

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL
REGIONAL DE MOQUEGUA-2022**

TESIS

Presentada por:

Lic. Katherine Rosario Cornejo Zeballos

Lic. María Del Carmen De La Cruz Manchego

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL
REGIONAL DE MOQUEGUA-2022**

TESIS

Presentada por:

Lic. Katherine Rosario Cornejo Zeballos

Lic. María Del Carmen De La Cruz Manchego

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

Aprobado por Inanimidad, ante el siguiente Jurado:



Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar
Presidenta



Dra. Ingrid Maria Manrique Tejada
Miembro



Dra. Carla Patricia Milagros Mori
Fuentes



Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes
Asesora

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes** en mi condición de asesor acreditado por la RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°443-2025-SEP-FACS/UNJBG, de la tesis titulada: **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - 2022**, presentado por la Lic. Katherine Rosario Cornejo Zeballos – Lic. María Del Carmen De La Cruz Manchego, 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 8 %.

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. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes

DNI: 00486562

Asesora



Lic. Katherine Rosario Cornejo Zeballos

DNI: 71830777

Tesista



Lic. María Del Carmen De La Cruz Manchego

DNI: 42540962

Tesista



DEDICATORIA

A Dios, por darme fortaleza y guía.

A mi amado hijo, Mathías, eres la razón de cada esfuerzo, cada desvelo y cada paso hacia adelante. Tu sonrisa ha sido mi motor en los momentos más difíciles, y tu existencia, mi mayor motivación para no rendirme jamás. Esta tesis es también tuya, porque en cada página hay amor, sacrificio y sueños que algún día espero compartir contigo.

Y a mi familia, por su amor incondicional y su apoyo constante.

Lic. Katherine Cornejo Zeballos

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico de manera especial a Dios.

A mis padres, Froilán y Carmen que en el transcurso de mi vida me supieron inculcar valores y confiaron en mi persona y en mis deseos de superación. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba. LOS AMO.

Lic. María Del Carmen De La Cruz Manchego

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la fuerza a seguir adelante.

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann y a la Unidad de Segunda Especialidad de Enfermería por brindarnos la oportunidad de realizar nuestros estudios de Especialidad y formar profesionales competentes.

A nuestra asesora, Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes, por su asesoramiento, dedicación y ser nuestra guía e inspiración, fomentar así nuestro crecimiento científico y profesional.

Lic. Katherine Rosario Cornejo Zeballos

Lic. María Del Carmen De La Cruz Manchego

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	04
1.2. Objetivos.....	08
1.3. Justificación.....	09
1.4. Formulación de hipótesis.....	10
1.5. Operacionalización de variables.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	14
2.2. Bases teóricas.....	18
2.3. Definición conceptual de términos.....	44

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.	Pág
3.1. Diseño de la Investigación.....	47
3.2. Población y Muestra.....	47
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	48
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	52
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	52
3.6. Consideraciones Éticas.....	53
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	56
4.2. Discusión.....	68
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

El trabajo de investigación tuvo como **objetivo**: Determinar la relación entre el conocimiento y práctica del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - 2022. **Metodología**: Es cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal. La población objeto de estudio estuvo constituida por 60 Licenciadas de Enfermería. Se utilizó la técnica de la encuesta; como instrumento el cuestionario y la guía de observación.

Resultados: Características específicas del profesional de enfermería del servicio de emergencias y UCI, donde la edad es de 36 a 59 años (46,7%), el sexo es femenino (90%), situación laboral contratada (71,7%), años de experiencia en el servicio de es de 6 a 10 años (46,7%), Si reciben capacitación sobre el manejo del paciente politraumatizado (95%); nivel de conocimientos del profesional de enfermería del servicio de emergencias y UCI, conocimiento alto (58,3%), prácticas del profesional de enfermería del servicio de emergencias y UCI, donde la práctica es adecuada (90%)

Conclusión: No existe relación estadísticamente significativa entre las variables conocimiento y prácticas del manejo de paciente politraumatizado, dado que el valor de la chi cuadrada es 0,882, con $gl=2$ con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo $p=0,643$ mayor que el nivel de significancia 0,05

Palabras clave: Conocimiento, práctica, paciente, politraumatismo

ABSTRACT

The **objective** of the research work was: To determine the relationship between the knowledge and practice of the nursing professional in the management of the polytraumatized patient in the Emergency Service and ICU of the Moquegua Regional Hospital - 2022. **Methodology:** It is quantitative, descriptive and cross-section. The population under study was made up of 60 Nursing Graduates. The survey technique was used; as an instrument the questionnaire and the observation guide. **Results:** Specific characteristics of the nursing professional in the emergency service and UCI, where the age is 36 to 59 years (46.7%), the sex is female (90%), contracted employment status (71.7%), years of experience in the service is 6 to 10 years (46.7%), If they receive training on the management of polytraumatized patients (95%), level of knowledge of the nursing professional in the emergency service and UCI, high knowledge (58.3%), practices of the nursing professional in the emergency service and UCI, where the practice is adequate (90%) **Conclusion:** There is no statistically significant relationship between the variables knowledge and practices of managing polytraumatized patients, given that the chi square value is 0.882, with $gl=2$ with a confidence level of 95%, $p=0.643$ was obtained greater than the 0.05 level of significance

Keywords: Knowledge, practice, patient, polytrauma

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y práctica del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado del Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua

El paciente politraumatizado constituye en la actualidad un grave problema de salud pública debido a los altos índices por accidentes de tránsito que se registran en nuestro país. (1)

El politraumatismo es considerado una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, constituyéndose en un desafío para los sistemas de salud debido a su alta frecuencia y a las consecuencias que genera, sobre todo en personas jóvenes y en edad laboral. La atención rápida y eficaz en estos casos es determinante para disminuir complicaciones y mejorar la sobrevida. En este sentido, los servicios de emergencia y las unidades de cuidados intensivos (UCI) se convierten en espacios cruciales para garantizar una atención integral, especializada y continua.

En el Departamento de Moquegua la tasa de lesionados por accidentes de tránsito ha tenido un comportamiento errático en el último quinquenio, la tasa más alta (506 lesionados por 100 000 habitantes)

La variable conocimientos hace referencia a la comprensión teórica que poseen los profesionales de enfermería acerca de protocolos, guías de atención y principios básicos del manejo del trauma, tales como la valoración ABCDE, el control del shock, la vía aérea y la reanimación avanzada. Mientras tanto, la variable prácticas se vincula con la puesta en marcha de dichas competencias en la atención directa, lo que implica intervenciones rápidas, seguras y adaptadas a la situación crítica del paciente.

Dentro de este proceso, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental, ya que se encuentra directamente involucrado en la evaluación inicial, la estabilización fisiológica, la monitorización permanente y la ejecución de intervenciones críticas. No obstante, la calidad del cuidado no solo depende de los recursos institucionales, sino también del nivel de conocimiento científico y de las prácticas clínicas que cada profesional

Por esta situación se ha visto la necesidad de realizar el presente trabajo de investigación titulado “Conocimientos y prácticas del profesional de

enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua-2022”

Esta investigación consta de cuatro capítulos, el primer capítulo Planteamiento del estudio hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. El segundo capítulo contiene los antecedentes de investigación, bases teóricas y definición conceptual de términos. El capítulo tercero contiene el diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos. Finalmente, en el capítulo cuatro se detalla los resultados y la discusión, para finalizar con conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad la magnitud del problema del paciente politraumatizado obtiene particular interés en la medida en que se convierte en una verdadera pandemia que supera las enfermedades más terribles; teniendo en cuenta que provoca más muertes y secuelas que la mayoría de ellas, debido a que afecta generalmente a personas sanas, sin distinguir edad, sexo, ni oficio y sin selección de lugar, ni momento, a veces sucede cuando menos se lo esperan.

En el servicio de emergencia y UCI tienen el compromiso de proporcionar asistencia rápida, con todos los recursos humanos y tecnológicos a los pacientes politraumatizados.

Es por ello que la intervención oportuna del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado es de suma importancia para alcanzar junto al equipo básico de salud una pronta estabilidad del paciente, tomando en cuenta que para estas actividades debemos de seguir los protocolos de enfermería para la lograr una asistencia sistematizada para el traslado de estos pacientes. (2)

En la actualidad cerca del 60% de todos los pacientes politraumatizados corresponden a eventos posteriores a un accidente del tránsito, con una alta tasa de mortalidad, por ello ha desplazado a otras patologías tales como enfermedades infectocontagiosas, y el trauma ha pasado del noveno lugar hasta un tercer o cuarto lugar entre las causas de muerte en la estadística global, convirtiéndose realmente en una pandemia mundial. (3)

El trauma es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), los accidentes de tránsito ocasionan aproximadamente 1,19 millones de muertes anuales y entre 20 a 50 millones de personas resultan con lesiones no mortales que generan discapacidad. Además, es la principal causa de muerte en personas de 5 a 29 años. La carga del politraumatismo ha llegado a ser considerada una pandemia silenciosa por su elevada incidencia y su impacto social y económico.(4)

La Organización Panamericana de la Salud (5) reporta que en Latinoamérica, cerca de 154.000 personas mueren cada año debido a siniestros viales. Los países de ingresos medios, como la mayoría de los latinoamericanos, concentran la mayor parte de los fallecimientos.

