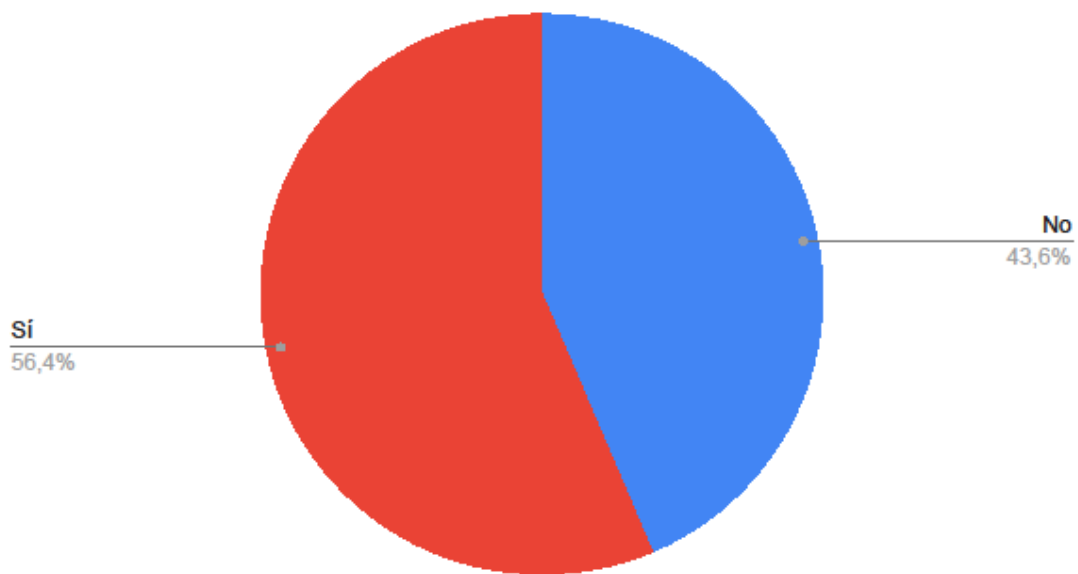
Mobiliario/Insumos	Frecuencia	Porcentaje %
Si	23	56,4 %
No	17	43,6 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N°9

Título: Distribución de porcentaje, si la institución cuenta con mobiliario/insumos adecuados.

MOBILIARIOS/INSUMOS



Fuente: Tabla N°9

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 56,4 % corresponde a Instrumentadores que afirman que el hospital cuenta con los mobiliarios/insumos adecuados para un TEC y el 43,6 % Niega que el hospital cuenta con los mobiliarios/insumos adecuados para un TEC.

Tabla N°10

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según la preparación del personal del área quirúrgica.

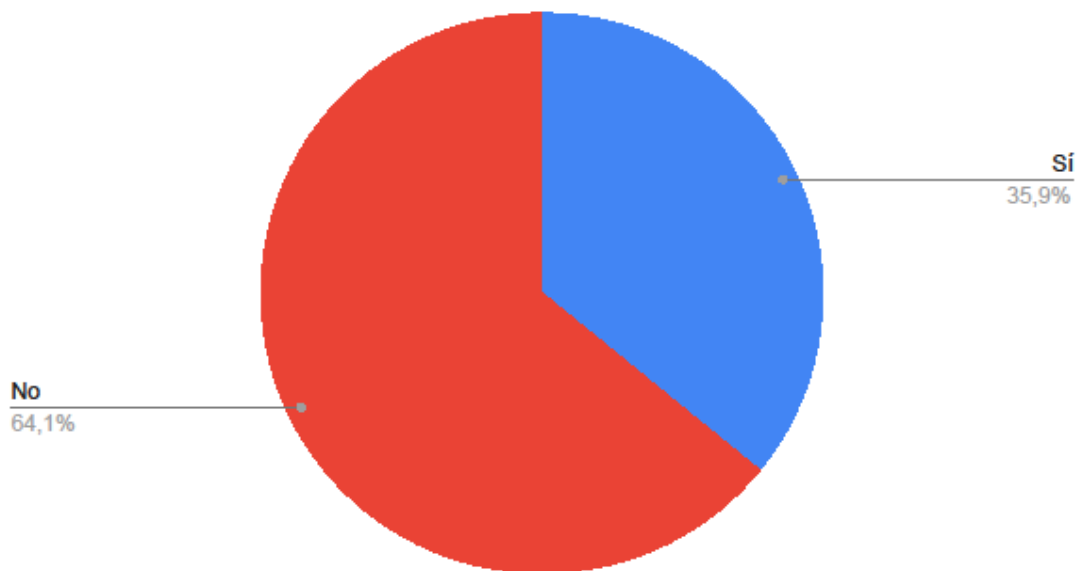
Preparación	Frecuencia	Porcentaje %
Si	15	35,9 %
No	25	64,1
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N°10

Título: Distribución de porcentaje según la preparación que adquieren en base a su formación.

