

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN
LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024**

TESIS

Presentada por:

Lic. Esmeralda Flores Diaz

Lic. Yovana Gomez Guevara

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN
LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024**

TESIS

Presentada por:

Lic. Esmeralda Flores Diaz

Lic. Yovana Gomez Guevara

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**


Aprobado por Unanimitad, ante el siguiente jurado:



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar
Presidenta



Mgr. Gladys Rosario Arratia Torres
Miembro



Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto
Miembro



Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto** en mi condición de asesor acreditado por la RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°173-2024-SEP-FACS/UNJBG, de la tesis titulada: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024**, presentado por la Lic. Esmeralda Flores Diaz – Lic. Yovana Gomez Guevara, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.


Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 16 %.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la ESCALA DE SIMILITUD de la tesis está de acuerdo a la **SIMILITUD BAJA**: PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio Institucional.


Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del título.


Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto
DNI: 04640935



Asesora

Lic. Esmeralda Flores Diaz
DNI: 44114150



Tesista

Lic. Yovana Gomez Guevara
DNI: 73623660
Tesista



Agradecimiento

A nuestra asesora de tesis Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto por su asesoría profesional, paciencia, sabiduría, comprensión al momento de cumplir este objetivo y motivarnos en la investigación.

A la UNJBG y a la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería FACS/UNJBG, por darnos la oportunidad de forjarnos profesionalmente.

Al Hospital Ilo y a las enfermeras(os) que laboran en el servicio de emergencia que colaboraron desinteresadamente en la presente investigación.

Yovana y Esmeralda

Dedicatoria

A Dios por haberme permitido llegar a la meta, por su fortaleza y guiar mis pasos a lo largo de mi vida.

A mis padres Teresa y Adrián que me enseñaron que en esta vida nada es imposible. Gracias por ser la fuerza para lograr nuestro objetivo.

A mis más grandes tesoros, mi familia, a mi esposo Fritz, mis pequeños Rouss y Maycol, por alentarme en todo momento y ser mi inspiración constantemente.

A la Dra. Silvia Quispe Prieto nuestra asesora, cuyo acompañamiento, orientación y compromiso fueron fundamentales para culminar con éxito esta investigación.

Yovana

Dedicatoria

A Dios por haberme permitido llegar a la meta, por su fortaleza y guiar mis pasos a lo largo de mi vida.

A mis padres Alida y Luis que me enseñaron que en esta vida nada es imposible. Gracias por ser la fuerza para lograr nuestro objetivo.

A mi más grande tesoro mi pequeña Maia Fernanda, por ser mi más grande inspiración.

Esmeralda

Índice

	Pág.
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
Introducción	1
Capítulo I Planteamiento del Problema	4
1.1. Fundamentos y formulacion del problema	4
1.2. Formulacion del problema	10
1.3. Objetivo general y especifico.....	11
1.4. Justificacion.....	12
1.5. Hipótesis	14
1.6. Operacionalizacion de las variables	14
Capítulo II_Marco teorico	19
2.1. Antecedentes de la investigacion	19
2.2. Bases teóricas.....	24
2.3. Definición conceptual de términos.....	52
Capítulo III Metodología de la investigación	54
3.1. Población y muestra.....	54
3.2. Muestra	56
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.4. Validez del instrumento	58
3.5. Procedimiento de recolección de datos	59
3.6. Procesamiento y análisis de datos	60
3.7. Consideraciones éticas	61
Capítulo IV::.....	63
De los Resultados	63
4.1. Resultados	74
4.2. Discusión.....	74
Conclusiones	89
Recomendaciones	91
Referencias bibliográficas	93
Anexos.....	98

Índice de tablas

		Pág.
TABLA 1	Características de las profesionales enfermería del servicio de emergencia del hospital Ilo II-1, 2024	64
TABLA 2	Nivel de conocimiento de las enfermeras en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del hospital Ilo II-1, 2024.	66
TABLA 3	Prácticas del cuidado de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Ilo II-1, 2024	68
TABLA 3-A	Promedio de dos mediciones de la guía de observación en el manejo inicial del paciente politraumatizado servicio de emergencia del hospital de Ilo II-1 2024	69
TABLA 4	Relación entre el nivel de conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado del servicio de emergencia en el hospital Ilo II-1 2024.	72
TABLA 5	Prueba de hipótesis	73

Índice de gráficos

		Pág.
TABLA 1	Nivel de conocimiento de las enfermeras en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del hospital Ilo II-1, 2024.	67
TABLA 2	Prácticas del cuidado de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Ilo II-1, 2024	71

Resumen

El **objetivo** de la presente investigación es determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado del servicio de emergencia en el Hospital Ilo II-1 2024. **Metodología**, es de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal no experimental, se estudiará variables simultáneamente en determinado momento. El universo muestral es de 20 enfermeras, se utilizaron dos instrumentos, un cuestionario con 20 ítems para medir el nivel de conocimiento y la guía de observación para evaluar la práctica de manejo paciente politraumatizado, **Resultados** el nivel de conocimiento el 45.0% tiene nivel regular, 45.0% bajo, y solo el 10% alto. En cambio, en las prácticas medidas en dos momentos presentan el 70% posee practica adecuada, el 30% practica inadecuada, encontrando una significancia de $p=0.098(n=20)$ lo cual indica no existe una correlación y el valor $Rho = -0.380$ es débil y no significativa.

Palabras claves: conocimiento, práctica, evaluación inicial, trauma, accidentes, politraumatizado.

Abstract

The objective of this research is to determine the relationship between the level of knowledge and practice of nursing care in the initial assessment of polytrauma patients in the emergency department of Hospital Ilo Ilo II-1 in 2024. The methodology is quantitative, descriptive-correlational, and cross-sectional, non-experimental. Variables will be studied simultaneously at a specific point in time. The sample consists of 20 nurses. Two instruments were used: a 20-item questionnaire to measure the level of knowledge and an observation guide to evaluate the practice of managing polytrauma patients. Results: Regarding knowledge, 45.0% of the nurses had a fair level, 45.0% a low level, and only 10% a high level. In contrast, regarding practices measured at two points in time, 70% demonstrated adequate practice, and 30% demonstrated inadequate practice. A significance level of $p = 0.098$ ($n = 20$) was found, indicating no correlation, and the Rho value = -0.380 is weak and not significant.

Keywords: knowledge, practice, initial assessment, trauma, accidents, polytrauma.

Introducción

El trauma constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, generando una alta demanda en los servicios de emergencia. Las lesiones por accidentes de tráfico, caídas, agresiones y otros eventos similares representan una proporción significativa de los ingresos hospitalarios de emergencia, especialmente en regiones donde el acceso rápido a servicios de salud de alta complejidad es limitado. La atención de pacientes politraumatizados, que presentan múltiples lesiones simultáneas en diferentes partes del cuerpo, exige una intervención rápida y precisa, ya que el pronóstico y la supervivencia del paciente dependen en gran medida de una evaluación y tratamiento iniciales adecuados.

En este contexto, el rol del personal de enfermería en el servicio de emergencia es crucial, dado que son los primeros en evaluar y atender a los pacientes politraumatizados. La intervención inicial por parte del personal de enfermería incluye la aplicación de protocolos de evaluación, la estabilización de funciones vitales y la identificación de lesiones prioritarias, todo lo cual requiere un alto nivel de conocimiento y habilidades prácticas. Sin embargo, la complejidad de estos casos, junto con la necesidad de actuar bajo presión, representa un desafío constante para el personal de enfermería, que debe responder eficazmente ante situaciones que pueden cambiar rápidamente.

En el Hospital Ilo II-1, el servicio de emergencia enfrenta una alta demanda en la atención de pacientes con trauma severo, lo cual subraya la importancia de que el personal de enfermería posea competencias sólidas y actualizadas en la evaluación inicial de estos pacientes. La falta de un conocimiento adecuado o la deficiencia en la práctica clínica pueden afectar directamente la calidad de la atención y, por ende, el pronóstico del paciente.

Este estudio tiene como objetivo analizar el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1. A través de esta investigación, se busca identificar posibles brechas en el conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería, de modo que se puedan diseñar estrategias de mejora y capacitación orientadas a fortalecer sus competencias y, con ello, optimizar la calidad de la atención en el contexto de urgencias y emergencias.

El presente trabajo de investigación se estructura en cuatro capítulos. El Capítulo I aborda el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación y la hipótesis del estudio. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, sustentado en antecedentes y bases conceptuales relacionadas con las variables. El Capítulo III detalla la metodología de la investigación, describiendo el tipo y diseño de investigación, la población, muestra,

instrumentos y procedimientos utilizados. Finalmente, el Capítulo IV presenta los resultados obtenidos, su discusión, las conclusiones y recomendaciones, complementándose con las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

Capítulo I

Planteamiento del Problema

1.1. Fundamentos y formulación del problema

En el ámbito de la atención de emergencia, la evaluación inicial de pacientes politraumatizados es crucial para la toma de decisiones rápidas y efectivas que impactan directamente en la morbilidad y mortalidad. A pesar de la importancia de este proceso, existe una brecha en el conocimiento y la práctica enfermera en el Servicio de Emergencia del Hospital Ilo II-1. Este desconocimiento o inadecuada aplicación de protocolos y procedimientos podría estar afectando negativamente la calidad de la atención brindada a pacientes politraumatizados, comprometiendo la seguridad y el pronóstico de los mismos.

En muchos casos, las enfermeras son el primer contacto que tiene el paciente con el personal de salud en el servicio de emergencia. Su capacidad para realizar una evaluación inicial efectiva y tomar medidas inmediatas puede marcar la diferencia en la estabilización y el pronóstico del paciente.

Según la organización mundial de la salud (OMS) las estadísticas señalan que cada año las lesiones traumáticas ocasionan cerca de 1,3 millones de muertes a nivel mundial y dejan entre 20 y 50 millones de personas lesionadas, muchas de las cuales presentan discapacidad permanente o temporal (1).

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) del Ministerio de Salud (MINSA) alcanzó 16,025 casos por accidentes de tránsito en carreteras y zonas urbanas desde el mes de enero hasta agosto del año 2022, que dieron origen a lesiones atendidas en el servicio de emergencia por atención, el 31.8% fueron casos de la costa en carreteras y el 68,2% en zona urbana, mientras que en la sierra, el 53,2% de casos ocurrió en carreteras y el 46,8% en zona urbana y por último en la selva el 24,3% de casos ocurrió en carretera y 75,7% en zonas urbanas, del análisis se desprende que el mayor número de víctimas por accidentes de tránsito fueron de sexo masculino y edades de 20-24 años (9,7%), 25-29 años (9.5%) y 30-34 años (7,2%) mientras que, en el caso de las mujeres, las edades predominantes fueron de 25 a 29 años (4,6%) (2).

Se reconoce que alrededor del 25% de los pacientes politraumatizados a consecuencia de accidentes de tránsito fallecen debido a un manejo

inadecuado. Por ello, el sistema de salud y su personal deben estar capacitados y equipados para afrontar eficazmente este tipo de situaciones, disponiendo de conocimientos actualizados, herramientas apropiadas y recursos necesarios que permitan realizar un control oportuno de daños, garantizando así mayores posibilidades de supervivencia para el paciente (3).

El conocimiento de la enfermera en el manejo del usuario politraumatizado tiene una labor íntimamente relacionada a lo largo de toda la atención, lo cual no se debe desperdiciar momentos críticos que forman parte de la “hora dorada”.

Debido a que cualquier individuo puede verse afectado por un evento traumático, resulta indispensable que los profesionales sanitarios, y particularmente el personal de enfermería, posean competencias básicas para afrontar eficazmente la asistencia inmediata en situaciones de emergencia.

La atención de enfermería dirigida al paciente politraumatizado en los servicios de urgencias y cirugía suele desarrollarse correctamente. No obstante, persisten deficiencias relacionadas con la dotación de recursos esenciales y con la formación permanente del personal, aspectos que inciden directamente en la eficacia del cuidado brindado (4).

Sin una adecuada preparación y con experiencia, la enfermera en el servicio de emergencia podría omitir procedimientos así aumentar el riesgo la vida del usuario, la intervención oportuna y correcta del personal de enfermería constituye un factor determinante para la supervivencia del paciente, lo que exige un actuar profesional basado en el conocimiento, la destreza y la toma de decisiones acertadas (5).

Baker define trauma es toda alteración anatómica o funcional grave que ocurre cuando el organismo es sometido de forma aguda a energías externas (mecánicas, térmicas, eléctricas, químicas o radiantes) que sobrepasan los límites normales de resistencia fisiológica (6).

Un estudio realizado en el Hospital de Apoyo Chepén en Trujillo - 2019 reveló que el 46% de las enfermeras presentaba un nivel deficiente de conocimiento en el manejo de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia, mientras que el 36% tenía un nivel regular y solo el 18% mostraba un nivel bueno. Además, se encontró que el 64% del personal tenía prácticas inadecuadas y el 33% practicaba de manera adecuada en el manejo de pacientes politraumatizados. La investigación destaca la importancia de la correlación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de las enfermeras, resaltando la necesidad de capacitación constante, incluso para el personal con años de experiencia, con el fin de mantenerse

actualizado y garantizar un abordaje correcto en la atención de los pacientes (7).

Actualmente un gran porcentaje los usuarios que padecieron un evento de politraumatización son producidos por accidentes de tránsito, ya que en los últimos años fue los parques automotrices provocando altas tasas de mortalidad y morbilidad (8).

Según el instituto nacional de estadística e informática (INEI) durante el año 2019 se reportaron a nivel nacional 93,299 casos de accidentes de tránsito, por causas: choques 40,007 casos, atropellos 13,409 casos, choque y fuga 10,344, despiste 10,765 casos, caídas 2,540 casos, atropello y fuga 2,370 casos, choque y atropello 1,531, casos, choque y atropello 1,531 casos, volcaduras 1,473 casos entre otros 10,860; En el departamento de Moquegua durante el periodo del 2019 se presentaron 506 casos de accidentes de tránsito siendo un dato considerable ya que solo tiene tres provincias (9).

Según Muñoz menciona “Esto lleva a un importante impacto tanto económico y social en la estadía del paciente politraumatizado dentro del hospital, ocupando 10-15% de diagnóstico de varones y del 5 al 8 % en

mujeres, y según estadísticas el 25 % murieron por una inadecuada atención” (10).

En este contexto en la Región Moquegua - Ilo, se evidencia estas contingencias que exigen que la enfermera este capacitada y preste a brindar los cuidados de emergencia y urgencia que el caso exige sin embargo se observa que el servicio de emergencia del hospital Ilo (MINSA) cuenta con una infraestructura muy reducida que no está preparada para recibir víctimas que requieren cuidados especiales de emergencia, ahondado porque no se cuenta con equipos médicos de última generación que dificultan el trabajo de calidad del equipo de salud en especial a la enfermera.

Notoriamente por el aumento de casos de usuarios que llegan con politraumatismos al Servicio de Emergencias del Hospital de Ilo, producto de traumatismos ocasionados en el ámbito vial, el hogar, el trabajo, el deporte o por hechos delictivos, por otro lado, durante la atención a las víctimas se observa las deficiencias en los equipos y materiales en la recepción del usuario, por falta de collarines, camillas con soportes o desconocimiento. “Durante el primer semestre del año 2018 se registraron 48 casos de pacientes politraumatizados, de los cuales 40 correspondieron

a traumatismo encéfalo craneano (TEC), todos ellos originados por accidentes de tránsito” (11).

Finalmente la evaluación que realiza la enfermera(o) en el usuario traumatizado tiene una labor íntima relacionada a lo largo de toda la atención pre hospitalaria, no se debe desperdiciar momentos críticos que forman parte de la “hora dorada” por ende, la enfermera(o) debe estar preparada en conocimientos científicos, si la enfermera carece de conocimientos en la evaluación inicial de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia, podría haber retrasos en la identificación de lesiones graves, una priorización inadecuada de la atención y una falta de coordinación con el equipo médico, lo que aumentaría el riesgo de complicaciones y afectaría la calidad del cuidado proporcionado (3).

Por lo expuesto anteriormente surge la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1 2024?

1.3. Objetivo general y específico

Objetivo general

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado del servicio de emergencia en el Hospital Ilo II-1 2024.

Objetivo específico

- Describir las características sociodemográficas de las enfermeras del servicio de emergencia – Hospital Ilo II-1, 2024.
- Medir el nivel de conocimiento de las enfermeras en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1, 2024.
- Valorar la práctica de la enfermera(o) en el manejo del paciente poli traumatizados del servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1, 2024.

1.4. Justificación

Hoy en día los usuarios politraumatizados, tanto a nivel mundial, regional, nacional y local tal como indican diversos estudios y estadística sobre el caso, son un problema de salud pública dado los elevados índices de accidentes de tránsito y de otros tipos que se reportan y atienden en los establecimientos de salud, específicamente en los servicios de emergencia, ocupando el tercer o cuarta causa de morbi-mortalidad (8).

El valor teórico esta generado por el nuevo conocimiento científico que se establece producto de la aplicación del método científico, que permitirá conocer el estado de los cuidados de enfermería, a fin de limitar las complicaciones y vigilar signos de alarma y producir intervenciones tempranas.

En cuanto al valor del aspecto metodológico, la investigación se enmarcó dentro del enfoque cuantitativo y de diseño correlacional, haciendo uso de instrumentos de medición validados y confiables. El propósito fue analizar la relación entre el conocimiento teórico y la práctica del cuidado de enfermería en la atención inicial del paciente politraumatizado, del mismo modo será de ayuda para posteriores investigadores.

En cuanto a la justificación práctica, los resultados de esta investigación contribuirán a mejorar la calidad del cuidado de enfermería durante la valoración inicial del paciente politraumatizado que ingresa al servicio de Emergencia del Hospital Ilo II-1. Asimismo, permitirán implementar procesos de mejora continua orientados a fortalecer la atención intrahospitalaria y prevenir complicaciones tardías en los pacientes atendidos.

La relevancia social lo conforma en primer término los pacientes que se benefician con este nuevo conocimiento que debe generar intervenciones de mejora, seguido del beneficio que adoptará el personal de enfermería podrá establecer el nivel de aplicación de las medidas de precaución en el conocimiento y practica en la evaluación inicial del usuario y evitar complicaciones y estar alerta a los signos de peligro para las complicaciones en el usuario politraumatizado.

Motivadas por lo descrito anteriormente se ejecutará el trabajo de investigación, en el servicio de emergencia del Hospital de Ilo II-1, cuyos resultados servirán para una adecuada gestión en los cuidados, Enfermera(o) que facilite la planificación e implementación del programa de educación continua para la enfermera y el desarrollo de protocolos de cuidados para el manejo inicial de usuario politraumatizados lo que permitirá el crecimiento y desarrollo del conocimiento profesional.