Factores como el crecimiento urbano, el incremento del parque automotor, la deficiente infraestructura vial y el consumo de alcohol contribuyen al problema.(5)

En Perú se registraron 19,89% accidentes de tránsito en el 2020 cifra que representa una reducción al -21,65% al año anterior por motivo de la emergencia sanitaria SARS-CoV-2 y las restricciones sanitarias (6)

En el Departamento de Moquegua la tasa de lesionados por accidentes de tránsito ha tenido un comportamiento errático en el último quinquenio, la tasa más alta (506 lesionados por 100 000 habitantes) se dio en el año 2008 y la más baja (263 lesionados por 100 000 habitantes) en el año 2007. La zona urbana es la vía en la que se presentan con mayor frecuencia los lesionados por accidentes de tránsito, el choque y el atropello son los tipos de accidentes que ocurren con mayor frecuencia, el vehículo más involucrado es el automóvil. (7)

La atención de enfermería en las áreas de emergencia debe de estar orientada a un cuidado rápido y continuo en el paciente politraumatizado al respecto Cousin Y. (8), dice que “las actividades de enfermería deben estar en primer lugar monitoreo de la función respiratoria, seguido por la valoración del estado circulatorio y evaluación del estado de consciencia”. Por lo que enfermería debe poseer el

conocimiento y la practica necesaria para mejorar las condiciones de salud de estos pacientes. (8)

La demora en la atención inicial del paciente politraumatizado puede generar consecuencias críticas e incluso irreversibles. Una valoración tardía de la vía aérea se asocia con obstrucción, hipoxia y paro respiratorio, lo que compromete la función cerebral y de otros órganos vitales. Del mismo modo, la falta de control inmediato de hemorragias desencadena shock hipovolémico, con riesgo de insuficiencia multiorgánica y muerte. En el ámbito neurológico, no realizar una evaluación precoz de la conciencia puede derivar en deterioro progresivo, edema cerebral o muerte encefálica. Estas complicaciones se intensifican durante la denominada hora dorada del trauma, en la que la rapidez y eficacia de las intervenciones incrementan significativamente las posibilidades de supervivencia (9)

Asimismo, la atención deficiente no solo eleva la mortalidad, sino que también incrementa la probabilidad de secuelas permanentes como discapacidad motora, deterioro cognitivo o amputaciones, repercutiendo negativamente en la calidad de vida del paciente y en la carga socioeconómica de su entorno. Por ello, la intervención oportuna, sistematizada y basada en protocolos por parte del profesional de

enfermería resulta esencial para garantizar cuidados seguros y efectivos en los servicios de emergencia y unidades de cuidados intensivos (10).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - 2022?

1.2. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - 2022

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características generales del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua
- Evaluar los conocimientos del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua

- Describir las prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua.
- Relacionar los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El profesional de enfermería cumple un rol fundamental en los servicios de emergencia y UCI; sin embargo, en la práctica diaria se observa con frecuencia cierta disparidad en la calidad y uniformidad de la atención brindada.

Los pacientes politraumatizados constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública debido a los altos índices por accidentes de tránsito que se registran en nuestro país. La misma complejidad de los pacientes politraumatizados conlleva a que estos reciban una atención eficiente, y de calidad lo que exige avances continuos para los profesionales de enfermería y capacitación constante. Posee un gran impacto socioeconómico para la sociedad, provocado por la alta tasa de morbilidad y secuelas

Los profesionales de Enfermería que laboran en dicho hospital, les permitirá formular nuevas estrategias y acciones de intervención. Así como para la implementación de protocolos y guías clínicas en el manejo de paciente politraumatizado , que permitirán al enfermero cumplir su accionar con cuidados específicos, sistematizados y prioritarios para disminuir la mortalidad , consecuencias y así asegurar una mejor calidad de vida.

Los resultados de esta investigación estarán guiados a suministrar información actualizada al profesional de enfermería que labora en el Hospital Regional de Moquegua, que permita formular estrategias y acciones de intervención. Así como para construir procedimientos acordes a los avances científicos, tecnológicos, sobre los cuidados al paciente politraumatizado, que contribuya a mejorar la calidad de atención de enfermería en cuanto al trato más humanizado inherente a la profesión y disminuir la morbimortalidad asociado a estos eventos.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H₁: Si existe relación entre los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - 2022

Ho: No existe relación entre los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - 2022

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Conocimientos en el manejo del paciente politraumatizado.

VARIABLE DEPENDIENTE

Prácticas en el manejo del paciente politraumatizado

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE 1 Conocimientos en el manejo del paciente Politraumatizado.	Conjunto de información que tiene el personal de enfermería sobre el manejo del paciente politraumatizado en las dimensiones: A, B, C, D y E; los cuales se van a medir con una escala Likert y valorar en una escala vigesimal.	Vía aérea Ventilación Circulación Evaluación Neurológica Exposición del paciente	Reconoce la prioridad de mantener vía aérea permeable. Identifica maniobras básicas para permeabilizar (triple maniobra, aspiración, etc.).Conocimiento sobre uso de dispositivos (cánula orofaríngea, tubo endotraqueal). Debe asegurarse que exista un adecuado intercambio de aire entre los pulmones y el medio ambiente. Debe ser rítmico y con una frecuencia adecuada. El personal de enfermería debe calcular la FC, llenado capilar, pulsos, también identificar y controlar la hemorragia. Debe comprobarse si el paciente está consciente o inconsciente, respuesta pupilar, respuesta al estímulo doloroso. Escala de Glasgow. Conoce la importancia de descubrir al paciente para examen físico completo. Reconoce medidas para prevenir hipotermia durante exposición. identifica pasos básicos de un examen físico integral en trauma A: ACCIONES EN LA VÍA AÉREA Elevación del mentón	Respuesta correcta: Conocimiento alto: 16 - 20 puntos Conocimiento medio: 11 - 15 puntos Conocimiento bajo: 0 - 10 puntos	ORDINAL

VARIABLE 2 Prácticas en el manejo del paciente Politraumatizado.	Conjunto de información que tiene el personal de enfermería sobre el manejo del paciente politraumatizado en las dimensiones: A, B, C, D y E; los cuales se van a medir con una escala Likert y valorar en una escala vigesimal.	Valoración Primaria	• Inmovilización del cuello • Oxigenación • Monitoreo de la respiración □ Asistir al medico • Evaluación de la respiración B: ACCIONES EN LA VENTILACIÓN • Inspección de movimientos respiratorios • Realizar respiración básica y avanzada • Monitoreo de la respiración • Cubrir la herida C: ACCIONES EN LA CIRCULACIÓN • Evaluar al paciente • Conservar la temperatura • Canalización de 2 venas de grueso calibre • En caso de hemorragia, aplicar presión directa • Evaluar signos de taponamiento • Inserción de sonda vesical D: ACCIONES EN LO NEUROLÓGICO • Oxigenación • Administración de analgésicos E: ACCIONES EN LA EXPOSICIÓN • Realizar un examen físico céfalo caudal • Administración de líquidos tibios • Mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre	Práctica adecuada: 25 a 36 puntos Práctica inadecuada: 12 a 24 puntos	ORDINAL
--	---	----------------------------	--	---	----------------

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Antecedentes Internacionales

Pupiales J. (9) , realizó la investigación titulada: “Conocimientos y prácticas clínicas del personal de enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico politraumatizado en el Área de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo – Ecuador, 2017”. El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal. Se utilizó la técnica de observación mediante una guía de recopilación de datos de pacientes politraumatizados. De los datos obtenidos se pudo determinar el 69,7 % corresponde al grupo de 15 a 40 años, seguido de 40 a 60 años con el 14,3 % y con el 16 %, se encuentran el grupo de 60 años en adelante; predominando el sexo masculino con el 63,8 %. Concluyendo que el 100 % de las enfermeras del área de emergencia conocen sobre el proceso de atención de enfermería pero no lo ejecutan. Las actividades que realizan son de forma mecánica y rutinaria, el 35,3 % de las enfermeras manifiesta que se guían por protocolos de enfermería, motivo por el cual proporcionan una atención oportuna eficaz y eficiente.

Carballo, S. , Espinoza R. , Mercado J. (10), El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, aplicado a una muestra de 13 enfermeras del área de emergencia del Hospital Humberto Alvarado Vásquez, en Masaya – Nicaragua. Los resultados evidenciaron que el personal de enfermería posee un buen nivel de conocimientos teóricos sobre los cuidados al paciente politraumatizado; sin embargo, no los aplican completamente en la práctica, omitiendo procedimientos esenciales como la toma de signos vitales, la reposición de líquidos y la valoración neurológica mediante la escala de coma de Glasgow, la cual el 91% del personal no realiza, representando un riesgo para la seguridad del paciente.

García S. (11), “Manejo enfermero del paciente politraumatizado adulto en las Unidades de Cuidados Intensivos” España, 2020. El estudio realizado fue de tipo descriptivo y bibliográfico. La muestra estuvo conformada por información documental y evidencia científica relacionada con el manejo del paciente politraumatizado en UCI. Los resultados concluyeron que el paciente politraumatizado debe ser evaluado considerando cuatro aspectos fundamentales: las características y posibles complicaciones, la valoración inicial, la evaluación del daño neurológico y el tratamiento. Asimismo, se destacó la importancia del conocimiento y la preparación del personal de enfermería especializado

en UCI para garantizar un manejo adecuado y seguro del paciente crítico politraumatizado.

Antecedentes Nacionales

Paucar, J., (12) realizó el estudio: “Conocimiento y prácticas de la enfermera (o) en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén en Trujillo, 2018”; fue de tipo descriptivo, correlacional. La muestra estuvo conformada por 22 enfermeras del servicio de emergencia que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Los resultados demostraron que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas del personal de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado, con un valor de $p < 0.001$, evidenciando que a mayor conocimiento, mejores son las prácticas clínicas en la atención de estos pacientes.

Belaunde G. Ramírez L. Cáceres L. (13), realizaron la investigación titulada: “Conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes politraumatizados por el servicio móvil de urgencias. Lima, 2018”, fue de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por el personal de enfermería del Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) de Lima. Los resultados se obtuvieron mediante instrumentos validados por juicio de expertos, garantizando su

confiabilidad: un cuestionario de 28 preguntas y una lista de cotejo de 14 ítems, ambos con preguntas cerradas aplicadas a los profesionales de enfermería. Los hallazgos permitieron determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento y las prácticas del personal en la atención de pacientes politraumatizados.

Quispe, M. Vilca, Z. (14) , fue investigación acerca de: “Conocimientos del manejo inicial del paciente politraumatizado y engagement, enfermeras servicio de emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017”, fue de tipo descriptivo con diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. Los resultados mostraron que, en la variable conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado, específicamente en el factor vía aérea, la mayoría de las enfermeras (53.8%) presentaron un nivel medio de conocimiento; y a nivel global, también el 53.8% evidenció un nivel medio en su dominio general sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado.

Antecedentes locales

Laura A. Paco S. (15) Realizó el estudio “Nivel de conocimiento y practica sobre el manejo del paciente adulto con traumatismo encéfalo craneano en los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Ilo

“Moquegua 2019. Fue de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo, correlacional, transversal y no experimental. La muestra estuvo conformada por 40 profesionales de enfermería del Hospital Ilo. Los resultados indicaron que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre el manejo del paciente adulto con traumatismo encéfalo craneano, con un valor de $p = 0.584$. (17)

2.2. BASES TEÓRICAS

A continuación, se presentan las bases teóricas las cual contienen información relacionada con las variables de esta investigación.

2.2.1. Conocimiento:

2.2.1.1. Definición.

Según Flores M. (16)., manifiesta que: “El conocimiento puede ser entendido, con relación a Datos e Información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; puede ser definido también como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción".