PREPARACIÓN



Fuente: Tabla N°10

Análisis

Del total de la población encuestada (N:40) El 35,9 % corresponde a Instrumentadores Quirúrgico que cree que se sale preparado de la carrera para abordar un trauma encéfalo craneal, el resto un 64,1 % cree que no se sale preparado.

Tabla N°11

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según el conocimiento del personal del área quirúrgica.

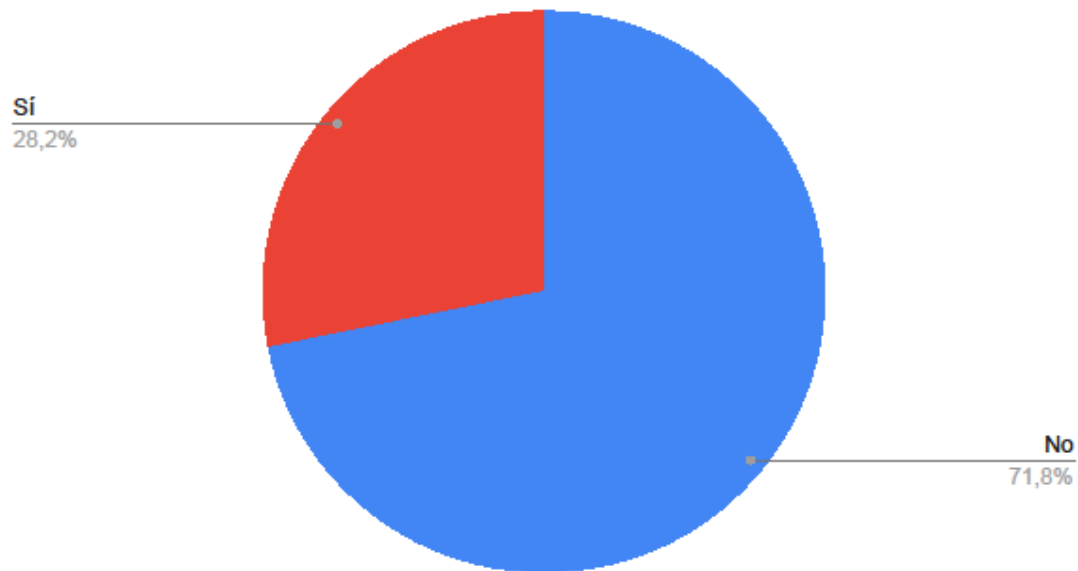
Especialización/Capacitación	Frecuencia	Porcentaje %
Si	12	28,2 %
No	28	71,8 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N°11

Título: Distribución de porcentaje según el conocimiento del personal del área quirúrgica.

CONOCIMIENTO



Fuente: Tabla N°11

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 28,2 % corresponde a Instrumentadores que si tienen conocimiento para una cirugía de TEC, el 71,8 % corresponde a el personal que no cuenta con conocimiento de TEC.

Tabla N°12

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según la especialización del personal del área quirúrgica.

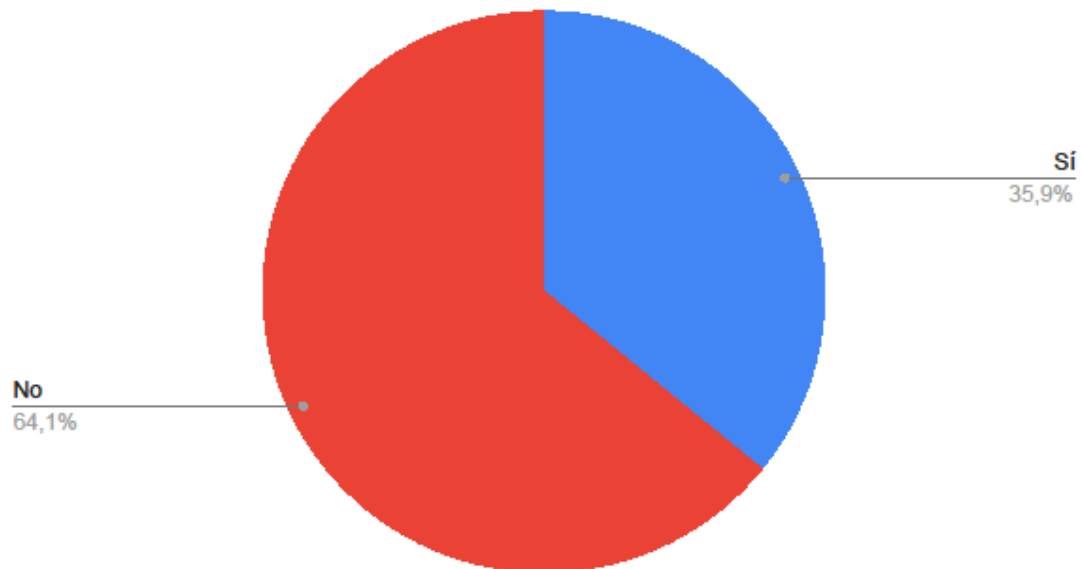
Especialización/Capacitación	Frecuencia	Porcentaje %
Si	15	35,9 %
No	25	64,1 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N°12