1.5. Hipótesis

Hipótesis alterna (H1)

Si existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación en el manejo del paciente politraumatizado en los profesionales de enfermería.

Hipótesis nula (Ho)

No existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación en el manejo del paciente politraumatizado en los profesionales de enfermería.

1.6. Operacionalización de las variables

Variable independiente

Conocimiento del cuidado de enfermería en la valoración inicial del paciente politraumatizado.

Variable dependiente

Práctica del cuidado de enfermería en la valoración inicial del paciente politraumatizado.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala valorativa	Nivel de Medición
Conocimiento del Cuidado de enfermería en la valoración inicial del paciente politraumatizado.	Proceso cognitivo adquirido sobre el manejo del paciente politraumatizado, desarrollado durante la valoración clínica y categorización de lesiones (9)	Conocimiento sobre manejo del paciente politraumatizado	DESARROLLO DE PREGUNTAS A: Vía aérea con protección cervical B: Ventilación y respiración C: Circulación y control de hemorragia D: Déficit neurológico E: Exposición y entorno	Conocimiento: <ul style="list-style-type: none"> Alto Medio bajo 	Ordinal
Práctica del Cuidado de enfermería en la valoración inicial del paciente politraumatizado.	Conjunto de destrezas realizadas por la enfermera mediante su experiencia y conocimiento para brindar atención inicial adecuada (10)	<ul style="list-style-type: none"> Permeabilización de vía aérea Verificación de ventilación Circulación y control de hemorragias Evaluación del estado de conciencia Exposición y protección del usuario 	<ul style="list-style-type: none"> Maniobras de vía aérea Valora pulso y ventilación Control de hemorragias Evalúa Glasgow, lesiones y temperatura 	Manejo: <ul style="list-style-type: none"> Adecuada Inadecuada 	Nominal

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores	Escala Valorativa	Escala de Medición
Características Sociodemográficas	Son características biológicas, socio, económico, culturales de un conjunto de personas	Edad	Tiempo cronológico de vida del usuario	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> · 18 a 29 · 30 a 59 · 60 a más 	De intervalo
		Sexo	Condición de un organismo que distingue el género	Genero del usuario	<ul style="list-style-type: none"> · Masculino · Femenino 	Nominal
		Grado de formación	Es el grado más elevado de estudios realizados	Año concluido	<ul style="list-style-type: none"> · Licenciada · Especialista en emergencia 	Nominal

		Situación laboral	Actividad que desempeña la profesional.	Función laboral que realiza la profesional	<input type="checkbox"/> Nombrada <input type="checkbox"/> Contratada	Nominal
		Años de experiencia	Actividades que desempeño la profesional en su trabajo en determinado tiempo	Años de trabajo laboral	<input type="checkbox"/> < 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 5 años <input type="checkbox"/> 6 a 10 años <input type="checkbox"/> 11 a 15 años:	Escala
		Recibe capacitaciones sobre el manejo de usuarios politraumatizados	Capacitaciones que recibió la profesional	Enseñanzas hacia la profesional	Si No	Nominal
		Dispone de insumos necesarios para	Materiales que requiere la profesional	Insumos requeridos por la profesional	Suficiente Insuficiente	Nominal

		el Manejo del usuario	para realizar sus funciones			
		El servicio de emergencia cuenta con Protocolos sobre el Manejo del Paciente Politraumatizado	Procedimientos que aseguren que ante una emergencia conozcan el manejo	Capacidad de conocimiento sobre procedimientos	Si No Desconoce	Nominal

Capítulo II

Marco teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

A Nivel internacional

Ramos, R. Pérez, Y. Arias A. et al (9) en Cuba, realizaron una investigación titulada “Atención de enfermería al paciente politraumatizado durante el traslado por el sistema integrado de urgencias médicas de Holguin Cuba- 2021”. Este estudio tuvo como objetivo describir la atención de enfermería a pacientes politraumatizados trasladados a través del Sistema Integrado de Urgencia Médica en Holguín durante el periodo de enero a diciembre de 2021. Utilizando un enfoque descriptivo prospectivo de corte transversal, se encontró que predominaron pacientes de 31 a 40 años, mayormente del sexo masculino. El tiempo de respuesta prehospitalaria más común fue de 10 minutos, y las principales causas fueron accidentes de tránsito, seguidos de caídas de altura. Se concluyó que predominaron pacientes adultos jóvenes de sexo

masculino, con la mayoría recibiendo atención en los primeros minutos tras el evento. Las lesiones más frecuentes afectaron el cráneo y el tórax, especialmente con lesiones combinadas.

Gaibor A., Carrillo A. et al (10) en Ecuador, realizaron una investigación titulada “Valoración de enfermería a pacientes politraumatizados ingresados en el área de traumatología del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayaquil, año 2020” El objetivo de este estudio fue evaluar los cuidados proporcionados por el personal de enfermería a pacientes politraumatizados. Utilizando una metodología descriptiva y cuantitativa con observación técnica, se examinó a una población de 121 personas en el área de traumatología del hospital. Los resultados revelaron un tiempo promedio de doce meses en los casos más graves (21%) y un mes en los casos con menos complicaciones (13%). Se destacó que el 98% de los pacientes ingresaron vivos al hospital, con un 2% falleciendo después de 48 horas. Además, se señaló que los accidentes en moto son una de las causas más frecuentes de politraumatismos. En conclusión, los politraumatismos abarcan desde lesiones simples hasta complejas, siendo crucial considerar el mecanismo de la lesión, su gravedad y la evolución clínica del paciente en su manejo.

Freire T. (11) en Ecuador, realizó una investigación titulada: Atención de enfermería en pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del hospital general docente Ambato-2020. El objetivo de este estudio fue desarrollar una guía de atención de enfermería que asegure el manejo inmediato del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital General Docente Ambato. La metodología utilizada fue cuali-cuantitativa, descriptiva y transversal, con una muestra de 60 enfermeras del área de emergencia. Se aplicaron encuestas con preguntas de selección múltiple para evaluar el conocimiento del personal de enfermería. Los resultados revelaron que predominan los politraumatizados graves y moderados, y el personal realiza la valoración del paciente basándose en el examen físico. Aunque el 83% conoce los protocolos de actuación existentes, el 33% indicó no haber recibido capacitaciones. La conclusión destaca la creación de una guía de atención para mejorar la calidad del cuidado, prevenir complicaciones y elevar la calidad de la atención de salud.

A nivel nacional

Liberato S. (12) en Perú, realizaron una investigación titulada: “Conocimientos y prácticas del enfermero(a) en la atención del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del hospital

Sergio E. Bernales - Lima 2022” El objetivo de este estudio es determinar los conocimientos y prácticas del enfermero(a) en la atención del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales en 2022. Se empleará una metodología cuantitativa, descriptiva y no experimental de corte transversal, con una muestra de 30 enfermeros(as) que laboran en el servicio de emergencias. Los datos recopilados se procesarán y codificarán en Excel, luego se tabularán y analizarán utilizando el paquete estadístico SPSS versión 25. La investigación se espera que aporte significativamente, ya que la información obtenida servirá como indicativo o evidencia del trabajo enfermero, permitiendo la implementación de procedimientos enfocados a mejorar los cuidados en el paciente politraumatizado

Mamani A. (13) en Perú, realizaron una investigación titulada “Nivel de conocimientos sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y engagement, enfermeras servicio de emergencia. Hospital III Yanahuara. Arequipa, 2022” El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado y el Engagement en enfermeras del servicio de Emergencia del Hospital III Yanahuara, Arequipa, en 2022. Se aplicaron cuestionarios y escalas a 38 profesionales enfermeros.

Los resultados mostraron que el 50% de la población tenía un nivel medio de conocimiento, mientras que el 36.8% tenía un nivel alto y el 13.2% un nivel bajo. En cuanto al Engagement, el 81.6% presentó un nivel alto y el 18.4% un nivel mediano. La conclusión principal indicó que no existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado y el Engagement en enfermería ($P>0.05$).

Rodríguez O. (14) en Perú, realizaron una investigación titulada: “Nivel de Conocimiento y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia, Rimac – Lima Perú - 2021”. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la atención inicial del paciente politraumatizado en profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencia Cayetano Heredia. La metodología utilizada fue de tipo aplicativo, correlacional, transversal y descriptiva, aplicando dos instrumentos con buena confiabilidad (0.87 y 0.895) a 24 profesionales de enfermería. Los resultados indicaron que el 48% de los enfermeros tenían un nivel de conocimiento medio, pero el 68% demostró prácticas adecuadas en la atención de pacientes politraumatizados. En conclusión, se encontró

que el nivel de conocimiento sobre la inmovilización de pacientes fue intermedio, mientras que las prácticas realizadas por los enfermeros fueron adecuadas, evidenciando un puntaje satisfactorio en la escala de valoración planteada (16 a 30 puntos).

A nivel regional

En la revisión bibliográfica no se encontraron investigaciones previas a nivel regional o local que aborden las variables planteadas en el presente estudio.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento

Desde el punto de vista científico, el estudio del conocimiento corresponde a la epistemología, disciplina considerada como la teoría del conocimiento. Su denominación proviene del término griego episteme, que significa ciencia, dado que se reconoce como el fundamento de todo proceso cognitivo (12).

El conocimiento puede entenderse como un acto consciente, intencional y progresivo mediante el cual el ser humano interpreta su entorno y se desarrolla como individuo y como especie.

Asimismo, el conocimiento se distingue según el medio por el cual se adquiere: cuando proviene de la experiencia, se denomina empírico, y cuando surge del razonamiento lógico, se denomina racional. Ambas formas son válidas y complementarias dentro del proceso de comprensión de la realidad (13).

2.2.2. Tipos de conocimientos

Conocimiento empírico: Es aquel que se adquiere de la observación y la experiencia no filosofando ni teorizando, y de la práctica y del contacto directo con la realidad (17).

Conocimiento científico: El hombre busca comprender y explorar una manera nueva de conocer a través de la ciencia tratando de explicar cada hecho o cosa que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernen el mundo. El proceso comienza con la formulación de una hipótesis, la cual se analiza

mediante modelos matemáticos de verificación, para finalmente obtener conclusiones válidas y reproducibles (14).

2.2.3. Aplicación en el manejo

El Conocimiento Práctico. - El conocimiento práctico es un proceso repetitivo que permanece en nuestra mente cuando sus resultados son positivos, pero, al contrario, cuando estos resultan negativos, automáticamente rechazamos la idea. También conocido como conocimiento operacional o procedimental, no es presentado de una forma formal, de modo que el hombre lo va aprendiendo a través de la práctica, y se va adquiriendo con la destreza para poder realizar un trabajo (15).

El conocimiento práctico es capaz de aplicar otros conocimientos en nuestra vida diaria y a la vez nos permite adquirirlos. Estos conocimientos se adquieren al binomio fundamental del “ensayo-error” basado en la práctica, la técnica y la experiencia que nos permite absorber la información de nuestro entorno por medio de los sentidos y nos provoca buscar la forma más sencilla de con menos esfuerzo para alcanzar una meta específica (16).

La enfermera debe de poseer de conocimientos previos en la atención de los pacientes politraumatizados para una primera atención, conociendo la fisiopatología, signos y síntomas de la enfermedad para el mejor manejo y la realización de procedimientos y tratamiento.

Estos conocimientos van ayudar que la enfermera realice la valoración de la situación del paciente, siendo fundamental la intervención de enfermería en proceso de recuperación de las pacientes politraumatizadas, para crear cuidados de enfermería independiente aplicados por medio del proceso de enfermería, para tener un adecuado resultado en la atención del paciente politraumatizado (11)

El cuidado de enfermería debe estar fundamentado en los conocimientos previos al aprendizaje, siendo una fortaleza en el cuidado de los pacientes críticos en el área de emergencia por ende ayudaran al desarrollo de habilidades y destrezas en los procedimientos de enfermería (17).

2.2.4. Triage

Es el área de selección y clasificación de las atenciones establecidos de acuerdo a la necesidad de los pacientes, donde las muertes por

traumatismo deben prevenirse con un abordaje de atención organizado (15).

En el triaje se realiza una valoración inicial clínica, que permite conocer la valoración diagnóstica e identificar la prioridad de atención que el paciente va a necesitar (18).

La hora dorada comienza en el momento que inicia el incidente, el paciente debe de ser valorado sistemáticamente e identificar todas las lesiones que ponen en riesgo su vida, de transporte rápido y creando eficiente manejo de la vía aérea, respiración, circulación, y mantener al máximo la sobrevivencia del paciente (14).

2.2.5. Trauma:

Es una lesión severa donde puede comprometer órganos importantes del cuerpo, surge a partir de una exposición aguda a una forma de energía ya sea mecánica, térmica, eléctrica, química o radiante que supera el límite de tolerancia fisiológica del organismo (19).

2.2.6. Politraumatismo

Se considera politraumatizado a todo paciente que presenta dos o más lesiones traumáticas graves, ya sean periféricas, viscerales o

combinadas, las cuales provocan alteraciones respiratorias o circulatorias que ponen en peligro su vida. (20)

Es aquel paciente que presenta lesiones físicas a consecuencias de un traumatismo, ya sea mecánica, eléctrica, térmica, química u otros con compromisos de dos o más órganos, poniendo en peligro su vida. Se realiza criterios para la evaluación a los pacientes politraumatizados, considerando que no todos los pacientes con lesiones graves son de riesgo. (9)

2.2.7. Tipos de politraumatismo

Es importante que la enfermera puede realizar la atención inicial al usuario, determinar el tipo de lesión, la prioridad ya sea I o II.

La primera etapa del control de daños, la hemorragia y la contaminación se manejan de la manera más rápida y simple, controlando la herida y hemorragia.

La segunda etapa es fundamentada por la corrección de las anormalidades fisiológicas (triada mortal). Se mantiene a los pacientes a una temperatura adecuada y se realiza la reanimación, se corrigen los defectos de coagulación.

En la tercera etapa del control la reparación definitiva de las lesiones se lleva a cabo una vez que el paciente se encuentra en un estado fisiológicamente estable (10).

2.2.8. Clasificación de los politraumatizados

El paciente politraumatizado es aquel que presenta dos o más lesiones traumáticas de carácter grave, ya sean periféricas, viscerales o complejas, cuya combinación provoca alteraciones respiratorias o circulatorias que ponen en peligro su vida (11)

Los pacientes con traumatismos pueden ser de diferentes clases, se identifican de acuerdo a la gravedad, al impacto, se clasifican en tres categorías: (10)

- **Leve:** Paciente con lesiones o heridas que no representan un riesgo significativo para su salud inmediata, sin peligro de muerte ni de incapacidad permanente o temporal.
- **Moderado:** Paciente que presenta lesiones o heridas que requieren atención médica dentro de las 24 a 48 horas posteriores al accidente.
- **Grave:** Paciente con lesiones traumáticas de alta gravedad que necesitan tratamiento inmediato debido al elevado riesgo de muerte o de secuelas irreversibles (10).

2.2.9. Causas de muerte en el paciente politraumatizado:

Muñoz refiere “Las causas más habituales son: accidentes de tráfico, ahogamiento, lesiones intencionadas, incendios y caídas. Los accidentes de tránsito son la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, ya que nuestra sociedad va migrando de zonas rurales a zonas urbanas aumentando así la circulación de más automóviles y motos, en las autopistas (1).

Siendo un problema social que afecta a hombres y mujeres de edad económicamente activa, provocando gran número de víctimas, que lastimosamente puedan reinsertarse en su vida social o laboral, por causa de grandes secuelas en miembros superiores o inferiores (22).

En los avances actuales, en el cuidado del paciente con trauma, ha sido definida como el rápido control de las hemorragias y la contaminación seguido por la corrección de deficiencias fisiológicas y el tratamiento definitivo, esta estrategia fue diseñada para corregir el círculo vicioso de la triada letal de hipotermia, acidosis y coagulopatía ante un accidente politraumatizado. (10)

Según Muñoz menciona “La pauta de actuación inicial será en un primer momento atender las necesidades básicas del ABC de cualquier paciente grave” (7).

La primera etapa del control de daños, la hemorragia y la contaminación se manejan de la manera más rápida y simple, controlando la herida y hemorragia.

La segunda etapa es fundamentada por la corrección de las anomalías fisiológicas (triada mortal). Se mantiene a los pacientes a una temperatura adecuada y se realiza la reanimación, se corrigen los defectos de coagulación.

En la tercera etapa del control de daños se realiza la reparación definitiva de las lesiones en un paciente fisiológicamente equilibrado (10)

2.2.10. Clasificación por prioridad

Según NT N°042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de salud de acuerdo a la atención en los servicios de emergencia se considera las siguientes prioridades.

Prioridad I: Paciente que presenta un deterioro súbito y crítico de su estado de salud, con riesgo inminente de muerte, que requiere atención inmediata en la sala de reanimación o en el área de shock trauma.

Prioridad II: Paciente con un cuadro agudo y de aparición súbita, que conlleva riesgo de muerte o complicaciones graves, cuya atención debe realizarse en un tiempo máximo de 10 minutos desde su ingreso, siendo atendido en los consultorios de emergencia (12).

2.2.10. Cuidado de enfermería en el paciente politraumatizado

El papel del enfermero es muy importante en la atención inicial al paciente politraumatizado, gracias a la capacidad del mismo y a la calidad de la atención va a disminuir el fracaso y la morbilidad de los primeros momentos y posteriores. El enfermero es parte principal del equipo de salud, a través de la valoración debemos atender las urgencias vitales y asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulación, estado de conciencia. Aplicación de collarín oportunamente, en la aplicación de oxígeno, monitorización electrocardiograma EKG, y pulsoximetría. Canalización de una vía periférica accesible, control de hemorragia (21).

2.2.11. Dimensiones:

Valoración

La valoración del cuadro clínico del paciente politraumatizado es muy importante, en ese momento aplicaremos todo nuestro conocimiento

y destrezas, utilizando instrumentos como la anamnesis con ayuda de la observación, identificando signos y síntomas. Con el monitoreo constante vitales de 5-15 minutos por menos una hora. (11)

Valoración primaria: ABCDE

La evaluación del patrón respiratorio, que normalmente debería ser regular, permite identificar alteraciones que indican un compromiso en la ventilación. En esta etapa, es fundamental garantizar una adecuada oxigenación y ventilación, ya que estas pueden verse afectadas por traumatismos torácicos cerrados, como el neumotórax a tensión (12)

A: Vía aérea y control cervical

Primero que se debe de hacer es asegurar la vía aérea, removiendo cuerpos extraños con maniobra básicas o específicas, buscar signos de obstrucción, prótesis, fractura de mandíbula, sangre, vómitos, o secreciones que se puedan presentaren el momento, con vía aérea avanzada (tubo endotraqueal, máscara laríngea. Según disponibilidad y destreza del operador), disminuyendo en un 20% en ese momento la mortalidad. (8)

Proteger en todo momento la columna vertebral, en paciente que ingresa con politraumatismos hasta que se demuestre lo contrario.