En su definición de Conocimiento, Mario Bunge, (1979), hace referencia al conocimiento como un conjunto de ideas, que se plasman en conceptos y de ellos se desprende enunciados, y ello a su vez puede manifestarse en forma precisa, clara, ordenada y viceversa y a su vez está conformada esta por ser conocimiento científico o también puede considerarse como conocimiento vulgar, indistintamente. (17).

El conocimiento científico es un conocimiento racional, analítico, sistemático, empíricamente verificable, resultado de un esfuerzo consciente, metódico, inequívoco. Estudia e interpreta la realidad de manera objetiva, a través de la investigación científica.

El conocimiento público, es denominado como un conocimiento ambiguo, porque es creado por las personas e instituciones para que sean libremente utilizados, sin un asidero certero, porque es manejable a su criterio o interpretación, ya que no tiene una explicación específica del “como” o el “porqué” de las situaciones determinadas por los fenómenos, ya que no está limitado por la observación; se utiliza para satisfacer las propias necesidades de la vida.

El conocimiento educativo, expresa el conocimiento directo de la verdad a través del pensamiento y reflexión, y se da cuenta por sí mismo, existiendo una comprensión sobre tema o asunto pudiendo hacer

deducciones, interpretaciones y medirlos, para ello tenemos medición informal y formal:

Informal, adquirido a través de situaciones de la vida cotidiana, cuyo conocimiento es aprendido respecto a cambios sociales y se complementa con los medios para ello.

Formal, es estudiado y adquirido a través de la educación y formación en las instituciones educativas y centros de entrenamientos cuya práctica nos lleva al conocimiento científico

2.2.1.2. Tipos de conocimiento

2.2.1.2.1. Conocimiento científico

El conocimiento científico se manifiesta a través de la presentación de fenómenos demostrables de manera lógica y organizada; basándose en leyes, teorías y fundamentos para que a través de su análisis se pueda verificar y validar la información, siendo esta de manera confiable.

De esta manera, un logra llegar a conclusiones que pueden verificar nuestras hipótesis e incentivar a diversas investigaciones, análisis y desarrollos tecnológicos; asimismo, permite la creación de nuevos modelos o teorías. (18)

2.2.1.2.2. Conocimiento Empírico

El conocimiento empírico se adquiere por experiencia personal a través de la observación y se puede demostrar sin necesidad de investigar o aplicar diversos métodos investigativos.

Sin embargo, no existe el conocimiento empírico puro, debido a que todas las personas forman parte de una sociedad, comunidad y familia; por lo que al tener una vida conformada por una interacción sea social, comunal o familiar conformamos diversos tipos de creencias, pensamientos, teorías estereotipos o juicios de valor que influyen en la percepción e interpretación de nuevos conocimientos, siendo estos influenciados por los factores indicados. (19)

2.2.1.2.3. Conocimiento Práctico

Según Espinoza J. , manifiesta que: “El conocimiento práctico está referido a su funcionamiento ambiguamente, pues funcionan en ambos sentidos, porque los podemos aplicar en nuestra vida cotidiana, como también nos permite absolverlos y manejarlos de diversas maneras de acuerdo a las circunstancias en que los apliquemos, sin salirnos de la esencia en sí del conocimiento, la misma que puede ser manejada por el denominado binomio fundamental referido a la “repetición del error”; es decir, se utiliza el conocimiento adquirido a través de la práctica, con una técnica determinada y por experiencia propia, de esta manera podemos

asimilar la información de nuestro entorno a través de los sentidos para así poder alcanzar el objetivo específico de manera más fácil y con el menor esfuerzo” .

El conocimiento práctico es vital y necesario en la vida de cada ser humano, porque nos da lugar a diversos tipos de adaptación sean de entorno o situaciones diversas a las que nos enfrentamos y a través de dicho entorno o situación, se buscan nuevas técnicas y métodos más sencillos para simplificar nuestra vida cotidiana de manera eficiente y ahorrando nuestro tiempo y evitando el desperdicio de nuestra energía.

Cuando existe un conocimiento fáctico o real o efectivo, este es repetido en nuestra mente a través de un proceso interactivo al tener una consecuencia positiva; sin embargo, cuando es lo contrario, es decir cuando el resultado es negativo, uno de manera automática rechaza la idea y explora nuevas maneras o formas que nos lleven a la realización práctica de dicho conocimiento.

2.2.2. Politraumatismo

2.2.2.1. Definición

La OMS define al Politraumatismo como: “la lesión corporal a nivel orgánico intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infringida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia

fisiológica. Persona que sufre más de una lesión traumática grave, alguna o varias de las cuales supone, aunque sea potencialmente, un riesgo vital para el accidentado". (20)

La OMS (20), manifiesta que:

"El 36% de pacientes con politraumatismos en el mundo son ocasionados por accidentes en vehículos a motor, provocando 6.000.000 de heridos y 200.000 muertos al año, así como también el 25% de las muertes son ocasionadas por el traumatismo torácico, el 71 % son graves el traumatismo torácico el 78% abdominales y son provocadas por el choque contra el volante del automóvil que manejaba el paciente, el cual pudo haberse prevenido si hubiera utilizado el cinturón de seguridad".

La fisiopatología de la persona con trauma múltiple se puede abordar dividiéndola en los sistemas circulatorio, respiratorio, motor y nervioso. El síncope debido a insuficiencia cardíaca puede deberse a un shock hipovolémico; manifestaciones clínicas cuando se produce pérdida del 15% del volumen sanguíneo o shock cardiogénico.(20)

2.2.2.2 Triage del politraumatizado.

Primeramente, al referir el concepto a politraumatizado se refiere a: "todo aquel que presenta lesiones de origen traumático que afectan al menos dos sistemas, de las cuales al menos una de ellas puede

comprometer la vida”. “Los pacientes traumatizados graves son aquellos con lesión de un solo sistema, pero con riesgo vital o de secuelas graves”.

Triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. Ambos están relacionados a la medicina a fin de clasificar a los pacientes y/u organizar su atención según los recursos existentes y las necesidades del sujeto

Una vez que el sujeto tiene una lesión infligida luego del trauma, se inicia un proceso durante el cual el sujeto pasa a un periodo donde se producen diversos cambios fisiológicos que restablecen la homeostasis del organismo, y de no ser así, significa que en otras personas éste se debe a un traumatismo de mayor magnitud. (18)

2.2.2.3. Clasificación:

La clasificación del triaje es de importancia vital para el personal que apoya el manejo inicial de pacientes poli-trauma, ya que este se realiza pronto y en el lugar donde éste ocurre. (18)

Dentro de su clasificación del triaje podemos considerarlo así:

Triage I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación

por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata. (21)

Triaje II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta 30 minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triaje III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa. (21)

Triaje IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente. (21)

Triaje V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que

comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano. (21)

Dentro de la clasificación del triaje del politraumatizado, podemos determinar principalmente qué tipo de trauma múltiple se trata según la gravedad, es decir, cual es el segmento afectado:

□ **Traumatismo múltiple leve:** es cuando existen lesiones leves y/o superficiales, heridas sin fractura, por ejemplo.

- **Traumatismo múltiple moderado:** el paciente tiene herida o llagas que conllevan a algún tipo de discapacidad funcional mínima

- **Traumatismo múltiple severo:** cuando hay pacientes con alguna de las condiciones siguientes:

- Fallecimiento de uno de los ocupantes del vehículo
- Empuje un paciente desde un vehículo cerrado
- Caídas al doble del tamaño del paciente
- Velocidad de impacto alto > 50 km / h
- Deterioro hemodinámico: presión sistólica <90> 30 veces

recuperación.

- Trastorno de la conciencia, Glasgow <13> 60 años

- Embarazo
- Enfermedad grave

2.2.2.4. Manejo inicial del paciente politraumatizado

2.2.2.4.1. La Evaluación Primaria:

Su objetivo es evaluar de manera rápida y precisa las funciones vitales y de inmediato proceder al tratamiento de cualquier lesión que amenace la vida. Se utiliza la nemotecnia (inicialmente en inglés) A,

B,

C, D, E y comprende:

A. Vía Aérea con control de la columna cervical.

B. Respiración y Ventilación.

C. Circulación con control de la hemorragia.

D. Daño neurológico.

E. Exposición del paciente con prevención de la hipotermia.

Al respecto, pasamos a desarrollar el protocolo de la evaluación primaria, en el manejo inicial del paciente politraumatizado (22)

2.2.2.4.2. A (Airway) Vía Aérea con control de la columna cervical.

La primera prioridad de la evaluación inicial es la evaluación de las vías respiratorias, por lo que primeramente se requiere abrir las vías respiratorias retirando cualquier cuerpo extraño, acción que puede reducir la mortalidad hasta un 20% del sujeto, siendo esto primordial para poder suministrar oxígeno con una máscara venturi y controle el nivel de conciencia. (22)

Todas las maniobras tendientes a evaluar y asegurar la vía aérea deben hacerse con protección de la columna cervical. Esta protección consiste en evitar los movimientos de flexión, extensión y rotación de la cabeza, se logra mediante el empleo de un collar cervical semi-rigido, o en su defecto, con un asistente que sujete firmemente con las manos la cabeza por los lados, evitando cualquier movimiento del cuello.

Todas las maniobras de control de las vías respiratorias deben realizarse mientras se protege la columna cervical.

Situación crítica:

- Agitación.
- Alteración de la conciencia.
- Retracciones intercostales y empleo de los músculos accesorios.
- Respiración ruidosa: estridor o ronquidos

- Obstrucción de la vía aérea: intubación traqueal o intubación
- Fracturas de maxilar y mandíbula: intubación
- Tráquea o laringe: intubación
- Lesión cervical: hematoma, fractura vertebral, vértebras
- Coma: RGC andlt; 8 puntos: intubación

2.2.2.4.3. B (Breathing) Control de la ventilación y respiración:

Frente a la sospecha de problemas en la vía aérea lo primordial es evaluar la permeabilidad de ésta y la presencia o no de esfuerzo respiratorio espontáneo. Para ello se debe mirar, escuchar y sentir para determinar si el movimiento de aire hacia los pulmones se redujo o si está ausente. (23)

Evaluar de manera constante la respiración del paciente y si ésta llega a disminuir a valores < 8 puntos, se requiere permeabilizar la vía aérea de manera artificial, bastaría sólo con un tubo oro-faríngeo, teniendo siempre cuidado de que no se produzcan efectos nauseosos y si el paciente está en estado inconsciente.