Título: Distribución de porcentaje según si el personal del área quirúrgica se especializo.

ESPECIALIZACIÓN



Fuente: Tabla N°12

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 35,9 % corresponde a Instrumentadores que se especializo en capacitaciones, cursos, talleres para prepararse en un TEC, el 64,1 % corresponde a que no se especializan en capacitaciones, cursos, talleres para prepararse en un TEC

Tabla N•13

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según el conocimiento sobre la Escala de Glasgow del personal del área quirúrgica.

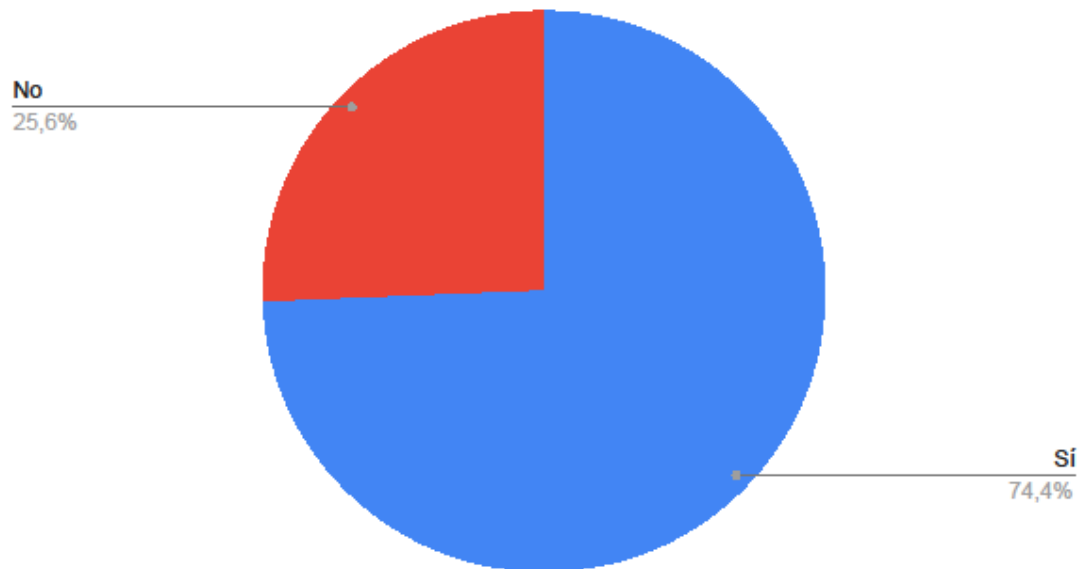
Clasificación de Escala de Glasgow	Frecuencia	Porcentaje %
Si	30	74,4 %
No	10	25,6 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N•13

Título: Distribución de porcentaje según el conocimiento sobre la escala de Glasgow del personal del área quirúrgica.

ESCALA DE GLASGOW



Fuente: Tabla N•13

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 74,4 % corresponde a Instrumentadores que Conocen la clasificación de los traumas encéfalos craneal de acuerdo la Escala de Glasgow y el 25,6 % no conoce la clasificación de los traumas encéfalos craneal de acuerdo la Escala de Glasgow.