Cuando el paciente este inconsciente se debe de brindar soporte de oxígeno ya sea con cánula binasal o con bolsa de reservorio, previa valoración de la saturación del paciente con pulsímetro.

Los signos de obstrucción son los ronquidos, estridor o ruidos respiratorios anormales, presentándose en el paciente, agitación secundaria a hipoxia, uso de músculos accesorios y cianosis. El manejo de las vías aéreas viene siendo una gran debilidad en situaciones de emergencia, debido a que no se cuenta con los equipos necesarios y la experiencia suficiente en el manejo de estos casos.

(13)

- Mantener columna cervical inmovilizada manualmente
- Oxigenar con mascarilla de alto flujo con 15 lts/min
- El estado de conciencia del paciente es fundamental. Un paciente despierto y cooperador generalmente solo requiere suministro de oxígeno mediante mascarilla y monitoreo utilizando la escala de Glasgow. Si los valores de la escala disminuyen, se deben tomar medidas adicionales según la gravedad (8).

Las indicaciones para un tratamiento definitivo de la Vía Aérea son: Lesión penetrante del cuello con hematoma expansivo, apnea, hipoxia, escala de coma de Glasgow de < 9, obstrucción sostenida de

la vía aérea, trauma torácico grave, trauma maxilofacial severo (13)
(29)

Se intuba al usuario cuando presenta escala de Glasgow menor o igual 8 puntos, presenta apnea, presenta lesiones maxilofaciales, quemadura en vía aérea, con sangrado profuso que impida asegurar la vía aérea, el usuario presenta insuficiencia respiratoria aguda con frecuencia respiratoria menor de 10 respiraciones por minuto y con mayor a 30 respiraciones por minuto.

B: Respiración:

La enfermera debe de valorar la correcta ventilación y el adecuado intercambio gaseoso del oxígeno incorporado a través de las vías aéreas y el transporte de sangre oxigenada. Asegurar la FiO₂ necesaria para mantener la concentración de oxígeno inspirado en 90% o más.

Encontrando las causas que alteran la ventilación y emprenderemos las medidas adecuadas, intubación oro traqueal, drenaje torácico. (2)

La ventilación se altera cuando encontramos los siguientes signos clínicos: cianosis, lesión penetrante del tórax, hemotórax, neumotórax, fracturas costales, desviación de la tráquea. (13)

Es importante diagnosticar un neumotórax a tensión; así como un hemotórax, para liberarlo mediante una sonda de pleurostomía. La oxigenación temprana puede mejorar la cianosis e hipoxia del paciente; ventilar a un paciente sin haberse liberado el neutro/hemotórax puede complicar aún más el estado del paciente. La administración de oxígeno no debe retrasarse; deberá administrarse al momento en que se inicia el tratamiento del paciente (13)

Cuando se presenta lo siguiente realizar de forma inmediata:

Neumotórax a tensión: se maneja mediante la colocación de un tubo de toracotomía.

Hemotórax masivo: se coloca un tubo de toracotomía; si se evacúan más de 1.500 ml de sangre, el paciente debe ser trasladado inmediatamente a sala de operaciones.

Neumotórax abierto: se cierra la apertura siguiendo las normas de asepsia y se coloca un tubo de toracotomía.

Tórax inestable: requiere oxigenoterapia con mascarilla y reservorio, terapia respiratoria y analgesia periférica. Si no hay mejoría rápida, se puede considerar la colocación de un catéter peridural. En caso de insuficiencia respiratoria franca, se procede a intubación y ventilación asistida.

Taponamiento cardiaco: el paciente debe ser trasladado de inmediato a sala de operaciones para manejo quirúrgico.

C: Circulación con control de hemorragia

La hemorragia es principal causa de muerte tras un accidente con politraumatismo, donde vamos a valorar: la hipotensión, color de piel, la palpación del pulso se realiza en el cuello (carotídeo), la región inguinal y la femoral. Es importante reconocer que un pulso rápido y débil indica disminución del volumen sanguíneo. Se recomienda colocar al paciente con las extremidades inferiores elevadas para favorecer un mayor flujo sanguíneo hacia los órganos vitales (8).

Cuando se ha estabilizado la vía aérea y la respiración, el siguiente paso es la valoración de la circulación:

- Se inicia la monitorización cardíaca para evaluar los trastornos del ritmo. Las arritmias graves se tratarán según las guías clínicas
 1. Se identifica y controla la hemorragia externa,
 2. Mediante la presión directa, vendajes compresivos.
 3. Elevar la extremidad mientras se hace compresión si es posible.
 4. Compresión de los puntos indirectos (los más utilizados son el inguinal y el axilar), pero este método cada vez es menos utilizado.
 5. Administrar apósitos hemostáticos.

6. la utilización de torniquetes controlados si la hemorragia no se puede controlar con los pasos anteriores.
7. Si se sospecha de lesión pélvica, se debe alinear las caderas y utilizar las fajas pélvicas para la inmovilización.
 - Evaluación rápida del estado circulatorio: se comprueba el nivel de consciencia, color de la piel, relleno capilar, temperatura corporal y los pulsos centrales y periféricos y presión arterial:
 1. Presencia de pulso radial: TAS>80mmHg,
 2. Pulso femoral: TAS>70mmHg,
 3. Pulso carotideo: TAS>60mmHg).
 - Extracción de muestras de sangre para analíticas urgentes: pruebas cruzadas, hemostasia, hemograma, bioquímica, gasometría. (durante la colocación las vías venosas).
 - Canalización de dos vías venosas periféricas gruesas (calibre 14-16) y/o una vía central. Si la canalización de las vías periféricas fuese dificultosa, se utilizaría la vía intraósea.
 - Reposición de volumen a través de líquidos por vía intravenosa (iv): administración de cristaloides isotónicos, coloides a un ritmo aproximado de 30 ml/kg en 10-15 minutos, y hemoderivados.
 1. El suero fisiológico al 0.9% es el de elección en un primer momento ya que produce una expansión intravascular transitoria que posteriormente corrige las pérdidas intersticiales e intercelulares.

2. Una vez iniciada la perfusión con cristaloides, se pueden administrar los coloides en proporción 3/1.
 3. Los líquidos deberán estar a temperatura de 37° en los pacientes hipotérmicos y en shock.
 4. Transfundir hemoderivados con o sin pruebas cruzadas según urgencias vital y protocolos del centro
- Comprobación y monitorización de las constantes vitales, niveles de gases en sangre arterial.

Después de este reconocimiento inicial comienza la fase que llamada *de reanimación*. El shock hipovolémico es el más frecuente en los pacientes politraumatizados, por ello es muy importante identificar la hemorragia y el tratamiento ha de ser inmediato.

Las hemorragias más significativas suelen ser las externas, intratorácicas, retroperitoneales, intraperitoneales, pélvicas y de huesos largos.

Las causas más comunes en pacientes inestables sin sangrado suelen ser el neumotórax a tensión o el taponamiento pericárdico (22)

Tabla 2: Grados de shock

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Pérdidas (ml)	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Pérdidas (% volumen)	<15%	15-30%	30-40%	>40%
FC (lpm)	>100	>100	>120	>140
TA (mmHg)	Normal	Normal	Baja	Muy baja
Relleno capilar	Normal	Retardado	Retardado	Retardado
FR (rpm)	14-20	20-30	30-40	>35
Diuresis (ml/h)	>30	20-30	5-15	Inapreciable
Conciencia	Ansiedad leve	Ansiedad	Ansiedad + confusión	Confusión + letargia
Reposición (3:1)	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides + sangre	Cristaloides + sangre

Fuente: ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE. VÍA CLÍNICA 2014

Shock

El shock se define como “como una disfunción circulatoria que origina una inadecuada oxigenación tisular con alteración del metabolismo y otras funciones orgánicas”.

Es un proceso fisiopatológico complejo que acaba con una alteración multiorgánica y muerte. Se produce una respuesta sistemática a la hipoxia tisular, pasando por diferentes etapas: inicial, compensadora, progresiva (22).

Tipos de shock

Hipovolémico	Originado por pérdida de volúmenes de sangre y/o líquidos.
Neurogénico	Originado por lesión o trastorno del sistema nervioso por encima de la dorsal T6. Lesión por encima de este nivel se produce una pérdida del tono de los vasos produciendo hipotensión, bradicardia e hipotermia.
Cardiogénico	Déficit cardiaco para mantener la circulación sanguínea y por consiguiente la oxigenación tisular.

Séptico	Infección generalizada severa.
Anafiláctico	Reacción alérgica exagerada ante un antígeno.

D: Estado neurológico:

La valoración neurológica es fundamental para identificar el daño neurológico del paciente, estas deficiencias ayudarían a valorar porque es producida, ya sea por una deficiencia del aporte del oxígeno al cerebro produciendo diversas lesiones como la pérdida del estado de conciencia (23).

Factores de riesgo de malos resultados:

- **Pre-lesión:** Edad avanzada, sexo femenino, bajo nivel escolar, alteraciones mentales, estrés y drogas.
- **Peri-lesión:** Falta de apoyo del sistema, aparición de síntomas en urgencias y mecanismo de lesión.

- **Post-lesión:** Compensación económica, procesos judiciales, desordenes psiquiátricos, dolor crónico, falta de apoyo, bajo nivel educativo (24).

Examen del paciente en coma

El examen neurológico estandarizado para el paciente con lesión medular traumática depende de las valoraciones cualitativa y cuantitativa de la fuerza y de la sensibilidad.

Los signos encontrados como sugestivos de lesión medular en el paciente inconsciente son:

- respiración abdominal
- asimetría del reflejo cutáneo abdominal (al ser un reflejo cortical, la asimetría sugiere lesión medular)
- priapismo
- ausencia del reflejo cutáneo anal
- déficit focal evidenciado por asimetrías de movimiento
- ausencia de reflejos de estiramiento muscular (ocurre en lesiones medulares agudas, pero los reflejos pueden estar alterados en el coma y en las intoxicaciones exógenas) (25).

2.2.11. La Escala de coma de glasgow

Es el instrumento con una escala diseñada para la evaluación de manera rápida y práctica el nivel de consciencia de un paciente con

traumatismo craneoencefálico, de uso universal, objetivo para las víctimas se emplea como la guía de gravedad de la lesión cerebral (19).

Las enfermeras con frecuencia son responsables de la clasificación inmediata y la evaluación inicial de los pacientes con traumatismo craneoencefálico. El reconocimiento precoz de los signos del daño cerebral es fundamental para permitir la prestación de tratamientos oportunos (26).

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala (27).

La escala está compuesta por la exploración y cuantificación de tres parámetros: respuesta motora, verbal y ocular (28).

ESCALA DE COMA GLASGOW

	Puntuación	descripción
Respuesta motora		
	1	Ausencia de la respuesta motora
	2	Reacción de extensión ante el dolor
	3	Reacción de flexión ante el dolor
	4	Reacción de retirada ante el dolor
	5	Localización del dolor
	6	Obedece ordenes
Respuesta verbal		
	1	Ninguna respuesta verbal
	2	Sonido incomprensible
	3	Palabra inapropiada
	4	confuso
	5	orientado
Respuesta ocular		
	1	No abre los ojos
	2	Abre los ojos frente al dolor
	3	Abre los ojos ante las órdenes verbales
	4	Abre los ojos espontáneamente.

La puntuación del coma de Glasgow es:

- Lesión leve:13-15 puntos
- Lesión moderada:9-12
- Lesión severa:<8

Fuente: Amy Rapsanga, y Devajit Chowlek.2015. Compendio de las escalas de evaluación de riesgo en el paciente politraumatizado

El enfermero debe valorar frecuentemente el estado neurológico del paciente para descartar alguna causa de hipoperfusión o hipoxia que se traduzcan en alteración neurológica El estado neurológico se debe reevaluar frecuente (23).

E: Exposición:

Se debe de descubrir la mayor parte del cuerpo del paciente, para poder realizar un completo examen en forma adecuada, evitando producir una hipotermia y mantener siempre el respeto al pudor del sujeto, ayudar con medios físicos para mantener una temperatura adecuada (18).

- ✓ Temperatura corporal.
- ✓ Desnudar al paciente.
- ✓ Exploración secundaria: cabeza, cuello, tronco, abdomen, pelvis y extremidades.
- ✓ Regla mnemotécnica OPUMA: Ocurrir (¿qué ha pasado?), Patológicos (antecedentes), Última ingesta, Medicación habitual, Alergias (29).

La hipotermia es cuando el organismo es incapaz de regularizar su propio calor siendo que la temperatura cutánea no es valorable, ya que en estas condiciones de un paciente politraumatizado la vasoconstricción de la piel hace que la temperatura sea inferior a la que realmente existe en el interior del organismo. Por ello se define la temperatura central: oral, esofágica, rectal, pre timpánica y de la orina, la temperatura se debe de ser medido periódicamente (30).

2.2.12. Modelo del Cuidado de Patricia Benner

Benner, señala las diferencias entre el conocimiento teórico y el práctico, destacando que el conocimiento aplicado puede surgir incluso antes que la formulación teórica que lo sustenta, estableció los niveles de adquisición de destrezas en la práctica de la Enfermería (20).

El profesional de enfermería debe propiciar un entorno organizado que le permita desarrollar su práctica clínica de manera integral y exitosa, asumiendo un rol de liderazgo en cada situación que enfrenta. A través de dichas experiencias, el enfermero adquiere nuevos aprendizajes, los cuales pueden originarse tanto de la reflexión y transformación como de la repetición, fortaleciendo así sus habilidades y destrezas profesionales (21).

Según Benner, la disciplina de enfermería incluye el acto de cuidar y el estudio de las experiencias humanas vinculadas al proceso de salud-enfermedad, así como la relación del individuo con su contexto. Su perspectiva se fundamenta en un modelo fenomenológico interpretativo que busca comprender la práctica desde la vivencia del cuidado (31).

Benner distingue entre la práctica y el conocimiento teórico, y sostiene que el desarrollo del conocimiento en enfermería constituye una

disciplina de carácter práctico, orientada a ampliar el saber profesional a través de investigaciones científicas fundamentadas en la teoría y en la reflexión sobre la experiencia práctica. Donde se adquiere en la Práctica de la enfermería (26)

Patricia Benner ha adaptado las etapas de adquisición de habilidades para enfermería, un compendio descriptivo e interpretativo del ejercicio de la enfermera en la Práctica clínica, utilizando del modelo de Dreyfus: principiante, principiante avanzado, competente, eficaz y experto. Estos cinco conceptos ayudan a describir la práctica de enfermería (21)

Con el aprendizaje basado en las prácticas reales y siguiendo las orientaciones de sus directivos, el Licenciado en enfermería principiante puede transformarse en un profesional competente. En esta etapa la práctica provoca una transformación objetiva que no depende de la voluntad del Licenciado (a), pero en la que se manifiesta su subjetividad (21)

Principiante. - Corresponde al momento en que la enfermera, aún sin experiencia, actúa por primera vez en un área o frente a una situación que le resulta desconocida.

Avanzada. -Aquí el personal asistencial ya adquirió experiencia, muestra seguridad y capacidad de desarrollar una situación clínica haciendo un estudio completo y Posteriormente demostrando sus habilidades.

Competente. - Es cuando la enfermera posee capacidades de imitar los que hacen los demás, reconoce los patrones para priorizar su atención, y elaborar su planificación.

Eficiente. – El personal asistencial comprende la situación de forma global, identificando sus elementos más relevantes gracias a su dominio intuitivo de la práctica, con más seguridad de sus conocimientos y destrezas. (3)(22)

Experta. - La profesional de enfermería cuenta con un dominio intuitivo pleno, lo que le permite reconocer un problema de manera inmediata, sin necesidad de invertir tiempo en evaluar opciones alternativas. (3) (4)(24).

Esto sostiene que la experiencia práctica consolida y fortalece el conocimiento, resaltando la importancia de la investigación científica sustentada en el conocimiento aplicado, lo que se relaciona con el denominado “saber práctico” (3)(22).

En el manejo de pacientes politraumatizado, la experiencia de la enfermera se enumera en la capacidad de manejar el conocimiento teórico en acción práctica eficiente, avanzando desde la aplicación

rígida de protocolos (principiante) hasta la anticipación, liderazgo y adaptación en situaciones críticas (experta) (23)

TEORÍA DE PATRICIA BERNER

Ser práctico: es adquirir una habilidad mediante las investigaciones científicas basadas en la teoría y la exploración del conocimiento práctico

Saber teórico: permite al individuo adquirir conocimientos y establecer conexiones entre diversos hechos o

Describe 5 niveles de adquisición y desarrollo de habilidades

Principiante

Conocimiento: Solo maneja la teoría sobre trauma (ABC, ATLS, protocolos).
Práctica: Aplica las maniobras básicas (asegurar vía aérea, tomar signos vitales) pero necesita supervisión constante.
Ejemplo: Se concentra en inmovilizar la columna con collarín sin

Principiante avanzado

Conocimiento: Reconoce signos de compromiso vital (hipotensión, hemorragia).
Práctica: Apoya en procedimientos, pero requiere validación de sus acciones.
Ejemplo: Detecta taquicardia y palidez, pero espera indicación.

Competente

Conocimiento: Reconoce signos de compromiso vital (hipotensión, hemorragia).
Práctica: Apoya en procedimientos, ya no requiere validación de sus acciones.
Ejemplo: Detecta taquicardia y palidez, pero espera indicación.

Eficiente

Conocimiento: Ve la situación como un todo, identifica patrones de deterioro.
Práctica: Anticipa complicaciones y se adelanta con recursos y acciones.
Ejemplo: Ante un paciente con traumatismo craneoencefálico

Experto

Conocimiento: Intuición clínica refinada, aplica teoría de forma flexible
Práctica: Lidera el equipo de reanimación, toma decisiones rápidas, adapta protocolos a la realidad del paciente.
Ejemplo: En un paro cardiorrespiratorio secundario a hemorragia masiva, coordina el control de la vía aérea, la reposición masiva de volumen y la comunicación con cirugía sin depender de instrucciones externas

Fuente: Izquierdo E. et al, evidencia empírica de la Teoría de Patricia Benner en la labor profesional de los Licenciados en Enfermería (32).