Cuando existe un nivel (EGC < 8) o el sujeto tiene algún tipo de lesión en el cuello con hematoma, se tiene que plantear la intubación orotraqueal, porque al existir un caso de con trauma cervical, este puede

tratarse de un hematoma y éste aumentar ocasionando la obstrucción mecánica de la vía aérea y sería más difícil realizarlo posteriormente.

Por ello, la protección y estabilización de la columna cervical se requiere realizarlo de manera manual hasta que la columna cervical cuente con un collarín cervical; este asunto nos lleva a asumir que todo paciente que sufre un politraumatismo tiene potencialmente un trauma cervical y se debe verificar la permeabilidad de la vía aérea y continuar el suministro de oxígeno.

Para ello, cabe resaltar que cada vez que uno se enfrenta a un paciente en paro respiratorio o con dificultad respiratoria, uno de los objetivos principales es asegurar que la vía aérea se encuentre permeable. Esta permeabilidad facilita las maniobras para el intercambio de gases y de esta manera evita las complicaciones que surgen de la falta de ella; y todas las maniobras deben ser teniendo cuidado y protegiendo la columna cervical. (23)

Situaciones críticas:

- Obstrucción de vía aérea: Permeabilización o intubación orotraqueal
- Fracturas máxilofaciales y mandibulares: Intubación orotraqueal
- Trauma de laringe o tráquea: Intubación orotraqueal
- Lesiones cervicales: Fractura vertebrales, hematomas cervicales:

Intubación orotraqueal

- Coma: RGC < 8 puntos: Intubación orotraqueal

2.2.2.4.4. C (Circulation) Control de hemorragias y soporte

circulatorio:

El control de hemorragias y soporte circulatorio, tiene un adecuado manejo del compromiso circulatorio en pacientes traumatizados, teniendo dos componentes esenciales:

Restitución de la volemia: para ello, se requiere canalizar mínimo dos venas periféricas con catéteres plásticos cortos y de grueso calibre (No. 14 ó 16 Fr). Y, el objetivo principal en esta etapa, es evitar la hipovolemia inducida por hemorragias, pues para ello se debe conciliar el sistema de infusión con las complicaciones posteriores, evaluar el pulso en las grandes arterias como indicador del estado hemodinámico. (23)

Datos requeridos inmediatos:

- No hay pulso coherente evidente con una presión sistólica inferior a 80 mmHg.
- No hay pulso femoral palpable con sistólica menor de 70, mmHg.

- El pulso carotídeo no es palpable con una sistólica inferior a 60 mm/mg

Se tiene que llegar a la raíz del sangrado para poder detenerlo por medios mecánicos de hemostasia, compresión directa puede ser con gasas, puede ser con vendajes o torniquetes aplicados de manera constante a las extremidades y siempre proceder a canalizar de las dos líneas periféricas con un catéter de 216 a 18 °G de grosor a fin de que puede sustituir eficazmente la pérdida de sangre. Cabe resaltar que generalmente la administración de líquido de emergencia se realiza con solución salina normal o lactato de Ringer aproximadamente 1000 CC durante los primeros 10 minutos y luego mantener la infusión continua.(23)

Evaluación de la situación:

- Lesión intraabdominal y/o en el tórax: lesión visceral sólida
- Fracturas pélvicas y de fémur: inmovilizadas.
- Desgarro del cuero cabelludo en paciente pediátrico: heridas hemorrágicas
- Sangrado externo de cualquier origen.

2.2.2.4.5. D (Disability) Examen Neurológico:

Una vez realizada la revisión primaria, ésta se concluye con un examen neurológica a través de una evaluación para poder establecer el estado de conciencia, el tamaño y la reacción de las pupilas; con esta evaluación se comprueba si el paciente está atento, está alerta, si tiene capacidad de respuesta a estímulos verbales o solamente a estímulos dolorosos o si su estado es inconsciente. (23)

La calificación en la Escala de Coma de Glasgow se lleva a cabo durante la evaluación secundaria.

A través de este examen neurológico se busca valorar el nivel de conciencia con una escala de Glasgow; de acuerdo al seguimiento que se realice, este nos dará una idea respecto al compromiso del choque. Cuando el compromiso es nervioso, puede ser a causas diferentes a las neurológicas

Para aplicar la escala de Coma de Glasgow se utilizan tres tipos de criterios: reacción verbal, reacción con respuestas oculares y reacciones motoras.

La puntuación más baja es de 3 puntos Mientras que el valor más alto es de 15 puntos. Debe ser dividido en cada sección siempre se registrará la mejor respuesta.

Aplicación sistemática de esta escala a intervalos regulares.

Proporcionar una historia clínica del progreso del paciente.

Situaciones críticas:

- Lesión en la cabeza (TBI): una referencia rápida
- Establecimiento de un hospital y manejo del manitol.
- Hipertensión intracraneal: manejo de manitol y evaluación por un experto en un centro de referencia
- Choque: Reposición hídrica enérgica
- Oxígeno insuficiente: una reevaluación de ABCD

2.2.2.4.6. E (Exposition) del paciente

Se mostrará más grande donde haya partes sospechosas del trauma, para realizar correctamente un examen completo.

Siempre ten en cuenta que debes evitar la hipotermia y respetar siempre el pudor del interesado. (23) La Evaluación Secundaria:

Examen físico:

Exploraciones complementarias en la evaluación secundaria

□ Determinaciones analíticas.

- Pruebas radiológicas.

- Ecografía de urgencias.

2.2.3. Práctica

Ejercicio bajo la guía de una persona realizado mediante la aplicación de conocimientos teóricos para adquirir destrezas o habilidades en un trabajo o profesión; En general, es indispensable para poder ejercer frente a una multitud.

2.2.3.1 Manejo De Enfermería en el Paciente Politraumatizado

A) Vía aérea acciones de enfermería

La vía aérea es la primera prioridad en el manejo del paciente politraumatizado. Las acciones de enfermería incluyen la inmovilización cervical, la apertura de la vía aérea mediante maniobras seguras como *chin-lift* o *jaw-thrust*, la aspiración de secreciones y la colocación de dispositivos básicos o avanzados (cánulas orofaríngeas, nasofaríngeas o tubo endotraqueal). Asimismo, se verifica su permeabilidad a través de la auscultación y capnografía

B) Ventilación acciones de enfermería

- **Inspección y evaluación respiratoria:** Evaluar tórax por inspección, palpación, percusión y auscultación en busca de tensión neumotórax, contusión pulmonar, fracturas costales, etc.

- **Intervenciones inmediatas:** Abordar condiciones graves como neumotórax tensional, contusión pulmonar, hemotórax u otras mediante descompresión o drenaje según necesidades médicas
- **Cuidados durante ventilación mecánica:** Minimizar estímulos al paciente, uso de protección auditiva y ocular, manejo del entorno para reducir agitación

C) Circulación acciones de enfermería

- **Acceso vascular rápido:** Colocar vías intravenosas de gran calibre para reposición de líquidos o sangre
- **Control de hemorragias:** Aplicación de presión directa, vendajes compresivos o torniquetes según el tipo de sangrado
- **Reposición de volumen:** Administración de fluidos cristalinos, sangre tipo específica o O-negativo si es necesario
- **Monitoreo hemodinámico:** Evaluación constante de signos vitales, estado de perfusión, piel y alerta a signos de shock.

D) Déficit neurológico – acciones de enfermería

- **Evaluación neurológica rápida:** Empleo del AVPU (“Alert, Verbal, Pain, Unresponsive”) como valoración inicial

□ **Escala de Glasgow (GCS):** Evaluar nivel de conciencia con la Glasgow Coma Scale; su alteración obliga a revisar oxigenación, ventilación y perfusión

□ **Observación de signos neurológicos:** Tamaño y reactividad pupilar, lateralismos, posibles lesiones de médula o cerebrales.

E) Exposición – acciones de enfermería

□ **Desvestir completamente al paciente:** Cortar ropa para realizar una exploración total en busca de lesiones ocultas.

□ **Prevención de hipotermia:** Cubrir al paciente con mantas térmicas, administrar líquidos tibios y mantener temperatura ambiental adecuada.

□ **Garantizar la privacidad:** A través del uso de cobertores o cortinas mientras se realiza la evaluación total

2.2.3.5.- Rol de la enfermera

El rol de la enfermera en la atención del paciente politraumatizado es fundamental, ya que actúa de manera inmediata, organizada y continua para preservar la vida, prevenir complicaciones y favorecer la recuperación integral del paciente. Su participación se basa en

conocimientos técnicos, capacidad de respuesta rápida y trabajo en equipo dentro del servicio de emergencia o unidad crítica.

El cuidado del paciente politraumatizado empieza con la evaluación primaria que incluye la vía aérea, con las medidas de prevención necesarias, especialmente al cuidado de la respiración, su columna cervical, el cuidado en la circulación y un examen neurológico breve.

En la valoración inicial, la enfermera aplica el protocolo ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, discapacidad y exposición), con el fin de identificar y atender las alteraciones que ponen en riesgo la vida. Durante la fase de estabilización, colabora en la administración de oxígeno, fluidoterapia, control del dolor y monitoreo constante de los signos vitales, además de asistir en procedimientos invasivos, asegurando la correcta manipulación y fijación de dispositivos médicos.

Asimismo, cumple un papel importante en la prevención de complicaciones como el shock, la hipotermia o las infecciones, y en la seguridad del paciente durante los traslados. De igual manera, brinda apoyo emocional y psicológico al paciente y su familia, favoreciendo la comunicación y el trabajo coordinado con el equipo multidisciplinario.

Al respecto, una vez concluida y completada la evaluación preliminar, los pacientes son vestidos o desvestidos, para mantener su temperatura corporal y se realizarán signos vitales detallados.

Una vez concluido el manejo inicial del paciente poli traumatizado y con evaluación inicial primaria, el paciente pasa a recibir las evaluaciones secundarias de manera más minuciosa y detallada, empezando de la cabeza a los pies para poder ir identificando posibles lesiones; siendo estas evaluaciones realizarse de manera simultánea (24)

TEORÍA - MODELO DEL CUIDADO DE PATRICIA BENNER

También conocida como el modelo “De principiante a experta”, se basa en la idea de que las enfermeras desarrollan sus conocimientos y habilidades clínicas a través de la experiencia práctica y el razonamiento reflexivo. Benner, influenciada por la teoría del aprendizaje de Dreyfus, plantea que el conocimiento en enfermería se construye progresivamente, pasando por cinco niveles de competencia profesional: principiante, principiante avanzada, competente, eficiente y experta.