Tabla N°14

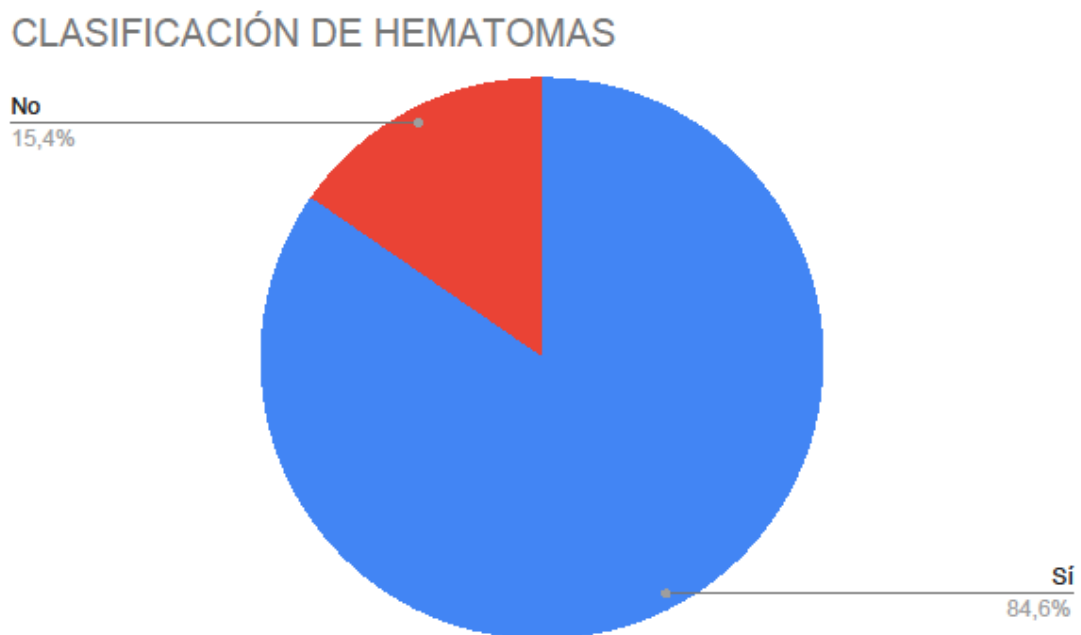
Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según si conocen la clasificación de hematomas el personal del área quirúrgica.

Clasificación de hematomas	Frecuencia	Porcentaje %
Si	34	84,6 %
No	6	15,4 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N°14

Título: Distribución de porcentaje según si conocen la clasificación de hematomas.



Fuente: Tabla N°14

Análisis:

Del total de la población encuestada (N: 40) El 84,6 % corresponde a Instrumentadores que conoce la clasificación de los hematomas y e l 15,4 % no conocen la clasificación de los hematomas.

Tabla N°15

Título: Distribución de frecuencia y porcentaje según el conocimiento del personal del área quirúrgica.

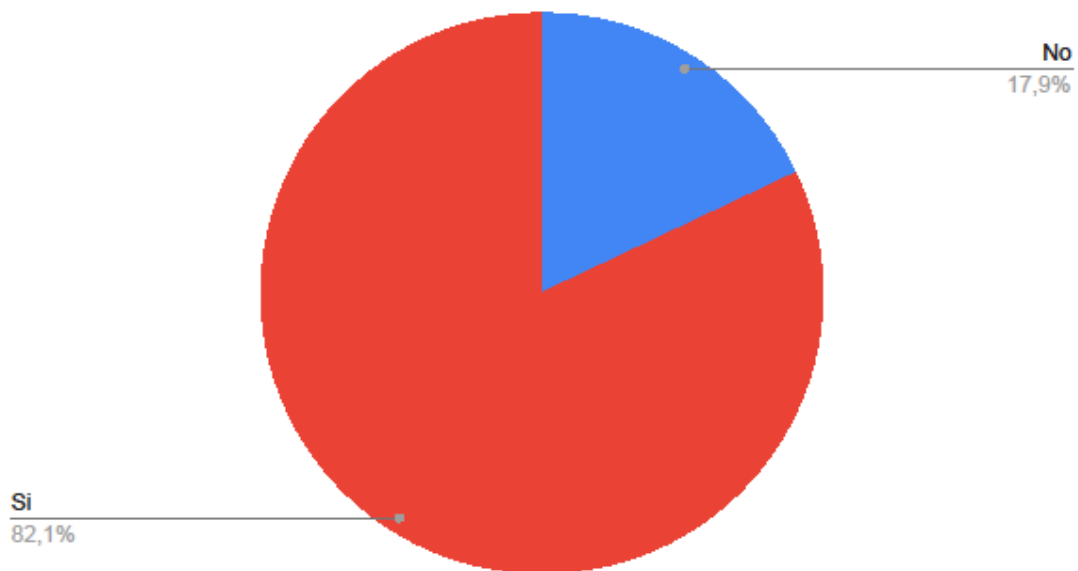
Fractura de base de cráneo	Frecuencia	Porcentaje %
Si	33	82,1 %
No	7	17,9 %
Total	40	100 %

Fuentes: Datos obtenidos de las encuestas realizadas a Instrumentadores

Gráfico N°15

Título: Distribución de porcentaje según el conocimiento sobre las fracturas de cráneo.