Práctica Benner

El profesional de enfermería que trabaja en el área asistencial adquiere aprendizaje cada vez que enfrenta una situación clínica, ya sea a través de procesos de transformación o mediante la repetición, desarrollando habilidades y destrezas propias de la práctica clínica. Además, la enfermera o el enfermero debe fomentar un ambiente organizado que le permita desempeñar su labor de manera efectiva y exitosa, ejerciendo también su rol de liderazgo (22).

2.3. Definición Conceptual de Términos

Conocimiento: es un conjunto de conceptos, ideas desarrolladas gradualmente y progresivo el ser humano busca comprender su entorno y desarrollarse tanto como individuo como especie, lo que lo lleva a organizar su aprendizaje en dos tipos: ciencia aplicada y conocimiento vulgar. (18)

Usuario Politraumatizado: es aquella persona que presenta múltiples lesiones a consecuencias de un trauma externa e internas afectando a dos o más órganos, poniendo en peligro la vida. (4)

Practica en El Manejo del Usuario Politraumatizado: Consiste en la aplicación de técnicas de monitoreo, supervisión y manejo del

soporte vital avanzado de manera continua, junto con la observación constante del paciente. Esto incluye el manejo de la vía aérea, la ventilación, la circulación, el control de hemorragias y la evaluación de déficits neurológicos, con el fin de prevenir complicaciones que puedan poner en riesgo la vida, siguiendo estándares mediante intervenciones de enfermería (33).

Cuidado Enfermera: Se define como el conjunto de actividades y conductas orientadas a garantizar una atención integral, segura y de calidad al paciente, sustentada en el ejercicio profesional, ético y competente del personal de enfermería (4).

Enfermera: Persona calificada mediante un título profesional formada con aptitudes y humanizada en la atención y el cuidado con calidad y eficiencia al individuo, familia y comunidad (2)

Capítulo III

Metodología de la investigación

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Este trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal no experimental, se estudiará variables simultáneamente en determinado momento.

3.2. Población y Muestra

Población

La población estuvo por el total de enfermeras que laboran en Servicio de emergencias del Hospital Ilo. conformada por 20 profesionales de enfermería.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Profesionales de enfermería que aceptaron participar en el estudio aprobando el consentimiento informado para participar 2 oportunidad medición de la guía de práctica.
- Profesionales de enfermería que se encontraron en la programación del personal
- Profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia y que tenga tiempo de servicio mayor de 02 años.
- Profesionales de enfermería con condición laboral nombrados y contratados
- Profesionales de enfermería que brindan atención a pacientes politraumatizados, cuya valoración se encuentre en prioridad I y prioridad II.

Criterios de exclusión

- Profesionales de enfermería que se encuentren con licencia por vacaciones, enfermedad o maternidad.
- Profesionales de enfermería que no formen parte del servicio correspondiente.

- Profesionales de enfermería que no completaron el instrumento de recolección de datos.
- Profesionales de enfermería que manifestaron su decisión de no participar en la investigación.

3.3. Muestra

Se trabajó con la totalidad de la población, conformada por 20 enfermeras del servicio de Emergencia del Hospital II-1 Ilo, quienes participaron en el estudio para la recolección de los datos.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos un cuestionario y una guía de observación los que se detallan a continuación

El instrumento 01 se considera dos partes la primera parte se plasma los datos generales y demográficos; la segunda parte mide el Nivel de conocimiento se utilizó el cuestionario elaborado por Tarazona Apolinaria Liliana Antonia Lima - 2019, de la Universidad Nacional de San Marcos y consta de 20 preguntas con 4 alternativas de respuestas cerradas, y está conformada por las siguientes dimensiones: vía aérea, ventilación, circulación,

evaluación neurológica, exposición del paciente, valorada en Escala Vigesimal en el siguiente Nivel de Conocimiento

- ✓ Alto nivel de conocimiento: (16-20).
- ✓ Mediano nivel de conocimiento :(13-15).
- ✓ Bajo nivel de conocimiento: (10-12) (28).

Nivel de Práctica

La guía de observación está elaborada por Guevara Bolaños Gloria Elizabeth (2016) Universidad Central Del Ecuador con 7 items, dándole su viabilidad a través de una prueba piloto, luego aplicando a 20 enfermeras donde una respuesta correcta equivale a 02 puntos y una respuesta incorrecta equivale a 1 punto; y a este se clasifica de la siguiente manera:

- ✓ Práctica Adecuada: 24-26 puntos
- ✓ Práctica Inadecuada: < 24 puntos

Se aplicará la ficha observacional mediante la atención a 40 pacientes con politraumatismo, leve moderado y grave (29).

3.5. Validez Del Instrumento

Validez

La validación del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos conformados por 5 Profesionales de enfermería, los cuales tienen experiencia en investigación respecto al área de nuestro estudio, la validez de contenido del instrumento fue determinada mediante el coeficiente V de Aiken, obteniéndose un valor promedio de $V = 1.00$, lo que indica un grado de acuerdo perfecto entre los jueces, demostrando que el instrumento presenta una excelente validez de contenido para medir las variables de estudio.

Confiabilidad

Para demostrar la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto a 20 enfermeras del área de Emergencia del Hospital de EsSalud Ilo, con el propósito de evaluar y reajustar la redacción y comprensión de los ítems del instrumento a utilizar, garantizando así su adecuada confiabilidad.

El criterio de confiabilidad se determinó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, que evalúa la consistencia interna de los ítems. Este coeficiente fue calculado aplicando el método de la varianza, lo que

permitió establecer el grado de estabilidad y homogeneidad del instrumento.

Instrumentos	Alfa de Cronbach	N° De elementos
Cuestionario	0.768	20
Guía de observación	0.843	20

3.6. Procedimiento de recolección de datos

- Se gestionó la autorización ante la Dirección del Hospital Ilo para la aplicación de las encuestas. A través de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación se otorgó el permiso correspondiente para la utilización de los instrumentos de recolección de datos.
- Se coordinó con la Jefatura del Servicio de Enfermería del Hospital Ilo a fin de garantizar la disponibilidad del personal de enfermería que se encontraba de turno durante el proceso de recolección de información.
- Se elaboró un plan de ejecución distribuido por días, conforme al rol y los turnos del personal de enfermería. Asimismo, se solicitó la firma del consentimiento informado a los participantes, encuestando a los profesionales que se hallaban de turno,

considerando que estos se desarrollan de manera rotativa cada tres días.

- Para la aplicación de la guía de observación se colocó en un punto estratégico en sala de espera de los pacientes, cuando ocurrió el hecho se entró a los ambientes de la atención inmediata para su supervisión con nuestro uniforme de enfermería a apoyar y colaborar en la atención, para luego llenar la Guía de Evaluación de acuerdo al actuar del Profesional de Enfermería.
- La aplicación de la guía de observación se dio en dos momentos diferentes en tiempo entre cada observación se tuvo un intervalo de como mínimo de una semana
- Se aplicó la guía de observaciones dos veces por enfermera, al promediar ambos puntajes y someterlo a práctica adecuada inadecuada se promedió dando su puntaje final. Se realizó la puntuación por cada observación promediando un puntaje por enfermera evaluada.

3.7. Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos son procesados en el paquete SPSS v.26, presentando los datos en tablas simples y gráficos para cada tabla.

En la base de datos se colocó los puntajes totales de conocimiento por cada enfermera teniendo como resultado de acuerdo al promedio de conocimiento: Alto, Medio y Bajo.

Del mismo modo en el caso de la guía de observación se plasmó en la base de datos los promedios de las dos evaluaciones de dicha guía de observación, se procesó y se presentan en tablas bi variadas

Para la comprobación de la prueba de hipótesis general se utilizó la prueba de Rho Spearman para la relación entre las variables.

Otro recurso informático que se usó es el MS Excel, aplicación de Microsoft Office, que se caracteriza por sus potentes recursos gráficos y funciones específicas que facilitan el ordenamiento de datos.

3.8. Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas tomadas en cuenta fueron las siguientes:

- ☆ Se respetó la dignidad de los participantes, así como la protección de sus derechos, garantizando que su participación fuese completamente anónima.

- ☆ Los sujetos de estudio no fueron expuestos a ningún tipo de daño físico, psicológico o moral durante el desarrollo de la investigación.
- ☆ Se obtuvo la autorización voluntaria de cada participante mediante la firma del consentimiento informado.
- ☆ Antes de la aplicación de los instrumentos, se brindó una explicación clara y detallada acerca de los objetivos y propósitos del estudio.
- ☆ Se permitió a los participantes retirarse libremente una vez culminado el llenado de los cuestionarios.
- ☆ Se aseguró la confidencialidad y el uso exclusivo de la información con fines académicos y científicos.

Capítulo IV

De los Resultados

4.1. Resultados

En este capítulo se presentan los cuadros estadísticos y el análisis correspondiente a la información obtenida a partir de los datos recolectados durante la investigación.

TABLA 1
Características de las Profesionales Enfermería del Servicio de
Emergencia del Hospital Ilo II-1, 2024

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
30 a 59 años	18	90,00
60 a más años	2	20,00
Total	20	100

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	0	0
Femenino	20	100,0
Total	20	100

ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	80,00
No	4	20,00
Total	20	100

EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS	Frecuencia	Porcentaje
De 16 años a más	2	10,00
De 11 a 15 años	5	25,00
De 6 a 10 años	10	50,00
De 1 a 5 años	3	15,00
Total	20	100

CONDICIÓN LABORAL	Frecuencia	Porcentaje
Nombrado	16	80,00
Contratado	4	20,00
Total	20	100

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio, profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital Ilo II-1.

Elaborado por: Flores E. y. Gomez Y.

Descripción

La Tabla 1, se observa las características de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ilo Ilo II-1, donde según la edad, el 90,00 % se encuentra entre las edades de 30 a 59 años, y según el sexo, el 100,0 % son de sexo femenino y según la especialidad el 80,00 %, tiene especialidad en emergencia y según la experiencia el 50,00 % tiene experiencia más de 6 a 10 años y según la condición laboral el 80,00 % es nombrado.

TABLA 2

**Nivel de Conocimiento de las Enfermeras en el Manejo del
Paciente Politraumatizado en el Servicio de Emergencia del
Hospital Ilo II-1, 2024.**

Nivel de conocimiento	N °	%
Bajo	9	45,0
Medio	9	45,0
Alto	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio, profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital Ilo II-1.

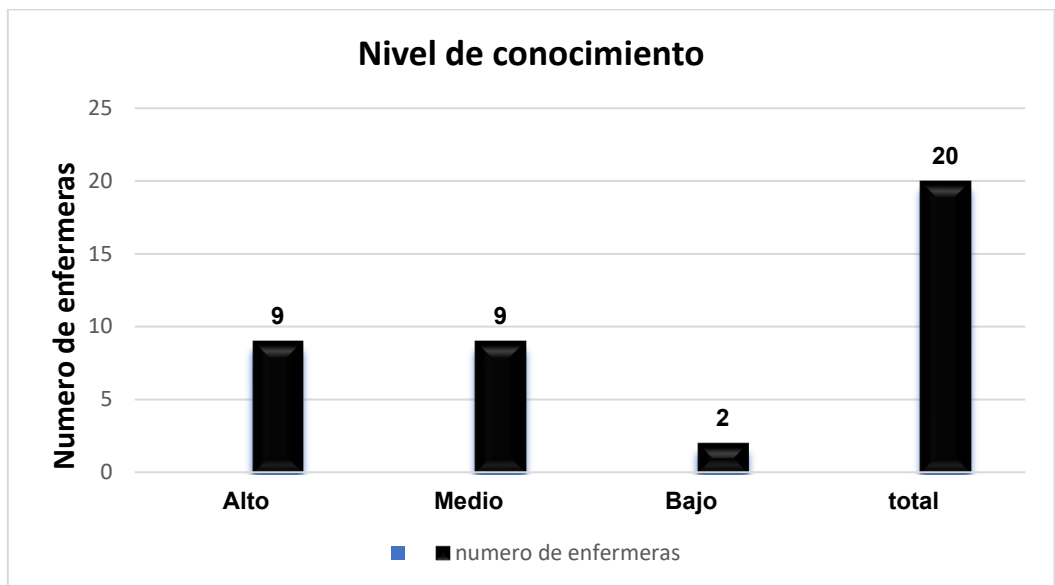
Elaborado por: Flores E. y. Gomez Y.

Descripción:

En la Tabla 2, se observa el Nivel de Conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado en los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1, donde el 45,0% evidenció un nivel bajo de conocimiento, otro 45,0% mostró un nivel medio, y solo el 10,0% alcanzó un nivel alto.

GRÁFICO 01

Nivel de Conocimiento de las Enfermeras en el Manejo del Paciente Politraumatizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Ilo Il-1, 2024



Fuente: Tabla 2

TABLA 3

**Prácticas del Cuidado de Enfermería en el Manejo Inicial del Paciente
Politraumatizado por los Profesionales de Enfermería en el Servicio
de Emergencia del Hospital De Ilo II- 1, 2024**

Práctica del Cuidado de Enfermería	N °	%
Inadecuada	6	30,0
Adecuada	14	70,0
Total	20	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio, profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital Ilo II-1.

Elaborado por: Flores E. y. Gomez Y.

Descripción:

En la siguiente tabla se muestra, que el 70,0% (14) realiza practica adecuada y el 30,0% (6) realiza practicas inadecuadas en el manejo inicial de los pacientes politraumatizados.

TABLA 3-A
Promedio de Dos Mediciones de la Guía de Observación en el Manejo
Inicial del Paciente Politraumatizado Servicio de Emergencia del
Hospital De Ilo II- 1, 2024

Muestra	Puntaje de medición practica primer momento	Puntuación medición practica segundo momento	Promedio
P1	24	26	Adecuado
P2	26	24	Adecuado
P3	24	25	Adecuado
P4	20	22	Inadecuado
P5	24	24	Adecuado
P6	22	26	Inadecuado
P7	25	26	Adecuado
P8	22	22	Inadecuado
P9	22	20	Inadecuado
P10	22	22	Inadecuado
P11	24	24	Adecuado
P12	25	26	Adecuado
P13	26	26	Adecuado
P14	24	24	Adecuado
P15	24	26	Adecuado
P16	24	24	Adecuado
P17	22	24	Inadecuado
P18	26	26	Adecuado
P19	24	24	Adecuado
P20	24	26	Adecuado

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio, profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital Ilo II-1.

Elaborado por: Flores E. y. Gomez Y.

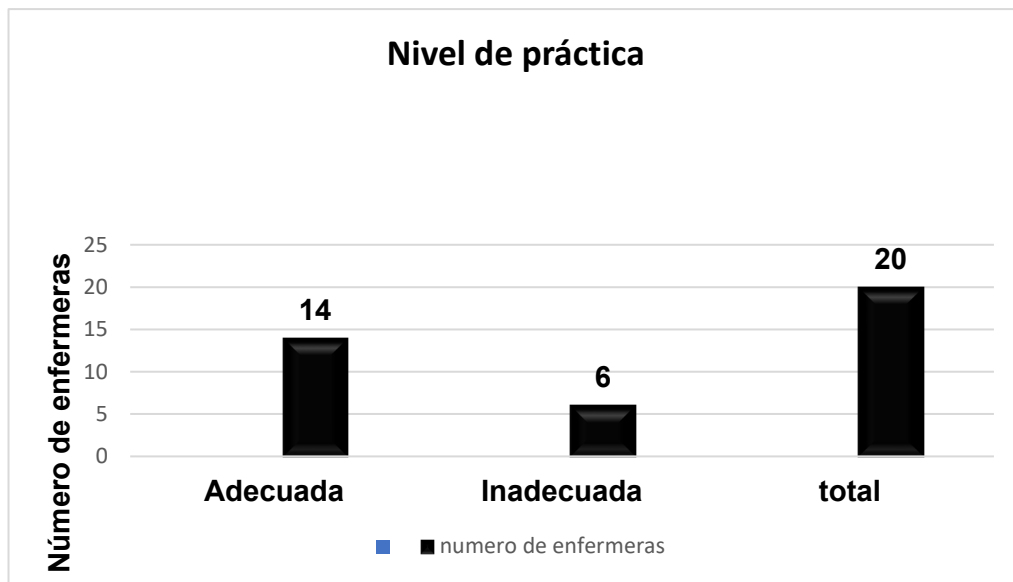
Descripción:

En la tabla se presentan los resultados obtenidos en las dos mediciones aplicadas con la guía de observación a las 20 enfermeras del servicio de Emergencia del Hospital Ilo II-1. Se observa que, al comparar ambas evaluaciones, en algunos casos los puntajes difirieron ligeramente entre el primer y segundo momento de observación.

El promedio final de ambas mediciones permitió clasificar la práctica del cuidado de enfermería en dos categorías: adecuada (puntaje entre 24 y 26) e inadecuada (puntaje menor de 24). Los resultados muestran que la mayoría de las enfermeras alcanzaron una práctica adecuada en el manejo inicial del paciente politraumatizado.

GRÁFICO 2

Prácticas del Cuidado de Enfermería en el Manejo Inicial del Paciente Politraumatizado por los Profesionales de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Ilo II-1, 2024



Fuente: Tabla 3-A

TABLA 4

Relación entre el nivel de conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado del servicio de emergencia en el hospital Ilo II-1, 2024.

CONOCIMIENTO	PRÁCTICA					
	INADECUADA		ADECUADA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	3	15,0	6	30,0	9	45,0
Medio	3	15,0	6	30,0	9	45,0
Alto	0	0,0	2	10,0	2	10,0
Total	6	30,0	14	70,0	20	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio, profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital Ilo II-1.

Elaborado por: Flores E. y. Gomez Y.

Descripción:

En cuanto a la relación de conocimiento y las prácticas sobre el cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado demostraron practica adecuada el 45,0 % (9) quien se relaciona al nivel de conocimiento medio, en cuanto al nivel de conocimiento alto se muestra que solo el 10,0 % (2) medidas realizan practica adecuada.

TABL 5

Prueba de hipótesis

	CONOCIMIENTO	PRÁCTICA	SIG. (BILATERAL)	N
CONOCIMIENTO	1.000	-0.380*	0.098	20
PRÁCTICA	-0.380*	1.000	0.098	20

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio, profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital Ilo II-1.

Elaborado por: Flores E. y. Gomez Y.

Descripción:

Se aplicó la prueba de correlación Rho de Spearman para determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado. Se obtuvo un coeficiente de correlación de $Rho = -0.380$ con un valor de significancia de $p = 0.098$ ($n = 20$), lo cual indica una correlación negativa débil y no significativa. por lo tanto, no hay relación entre el nivel de conocimiento y práctica en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia Hospital Ilo II-1.