Según este modelo, la autora describe las diferencias entre conocimiento teórico y práctico, y sostiene que incluso este último puede desarrollarse antes que la teoría, por lo que puede ayudar a ampliarla. Para ella el

cuidado está en el contexto de la práctica, enriqueciendo el conocimiento y comprensión del paciente.

La teoría de Benner se enfoca en “el conocimiento presente en la práctica descubre e interpreta la teoría, se anticipa a ella o la amplia, sintetiza y adapta la teoría a la asistencia de enfermería; además el conocimiento aumenta a lo largo del tiempo con el ejercicio de una disciplina aplicada, la cual le permitirá adquirir la habilidad basada en las situaciones clínicas reales” Benner en su obra sobre la adquisición de habilidades en enfermería, adaptó el Modelo Dreyfus, desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades, evidenciando la existencia de cinco grados de competencia: (25)

- **Principiante:** Se utiliza la experiencia específica, enfermeros que inician su carrera profesional, al no tener experiencia relacionada requiere normas que regulen su actividad, son incapaces de modificar su comportamiento fuera de ese contexto. (25)

- **Principiante avanzado:** Se utiliza el pensamiento analítico basado en normas de la institución, el enfermero cuenta con experiencia previa, reconoce aspectos de la situación que puede cambiar las reglas, sus intervenciones son flexibles y aceptables. (25)

- **Competente:** El estudiante percibe que toda la formación es importante, el enfermero ha desarrollado durante algún tiempo las mismas labores, puede planificar intervenciones enfocadas en conseguir objetivos a largo plazo, es capaz de considerar aspectos de la situación actual y futura, y planifica en base a un contexto abstracto del problema que se le presente.
- **Eficiente:** Se pasa de ser un observador externo a tener una posición de implicación total, el enfermero percibe la situación en todos sus aspectos y actúa de manera global, su percepción aún está basado en la experiencia significativa que le da el tiempo ejerciendo la misma labor.
- **Experto:** Valora los resultados de la situación, los enfermeros expertos no toman decisiones basadas exclusivamente en guías clínicas, su gran experiencia les permite planificar intervenciones centrada en los aspectos más relevantes del problema. Es solo en este grado de competencia, donde la enfermera conoce al paciente, es capaz de identificar sus problemas, sin derroche de tiempo y actuar de acuerdo al saber global que tiene de la persona.

Conocer las necesidades reales de un politraumatismo, es un aspecto fundamental para la enfermera experta, incluso si esto implica un cambio en la práctica.

Según este modelo, es en el ejercicio de las intervenciones que la enfermera debe poner en práctica su conocimiento, debido a que de su experiencia depende la seguridad y en muchas ocasiones la vida del paciente. Una decisión errada puede ser vital tanto para el paciente como para ella. Adicionalmente el desarrollo en esta área amerita de una práctica dinámica que involucra el trabajo de todos los demás profesionales, por ello es necesario el desarrollo de otras habilidades como el trabajo en equipo, toma rápida de decisiones acertadas y resolución de conflictos, que dan como resultado una práctica armónica; y lo más importante la calidad de la atención generando satisfacción del paciente. (25)

APLICACIÓN DE LA TEORIA TEORÍA - MODELO DEL CUIDADO DE BENNER ENFOCADO A LA INVESTIGACION

Conocimientos del profesional de enfermería en el servicio de emergencia/UCI

Nivel de experiencia	Tipo de conocimiento	Aplicación en paciente politraumatizado
Principiante	Conocimiento teórico básico, protocolos, guías clínicas	Aplica guías ATLS, protocolos de reanimación ABCDE, sin adaptación individualizada
Avanzado Principiante	Reconocimiento de patrones comunes	Identifica signos de shock, manejo de vías aéreas simples, pero necesita supervisión
Competente	Conocimiento técnico organizado, planificación	Planifica cuidado integral, coordina con equipo multidisciplinario, prioriza intervenciones
Proficiente	Conocimiento clínico intuitivo, visión holística	Toma decisiones rápidas en situaciones críticas, reconoce cambios sutiles en el estado del paciente
Experto	Conocimiento práctico e intuitivo profundo	Anticipa complicaciones, adapta protocolos según evolución, lidera el cuidado en emergencias complejas

Prácticas del profesional de enfermería en el servicio de emergencia/UCI

Dimensión del cuidado	Prácticas observadas según nivel de experiencia
Valoración inicial	De sistemática (principiante) a intuitiva y focalizada (experto)
Manejo de vía aérea	Desde técnicas básicas bajo supervisión hasta manejo avanzado con liderazgo

Dimensión del cuidado	Prácticas observadas según nivel de experiencia
Monitoreo hemodinámico	Aplicación básica de equipos vs interpretación avanzada de signos de deterioro
Intervenciones rápidas (golden hour)	Desde ejecución bajo indicaciones hasta planificación estratégica de intervenciones
Comunicación con equipo médico	De transmisor de datos a coordinador efectivo en situaciones críticas
Apoyo emocional al paciente/familia	Desde enfoque técnico a visión integral del sufrimiento y contención emocional

Elaborado por: Lic. Katherine Cornejo y Maria del Carmen de la Cruz

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a) Paciente politraumatizado: El paciente politraumatizado es aquel que presenta múltiples lesiones traumáticas simultáneas, que afectan al menos dos o más sistemas orgánicos (por ejemplo, sistema neurológico, respiratorio, cardiovascular, musculoesquelético, etc.), y que ponen en riesgo inminente la vida del individuo.

Este tipo de paciente requiere una atención inmediata, integral y priorizada, debido a la complejidad clínica de sus lesiones y la alta probabilidad de deterioro rápido si no se interviene adecuadamente.

El manejo del paciente politraumatizado se basa en protocolos internacionales como el ATLS (Advanced Trauma Life Support) y

demanda un equipo multidisciplinario entrenado, especialmente en áreas críticas como emergencias y unidades de cuidados intensivos (UCI).(26)

b) Politraumatizado: Aquel que presenta lesiones traumáticas graves en dos o más sistemas orgánicos, que comprometen su vida o requieren atención médica inmediata y coordinada.(27)

c) Conocimiento: El conocimiento es todo lo que una persona aprende, comprende y recuerda sobre algo.

d) Practica: La práctica es la acción de hacer algo repetidamente para aprenderlo, mejorarlo o mantenerlo.

e) Enfermera de UCI: La enfermera de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una profesional de enfermería especializada en la atención integral, continua y altamente especializada de pacientes en estado crítico o potencialmente mortal. Su labor incluye la monitorización avanzada, administración de terapias complejas, soporte vital, toma de decisiones clínicas rápidas y trabajo en equipo multidisciplinario.

Este profesional debe poseer conocimientos científicos sólidos, destrezas técnicas específicas y un juicio clínico agudo, ya que actúa en entornos de alta complejidad y presión, donde el tiempo y la precisión son determinantes para la vida del paciente.(28)

f) Enfermera de emergencia: La enfermería de emergencia es la rama de la enfermería especializada en la atención inmediata, rápida y efectiva de pacientes que presentan condiciones agudas, críticas o potencialmente mortales, generalmente en servicios de urgencia o emergencia.

El profesional de enfermería en este campo debe ser capaz de valorar, priorizar e intervenir de manera eficiente, aplicando protocolos establecidos (como el triaje, reanimación, manejo del trauma, soporte vital avanzado), además de contar con una sólida preparación técnica, científica y emocional para actuar en contextos de alta presión y toma de decisiones urgentes.(29)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

El diseño del presente estudio de Investigación es cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal la cual determinó los conocimientos que tiene el profesional de Enfermería en un determinado tiempo y espacio de manera retrospectiva

Descriptivo:

Porque se evaluó el conocimiento del profesional de enfermería del servicio de emergencia y uci del Hospital Regional Moquegua.(30)

Transversal:

Se estudió las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo para analizarlos fenómenos que están ocurriendo en el problema planteado.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población o universo:

La población de estudio estuvo conformada por 60 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia y UCI del Hospital

Regional de Moquegua.

Muestra:

Fue conformada por 60 profesionales de enfermería en el servicio de emergencia(40) y UCI(20) del Hospital Regional de Moquegua.

La población reunió los siguientes criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión:**

- Enfermeras con consentimiento informado firmado
- Enfermeras nombradas y contratadas.

- **Criterios de exclusión:**

- Enfermeras en periodo de vacaciones o con descanso médico.
- Enfermeras con labor administrativa
- Profesionales de enfermería que no deseen participar de la investigación

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

3.3.1. Técnicas:

Las técnicas de recolección de datos que se aplicaron fueron la encuesta y la guía de observación.

Instrumento 1: Conocimientos en el manejo del paciente Politraumatizado.

Encuesta

Se aplicó la técnica de la encuesta, utilizando un cuestionario elaborado por las Lic. Katherine Cornejo Zeballos y María del Carmen de la Cruz Manchego, diseñado para evaluar los conocimientos del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado. Este instrumento permitió establecer una relación directa con los objetivos del estudio y consta de 20 ítems (ANEXO N°01)

Para categorizar el nivel de la variable en:

- ***Conocimiento alto: 16 - 20 puntos***
- ***Conocimiento medio: 11-15 puntos***
- ***Conocimiento bajo: 0 - 10 puntos***

Instrumento 2: Guía de observación sobre las prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado

Guía de observación:

Se aplicó la técnica de observación directa no participante, utilizando una guía de observación elaborada por para evaluar las prácticas del

profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado.

Este instrumento permitió identificar el nivel de desempeño del personal durante la atención clínica y la aplicación de los procedimientos establecidos en los protocolos de emergencia.

Consta de 12 ítems.

(ANEXO N°2)

Se categoriza:

- ***Práctica adecuada: 25 - 36 puntos***
- ***Práctica inadecuada: 12 - 24 puntos***

Se evaluó como:

- **Siempre(3)**
- **A veces(2)**
- **Nunca(0)**

VALIDEZ

Para la validez de los instrumentos estos fueron sometidos a juicio de expertos; participaron 04 Especialistas tanto del servicio de Emergencias y de Cuidados críticos; cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias, contribuyeron en la mejora del instrumento, acreditaron experiencia en el tema para emitir los juicios dando como resultado: Conocimiento, el valor DPP fue 0,35 cayendo en zona “A” lo cual significa una adecuación total

,en el caso de las Practicas considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable (Anexo N° 03).