FX DE CRÁNEO



Fuente: Tabla N°15

Análisis

Del total de la población encuestada (N: 40) El 82,1 % corresponde a instrumentadores que conocen que en un TEC el síntoma característico de fractura de base de cráneo son los ojos de mapache.

Y el 17,9 % no conocen que en un TEC el síntoma característico de fractura de base de cráneo son los ojos de mapache.

Resultados

Se realizó una investigación acerca de las competencias de los IQ para asistir un TEC en un paciente politraumatizado en el hospital público de mediana complejidad durante el tercer trimestre del año 2020.

Del cual se obtuvieron los siguientes resultados.

Análisis de tabla N•1

Del total de la población encuestada (N: 40) El 66,7 % tiene entre 25-34 años, el 28,2 % tiene entre 35-44 años, el 5,1 % tiene entre 45-54 años y el 0 % tiene más de 54 años.

Análisis de tabla N•2

Del total de la población encuestada (N: 40) El 89,7 % corresponde al sexo femenino y el 10,3 % corresponde al sexo masculino.

Análisis de tabla N•3

Del total de la población encuestada (N: 40) El 61,5 % tiene de 1-5 años de antigüedad, el 15,4 % tiene entre 6-10 años de antigüedad, el 7,7 % tiene entre 11-15 años, el 5,1 % tiene entre 16-20 años y el 10,3 % tiene más de 54 años de antigüedad.

Análisis de tabla N•4

Del total de la población encuestada (N: 40) El 59,0 % tiene de 1-5 años de recibido, el 15,4 % tiene entre 6-10 años de recibido, el 12,8 % tiene entre 11-15 años, el 7,7 % tiene entre 16-20 años y el 5,1 % tiene más de 54 años de recibido de la carrera de Instrumentación Quirúrgica.

Análisis de tabla N•5

Del total de la población encuestada (N: 40) El 61,5 % corresponde a un instituto de formación pública y el 38,5 % corresponde a un instituto de formación privada.

Análisis de tabla N•6

Del total de la población encuestada (N: 40) El 15,4 % corresponde a un porcentaje que trabaja en otra institución y el 84,6 % corresponde a otro porcentaje que no trabaja en otras instituciones.

Análisis de tabla N•7

Del total de la población encuestada (N: 40) El 43,6 % corresponde a empleados de un hospital público, el 20,5 % corresponde a un empleado de una clínica privada y el 35,9 % pertenece a un sanatorio.

Análisis de tabla N•8

Del total de la población encuestada (N: 40) El 35,9 % corresponde a un IQ q creen que el área quirúrgica de su institución se encuentra preparada para recibir un TEC y el 64,1 % corresponde a Instrumentadores que no creen que el área quirúrgica de su institución se encuentra preparada para recibir un TEC.

Análisis de tabla N•9

Del total de la población encuestada (N: 40) El 56,4 % corresponde a IQ que afirman que el hospital cuenta con los mobiliarios/insumos adecuados para un TEC y el 43,6 % niega que el hospital cuenta con los mobiliarios/insumos adecuados para un TEC.

Análisis de tabla N•10

Del total de la población encuestada (N:40) El 35,9 % corresponde a IQ que cree que se sale preparado de la carrera para abordar un trauma encéfalo craneal, el resto un 64,1 % cree que no se sale preparado.

Análisis de tabla N•11

Del total de la población encuestada (N: 40) El 28,2 % corresponde a IQ que si tienen conocimiento para una cirugía de TEC, el 71,8 % corresponde a el personal que no cuenta con conocimiento de TEC.