4.2. Discusión

Se evidencia en la presente **Tabla 1** que la mayoría de las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1 se encuentran en el rango de 30 a 59 años (90%), con un predominio absoluto del sexo femenino (100%), lo que coincide con la feminización de la profesión de enfermería reportada en otros estudios nacionales, como el de Rodríguez O. (34). en el Hospital Cayetano Heredia de Lima. Asimismo, se observa que el 80% cuenta con especialización en emergencias y la mitad (50%) tiene entre 6 y 10 años de experiencia, lo que refleja estabilidad laboral y continuidad en el área.

Coincidentemente, a mayor edad y mayor tiempo de experiencia, se observa una relación con el nombramiento y la estabilidad laboral, lo cual favorece el desarrollo de habilidades prácticas y destrezas en procedimientos clínicos. Este hallazgo se explica desde el modelo de Patricia Benner, que señala que la progresión del principiante al experto se logra a través de la exposición continua a situaciones críticas, donde la experiencia práctica refuerza el desempeño clínico.

Sin embargo, los resultados también muestran que, a pesar de contar con especialistas, algunas enfermeras no evidencian un dominio pleno del área donde laboran. Esto podría explicarse porque, con los años de servicio, la práctica puede volverse rutinaria, reduciendo la capacidad de reflexión

crítica y la actualización constante. Esta situación es preocupante, dado que el servicio de emergencia del Hospital Ilo Ilo-1 es un establecimiento de referencia de nivel II, donde se atienden pacientes con condiciones críticas, como el traumatismo encéfalo craneano (TEC), que requieren de un personal altamente capacitado.

Liberato S. (28) en Lima y Mamani A. (30) en Arequipa también identificaron que la experiencia y especialización no siempre se traducen en un nivel alto de conocimientos actualizados, lo cual coincide con lo hallado en nuestro estudio. Esto refleja la necesidad de que la capacitación y educación continua no se limite al grado académico alcanzado, sino que forme parte de un proceso permanente que fortalezca tanto el conocimiento como la práctica.

En resumen, las características sociodemográficas evidencian una fortaleza en cuanto a experiencia y especialización, pero también un riesgo latente: que la rutina y la falta de actualización puedan derivar en un inadecuado manejo del paciente politraumatizado. Por ello, es fundamental reforzar los programas de capacitación continua para garantizar la calidad de la atención de enfermería en una unidad crítica como la de emergencias.

Se observa en la presente **Tabla 2** que el 45% de las enfermeras presentó un nivel bajo de conocimiento, otro 45% un nivel medio y solo el 10% alcanzó un nivel alto. Este hallazgo resulta preocupante, especialmente en

un servicio crítico como emergencia, donde se requiere un dominio teórico sólido para la toma de decisiones rápidas y acertadas en el manejo del paciente politraumatizado.

Resultados similares fueron encontrados por Freire T. (35) en Ecuador, donde, a pesar de que el 83% del personal conocía los protocolos, el 33% no había recibido capacitaciones recientes, lo cual se reflejó en limitaciones en el conocimiento teórico. Del mismo modo, Mamani A. (13) en Arequipa reportó que el 50% del personal presentó un nivel medio de conocimiento y un 13.2% nivel bajo, lo que muestra una tendencia en hospitales públicos a mantener un conocimiento limitado o desactualizado pese a la experiencia laboral. En Lima, Liberato S. (12) identificó también brechas importantes en conocimientos, que no siempre guardaban relación con la práctica observada. Por su parte, Rodríguez O. (14) en el Hospital Cayetano Heredia encontró que el 48% poseía conocimiento medio, evidenciando una situación repetitiva en distintos contextos hospitalarios del país.

En contraste, estudios internacionales como el de Ramos R. et al. (36) en Cuba evidenciaron que la capacitación constante y los sistemas de respuesta rápida favorecen un mayor nivel de conocimientos, destacando la importancia de la formación continua en la calidad del cuidado.

En el caso de nuestra población, este resultado podría explicarse por varios factores: primero, aunque el 80% de las enfermeras cuenta con

especialidad en emergencias y la mayoría tiene entre 6 y 10 años de experiencia, no todas actualizan de manera constante sus conocimientos, generando que la práctica se sostenga más en la experiencia empírica que en la evidencia científica. Segundo, la sobrecarga laboral propia de un hospital II-1, limita la participación en capacitaciones, lo que repercute en la actualización teórica. Finalmente, la rutina asistencial puede llevar a que ciertos procedimientos se realicen de manera mecánica, disminuyendo la reflexión crítica en la aplicación del conocimiento.

Desde la teoría de Patricia Benner, este hallazgo puede interpretarse como una brecha entre el conocimiento teórico y el “saber práctico” adquirido con los años. Es decir, muchas enfermeras han alcanzado la competencia en la ejecución de cuidados por repetición y experiencia, pero no necesariamente han fortalecido la base conceptual que sustenta esas intervenciones.

En síntesis, los resultados evidencian que en el servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1 prevalece un nivel bajo y medio de conocimientos, lo cual constituye una limitación significativa en un área crítica. Esto resalta la necesidad de implementar programas de capacitación continua y estrategias pedagógicas que integren teoría y práctica, asegurando que la experiencia adquirida se complemente con una actualización permanente del conocimiento científico.

En este contexto, la teoría de Patricia Benner resulta pertinente, ya que señala que muchas veces las decisiones clínicas se toman por experiencia acumulada, sin necesariamente tener un sustento teórico actualizado. Esto refuerza la necesidad de implementar capacitaciones continuas con enfoque práctico y basado en evidencia.

Se evidencia en la presente **Tabla 3** se observa que el 70%, de las enfermeras presentó una práctica adecuada en el manejo inicial del paciente politraumatizado, mientras que el 30%, mostró una práctica inadecuada. Estos resultados reflejan que, en general, el personal de enfermería del servicio de emergencia posee destrezas clínicas consolidadas para aplicar los protocolos establecidos en la atención inicial del paciente con trauma múltiple. La práctica adecuada observada evidencia la capacidad del personal para responder de manera oportuna ante situaciones críticas, lo cual es esencial para preservar la vida durante la “hora dorada” del paciente politraumatizado.

El predominio de la práctica adecuada puede explicarse por la experiencia acumulada del personal, ya que el 50% cuenta con entre 6 y 10 años de servicio y el 80% posee especialidad en emergencias, lo cual contribuye a un mejor desempeño clínico. Sin embargo, el 30% con práctica inadecuada sugiere que persisten limitaciones en la ejecución uniforme de todos los

procedimientos, probablemente relacionadas con la sobrecarga laboral, el estrés del entorno de emergencia y la falta de capacitación continua.

Estos hallazgos guardan relación con el estudio de Rodríguez **O.** (14) en el Hospital Cayetano Heredia – Lima, quien reportó que el 68% de las enfermeras tenía una práctica adecuada en la atención inicial del paciente politraumatizado, a pesar de presentar niveles de conocimiento solo intermedios. Esto demuestra que la práctica muchas veces se sustenta en la experiencia empírica y no exclusivamente en el dominio teórico. De manera similar, **Liberato S.** (12), en el Hospital Sergio E. Bernales, identificó que la mayoría del personal presentaba una práctica adecuada (62%), resaltando que la destreza práctica está fuertemente influenciada por el entrenamiento cotidiano y la exposición constante a casos reales de trauma.

En **Arequipa**, **Mamani** (13) encontró que, si bien el 50% del personal tenía conocimiento medio, la práctica mostraba un desempeño aceptable gracias a la experiencia laboral y al alto nivel de compromiso del personal de emergencia. En Ecuador, Freire T. (11) observó que el 83% del personal conocía los protocolos, pero solo una parte los aplicaba de manera correcta durante la práctica, lo que demuestra que la ejecución de cuidados requiere no solo conocimiento, sino también habilidades psicomotoras, toma de decisiones rápidas y coordinación con el equipo médico.

A nivel internacional, Ramos R. et al. (36) en Cuba demostraron que la práctica de enfermería mejora significativamente cuando existe capacitación permanente y trabajo en equipo dentro de los sistemas de respuesta rápida. Este resultado coincide con el contexto del Hospital Ilo Ilo 1, donde el personal con formación en emergencias evidenció mejores puntajes en la observación práctica.

De acuerdo con la teoría de Patricia Benner, estos resultados reflejan que la mayoría del personal se encuentra en los niveles competente y eficiente, caracterizados por una actuación clínica autónoma, anticipatoria y basada en la experiencia adquirida. Sin embargo, el grupo con práctica inadecuada podría corresponder a los niveles de principiante o principiante avanzado, que aún dependen de supervisión y de una mayor integración del conocimiento teórico en la práctica real.

En este sentido, el resultado de la Tabla 3 pone de manifiesto la importancia de reforzar los programas de capacitación continua y de promover estrategias de aprendizaje basado en simulaciones clínicas, que permitan estandarizar las maniobras de evaluación y tratamiento inicial (ABC, control de hemorragias, valoración neurológica, exposición y control térmico). Asimismo, la implementación de protocolos actualizados y la retroalimentación periódica sobre el desempeño práctico favorecerán el fortalecimiento del saber práctico basado en evidencia, en concordancia

con la teoría de Benner, quien sostiene que la enfermera avanza hacia la experticia mediante la práctica reflexiva y la experiencia acumulada.

En síntesis, los resultados de la Tabla 3 evidencian que, aunque la mayoría del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ilo Il-1 presenta prácticas adecuadas en la atención inicial del paciente politraumatizado, todavía existen brechas que deben ser abordadas mediante formación continua, supervisión técnica y fortalecimiento de las competencias clínicas. Garantizar prácticas de enfermería homogéneas, seguras y basadas en evidencia es esencial para mejorar la calidad del cuidado y reducir la morbimortalidad asociada al trauma severo.

Se evidencia en la presente **Tabla 3-A** la evaluación de la práctica del cuidado de enfermería en dos momentos diferentes, utilizando la guía de observación aplicada al manejo inicial del paciente politraumatizado. Los resultados muestran que la mayoría de las enfermeras obtuvo puntajes elevados, con promedios entre 24 y 26 puntos, correspondientes a una práctica adecuada, mientras que un grupo menor registró promedios bajos, entre 20 y 22 puntos, clasificados como práctica inadecuada.

Este doble proceso de observación permitió valorar la consistencia y mejora del desempeño clínico, evidenciando que en la segunda medición varias participantes aumentaron su puntaje, lo cual sugiere que la repetición de la práctica, la experiencia directa y la retroalimentación posterior al primer

momento influyeron positivamente en su ejecución. Este hallazgo demuestra la capacidad de aprendizaje adaptativo del personal de enfermería frente a la exposición repetida a situaciones reales de emergencia.

Al analizar los ítems observados, se identificó que los mayores puntajes correspondieron a las acciones relacionadas con la permeabilidad de la vía aérea (A), control de la ventilación y respiración (B), y valoración del estado neurológico mediante la escala de Glasgow (D). Estas intervenciones reflejan la correcta aplicación del enfoque ABCDE, esencial para estabilizar a un paciente politraumatizado. Por otro lado, los puntajes más bajos se observaron en los ítems de exposición y control térmico (E), así como en la verificación continua de signos vitales y registro sistemático, aspectos que requieren reforzamiento, dado que la omisión de estos puede comprometer la evaluación integral del paciente.

Estos resultados son coherentes con lo reportado por Rodríguez O. (14) en el Hospital Cayetano Heredia, quien señaló que las enfermeras demostraban mayor destreza en las maniobras iniciales de control de la vía aérea y ventilación, pero presentaban debilidades en el monitoreo y reevaluación constante del paciente. De igual manera, Liberato S. (12) en Lima encontró que, si bien el 62% de las enfermeras mostró práctica adecuada, persistían deficiencias en el registro sistemático y la evaluación

continua, lo cual coincide con los hallazgos observados en esta investigación.

A nivel internacional, Ramos R. et al. (9) en Cuba evidenciaron que la aplicación sistemática de guías clínicas y simulacros periódicos mejoran la precisión y oportunidad en las maniobras de estabilización inicial, destacando que la práctica repetitiva en entornos reales o simulados consolida la competencia profesional.

En el contexto del Hospital Ilo II-1, el hecho de que la mayoría de las enfermeras mantenga puntajes altos en ambas mediciones indica que poseen habilidades consolidadas y un buen nivel de competencia clínica, lo que les permite desempeñarse de forma autónoma y segura. Sin embargo, los casos con puntajes bajos muestran una variabilidad en el desempeño, que puede atribuirse a factores como la carga laboral, el estrés del servicio, la falta de actualización o la menor experiencia en el manejo de pacientes críticos.

Desde la perspectiva de la teoría de Patricia Benner, los resultados de esta tabla permiten identificar distintos niveles de desarrollo profesional dentro del servicio. Las enfermeras con puntajes entre 24 y 26 puntos representan los niveles de competente, eficiente o experto, caracterizados por la actuación intuitiva, la toma de decisiones rápidas y el dominio del entorno clínico. En contraste, aquellas con puntajes entre 20 y 22 puntos se ubican

en los niveles de principiante y principiante avanzado, que aún dependen del apoyo de colegas experimentadas y de la práctica supervisada para alcanzar un desempeño óptimo.

En este sentido, la mejora observada entre la primera y la segunda medición respalda la premisa de Benner de que la experiencia práctica es un medio esencial de aprendizaje. La repetición de procedimientos y la exposición continua a situaciones reales fortalecen la toma de decisiones clínicas, permitiendo que el conocimiento tácito y empírico se transforme en competencia profesional.

En síntesis, los resultados de la Tabla 3-A evidencian que el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Ilo Il-1 presenta, en su mayoría, prácticas adecuadas y consistentes, con tendencia a la mejora a través del ejercicio repetido y la experiencia directa. No obstante, se recomienda fortalecer los componentes de exposición, control térmico y monitoreo continuo mediante capacitaciones prácticas, talleres de simulación clínica y evaluación periódica de desempeño, a fin de asegurar que todas las etapas del manejo inicial se ejecuten con la misma precisión y calidad.

De este modo, se logrará consolidar una práctica basada no solo en la experiencia, sino también en la reflexión crítica y en la evidencia científica,

tal como propone la teoría de Patricia Benner, garantizando así una atención integral, oportuna y segura para el paciente politraumatizado.

Se evidencia en la presente **Tabla 4** la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado. Los resultados muestran que el 45% de las enfermeras con nivel de conocimiento medio y el 10% con nivel de conocimiento alto presentaron prácticas adecuadas, mientras que el 30% de las participantes con nivel bajo o medio evidenciaron prácticas inadecuadas. En general, el 70% del total manifestó una práctica adecuada, frente al 30% con práctica inadecuada, lo que sugiere que la práctica clínica no siempre depende directamente del nivel de conocimiento teórico.

El análisis estadístico mediante la prueba de correlación de Spearman arrojó un valor $p = 0.098$, lo que indica una correlación débil y no significativa entre el conocimiento y la práctica. Este resultado significa que, aunque se observa una tendencia en la que mayores conocimientos se asocian a mejores prácticas, dicha relación no es estadísticamente fuerte. En otras palabras, existen enfermeras que, a pesar de no poseer un conocimiento teórico alto, realizan una práctica adecuada sustentada en su experiencia, intuición clínica y destreza adquirida a lo largo de los años de servicio.

Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Rodríguez **O.** (14), en el Hospital Cayetano Heredia – Lima, quien encontró una relación débil entre el nivel de conocimiento y la práctica en la atención inicial del paciente politraumatizado, argumentando que la práctica suele basarse en la experiencia acumulada más que en la actualización científica. De igual manera, **Liberato S.** (12) en el Hospital Sergio E. Bernales reportó una correlación no significativa entre ambas variables ($p = 0.11$), señalando que la práctica adecuada se sostiene principalmente en el entrenamiento diario y la exposición continua a casos de emergencia.

Por otro lado, **Mamani A.** (13) en Arequipa halló una relación positiva moderada entre conocimiento y práctica ($r = 0.46$), lo que indica que cuando existen programas permanentes de capacitación, el personal logra integrar mejor la teoría con la práctica. De modo similar, Freire T. (11) en Ecuador evidenció que las enfermeras que recibían actualizaciones frecuentes mostraban una relación más estrecha entre conocimiento y desempeño clínico.

A nivel internacional, el estudio de Ramos R. et al. (9) en Cuba destacó que la correlación entre conocimiento y práctica se fortalece cuando los servicios de emergencia implementan sistemas de educación continua y simulaciones clínicas, ya que estas herramientas promueven la reflexión y la aplicación del conocimiento en contextos reales.

En el contexto del Hospital Ilo Ilo II-1, el resultado no significativo de la correlación puede explicarse por varios factores. En primer lugar, aunque una parte importante del personal tiene especialización en emergencias, no todos reciben capacitaciones continuas ni actualizan sus conocimientos teóricos. En segundo lugar, la sobrecarga laboral, los turnos rotativos y la alta demanda asistencial limitan el tiempo destinado al aprendizaje formal. Finalmente, la experiencia empírica acumulada permite que muchas enfermeras ejecuten correctamente los procedimientos sin necesariamente contar con un conocimiento actualizado o profundo de los fundamentos teóricos.

Desde la perspectiva de la teoría de Patricia Benner, estos resultados reflejan la coexistencia de diferentes niveles de desarrollo profesional dentro del equipo de enfermería. Las enfermeras con práctica adecuada, aunque no siempre posean un conocimiento alto, se ubican en los niveles de competente y eficiente, caracterizados por una actuación intuitiva basada en la experiencia. Por otro lado, aquellas con práctica inadecuada podrían encontrarse en los niveles de principiante o principiante avanzado, donde aún se requiere fortalecer la integración entre teoría y práctica.

En síntesis, se evidencia que el nivel de conocimiento no determina necesariamente la calidad de la práctica, lo cual confirma la importancia de combinar la actualización teórica con la experiencia empírica. Esto resalta

la necesidad de promover programas permanentes de capacitación y actualización en atención del paciente politraumatizado, orientados a reforzar los fundamentos científicos del cuidado y a consolidar las competencias clínicas.

Asimismo, se recomienda implementar simulaciones clínicas, talleres de retroalimentación y evaluación continua del desempeño, con el fin de fortalecer la articulación entre el conocimiento científico y la práctica asistencial. Tal como sostiene Patricia Benner, la enfermera avanza hacia la experticia cuando transforma la experiencia práctica en conocimiento reflexivo, logrando así brindar un cuidado integral, seguro y basado en evidencia.