CONFIABILIDAD:

Para demostrar la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba piloto al profesional de enfermería del servicio de emergencia y cuidados críticos del Hospital III Yanahuara ESSALUD, con el objetivo de reajustar la redacción y la comprensión de las preguntas a realizarse; y de esta manera poder establecer adecuadamente la confiabilidad del instrumento para su aplicación. El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyo resultado fue el siguiente: (Anexo N° 04)

INSTRUMENTOS		Alfa de Cronbach	N° de elementos
1	CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	0,720	20
2	PRÁCTICA DEL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	0,717	12

3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizaron las coordinaciones mediante un oficio dirigido al Director del Hospital Regional Moquegua, a la jefa del Departamento de Enfermería y a la jefa del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos, con el fin de obtener la autorización correspondiente para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Posteriormente, se recibió la aprobación institucional y se coordinó con el personal correspondiente para definir los horarios y espacios adecuados para la observación.

Una vez autorizada la intervención, se procedió con la aplicación del instrumento según lo establecido en el cronograma de trabajo, respetando los principios éticos y de confidencialidad.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS:

El procesamiento de datos se realizó:

- El programa informático utilizado para procesar la información fue Excel – Microsoft Windows 2019, procediéndose a cifrar la base de datos a través del software estadístico denominado Statistical Package for Social Sciences -SPSS versión 25.0 debidamente autenticado.
- Para la comprobación de la prueba de hipótesis general se utilizó la prueba de chi cuadrada para la relación entre las variables.

- **Presentación:** Se presenta tablas y gráficos estadísticos de simple y doble entrada con la finalidad de una mejor comprensión de los resultados.
- **Análisis:** Razón, proposiciones e interpretación, mediante procesos de inducción y deducción.
- Posteriormente se realizó el análisis y la interpretación de los datos utilizando para ello el marco teórico correspondiente, realizando así un contraste entre los datos obtenidos y nuestra realidad, en primer término, en cuanto a los datos generales y luego a los datos específicos que se relacionan directamente con la variable del estudio

3.6. CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio científico se llevó a cabo respetando los principios de libertad, democracia y voluntariedad, garantizando la participación informada y consciente de los colaboradores. A cada participante se le proporcionó una hoja de consentimiento informado, la cual fue firmada previamente, detallando el propósito del estudio, los procedimientos a realizar y la confidencialidad de los datos. Se solicitó a los participantes brindar información objetiva, clara y concisa, en un marco de respeto y responsabilidad.

Asimismo, se cumplieron rigurosamente los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. (Ver anexo N°05)

Beneficencia: El principio de beneficencia se orienta a brindar cuidados que promuevan el bienestar del individuo, su familia y la sociedad. En el contexto de pacientes con afectaciones neurológicas, como el traumatismo encéfalo craneano (TEC), este principio cobra especial relevancia, ya que exige al profesional de enfermería proporcionar una atención especializada y oportuna, enfocada en minimizar el daño, aliviar el sufrimiento y favorecer la recuperación. Así, se garantiza una práctica basada en el compromiso ético de hacer el bien y actuar en beneficio del paciente en todo momento.

No maleficencia: Conservando el principio de cuidar y elevar al máximo el bienestar de los participantes en el proceso de la investigación.

Justicia: El pilar central de nuestro cuidado es el ser humano en su totalidad, reconociendo su dignidad y necesidades particulares. En el marco del principio de justicia, es fundamental que el profesional de la salud actúe con equidad, brindando una atención oportuna y adecuada a cada paciente, sin discriminación. Para ello, es esencial que esté dotado de las competencias intelectuales y éticas necesarias que le permitan tomar decisiones acertadas, anticiparse a posibles

complicaciones y prevenir efectos adversos, asegurando así una atención justa y de calidad para todos.

Autonomía: En el caso de un paciente con traumatismo encéfalo craneano (TEC), su estado de conciencia puede impedir que se encuentre en condiciones de ejercer plenamente su autonomía. Ante esta situación, la profesional de enfermería asume un rol fundamental, brindando información clara y comprensible a los familiares o representantes legales, con el fin de obtener la autorización necesaria para la realización de los cuidados pertinentes. De esta manera, se respeta el principio de autonomía a través del consentimiento informado, garantizando que las decisiones relacionadas con la salud del paciente se tomen de forma ética y responsable.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados obtenidos a partir del estudio científico, en relación con las hipótesis y objetivos planteados. Los hallazgos se exponen de manera clara y ordenada, a través de tablas y análisis estadísticos que permiten una interpretación precisa de los datos recopilados, evidenciando así el cumplimiento o no de las hipótesis formuladas y el alcance de los objetivos propuestos.

TABLA N° 01

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL
HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - 2022**

<u>EDAD</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
De 23 a 35 años	20	33,3
De 36 a 59 años	28	46,7
De 60 a más	12	20,0
Total	60	100,00
<u>SEXO</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Masculino	6	10,0
Femenino	54	90,0
Total	60	100,0
<u>SITUACIÓN LABORAL</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Nombrada	17	28,3
Contratada	43	71,7
Total	60	100,0
<u>AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
< 1 año	11	18,3
1 a 5 años	6	10,0
6 a 10 años	28	46,7
11 a más años	15	25,0
Total	60	100,0
RECIBE CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
SI	57	95,0
NO	3	5,0
Total	60	100,0

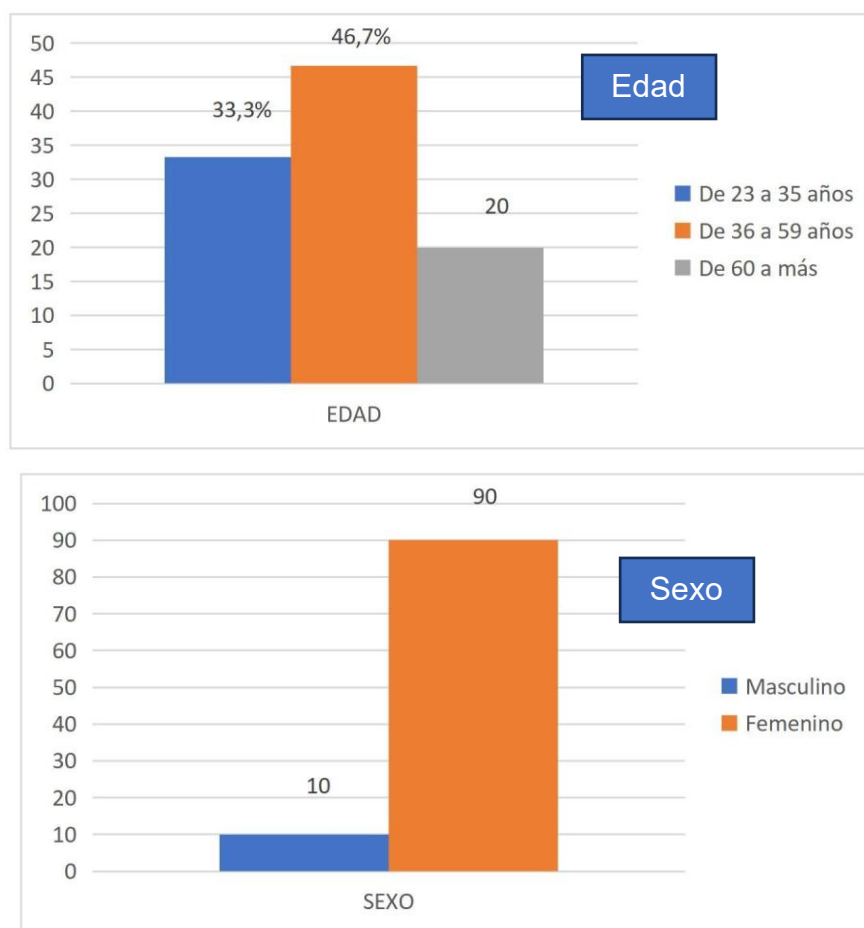
Fuente: Cuestionario Conocimientos y prácticas sobre manejo de paciente politraumatizado elaborado por Paucar y Morillas, modificado por las investigadoras Lic. De la Cruz M. y Lic. Cornejo K.

DESCRIPCIÓN

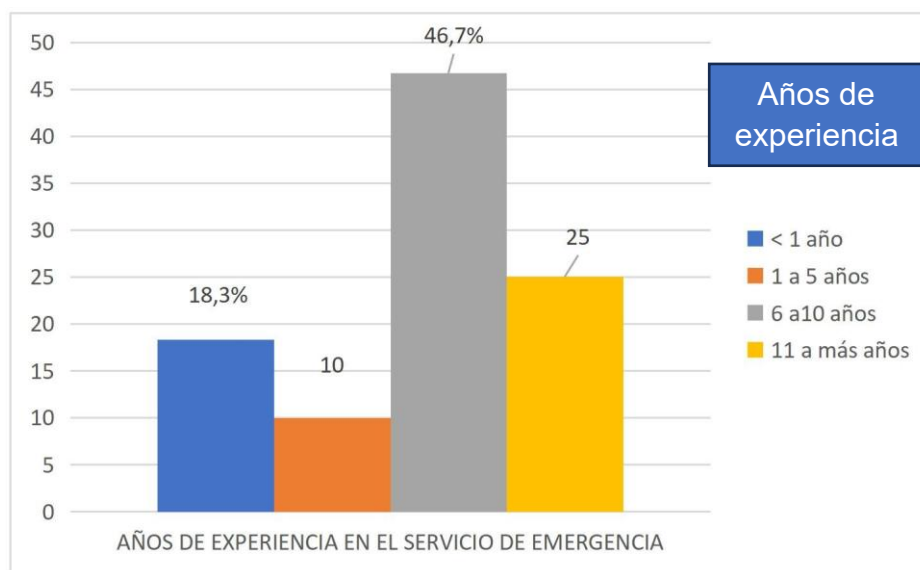
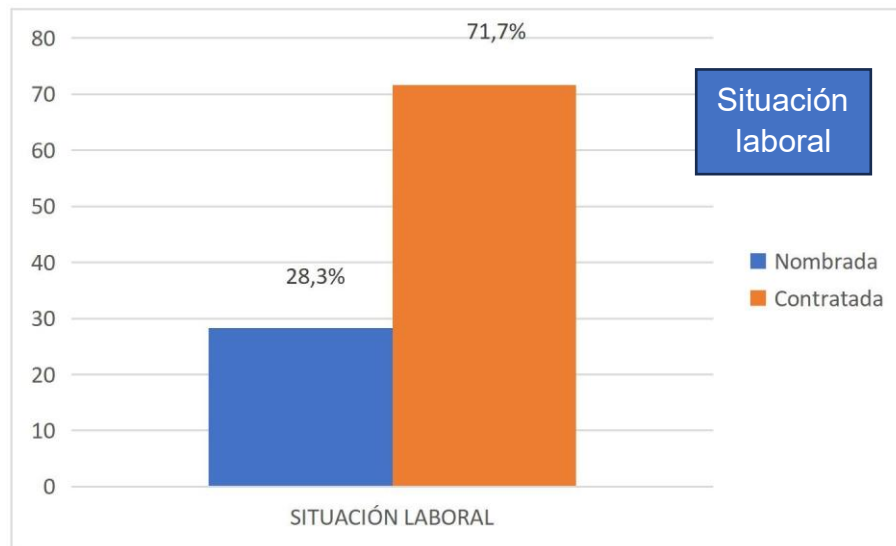
El análisis muestra que la mayoría del personal de enfermería tiene entre 36 y 59 años, con experiencia moderada a amplia, lo que favorece una atención segura al paciente politraumatizado. Predomina el sexo femenino (90%) y la condición laboral contratada (71,7%), lo cual puede limitar su estabilidad y acceso a capacitaciones. La mayoría (46,7%) tiene entre 6 y 10 años de experiencia, reflejando dominio técnico, aunque un 18,3% cuenta con menos de un año, lo que requiere acompañamiento. Destaca que el 95% ha recibido capacitación, lo que demuestra compromiso con la actualización profesional y la mejora continua del cuidado enfermero en situaciones críticas.