Análisis de tabla N•12

Del total de la población encuestada (N: 40) El 35,9 % corresponde a IQ que se especializo en capacitaciones, cursos, talleres para prepararse en un TEC, el 64,1 % corresponde a que no se especializan en capacitaciones, cursos, talleres para prepararse en un TEC

Análisis de tabla N•13

Del total de la población encuestada (N: 40) El 74,4 % corresponde a IQ que Conocen la clasificación de los traumas encéfalos craneal de acuerdo la Escala de Glasgow y el 25,6 % no conoce la clasificación de los traumas encéfalos craneal de acuerdo la Escala de Glasgow

Análisis de tabla N•14

Del total de la población encuestada (N: 40) El 84,6 % corresponde a IQ que conoce la clasificación de los hematomas y e l 15,4 % no conocen la clasificación de los hematomas.

Análisis de tabla N•15

Del total de la población encuestada (N: 40) El 82,1 % corresponde a IQ que conocen que en un TEC el síntoma característico de fractura de base de cráneo son los ojos de mapache. Y el 17,9 % no conocen que en un TEC el síntoma característico de fractura de base de cráneo son los ojos de mapache.

Conclusión

Realice este trabajo de investigación para estudiar las competencias de los IQ recientemente graduados para la asistencia del TEC en pacientes politraumatizados, del área quirúrgica del hospital público de mediana complejidad de la zona sur de la provincia de Buenos Aires del cual desarrollare a continuación las conclusiones.

Conté con la colaboración de 40 IQ que mediante encuestas cerradas me han ayudado a determinar que:

El total de la población estudiada se concentra entre los 25 a 35 años de edad, la mayoría son de sexo femenino y tienen una experiencia laboral como mucho de 5 años de antigüedad, lo que refiere que son recientemente graduados. El mayor número de egresados (24) se graduó en una universidad pública y solo 15 encuestados se han especializado en capacitaciones cursos, talleres, relacionado a TEC.

La mayoría de los encuestados (33) trabaja el tiempo completo en una sola institución y por lo general son hospitales públicos que según ellos cuentan con el mobiliarios y los insumos necesarios para afrontar un TEC en un paciente politraumatizado.

En las últimas tres preguntas diagnosticas que realice de forma estratégica para identificar los conocimientos de los encuestados pude destacar que la mayoría conoce la escala de Glasgow, la clasificación de hematomas y los síntomas de una fractura de base cráneo. Lo que no me hace pensar que adquirieron los conocimientos básico en algún momento de su formación

En conclusión me he dado cuenta que mi hipótesis no es real, porque la falta de competencias que le atribuí a los recientemente graduados frente a un TEC no es más que inseguridades personales debido a la falta de experiencia y a su propia subjetividad que no les permite sentirse preparados para afrontar un procedimiento tan complejo. Pero afirmé con mi instrumento que tienen los conocimientos, los saberes y las habilidades que les otorgo su formación sea cual fuere la universidad en la que se hayan graduado.

BIBLIOGRAFÍA

BENTZ, R. M. (junio 2005). “La educación medica de postgrado en la Argentina el desafío de una nueva practica educativa”. Organización Panamericana de la Salud: 1º Edición.

COMISIÓN INTERMINISTERIAL. “Técnico superior en Instrumentación Quirúrgica”. (MECyT, 2005, p. 28). Convenio N° 296/02.

DAY, R. (OMS. 1990). “Cómo escribir y publicar trabajos científicos”.

FERNÁNDEZ., M. C. (Curso 2014-2015.). “Principios Básicos, Área Quirúrgica”. Barcelona: ICR, UB y Fundación Josep Finestres.

FORTIN, M. (1999.). “El proceso de investigación: de la concepción a la realización”. México, Edit. Interamericana.

FULLER, J. K. (2013). “Instrumentación quirúrgica principios y practica “(Vol. 5ª). Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires

GARDELLA, J. L. (2005). “Manual de cuidados e instrumentación en neurocirugía”

JOSÉ MARÍA PAGANINI, H. D. (s.f.) “El hospital público: tendencias y perspectivas. Washington 1994. OPS/OMS.

JUAN, S. (1997). “Epistemología y Metodología”. Elementos para una Teoría de la Investigación Científica. Bs. As.

LEMUS JORGE, A. V. (2007). “Investigación en Sistemas Y Servicios de Salud”. Corpus, Rosario- Argentina.

PATHMANATHAN, B. A.-C.-I. (1995). “Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud”. Canadá: Vol. 1 y 2 Serie de capacitación ISS. OMS.