Conclusiones

- Respecto a las características sociodemográficas del personal de enfermería el 90% del personal de enfermería se encuentra en el rango etario de 30 a 59 años, el 100% son de sexo femenino, el 80% cuenta con especialidad en emergencia, y el 50% posee entre 6 a 10 años de experiencia laboral. Estos datos reflejan que la mayoría de enfermeras cuenta con experiencia y formación específica en el área; sin embargo, ello no se traduce necesariamente en un conocimiento teórico adecuado, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los procesos de formación continua.
- Sobre el nivel de conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado el 45,0% del personal presentó un nivel bajo de conocimiento, otro 45,0% un nivel medio, y solo el 10,0% alcanzó un nivel alto. Estos resultados revelan deficiencias importantes en la preparación teórica del personal de enfermería, lo que podría afectar negativamente la toma de decisiones clínicas oportunas en el manejo inicial del paciente politraumatizado.
- En relación con la práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial el 70,0% de las enfermeras realizó prácticas adecuadas en el manejo inicial del paciente politraumatizado, mientras que el 30,0% mostró prácticas inadecuadas. Si bien la mayoría demuestra habilidades prácticas aceptables, es

preocupante que casi un tercio del personal no cumpla con los estándares necesarios, lo que pone en evidencia la urgencia de implementar acciones correctivas a través de supervisión, capacitación y auditorías clínicas.

- Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de enfermería la prueba de Rho de Spearman arrojó un coeficiente de correlación de $Rho = -0.380$ con un valor de significancia $p = 0.098$, lo que indica una relación negativa débil y no significativa. Esto demuestra que, aunque el 70,0% del personal tiene prácticas adecuadas, estas no están necesariamente sustentadas en un conocimiento teórico sólido. Por tanto, es necesario vincular la práctica con conocimientos actualizados mediante estrategias como simulaciones clínicas, capacitaciones periódicas y guías de atención.

Recomendaciones

- A la Dirección del Hospital Ilo II-1, fortalecer la formación continua del personal de enfermería, mediante programas de capacitación periódicos orientados a actualizar conocimientos teóricos sobre la atención inicial del paciente politraumatizado, priorizando al 90% del personal que se encuentra en etapa profesional activa y al 80% que cuenta con especialización en emergencia.
- A la Jefatura del Servicio de Enfermería del Hospital Ilo II-1, diseñar e implementar talleres teórico-prácticos, dirigidos a elevar el nivel de conocimiento del personal de enfermería, especialmente del 90% que presenta un nivel bajo o medio, con énfasis en el reconocimiento rápido de lesiones críticas, priorización en la atención y manejo inicial integral del paciente politraumatizado.
- A la Jefatura del Servicio de Enfermería del Hospital Ilo II-1, realizar evaluaciones periódicas de desempeño clínico, con herramientas observacionales y simulaciones de casos reales, para mejorar las prácticas del 30% del personal que aún presenta deficiencias en la atención inicial. Estas acciones permitirán identificar brechas individuales y fortalecer la calidad del cuidado de manera focalizada.
- Al Equipo de Enfermería del Servicio de Emergencia, vincular el conocimiento teórico con la práctica profesional, promoviendo la implementación de guías de atención clínica, simulacros

interdisciplinarios y espacios de retroalimentación continua. Esto permitirá que las buenas prácticas observadas en el 70% del personal estén sustentadas en conocimientos actualizados, asegurando intervenciones eficaces y basadas en evidencia científica.

Referencias bibliográficas

1. OMS. Traumatismos causados por el tránsito [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021. p. 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
2. MINSA. Ministerio de Salud, Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de Enfermedades.
3. Espinoza M. Artículo de revisión Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta Médica Peru. 2011;28(2):105-11.
4. Rodríguez M, Ada Eworo GMM, Esono Nchama MF. Atención de enfermería al paciente politraumatizado, Hospital Regional de Bata, 2017. Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión. 2018;3(2, Jun):61-5.
5. Uchupe J. Sobrecarga laboral del profesional de enfermería y desempeño en el servicio de emergencias, en un hospital nacional Lima, 2023. 2023;
6. Valdeos L. Relacion entre el nivel de conocimiento y practica de la Enfermera sobre cuidado y mantenimiento del cateter central de insercion periferica en prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatal de un hospital del norte chico durante el año 2021. Vol. 4. 2021. p. 1-23.
7. Paucar J. Conocimiento y prácticas de la enfermera en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén. Tesis [Internet]. 2019;1-69. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14980/2E620.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Martinez D. Tratamiento multidisciplinario del paciente politraumatizado. medigraphic.org.mx. 2013;9:65-73.
9. Instituto nacional de estadistica e informatica. accidem transito peru

INEI p. 1.

10. Muñoz A, Betancourt M, Hernández B. Atención al paciente Politraumatizado. Vol. 7. 2003.
11. Rondan L. et al. nivel de conocimiento y practica sobre el manejo de paciente adulto con traumatismo encefalo craneano en los profesionales de enfermeria. universidad naciunal jorgue basadre grohmann; 2020.
12. Escobar B.. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación. 2019;28(54):182-202.
13. Machín EI, Ruiz MTM, García BR. Evidencia empírica de la Teoría de Patricia Benner en la labor profesional de los Licenciados en Enfermería. Rev Habanera Ciencias Medicas. 2016;15(4):642-50.
14. Belaunde L, Ramirez L, Caceres J. Conocimiento y practicas del personal de enfermeria en la atencion de pacientes politraumatizados por el servicio movil de urgencias. Biomass Chem Eng [Internet]. 2018;49(23–6):73. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3914?show=full>
15. Gaibor A. EA. Valoracion de enfermeria a pacientes politraumatizados ingresados en el area de traumatologia del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Ponton, Guayaquil, alo 2020. Vol. 14, Frontiers in Neuroscience. Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil; 2021.
16. Ramírez A V. La teoría del conocimiento en investigación científica. Am Coll Occup Environ Med [Internet]. 2009;70(3):217-24. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832009000300011&script=sci_arttext
17. Dávila G, Leal F, Comelin A, Parra M, Varela P, Leal F. Conocimiento práctico de los profesores: sus características y contradicciones en el contexto universitario actual. Rev la Educ Super [Internet]. 2013;XLII

- (2)(166):35-53. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/resu/v42n166/v42n166a2.pdf>
18. Uría Salvador ML. Diseño de un programa de aprendizaje experiencial enfocado en el desarrollo de competencias para la empresa Tim Consulting en la ciudad de Quito. 2022;83.
 19. Salud M de. Guía Clínica Guía Clínica Politraumatizado. junio. 2007;68.
 20. Carrillo A, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. la filosofía de patricia Benner y la practica clinica. Enfermería Glob [Internet]. 2013;12(32):346-61. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf>
 21. Carrillo J. Sanchez SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería Application of Patricia Benner ' s Philosophy in nursing training. Vol. 34. 2018.
 22. Aragón NQ. Tema 2:valoración del paciente politraumatizado. Salusplay. 2018. p. 33-48.
 23. Salud M de. Prioridades en la atención en emeregncia [Internet]. Ministerio de Salud. 2007. p. 10. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
 24. Serrano MA. Exploración Neurológica Por Enfermería: Valoración Del Nivel De Conciencia Y Pupilas. ¿Como Detectar El Deterioro Neurológico En Un Paciente Con Tce Leve? NeurotraumaNet. 2012;(Tabla 1):1-7.
 25. Borthelha R. Examen neurológico en eltrauma vertebra. 2023;4-17.
 26. SOUZA JVA, OLIVEIRA BMC, Weffort Vicente L, ABRAHIM SOBRINHO R, PERLI VAS, DE ANDRADE GC. Escala De Coma De Glasgow. Man Semiologia Neurológica Vol 2. 2021;11(1):271-80.
 27. Sanfeliu V, Suñé B. Escala de Glasgow. Rev Enferm. 2002;25(3):57-8.
 28. Liberato S. Conocimineto y prácticas del enfermero(a) en atención del

- paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/1200/TRABAJO_ACADEMICO-LIBERATO_ZUÑIGA.pdf?sequence=1
29. Sevilla S. Método ABCDE: clave para valorar pacientes en emergencias [Internet]. Disponible en: <https://www.umanresa.cat/es/comunicacion/blog/la-metodologia-abcde-como-herramienta-de-valoracion-del-paciente-en-emergencias>
 30. Mamani A. Nivel De Conocimientos Sobre El Manejo Inicial De Pacientes Politraumatizados Y Engagement, Enfermeras Servicio De Emergencia. Hospital Iii Yanahuara. Arequipa, 2022. 2022;79.
 31. Carrillo AJ, Martínez PC, Taborda SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería | Carrillo Algarra | Revista Cubana de Enfermería [Internet]. Vol. 34, Revista Cubana de Enfermería. 2018. p. 1-13. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>
 32. Ñañez A. Nivel de conocimientos en estudiantes del 4to . año de enfermería sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito prehospitalario Lima - Perú 2017. universidad nacional mayor de san marcos; 2017.
 33. García M. Protocolo diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría: Anafilaxia en Urgencias. Protoc diagnóstico y Ter en urgencias pediatría. 2020;83-93.
 34. Santos OR. Nivel de conocimientos y su relacion con la atencion inicial del paciente politraumatizado en profesionales de enfermeria que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia, Rimac - Lima Peru -2021 [Internet]. Norbert Wiener; 2021. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2216%0Ahttp://>

www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf. 2009 abr-jun; 13(2).

35. Fost T. Atención de enfermería en pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del hospital general docente Ambato-2020. Vol. 21, file:///C:/Users/VERA/Downloads/ASKEP_AGREGAT_ANAK_and_REMAJA_PRINT.docx. 2020.
36. Ramos, R. Pérez YAA. Atención de enfermería al paciente politraumatizado durante el traslado por el sistema integrado de urgencias médicas de Holguin Cuba- 2021. 2021;III:324-49.

ANEXOS

Anexo N° 1

Consentimiento Informado

Yo, _____, identificado con N°
DNI _____ autorizó a la Lic. Yovana Gómez Guevara y

Lic. Esmeralda Flores Díaz Licenciadas de la Universidad Jorge Basadre Grohmann de la segunda especialidad de Cuidado de Enfermero de Emergencias y Desastres, para llevar a cabo la evaluación, declaro que he sido informada con la claridad y veracidad debida respecto al estudio a realizar, disipando todas mis dudas. Confirmando que actúo libre y voluntariamente como participante contribuyendo a este estudio de forma activa para llevar a cabo la aplicación de encuesta sobre el trabajo de investigación “Conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de Emergencia del Hospital Ilo Ilo-1 2024”, donde las encuestas confidenciales serán utilizadas para fines científicos y académicos dentro del marco de ética.

Como constancia firmo el presente documentó.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO N 2

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
Facultad Ciencias De La Salud
Unidad de Segunda Especialidad de Enfermería

Cuestionario

“Conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de Emergencia del Hospital Ilo II-1 2024”

Objetivo: Conocer el nivel de conocimiento y practica del cuidado de la evaluación inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Ilo 2024. Su aporte, al responder este cuestionario será muy valioso. Desde ya se agradece su participación, garantizando que la información es totalmente confidencial y anónima.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y marque con una X en la respuesta elegida. Se solicita mucha veracidad en sus respuestas.

Características Sociodemográficas:

1. Edad:

- 18 - 29 años (Joven) ()
- 30 - 59 años (adulto) ()
- 60 más (adulto mayor) ()

2. Sexo:

- a. Masculino: ()
- b. Femenino: ()

3. Grado de formación:

- a. Licenciada: ()
- b. Especialista en emergencia: ()

4. Situación laboral:

- a. Nombrada: ()
- b. Contratada: ()
- c. CAS ()

5. Años de experiencia en el servicio de emergencia:

- a. < 1 año: ()
- b. 1 a 5 años: ()
- c. 6 a 10 añosos: ()
- d. 11 a 15 años: ()

6. Recibe capacitación sobre el Manejo del usuario Politraumatizado:

- a. Si : ()
- b. No: ()

7. Dispone de insumos necesarios para el Manejo del usuario Poli traumatizado:

- a. Suficiente: ()
- b. Insuficiente: ()

8. ¿El servicio de emergencia cuenta con Protocolos sobre el Manejo del usuario Politraumatizado?

- a. Si: ()
- b. No: ()
- c. Desconoce: ()

II. Preguntas específicas:

Instrucciones:

A continuación, se presenta una serie de enunciados en los cuales usted deberá marcar con un aspa (x) la alternativa para UD. CREA SEA CORRECTA:

1. Todas las circunstancias menos una debe realizarse en la primera valoración del paciente politraumatizado:

- a) Mantener la vía aérea permeable
- b) Controlar la ventilación
- c) Recoger todos los datos de su historial medico
- d) Comprobar el nivel de conciencia.

2. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente

Politraumatizado es:

- a) La caída de la lengua hacia atrás
- b) La presencia de alimento
- c) La presencia de prótesis
- d) La presencia de un cuerpo extraño

3. La permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente se realiza mediante:

- a) La colocación de tubo oro faríngeo
- b) El hiperextensión del cuello
- c) La aspiración de secreciones
- d) Colocación de cánula binasal

4. En paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:

- a) El hiperextensión del cuello
- b) La triple maniobra
- c) El barrido con el dedo de cuerpos extraños
- d) Colocación de collarín cervical.

5. Cuando es correcta la posición del tubo endotraqueal se verifica:

- a) A la auscultación distribución simétrica de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.
- b) A la auscultación murmullo vesicular en hemitórax derecho.
- c) Se observa balonamiento abdominal al brindar apoyo ventilatorio
- d) A la auscultación murmullo vesicular en hemitórax izquierdo.

6. La ventilación boca resucitador manual es óptima cuando:

- a) Se observa que el tórax se expande
- b) La boca está sellada herméticamente por el resucitador manual.
- c) No hay presencia de secreciones.
- d) No hay presencia de cuerpo extraño.

7. La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al:

- a) 50%
- b) 100%
- c) 35%
- d) 90%

8. La vena elegida para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio es:

- a) la vena radial
- b) La vena antecubital
- c) La vena yugular interna
- d) La vena axilar

9. La arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente Politraumatizado es:

- a) La arteria femoral
- b) La arteria braquial
- c) La arteria carotídea
- d) La arteria radial

10. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas es:

- a) Sobre la mitad inferior del esternón
- b) Sobre la tercera parte superior del esternón sobre el apéndice xifoides
- c) Sobre el apéndice xifoides
- d) Sobre la línea mamilar.

11. El número de compresiones que se realiza en un paciente politraumatizado en Paro cardiorrespiratorio es:

- a) 15 compresiones: 2 ventilaciones
- b) 10 compresiones: 2 ventilaciones
- c) 12 compresiones: 1 ventilaciones
- d) 30 compresiones: 2 ventilaciones

12. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas es:

- a) El neumotórax
- b) La fractura costal
- c) La laceración hepática
- d) El hemo neumotórax

13. Cuáles son los parámetros que se evalúan en la escala de Glasgow:

- a) Apertura ocular, respuesta motora, respuesta verbal
- b) Respuesta motora, estado de conciencia, respuesta verbal
- c) Apertura ocular, respuesta pupilar, respuesta motora.
- d) Respuesta motora, respuesta verbal, respuesta ocular.

14. Valor final de la escala de Glasgow:

- a) 14
- b) 15
- c) 13
- d) 10

15. Cuando se desviste al paciente politraumatizado:

- a) No se desviste por peligro de hipotermia
- b) Se desviste solo cuando el medico lo sugiera
- c) Se desviste solo para examinarlo
- d) Se desviste para examinarlo en la evaluación secundaria

16. Cómo definiría el shock neurogénico:

- a) Traumatismo raquimedular con flacidez y ausencia de los reflejos osteotendinosos
- b) Traumatismo raquimedular con pérdida del tono vasomotor y de la inervación simpática del corazón
- c) Traumatismo raquimedular con hipotensión atonía gástrica y anestesia infralesional
- d) Traumatismo raquimedular con pérdida de los reflejos Osteotendinosos y cutáneos infralesionales

17. Cuáles de las siguientes corresponde a características clínicas de la fractura de base de cráneo

- a) Otagia, inyección conjuntival, cefalea pulsátil y rinorragia
- b) Herida del pabellón auricular, visión doble y rinorragia
- c) Otorrea, inyección conjuntival y equimosis retromastoidea
- d) Otagia tinnitus, cefalea pulsátil y mareos

18. Cuando se dice que un paciente se encuentra paro cardiorrespiratorio:

- a) Cuando no hay presencia de respiración
- b) Cuando hay ausencia de respiración y latido cardiaco
- c) Cuando el paciente no responde
- d) Cuando no hay presencia de latido cardiaco.

19. Qué tipo de fracturas costales presenta más riesgo de asociarse a lesión de grandes vasos.

- a) Fractura de las costillas 2 a 4
- b) Fractura de las costillas 4 a 7
- c) Fractura de las costillas 8 a 10
- d) Fractura de las costillas 11 y 12

20.Cuál es la causa principal de muerte en un paciente politraumatizado:

- a) Hemorragias
- b) Infecciones
- c) Hipotensión
- d) Fracturas

EVALUACION: ESCALA VIGESIMAL	FACTORES
<ul style="list-style-type: none"> ☐ Alto Nivel : 16 - 20 puntos ☐ Mediano Nivel : 13 – 15 puntos ☐ Bajo Nivel : 00 – 12 puntos 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ A:Vía aérea: ítems 01 al 06 ☐ B:Ventilación: 06 al 07 ☐ C:Circulación: 08 al 12 ☐ D:Evaluación neurológica: 13 al 14 ☐ E:Exposición del usuario: 15 al 20

TIPO DE ATENCION:

PRIORIDAD

I

II

ANEXO N 3

Universidad Nacional Jorge Basadre Ghoman Facultad de la Salud
Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería Guía de
Observación

Objetivo: Obtener datos sobre las prácticas del cuidado de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Ilo 2024.

Instructivo: La recolección de información se realizará mediante la observación directa al personal de Enfermeras/os que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital Ilo durante la recepción del paciente politraumatizado.