GRÁFICO N° 01

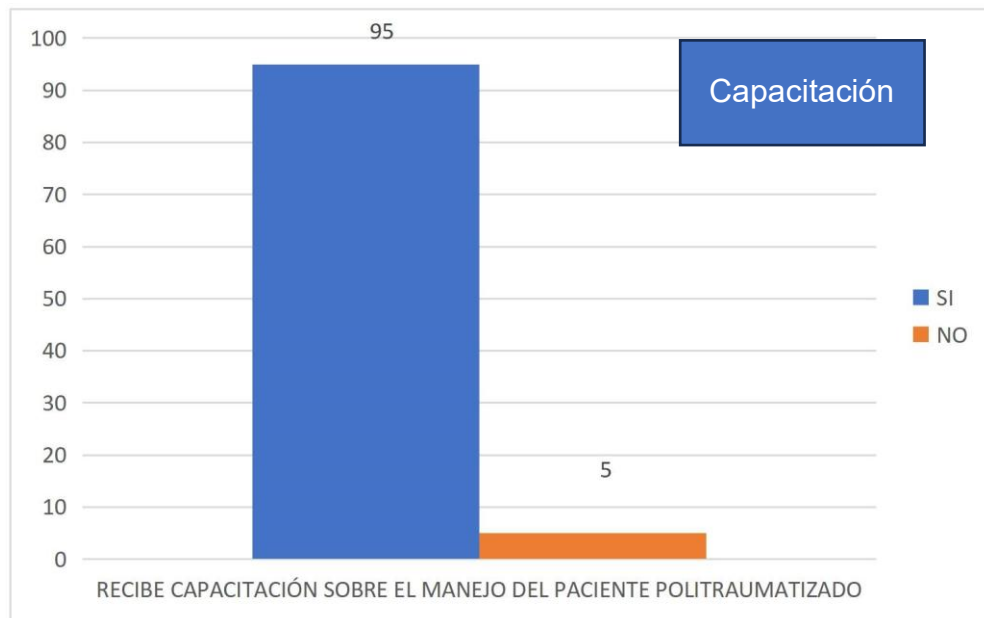
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - 2022



Fuente: Tabla N° 01



Fuente: Tabla N° 01



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

**CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MOQUEGUA - 2022**

CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO		
	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento bajo	7	11,7
Conocimiento medio	18	30,0
Conocimiento alto	35	58,3
Total	60	100,0

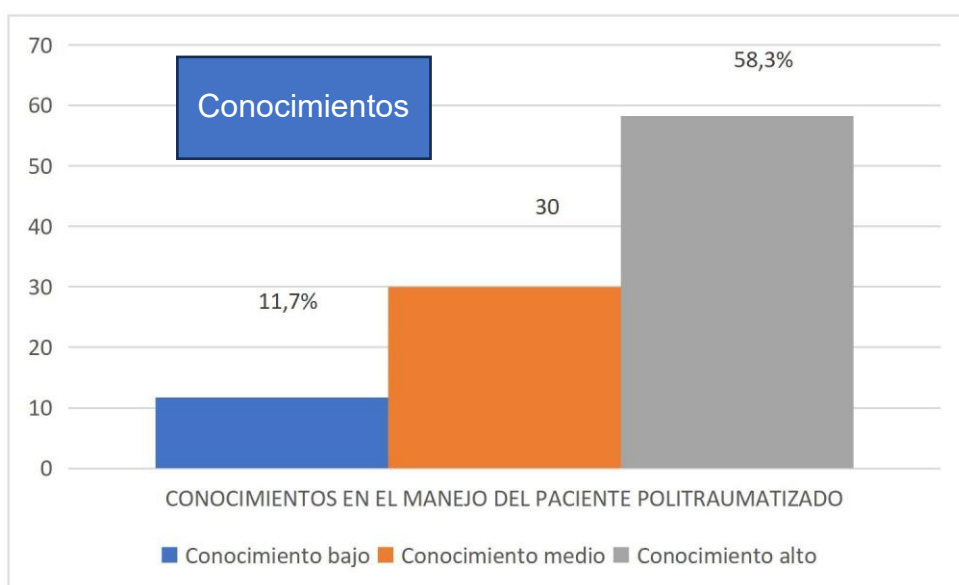
Fuente: Cuestionario Conocimientos y prácticas sobre manejo de paciente politraumatizado elaborado por Paucar y Morillas, modificado por las investigadoras Lic. De la Cruz M. y Lic. Cornejo K.

DESCRIPCIÓN

Los resultados muestran que el 58,3% del personal de enfermería presenta un nivel alto de conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado, lo que evidencia una sólida formación teórica y dominio de los principios del cuidado en emergencias. Un 30,0% posee conocimiento medio, lo que sugiere la necesidad de reforzar aspectos específicos del abordaje inicial y protocolos de atención. El 11,7% muestra conocimiento bajo, reflejando brechas formativas que podrían afectar la toma de decisiones clínicas en situaciones críticas. En conjunto, los resultados indican un buen nivel general de conocimiento, aunque es necesario continuar promoviendo capacitaciones y actualizaciones continuas para asegurar una atención de calidad al paciente politraumatizado.

GRÁFICO N° 02

CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - 2022



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

**PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE
MOQUEGUA - 2022**

PRÁCTICA EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO		
	Frecuencia	Porcentaje
PRÁCTICA INADECUADA	6	10,0
PRÁCTICA ADECUADA	54	90,0
Total	60	100,0

Fuente: Cuestionario Conocimientos y prácticas sobre manejo de paciente politraumatizado elaborado por Paucar y Morillas, modificado por las investigadoras Lic. De la Cruz M. y Lic. Cornejo K.

DESCRIPCIÓN

Los resultados evidencian que el 90,0% del personal de enfermería presenta una práctica adecuada en el manejo del paciente politraumatizado, lo que refleja una correcta aplicación de los conocimientos teóricos y una actitud profesional comprometida con la atención de calidad. Solo el 10,0% muestra una práctica inadecuada, lo que sugiere la necesidad de reforzar la supervisión y la capacitación en procedimientos críticos. En general, estos resultados demuestran que el personal de enfermería ejecuta de manera efectiva las intervenciones clínicas y asistenciales, garantizando una atención oportuna y segura al paciente politraumatizado.

GRÁFICO N°03

PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - 2022



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04

**RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL REGIONAL
DE MOQUEGUA - 2022**

CONOCIMIENTO	PRÁCTICA INADECUADA		PRÁCTICA ADECUADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Conocimiento bajo	0	0,0	7	11,7	7	11,7
Conocimiento medio	2	3,3	16	26,7	18	30,0
Conocimiento alto	4	6,7	31	51,6	35	58,3
TOTAL	6	10,0	54	90,0	60	100,0

$\chi^2=0,882$
g.l.=2
p=0,643

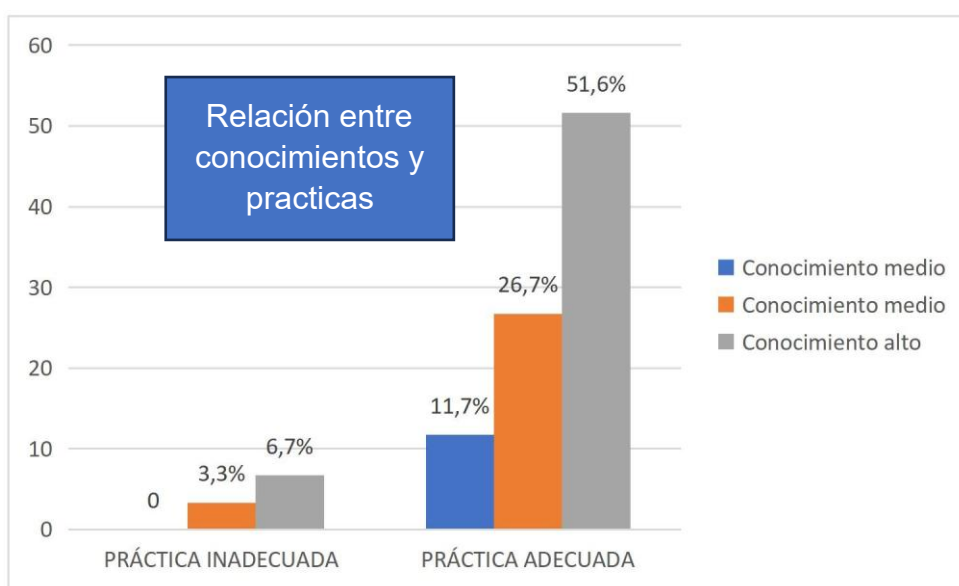
Fuente: Cuestionario Conocimientos y prácticas sobre manejo de paciente politraumatizado elaborado por Paucar y Morillas, modificado por las investigadoras Lic. De la Cruz M. y Lic. Cornejo K.