RECURSOS INFORMÁTICOS

Definición de conocimiento extraído de: <https://definicion.de/conocimiento/>

Definición de hospital extraído de: <http://definicion.de/hospital/>

Perfil y Competencias del Profesional en Instrumentación Quirúrgica extraído de:
http://www.me.gov.ar/curriform/publica/iq_final.pdf

JAVERIANO (2013) Centro de Escritura, “Normas APA Sexta Edición” extraído de:
<http://normasapa.com/citas/>

Definición de Paciente extraído de: <http://definicion.de/paciente.>

SAAD, FERRERES (2007) “La seguridad del paciente quirúrgico.” extraído
de:http://www.usal.edu.ar/archivos/medi/docs/la_seguridad_del_paciente_quirurgico.pdf

“El senado y la cámara de diputados de la provincia de Buenos Aires,
sancionan con fuerza ley N° 14.865 del ejercicio profesional I.Q” extraído
de:https://www.aadinstrumentadores.org.ar/images/paginas/aadi/doc/LeyIQProvinci_aBA.pdf

MARIA DE ANDRADE, (Abril. 2016) Sitio: Definición ABC. Extraído de URL:
<https://www.definicionabc.com/ciencia/escala-glasgow.php>

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A Listado de asignaturas y correlatividades (Plan LQ14A) Universidad Nacional Arturo Jauretche.....	17
Anexo B Escala de Glasgow.....	23
Anexo C Encuesta.....	33

Anexo A. Listado de asignaturas y correlatividades (Plan LQ14A)

Universidad Nacional Arturo Jauretche.

**Licenciatura en Organización y Asistencia de Quirófanos:
Listado de asignaturas y correlatividades (Plan LQ14A)**

CÓDIGO	ASIGNATURA	RÉGIMEN DE CURSADO	CARGA HORARIA SEMANAL	CORRELATIVAS
Primer año				
CI001	Taller de Lectura y Escritura	Cuatrimstral	4	---
CI002	Matemática	Cuatrimstral	4	---
S5001	Fundamentos de Atención e Instrumentación Quirúrgica	Annual	6	---
S5003	Bioseguridad	Cuatrimstral	2	---
S5007	Física y Química Biológica	Cuatrimstral	3	---
CI003	Problemas de Historia Argentina	Cuatrimstral	4	---
CI004	Prácticas Culturales	Cuatrimstral	4	---
S5008	Anatomía y Fisiología Humana	Cuatrimstral	4	---
S5047	Microbiología	Cuatrimstral	4	S5007 (C)

Segundo año ⁽¹⁾

S5009	Anatomía Quirúrgica	Annual	3	S5008 (F)
S5005	Farmacología	Cuatrimstral	2	S5008 (C) / CI002 (C) / S5007 (C)
S5036	Cirugía General	Cuatrimstral	8	S5001 (F) / S5008 (F)

S5038	Procedimientos Quirúrgicos 1 (plástica, urológica, tocoginecológica)	Cuatrimstral	9	S5001 (F) /5008 (F)
S5010	Anestesiología	Cuatrimstral	3	S5005 (C) / S5008 (F)
S5039	Procedimientos Quirúrgicos 2 (torácica, vascular periférica y cardiaca)	Cuatrimstral	9	S5001 (F) / S5008 (F) / S5036 (C)
S5051	Psicología	Cuatrimstral	3	---
S5026	Fundamentos éticos y de medicina legal	Cuatrimstral	3	---
Tercer año ⁽²⁾				
S5052	Salud Pública	Cuatrimstral	3	---

S5053	Procedimientos Quirúrgicos 3 (traumatológica, otorrinolaringológica, neurocirugía, oftalmología, bucomaxilofacial, transplantología)	Cuatrimstral	19	S5001 (F) / S5008 (F) / S5036 (C)
S5054	Cirugía Pediátrica	Cuatrimstral	5	S5001 (F) / S5008 (F) / S5036 (C)
TÍTULO INTERMEDIO: INSTRUMENTADOR/A QUIRÚRGICO/A				
S5046	Física y Química Aplicada	Cuatrimstral	4	S5007 (C)
S5037	Quirúrgica avanzada	Cuatrimstral	5	S5036 (F) / S5038 (F) / S5039 (F) / S5053 (F) / S5054 (F)
S5055	Informática Aplicada a Ciencias de la Salud	Cuatrimstral	3	IF001 (F)
CI049	Inglés aplicado a Ciencias de la Salud	Cuatrimstral	3	IG001 (F)
Cuarto año				