PAUTAS A OBSERVAR	CUMPLE	NO CUMPLE	INDICADOR
La manera de aplicar el esquema ABCDE en pacientes politraumatizados			Prioriza secuencia de ABCDE
Mantiene permeable la vía aérea			Realiza maniobra para mantener vía aérea (cuida dispositiva de vía aérea) observa expansibilidad torácica interpreta saturación de oxígeno promueve auscultación pulmonar
Verifica la ventilación			Verifica capnografía
Control de hemorragia externa			Facilita o trata con presión directa, vendaje compresivo (torniquete)
Valora déficit neurológico			Escala de Glasgow ADVI
Se da protección en la exposición al paciente			Hipotermia Pudor Protege evidencia legal
Actitud profesional frente a un paciente de politraumatismo			Actitud profesional humanitaria Liderazgo en equipo Y trabajo en equipo

EVALUACIÓN:	FACTORES
- Si Cumple: 2 Puntos No Cumple: 1 Punto	Práctica Adecuada: 36-42puntos Práctica Inadecuada: <35 Puntos

}

FICHA DE ESPECIFICACIONES

PAUTAS A OBSERVAR	INDICADOR	ESPECIFICACIONES
Aplicación del esquema ABCDE	Prioriza secuencia ABCDE	Realiza la valoración y atención del paciente siguiendo el orden A-B-C-D-E sin omitir pasos.
A. Vía aérea	Mantiene permeable la vía aérea	Verifica permeabilidad de la vía aérea al ingreso del paciente.
		Realiza apertura de la vía aérea con tracción mandibular sin hiperextender el cuello.
		Aspira secreciones o retira cuerpos extraños cuando están presentes.
		Coloca cánula orofaríngea en pacientes inconscientes.
		Coloca y mantiene collar cervical correctamente.
		En ventilación fallida: Utiliza el respirador manual (ombú) y proporciona oxígeno al 100%
B. Respiración	Verifica la ventilación	Observa la expansión torácica y valora la simetría respiratoria.
		Valora frecuencia y esfuerzo respiratorio.
		Ausulta ambos campos pulmonares.
		Interpreta la saturación de oxígeno.
		Si la insuficiencia respiratoria se agudiza coloca al paciente al ventilador mecánico
C. Circulación	Control de hemorragia externa	Identifica y controla hemorragias mediante presión directa o vendaje compresivo.
		Valora pulso y presión arterial.

PAUTAS A OBSERVAR	INDICADOR	ESPECIFICACIONES
		Evalúa el llenado capilar.
		Canaliza dos vías venosas periféricas de grueso calibre.
C. Circulación	Control de hemorragia externa	Administra líquidos y medicamentos según prescripción.
		Controla el balance hídrico y el flujo urinario.
D. Neurológico	Valora déficit neurológico	Evalúa el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow.
		Valora respuesta ocular, verbal y motora.
		Evalúa tamaño y reacción pupilar.
E. Exposición	Prevención de hipotermia	Expone al paciente solo para la evaluación necesaria.
		Cubre al paciente inmediatamente después de la valoración.
		Utiliza medios para prevenir la hipotermia.
	Protección legal	Resguarda ropa y pertenencias del paciente.
Actitud profesional	Humanización y trabajo en equipo	Mantiene trato respetuoso y empático durante la atención.
		Coordina acciones y se comunica eficazmente con el equipo de salud.

ANEXO 4

Validación de juicio de experto del instrumento de investigación”

Cuestionario de conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del hospital Ilo II-1 2024

I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del experto:

1.2. Grado académico:

1.3. Cargo e institución donde labora:

1.4. Título de la investigación: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	DEFICIENTE (1)	REGULAR (2)	BUENO (3)	MUY BUENO (4)	EXCELENTE (5)
CLARIDAD DE REDACCION	Está formulado con lenguaje apropiado					
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					
PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
ORGANIZACIÓN.	Existe una organización lógica.					
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos del estudio.					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema en estudio.					
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					
INDUCCION A LA RESPUESTA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					
LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					
SUB TOTAL						
TOTAL (Suma de todas las categorías)						

VALORACIÓN CUANTITATIVA:

VALORACIÓN CUALITATIVA: Lugar y fecha: Ilo, de del 2024

De 10 a 17:

Deficiente

De 18 a 25:

Regular

De 26 a 34:

Bueno

De 35 a 42:

Muy bueno

De 43 a 50:

Excelente

Anexo N 5
Validación del Instrumento
(Encuesta Mediante el Criterio de Expertos)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

**Conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la evaluación
inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del
Hospital ILO II-1 2024**

Se compone de 20 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

Aplica: 2 puntos

Corregir: 1 punto

No aplica: 0 punto

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

Hoja de preguntas para la validación

Cuestionario

ITEMS	ESCALA DE VALIDACIÓN			Observaciones
	Aplica	Corregir	No aplica	
	2	1	0	
1. Todas las circunstancias menos una debe realizarse en la primera valoración del paciente politraumatizado				
2. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente Politraumatizado es:				
3. La permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente se realiza mediante:				
4. En paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:				
5. Cuando es correcta la posición del tubo endotraqueal se verifica:				
6. La ventilación boca resucitador manual es óptima cuando:				
7. La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al:				
8. La vena elegida para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio es:				
9. La arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente Politraumatizado es				
10. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas es:				
11. El número de compresiones que se realiza en un paciente politraumatizado en Paro cardiorrespiratorio es:				
12. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas es:				
13. Cuáles son los parámetros que se evalúan en la escala de Glasgow:				
14. Valor final de la escala de Glasgow:				
15. Cuando se desviste al paciente politraumatizado:				
16. Cómo definiría el shock neurogénico:				

17. Cuáles de las siguientes corresponde a características clínicas de la fractura de base de cráneo				
18. Cuando se dice que un paciente se encuentra paro cardiorrespiratorio:				
19. Qué tipo de fracturas costales presenta más riesgo de asociarse a lesión de grandes vasos.				
20.Cuál es la causa principal de muerte en un paciente politraumatizado:				

Apellidos y Nombres del Experto:

Grado o Especialidad del Validante:

DNI:

Hoja de preguntas para la validación guía de observación.

OBJETIVO: Obtener datos sobre las prácticas del cuidado de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Ilo 2024.

INSTRUCTIVO: La recolección de información se realizará mediante la observación directa al personal de Enfermeras/os que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital Ilo durante la recepción del paciente politraumatizado.

PAUTAS A OBSERVAR	APLICA	CORREGIR	NO APLICA	INDICADOR
	2	1	0	
La manera de aplicar el esquema ABCDE en pacientes politraumatizados				Prioriza secuencia de ABCDE
Mantener permeable de la vía aérea				Realiza maniobra para mantener vía aérea y cuida dispositiva de vía aérea observa expansibilidad torácica interpreta saturación de oxígeno promueve auscultación pulmonar
Verifica la ventilación				Verifica capnografía
Control de hemorragia externa				Facilita o trata con presión directa, vendaje compresivo y torniquete
Valora déficit neurológico				Escala de glasgow
Se da protección en la exposición al paciente				Hipotermia Pudor Protege evidencia legal
Actitud profesional frente a un paciente de politraumatismo				Actitud profesional humanitaria Liderazgo en equipo Y trabajo en equipo

Apellidos y Nombres del Experto:

Grado o Especialidad del Validante:

}

Anexo 6

Validación del Instrumento de Recolección de datos

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

S= Sumatoria de los valores dado por los jueces al ítem

N= Número de Jueces

C= Número de Valores de la Escala de Valoración (3 en este caso)

Nivel de conocimiento

VALIDEZ POR CONTENIDO							V de Aiken				valor V Ayken
							sumatoria	número de jueces (N)	Número VE (C-1)	N(C-1)	
N°	INDICADORES	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	S				
1	Todas las circunstancias menos una debe realizarse en la primera valoración del paciente politraumatizado	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
2	La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente Politraumatizado es:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
3	La permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente se realiza mediante:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
4	En paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
5	Cuando es correcta la posición del tubo endotraqueal	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
6	La ventilación boca resucitador manual es óptima cuando:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
7	La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
8	La vena elegida para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio es:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
9	La arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente Politraumatizado es	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
10	El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas es:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
11	El número de compresiones que se realiza en un paciente politraumatizado en Paro cardiorrespiratorio es:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
12	Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas es:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
13	Cuáles son los parámetros que se evalúan en la escala de Glasgow.	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
14	Valor final de la escala de Glasgow.	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
15	Cuando se desviste al paciente politraumatizado:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
16	Cómo definiría el shock neurogénico:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
17	Cuáles de las siguientes corresponde a características clínicas de la fractura de base de cráneo	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
18	Cuando se dice que un paciente se encuentra paro cardiorrespiratorio:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
19	Qué tipo de fracturas costales presenta más riesgo de asociarse a lesión de grandes vasos.	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
20	Cuál es la causa principal de muerte en un paciente politraumatizado:	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
											1

Nivel de practica

VALIDEZ POR CONTENIDO							V de Aiken				valor V Ayken
							sumatoria	número de jueces (N)	Número VE (C-1)	N(C-1)	
Nº	INDICADORES	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	S				
1	La manera de aplicar el esquema ABCDE en pacientes politraumatizados	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
2	Mantener permeable de la vía aérea	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
3	Verifica la ventilación	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
4	Control de hemorragia externa	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
5	Valora déficit neurológico	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
6	Se da protección en la exposición al paciente	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
7	Actitud profesional frente a un paciente de politraumatismo	2	2	2	2	2	10	5	2	10	1
											1

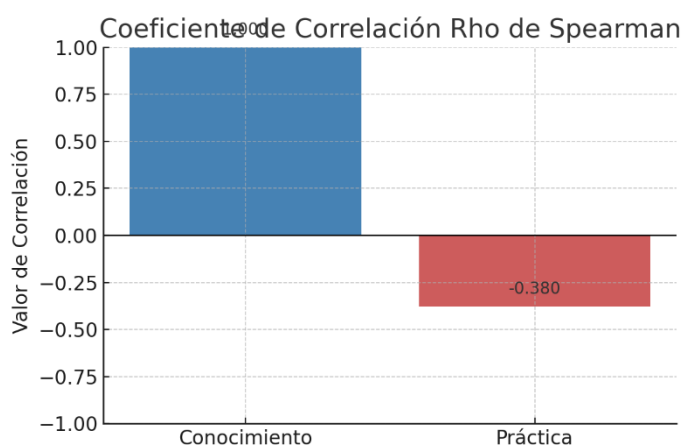
Anexo N° 7

Prueba de Hipótesis

	CONOCIMIENTO	PRÁCTICA	SIG. (BILATERAL)	N
CONOCIMIENTO	1.000	-0.380*	0.098	20
PRÁCTICA	-0.380*	1.000	0.098	20

*p < 0.05. Rho de Spearman

Se aplicó la prueba de correlación Rho de Spearman para determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado. Se obtuvo un coeficiente de correlación de Rho = -0.380 con un valor de significancia de $p = 0.098$ ($n = 20$), lo cual indica una correlación es débil y no significativa. por lo tanto, no hay relación entre el nivel de conocimiento y práctica en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia Hospital Ilo II-1.



Anexo N°8

Validación de jueces expertos

"VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION"

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Cruz Panuera Loundeg
 1.2. Grado académico: Esp. Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres.
 1.3. Cargo e institución donde labora: Enfermera - Hospital ILO
 1.4. Título de la investigación: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	DEFICIENTE (1)	REGULAR (2)	BUENO (3)	MUY BUENO (4)	EXCELENTE (5)
1. CLARIDAD DE REDACCIÓN	Está formulado con lenguaje apropiado					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN.	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos del estudio.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema en estudio.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. INDUCCION A LA RESPUESTA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					X
11. LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					X
SUB TOTAL						
TOTAL (Suma de todas las categorías)						

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 55
 VALORACIÓN CUALITATIVA: Lugar y fecha: Ilo, 19 de octubre del 2024

De 10 a 17:	<input type="checkbox"/>	Deficiente
De 18 a 25:	<input type="checkbox"/>	Regular
De 26 a 34:	<input type="checkbox"/>	Bueno
De 35 a 42:	<input type="checkbox"/>	Muy bueno
De 43 a 50:	<input checked="" type="checkbox"/>	Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
 SALUD ILO - HOSPITAL ILO
 Lic. Loundeg Cruz Panuera
 C.I. 851391 - NMS 14849

ANEXO N°02
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

Se compone de 20 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

Aplica: 2 puntos

Corregir: 1 punto

No aplica: 0 punto

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN
CUESTIONARIO

ITEMS	ESCALA DE VALIDACIÓN			Observaciones
	Aplica	Corregir	No aplica	
	2	1	0	
1. Todas las circunstancias menos una debe realizarse en la primera valoración del paciente politraumatizado	X			
2. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente Politraumatizado es:	X			
3. La permeabilización de la vía aérea en un	X			

paciente inconsciente se realiza mediante:				
4. En paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:	X			
5. Cuando es correcta la posición del tubo endotraqueal se verifica:	X			
6. La ventilación boca resucitador manual es óptima cuando:	X			
7. La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al:	X			
8. La vena elegida para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio es:	X			
9. La arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente Politraumatizado es	X			
10. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas es:	X			
11. El número de compresiones que se realiza en un paciente politraumatizado en Paro cardiorrespiratorio es:	X			
12. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas es:	X			
13. Cuáles son los parámetros que se evalúan en la escala de Glasgow:	X			
14. Valor final de la escala de Glasgow:	X			
15. Cuando se desviste al paciente politraumatizado:	X			
16. Cómo definiría el shock neurogénico:	X			
17. Cuáles de las siguientes corresponde a características clínicas de la fractura de base de cráneo	X			
18. Cuando se dice que un paciente se encuentra paro cardiorrespiratorio:	X			
19. Qué tipo de fracturas costales presenta más riesgo de asociarse a lesión de grandes vasos.	X			
20.Cuál es la causa principal de muerte en un paciente politraumatizado:	X			

Apellidos y Nombres del Experto:

Cruz Panuera Lourdes Charro

Grado o Especialidad del Validante:

Especialidad Cuidado Enfermero en Emergencia y Desastres.

DNI: 80282250

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
SALUD R.D. - HOSPITAL R.D.

.....
LIC. Lourdes Cruz Panuera
C.E.P. 0781 - INE 14849

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN.

OBJETIVO: Obtener datos sobre las prácticas del cuidado de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Ilo 2024.

INSTRUCTIVO: La recolección de información se realizará mediante la observación directa al personal de Enfermeras/os que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital Ilo durante la recepción del paciente politraumatizado.

PAUTAS A OBSERVAR	APLICA	CORREGIR	NO APLICA	INDICADOR
	2	1	0	
La manera de aplicar el esquema ABCDE en pacientes politraumatizados	X			Prioriza secuencia de ABCDE
Mantener permeable de la vía aérea	X			Realiza maniobra para mantener vía aérea y cuida dispositiva de vía aérea observa expansibilidad torácica interpreta saturación de oxígeno promueve auscultación pulmonar
Verifica la ventilación	X			Verifica capnografía
Control de hemorragia externa	X			Facilita o trata con presión directa, vendaje compresivo y torniquete
Valora déficit neurológico	X			Escala de glasgow
Se da protección en la exposición al paciente	X			Hipotermia Pudor Protege evidencia legal
Actitud profesional frente a un paciente de politraumatismo	X			Actitud profesional humanitaria Liderazgo en equipo Y trabajo en equipo

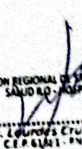
Apellidos y Nombres del Experto:

Cruz Panuera Lourdes Charo

Grado o Especialidad del Validante:

Cuidado Enfermero en Emergencia y Desastres.

DNI: 80280250


 DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
 SALUD B.O. HOSPITAL ILO
 LIC. Lourdes Cruz Panuera
 C.P. 0101 - P.N. 1000

“VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION”

QUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: *Paco Maquera Sonia*
 1.2. Grado académico: *Esp Cuidado Enfermos en Emergencia y Desastre.*
 1.3. Cargo e institución donde labora: *Enfermera - Hospital ILO.*
 1.4. Título de la investigación: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024**

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	DEFICIENTE (1)	REGULAR (2)	BUENO (3)	MUY BUENO (4)	EXCELENTE (5)
1. CLARIDAD DE REDACCION	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN.	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos del estudio.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema en estudio.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. INDUCCION A LA RESPUESTA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					X
11. LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					X
SUB TOTAL						
TOTAL (Suma de todas las categorías)						

VALORACIÓN CUANTITATIVA: *55*

VALORACIÓN CUALITATIVA: Lugar y fecha: Ilo, *21* de *octubre* del 2024

De 10 a 17:	<input type="checkbox"/>	Deficiente
De 18 a 25:	<input type="checkbox"/>	Regular
De 26 a 34:	<input type="checkbox"/>	Bueno
De 35 a 42:	<input type="checkbox"/>	Muy bueno
De 43 a 50:	<input checked="" type="checkbox"/>	Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

REGION MURQUEZ
 MEDICINA REGIONAL DE SALUD BUQUEGU
 RIO SALUD ILO - HOSPITAL ILO

Lic. Sonia Amalia Paco Maquera
ENFERMERA
 C.R. 11524 R.E.E. 4045

ANEXO N°02
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

Se compone de 20 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

Aplica: 2 puntos

Corregir: 1 punto

No aplica: 0 punto

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN
CUESTIONARIO

ITEMS	ESCALA DE VALIDACIÓN			Observaciones
	Aplica	Corregir	No aplica	
	2	1	0	
1. Todas las circunstancias menos una debe realizarse en la primera valoración del paciente politraumatizado	X			
2. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente Politraumatizado es:	X			
3. La permeabilización de la vía aérea en un	X			

paciente inconsciente se realiza mediante:				
4. En paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:	X			
5. Cuando es correcta la posición del tubo endotraqueal se verifica:	X			
6. La ventilación boca resucitador manual es óptima cuando:	X			
7. La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al:	X			
8. La vena elegida para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio es:	X			
9. La arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente Politraumatizado es	X			
10. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas es:	X			
11. El número de compresiones que se realiza en un paciente politraumatizado en Paro cardiorrespiratorio es:	X			
12. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas es:	X			
13. Cuáles son los parámetros que se evalúan en la escala de Glasgow:	X			
14. Valor final de la escala de Glasgow:	X			
15. Cuando se desviste al paciente politraumatizado:	X			
16. Cómo definiría el shock neurogénico:	X			
17. Cuáles de las siguientes corresponde a características clínicas de la fractura de base de cráneo	X			
18. Cuando se dice que un paciente se encuentra paro cardiorrespiratorio:	X			
19. Qué tipo de fracturas costales presenta más riesgo de asociarse a lesión de grandes vasos.	X			
20. Cuál es la causa principal de muerte en un paciente politraumatizado:	X			

Apellidos y Nombres del Experto: PACO MAQUERA SONIA ANGELICA

Grado o Especialidad del Validante: Especialidad cuidados Intensivos
Especialidad cuidado del Enfermero en
Emergencia y desastre

DNI: 00514540

REGIÓN AYOACAJA
INSPECCIÓN GENERAL DE SALUD MAQUEGUA
REG. SALUD ILO - HOSPITAL ILO
Sonia Maquera
Lic. Sonia Angelica Paco Maquera
EMERGENCIA
C.F.P. 20009 R.E.R. 4045

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN.

OBJETIVO: Obtener datos sobre las prácticas del cuidado de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Ilo 2024.

INSTRUCTIVO: La recolección de información se realizará mediante la observación directa al personal de Enfermeras/os que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital Ilo durante la recepción del paciente politraumatizado.

PAUTAS A OBSERVAR	APLICA	CORREGIR	NO APLICA	INDICADOR
	2	1	0	
La manera de aplicar el esquema ABCDE en pacientes politraumatizados	X			Prioriza secuencia de ABCDE
Mantener permeable de la vía aérea	X			Realiza maniobra para mantener vía aérea y cuida dispositiva de vía aérea observa expansibilidad torácica interpreta saturación de oxígeno promueve auscultación pulmonar
Verifica la ventilación	X			Verifica capnografía
Control de hemorragia externa	X			Facilita o trata con presión directa, vendaje compresivo y torniquete
Valora déficit neurológico	X			Escala de glasgow
Se da protección en la exposición al paciente	X			Hipotermia Pudor Protege evidencia legal
Actitud profesional frente a un paciente de politraumatismo	X			Actitud profesional humanitaria Liderazgo en equipo Y trabajo en equipo

Apellidos y Nombres del Experto: PAGO MAQUERA SONIA ANGELICA

Grado o Especialidad del Validante: Especialidad: cuidados Intensivos
Especialidad: cuidados del Enfermeros en Emergencia y desastre

DNI: 00514540


 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - AREQUIPA
 RED SALUD ILO - HOSPITAL ILO
 Lic. Sonia Angelica Pago Maquera
 ENFERMERA
 C.E.P. 4045

"VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION"

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: *Machaca Coaquira Marisol*
 1.2. Grado académico: *Esp. Emergencias y Desastres*
 1.3. Cargo e institución donde labora: *Enfermera - Hospital Ilo*
 1.4. Título de la investigación: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024**

II. ASPECTOS DE VALIDACION

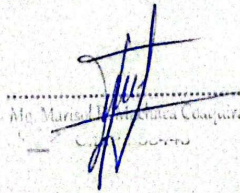
INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	DEFICIENTE (1)	REGULAR (2)	BUENO (3)	MUY BUENO (4)	EXCELENTE (5)
1. CLARIDAD DE REDACCION	Está formulado con lenguaje apropiado					✓
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
3. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
4. ORGANIZACIÓN.	Existe una organización lógica.					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos del estudio.					✓
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema en estudio.					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					✓
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					✓
10. INDUCCION A LA RESPUESTA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					✓
11. LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					✓
SUB TOTAL						
TOTAL (Suma de todas las categorías)						

VALORACIÓN CUANTITATIVA: *55*

VALORACIÓN CUALITATIVA: Lugar y fecha: Ilo, *16* de *Octubre* del 2024

De 10 a 17:	<input type="checkbox"/>	Deficiente
De 18 a 25:	<input type="checkbox"/>	Regular
De 26 a 34:	<input type="checkbox"/>	Bueno
De 35 a 42:	<input type="checkbox"/>	Muy bueno
De 43 a 50:	<input checked="" type="checkbox"/>	Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:



Marisol Machaca Coaquira

ANEXO N°02
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

Se compone de 20 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

Aplica: 2 puntos

Corregir: 1 punto

No aplica: 0 punto

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN
CUESTIONARIO

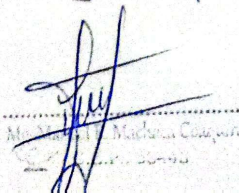
ITEMS	ESCALA DE VALIDACIÓN			Observaciones
	Aplica	Corregir	No aplica	
	2	1	0	
1. Todas las circunstancias menos una debe realizarse en la primera valoración del paciente politraumatizado	✓			
2. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente Politraumatizado es:	✓			
3. La permeabilización de la vía aérea en un	✓			

paciente inconsciente se realiza mediante:				
4. En paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:	✓			
5. Cuando es correcta la posición del tubo endotraqueal se verifica:	✓			
6. La ventilación boca resucitador manual es óptima cuando:	✓			
7. La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al:	✓			
8. La vena elegida para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio es:	✓			
9. La arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente Politraumatizado es	✓			
10. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas es:	✓			
11. El número de compresiones que se realiza en un paciente politraumatizado en Paro cardiorrespiratorio es:	✓			
12. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas es:	✓			
13. Cuáles son los parámetros que se evalúan en la escala de Glasgow:	✓			
14. Valor final de la escala de Glasgow:	✓			
15. Cuando se desviste al paciente politraumatizado:	✓			
16. Cómo definiría el shock neurogénico:	✓			
17. Cuáles de las siguientes corresponde a características clínicas de la fractura de base de cráneo	✓			
18. Cuando se dice que un paciente se encuentra paro cardiorrespiratorio:	✓			
19. Qué tipo de fracturas costales presenta más riesgo de asociarse a lesión de grandes vasos.	✓			
20. Cuál es la causa principal de muerte en un paciente politraumatizado:	✓			

Apellidos y Nombres del Experto: Mg. Misael Machaca Coaquina

Grado o Especialidad del Validante: Esp. Emergencia y desastres.

DNI: 70281933


Misael Machaca Coaquina

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN.

OBJETIVO: Obtener datos sobre las prácticas del cuidado de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Ilo 2024.

INSTRUCTIVO: La recolección de información se realizará mediante la observación directa al personal de Enfermeras/os que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital Ilo durante la recepción del paciente politraumatizado.

PAUTAS A OBSERVAR	APLICA	CORREGIR	NO APLICA	INDICADOR
	2	1	0	
La manera de aplicar el esquema ABCDE en pacientes politraumatizados	✓			Prioriza secuencia de ABCDE
Mantener permeable de la vía aérea	✓			Realiza maniobra para mantener vía aérea y cuida dispositiva de vía aérea observa expansibilidad torácica interpreta saturación de oxígeno promueve auscultación pulmonar
Verifica la ventilación	✓			Verifica capnografía
Control de hemorragia externa	✓			Facilita o trata con presión directa, vendaje compresivo y torniquete
Valora déficit neurológico	✓			Escala de glasgow
Se da protección en la exposición al paciente	✓			Hipotermia Pudor Protege evidencia legal
Actitud profesional frente a un paciente de politraumatismo	✓			Actitud profesional humanitaria Liderazgo en equipo Y trabajo en equipo

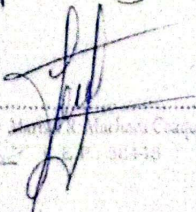
Apellidos y Nombres del Experto:

Machaca Coaguina Morisol

Grado o Especialidad del Validante:

Esp. Emergencia y desastre

DNI: 70281933



 M^o. Machaca Coaguina Morisol

 2024

"VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION"

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: *Condori Cruz Elsa*
 1.2. Grado académico: *Mgr. Salud Pública*
 1.3. Cargo e institución donde labora: *Hospital ILO - Enfermera*
 1.4. Título de la investigación: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024**

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	DEFICIENTE (1)	REGULAR (2)	BUENO (3)	MUY BUENO (4)	EXCELENTE (5)
1. CLARIDAD DE REDACCION	Está formulado con lenguaje apropiado					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN.	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos del estudio.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema en estudio.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. INDUCCION A LA RESPUESTA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					X
11. LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					X
SUB TOTAL						
TOTAL (Suma de todas las categorías)						

VALORACIÓN CUANTITATIVA: 55
 VALORACIÓN CUALITATIVA: Lugar y fecha: Ilo, 10 de octubre del 2024

De 10 a 17:	<input type="checkbox"/>	Deficiente
De 18 a 25:	<input type="checkbox"/>	Regular
De 26 a 34:	<input type="checkbox"/>	Bueno
De 35 a 42:	<input type="checkbox"/>	Muy bueno
De 43 a 50:	<input checked="" type="checkbox"/>	Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

REGION MOQUEGUA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
 RED SALUD HOSPITAL ILO
[Firma]
 Lic. Elsa Condori Cruz
 ENFERMERA
 CEP 82243 REE-45053

ANEXO N°02
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

Se compone de 20 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

Aplica: 2 puntos

Corregir: 1 punto

No aplica: 0 punto

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN
CUESTIONARIO

ITEMS	ESCALA DE VALIDACIÓN			Observaciones
	Aplica	Corregir	No aplica	
	2	1	0	
1. Todas las circunstancias menos una debe realizarse en la primera valoración del paciente politraumatizado	X			
2. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente Politraumatizado es:	X			
3. La permeabilización de la vía aérea en un	X			

paciente inconsciente se realiza mediante:				
4. En paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:	X			
5. Cuando es correcta la posición del tubo endotraqueal se verifica:	X			
6. La ventilación boca resucitador manual es óptima cuando:	X			
7. La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al:	X			
8. La vena elegida para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio es:	X			
9. La arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente Politraumatizado es	X			
10. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas es:	X			
11. El número de compresiones que se realiza en un paciente politraumatizado en Paro cardiorrespiratorio es:	X			
12. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas es:	X			
13. Cuáles son los parámetros que se evalúan en la escala de Glasgow:	X			
14. Valor final de la escala de Glasgow:	X			
15. Cuando se desviste al paciente politraumatizado:	X			
16. Cómo definiría el shock neurogénico:	X			
17. Cuáles de las siguientes corresponde a características clínicas de la fractura de base de cráneo	X			
18. Cuando se dice que un paciente se encuentra paro cardiorrespiratorio:	X			
19. Qué tipo de fracturas costales presenta más riesgo de asociarse a lesión de grandes vasos.	X			
20.Cuál es la causa principal de muerte en un paciente politraumatizado:	X			

Apellidos y Nombres del Experto: Condori Cruz Elsa.

Grado o Especialidad del Validante: Mg. Salud pública

DNI: 04653542

REGION MOQUEGUA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
RED SALUD ILO HOSPITAL ILO
Lic. Elsa Condori Cruz
ENFERMERA
CEP 82243 REE 35053

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN.

OBJETIVO: Obtener datos sobre las prácticas del cuidado de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Ilo 2024.


INSTRUCTIVO: La recolección de información se realizará mediante la observación directa al personal de Enfermeras/os que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital Ilo durante la recepción del paciente politraumatizado.

PAUTAS A OBSERVAR	APLICA	CORREGIR	NO APLICA	INDICADOR
	2	1	0	
La manera de aplicar el esquema ABCDE en pacientes politraumatizados	X			Prioriza secuencia de ABCDE
Mantener permeable de la vía aérea	X			Realiza maniobra para mantener vía aérea y cuida dispositiva de vía aérea observa expansibilidad torácica interpreta saturación de oxígeno promueve auscultación pulmonar
Verifica la ventilación	X			Verifica capnografía
Control de hemorragia externa	X			Facilita o trata con presión directa, vendaje compresivo y torniquete
Valora déficit neurológico	X			Escala de glasgow
Se da protección en la exposición al paciente	X			Hipotermia Pudor Protege evidencia legal
Actitud profesional frente a un paciente de politraumatismo	X			Actitud profesional humanitaria Liderazgo en equipo Y trabajo en equipo

Apellidos y Nombres del Experto:

Grado o Especialidad del Validante:

DNI: 07653542

REGION MOQUEGUA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
 REE SALUD - HOSPITAL ILO

 Lic. Erick Gonzales Cruz
 ENFERMERA
 CEP 82243 REE:35053

“VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION”

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: *Anpasi Cruz, Katerin Jina*
- 1.2. Grado académico: *Lic. Enfermería*
- 1.3. Cargo e institución donde labora: *Enfermera - Hospital Ilo*
- 1.4. Título de la investigación: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024**

II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	DEFICIENTE (1)	REGULAR (2)	BUENO (3)	MUY BUENO (4)	EXCELENTE (5)
1. CLARIDAD DE REDACCION	Está formulado con lenguaje apropiado				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. PERTINENCIA	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN.	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos del estudio.					X
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema en estudio.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. INDUCCION A LA RESPUESTA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					X
11. LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado				X	
SUB TOTAL						
TOTAL (Suma de todas las categorías)						

VALORACIÓN CUANTITATIVA: *51*
 VALORACIÓN CUALITATIVA: Lugar y fecha: Ilo, de *19* de *octubre* del 2024

De 10 a 17:	<input type="checkbox"/>	Deficiente
De 18 a 25:	<input type="checkbox"/>	Regular
De 26 a 34:	<input type="checkbox"/>	Bueno
De 35 a 42:	<input type="checkbox"/>	Muy bueno
De 43 a 50:	<input checked="" type="checkbox"/>	Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:




**ANEXO N°02
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)**

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

Se compone de 20 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

Aplica: 2 puntos

Corregir: 1 punto

No aplica: 0 punto

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN
CUESTIONARIO**

ITEMS	ESCALA DE VALIDACIÓN			Observaciones
	Aplica	Corregir	No aplica	
	2	1	0	
1. Todas las circunstancias menos una debe realizarse en la primera valoración del paciente politraumatizado	X			
2. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente Politraumatizado es:	X			
3. La permeabilización de la vía aérea en un	X			

paciente inconsciente se realiza mediante:				
4. En paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:	X			
5. Cuando es correcta la posición del tubo endotraqueal se verifica:	X			
6. La ventilación boca resucitador manual es óptima cuando:	X			
7. La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al:	X			
8. La vena elegida para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio es:	X			
9. La arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente Politraumatizado es	X			
10. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas es:	X			
11. El número de compresiones que se realiza en un paciente politraumatizado en Paro cardiorrespiratorio es:	X			
12. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas es:	X			
13. Cuáles son los parámetros que se evalúan en la escala de Glasgow:	X			
14. Valor final de la escala de Glasgow:	X			
15. Cuando se desviste al paciente politraumatizado:	X			
16. Cómo definiría el shock neurogénico:	X			
17. Cuáles de las siguientes corresponde a características clínicas de la fractura de base de cráneo	X			
18. Cuando se dice que un paciente se encuentra paro cardiorrespiratorio:	X			
19. Qué tipo de fracturas costales presenta más riesgo de asociarse a lesión de grandes vasos.	X			
20. Cuál es la causa principal de muerte en un paciente politraumatizado:	X			

Apellidos y Nombres del Experto: Arpasi Cruz Katerin Jina

Grado o Especialidad del Validante: Lic. en Enfermería

DNI: 47819696


Katerin J. Arpasi Cruz
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP. 62571

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN.

OBJETIVO: Obtener datos sobre las prácticas del cuidado de enfermería en el manejo inicial del paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Ilo 2024.

INSTRUCTIVO: La recolección de información se realizará mediante la observación directa al personal de Enfermeras/os que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital Ilo durante la recepción del paciente politraumatizado.

PAUTAS A OBSERVAR	APLICA	CORREGIR	NO APLICA	INDICADOR
	2	1	0	
La manera de aplicar el esquema ABCDE en pacientes politraumatizados	X			Prioriza secuencia de ABCDE
Mantener permeable de la vía aérea	X			Realiza maniobra para mantener vía aérea y cuida dispositiva de vía aérea observa expansibilidad torácica interpreta saturación de oxígeno promueve auscultación pulmonar
Verifica la ventilación	X			Verifica capnografía
Control de hemorragia externa	X			Facilita o trata con presión directa, vendaje compresivo y torniquete
Valora déficit neurológico	X			Escala de glasgow
Se da protección en la exposición al paciente	X			Hipotermia Pudor Protege evidencia legal
Actitud profesional frente a un paciente de politraumatismo	X			Actitud profesional humanitaria Liderazgo en equipo Y trabajo en equipo

Apellidos y Nombres del Experto: Arpasi Cruz Katerin Jina

Grado o Especialidad del Validante: Lic. en Enfermería

DNI: 47649696





UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°173-2024-SEP-FACS/UNJBG
Tacna, 09 de setiembre del 2024

VISTO:

El Informe N° 157-2024-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, de fecha 30.09.2024, recibido el 01.10.2024, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y autorización para ejecución presentado por la Est. Lic. Esmeralda Florez Diaz y la Est. Lic. Yovana Gomez Guevara;

CONSIDERANDO:

Que, la Est. Lic. Esmeralda Florez Diaz y la Est. Lic. Yovana Gomez Guevara, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicitan se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N°157-2024-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicitan se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **CONOCIMIENTO Y PRACTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II- 1 2024**, presentado por las Est. Lic. Esmeralda Florez Diaz y la Est. Lic. Yovana Gomez Guevara, alumnas de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto.

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora la Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria No 30220, Art. 169 inc. b. del Estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación de la Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **CONOCIMIENTO Y PRACTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II- 1 2024**, presentado por las Est. Lic. Esmeralda Florez Diaz y la Est. Lic. Yovana Gomez Guevara, alumnas de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Facultad Ciencias de la Salud.

ART. 2°: Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por la Est. Lic. Esmeralda Florez Diaz y la Est. Lic. Yovana Gomez Guevara, alumnas de la Segunda Especialidad de Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Rinna Myriam Pilco Velasquez
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Distr.: 2da ESEN, arch.



Mtro. Vanessa Varleth Valle Cohaila
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VVC/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Casilla postal 316

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ILO II-1 2024

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1 2024?	OBJETIVO GENERAL <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica del cuidado de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado del servicio de emergencia en el Hospital Ilo II-1 2024. 	H1: Si existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación en el manejo del paciente politraumatizado en los profesionales de enfermería.	V.I. Conocimiento de la enfermera en manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1, 2024	Conocimiento sobre manejo del paciente con politraumatismo	DESARROLLO DE PREGUNTAS A: vía aérea con protección de la columna cervical B: Ventilación y respiración C: circulación y control de la hemorragia D: déficit neurológico E: exposición al entorno	TIPO Y DISEÑO: De acuerdo al tipo de investigación es correlacional, de acuerdo al tiempo de ocurrencia es prospectivo y de diseño no experimental. POBLACIÓN Y MUESTRA: La población está constituida por 20 enfermeras TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS: Encuesta Observación INSTRUMENTO: Guía de observación cuestionario
	OBJETIVO ESPECIFICOS <ul style="list-style-type: none"> Describir las características sociodemográficas de las enfermeras del servicio de emergencia – Hospital Ilo II-1, 2024. Medir el nivel de conocimiento de las enfermeras en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1, 2024. Valorar la práctica de la enfermera(o) en el manejo del paciente politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1, 2024. 	HO: No existe relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación en el manejo del paciente politraumatizado en los profesionales de enfermería.	V.D. Práctica de la enfermera en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Ilo II-1, 2024	<ul style="list-style-type: none"> Mantiene permeabilidad de la vía aérea Verifica la ventilación Circula control de hemorragia externa Evaluar el estado de conciencia Da protección en la exposición al paciente 	Realiza medidas para permeabilizar la vía aérea. Realiza maniobra para mantener vía aérea y cuida de dispositivos Valora pulso carotideo Valora signos de hipoventilación Facilita o trata con presión directa vendaje compresivo y torniquete Evalúa nivel de conciencia: escala de Glasgow Valora presencia de lesiones Valora presencia de hematomas Verifica temperatura de la piel: hipotermia - diaforesis	