S5049	Protección ambiental	Annual	4	S5003 (F) / S5047 (F)
S5029	Didáctica de la instrumentación quirúrgica	Annual	4	---
S5030	Metodología de la Investigación	Cuatrimestral	3	---
S5027	Organización de Servicios de Salud	Cuatrimestral	3	S5052 (C)
S5028	Gestión de la calidad	Annual	4	S5052 (C)
S5040	Taller de Tesina	Annual	4	S5030 (F)
Quinto año				
S5034	Fundamentos Jurídicos Básicos	Cuatrimestral	4	S5026 (F)
S5048	Epidemiología	Cuatrimestral	3	S5030 (C) / S5052 (F)
S5056	Desarrollo Profesional	Cuatrimestral	2	S5029 (C)
S5057	Gestión en Salud	Cuatrimestral	3	S5052 (F) / S5028 (C)
CARGA HORARIA TOTAL PARA EL TÍTULO DE LICENCIADO/A				
S5063	Tesina			

Materias Extracurriculares (obligatorias)				
IG001	Inglés	Cuatrimestral	3	-
IF001	Informática	Cuatrimestral	3	-

NOTAS:

(C) Se requiere tener la cursada regularizada.

(F) Se requiere tener la materia aprobada (por examen final o promoción).

(1) Para cursar materias del 2do cuatrimestre del 2do. año es requisito tener aprobado todo el Ciclo Inicial.

(2) A partir del 2do cuatrimestre del 3er año inclusive, se requiere tener regularizadas todas las materias correspondientes al título intermedio.

ANEXO B **Escala de Glasgow**

Es una Escala neurológica con forma objetiva que ofrece un valor, fue diseñada para el personal de salud, clasifica el nivel de conciencia humana (es la capacidad de un organismo a reaccionar a los estímulos externos) para aquellos paciente que han sufrido una alteración en la conciencia, daño cerebral o neurológico.

Evalúa y mide tres parámetros fundamentales, apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora.

- **Apertura ocular**

Espontánea, (4 PUNTOS)

A la voz, (3 PUNTOS)

Al dolor, (2 PUNTOS)

Sin apertura ocular, (1 PUNTOS)

- **Respuesta verbal**

Orientado, (5 PUNTOS)

Confuso, (4 PUNTOS)

Palabras, (3 PUNTOS)

Sonidos, (2 PUNTOS)

Sin respuesta verbal, (1 PUNTO)

- **Respuesta motora**

Obedece órdenes, (6 PUNTOS)

Localiza estímulos, (5 PUNTOS)

Retira ante estímulos, (4 PUNTOS)

Respuesta en flexión, (3 PUNTOS)

Respuesta en extensión, (2 PUNTOS)

Sin respuesta motora, (1 PUNTO)

ANEXO C

ENCUESTA

ESTIMADOS:

Soy estudiante de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, UNAJ, Florencio Varela y estoy cursando la Licenciatura en Organización y Asistencia en Quirófanos. Debo realizar un trabajo de investigación acerca las competencias de los instrumentadores quirúrgicos recientemente graduados, para la asistencia de un paciente politraumatizado con traumatismo encéfalo craneal.

La siguiente encuesta será en forma anónima.

Encuesta

1. ¿Qué edad tiene?
 - 25-34 años
 - 35-44 años
 - 45-54 años
 - Más de 54 años

2. Sexo
 - Femenino
 - Masculino

3. ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene?
 - 1-5 años
 - 6-10 años
 - 11-15 años
 - 16-20 años
 - Más de 20 años

4. ¿Cuánto hace que usted está recibido de la carrera de Instrumentación Quirúrgica?

1-5 años

6-10 años

11-15 años

16-20 años

Más de 20 años

5. ¿Su instituto de formación fue?

Universidad pública

Universidad privada

6. ¿Usted trabaja en otra institución aparte de la actual?

Si

No

7. ¿Instituciones donde trabaja o trabajó?

Hospitales públicos

Clínicas privadas

Sanatorio

8. ¿Cree que el área quirúrgica de su institución está preparada para asistir a un TEC?
(TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEAL)

Si

No

9. ¿El hospital cuenta con los mobiliarios/insumos adecuados?

Si

No

10. ¿Usted cree que se sale preparado de la carrera para abordar un trauma encéfalo craneal?

Si

No

11. ¿Cuenta con el conocimiento para asistir a un paciente politraumatizado con traumatismo encéfalo craneal?

Si

No

12. ¿Usted se especializó en capacitaciones, cursos, talleres para prepararse en un TEC?

Si

No

13. ¿Conoce la clasificación de los traumas encéfalos craneal de acuerdo la Escala de Glasgow?

Si

No

14. ¿Conoce la clasificación de los hematomas?

Si

No

15. ¿En un TEC el síntoma característico de fractura de base de cráneo son los ojos de mapache?

Si

No