DESCRIPCIÓN

Los resultados muestran que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del personal de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado ($p = 0,643$; $\chi^2 = 0,882$; g.l. = 2). Aunque la mayoría presenta conocimiento alto (58,3%) y práctica adecuada (90,0%), los valores obtenidos indican que un mayor conocimiento no garantiza necesariamente una mejor práctica. Esto sugiere que factores externos, como la experiencia laboral, la carga asistencial o los recursos disponibles, podrían influir en la ejecución del cuidado. En conjunto, los datos evidencian que el personal posee bases teóricas sólidas.

GRAFICO N° 04

RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA - 2022



Fuente: Tabla N° 04

4.2 DISCUSIÓN

En la **Tabla N° 01**, se observa las características generales del profesional de enfermería del servicio de emergencias y uci, donde la edad es de 36 a 59 años con un 46,7%, el sexo predominante es femenino con un 90%, situación laboral contratadas con un 71,7%, años de experiencia en el servicio de es de 6 a 10 años con un 46,7%, Si reciben capacitación sobre el manejo del paciente politraumatizado con un 95%

Es semejante a la investigación de Jancachagua C. Salome N. (29) Conocimiento y practica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019, donde el 84% de los encuestados fueron del sexo femenino, en cuanto a la edad el 44% de los enfermeros tiene entre 30 a más años, según la condición laboral el 76% de los enfermeros son nombrados, y finalmente ningún personal ha recibido capacitación.

Análisis:

En la **Tabla N° 01** los resultados muestran que la mayoría del personal de enfermería del servicio de emergencias y UCI corresponde a mujeres (90%), con una edad predominante entre 36 y 59 años (46.7%), y con una experiencia laboral significativa en el servicio (6 a 10 años, 46.7%).

Además, la mayoría está contratada (71.7%) y la gran mayoría ha recibido capacitación sobre manejo del paciente politraumatizado (95%). Esto indica que el servicio cuenta con un equipo experimentado y formado, lo que favorece la calidad en la atención a pacientes críticos.

La alta proporción de mujeres refleja la tendencia histórica y social de la enfermería como una profesión mayoritariamente femenina. La experiencia acumulada y la capacitación constante permiten al personal desarrollar competencias técnicas y habilidades críticas para el manejo de pacientes politraumatizados, asegurando intervenciones oportunas y seguras.

En comparación con el estudio de Jancachagua C. y Salome N. (29), donde un porcentaje menor de personal femenino (84%) y con menos capacitación se observó, estos resultados reflejan una mejora significativa en la formación y actualización del personal. La ausencia de capacitación en el estudio previo resalta la importancia de la formación continua, ya que la capacitación es clave para garantizar una atención basada en evidencia y protocolos actualizados.

Conclusión:

El perfil del profesional de enfermería en el servicio de emergencias y UCI, caracterizado por personal mayoritariamente femenino, con experiencia y alta tasa de capacitación, es fundamental para el manejo eficaz del paciente

politraumatizado. La formación continua y la experiencia contribuyen a fortalecer el rol de enfermería como actor principal en la atención crítica, permitiendo brindar cuidados especializados, oportunos y seguros que contribuyen a mejorar los resultados clínicos. Por tanto, es indispensable mantener e incrementar los programas de capacitación para asegurar la calidad y seguridad en la atención de pacientes con politraumatismos.

En la **Tabla N° 02**, se observa el nivel de conocimientos del profesional de enfermería del servicio de emergencias y uci, donde el conocimiento es alto con un 58,3%.

Es semejante a la investigación de Jancachagua C. Salome N. (29) Conocimiento y practica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019, donde el nivel de conocimiento de los enfermeros predominante es el medio, esto representado por un 48% de la muestra en total, enseguida se tiene que el 36% de los enfermeros tiene un nivel de conocimiento bajo, y finalmente el 16% tiene un conocimiento alto acerca de la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

Se difiere de la investigación de Mamani A. (28) Nivel de conocimientos sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y engagement,

enfermeras servicio de emergencia. Hospital III Yanahuara. Arequipa, 2019, donde el 50,0% de la población de estudio presentó un nivel de conocimiento medio, 36,8% alto y 13,2% bajo.

Análisis:

En la **Tabla N° 02** se evidencia que el 58,3% del personal de enfermería del servicio de Emergencias y UCI posee un nivel de conocimiento alto sobre el manejo del paciente politraumatizado. Este resultado es alentador, ya que refleja una preparación teórica sólida del personal en un entorno altamente demandante, donde las decisiones rápidas y fundamentadas pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Al comparar con el estudio de Jancachagua C. y Salome N. (29), donde predominó un nivel de conocimiento medio (48%) y solo un 16% alcanzó un nivel alto, se observa un avance significativo en la formación del personal en el presente estudio. Esto puede atribuirse a una mayor implementación de programas de capacitación, actualizaciones clínicas y protocolos institucionales que fortalecen el conocimiento profesional.

Asimismo, los resultados difieren de los obtenidos por Mamani A. (28), donde el nivel medio también fue el predominante (50%), seguido de un 36,8% alto. Este contraste reafirma que el entorno hospitalario en el que se llevó a cabo el presente estudio —Hospital Regional Moquegua— podría

estar aplicando estrategias más efectivas de desarrollo profesional y formación continua, lo que repercute directamente en la mejora de competencias del personal de enfermería.

Conclusión:

El nivel de conocimiento alto predominante entre el personal de enfermería del servicio de Emergencias y UCI evidencia el compromiso del equipo con la actualización profesional y la calidad del cuidado. En el contexto del manejo de pacientes politraumatizados, este conocimiento resulta esencial para ejecutar intervenciones precisas, seguras y basadas en evidencia. El fortalecimiento del conocimiento permite a la enfermera actuar con mayor seguridad, tomar decisiones clínicas acertadas y desempeñar un rol activo y protagónico dentro del equipo interdisciplinario de atención.

Estos resultados subrayan la importancia de continuar promoviendo la capacitación permanente y el acceso a recursos académicos y clínicos, para mantener y elevar el nivel de competencia del personal. El rol de enfermería, en este sentido, se consolida como eje fundamental en la atención integral del paciente politraumatizado, no solo por la ejecución técnica, sino por la capacidad de análisis y respuesta clínica que este nivel de conocimiento conlleva.

En la **Tabla N° 03**, se observa las prácticas del profesional de enfermería del servicio de emergencias y uci, donde la práctica es adecuada con un 90%, seguido de una práctica inadecuada con un 10%

Es semejante a la investigación de Jancachagua C. Salome N.(29) Conocimiento y practica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019, donde el tipo de práctica predominante es el adecuado, esto porque a través de la guía de observación el 68% tuvo esta conducta, mientras que en el 32% restante se registró el tipo de práctica inadecuada de las enfermeras en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

Se difiere de Pupiales M.(18) estudio el conocimiento y la práctica del personal de enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico politraumatizado del Hospital San Luis de Otavalo en el año 2017; este estudio revela que el 100% del personal enfermero conoce el proceso de atención pero no aplica ese conocimiento en la práctica, determinando que sólo un 35.3% asume realmente los protocolos establecidos, haciendo un símil con la 53 investigación el promedio obtenido en esta investigación es de un bajo conocimiento.

Análisis:

En la **Tabla N° 03** se evidencia que el 90% del personal de enfermería del servicio de Emergencias y UCI presenta prácticas adecuadas en el manejo del paciente politraumatizado, mientras que solo el **10%** muestra prácticas inadecuadas. Este resultado refleja un alto nivel de desempeño práctico, lo cual es coherente con el nivel de conocimiento alto reportado previamente en la población estudiada.

Este hallazgo guarda similitud con la investigación de Jancachagua C. y Salome N. (29), donde también predominó la práctica adecuada, con un 68% de cumplimiento según la guía de observación. Sin embargo, el porcentaje de adecuación en el presente estudio es significativamente más alto, lo que podría atribuirse a factores como mayor experiencia del personal, formación continua y protocolos institucionales más estandarizados.

Por otro lado, los resultados difieren considerablemente del estudio de Pupiales M. (18), en el que, a pesar de que el 100% del personal conocía el proceso de atención, solo un 35.3% aplicaba correctamente los protocolos en la práctica. Esto evidencia una brecha entre el conocimiento teórico y la ejecución práctica en ese contexto, situación que no se refleja

en el presente estudio, donde ambos aspectos (conocimiento y práctica) se encuentran alineados favorablemente

Conclusión:

Los resultados indican que el personal de enfermería del servicio de Emergencias y UCI del Hospital Regional Moquegua demuestra un alto nivel de práctica adecuada en la atención del paciente politraumatizado. Esta conducta profesional evidencia no solo conocimiento técnico, sino también compromiso ético y responsabilidad en la ejecución de cuidados críticos.

El rol de enfermería se posiciona así como un componente esencial en el abordaje integral del paciente politraumatizado, garantizando intervenciones oportunas, seguras y basadas en protocolos clínicos. La aplicación correcta de las prácticas permite reducir complicaciones, mejorar los tiempos de respuesta y elevar los estándares de calidad en la atención hospitalaria.

Estos hallazgos destacan la importancia de continuar reforzando las competencias prácticas a través de simulaciones clínicas, talleres y acompañamiento profesional, de manera que se mantenga la coherencia entre el saber y el hacer, lo cual constituye la base del ejercicio ético y eficaz del cuidado enfermero.

En la **Tabla N° 04**, se observa la relación entre conocimientos y prácticas del manejo del paciente politraumatizado, donde el 51,6% tienen un conocimiento alto y la práctica adecuada. Dado que el valor de la chi cuadrada es 0,882, con $gl=2$ con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo $p=0,643$ mayor que el nivel de significancia 0,05; por tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, donde no existe relación entre ambas variables

Se difiere de la investigación de Paucar, J., (9), "Conocimiento y prácticas de la enfermera (o) en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén en Trujillo, 2018"; con la finalidad de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de la enfermeras(os) en el manejo del paciente poli-traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Chepén 2018. Llegando a la conclusión que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de las enfermeras en el manejo del paciente politraumatizado $p < 0.001$.

Análisis:

En la **Tabla N.º 04** se presenta la relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado. Se observa que el 51,6% del personal evaluado presenta conocimiento alto y práctica adecuada, lo cual sugiere una tendencia positiva entre ambas variables. Sin embargo, al aplicar la prueba estadística

de Chi cuadrada, se obtuvo un valor de $\chi^2 = 0,882$, con $gl = 2$ y un valor de $p = 0,643$, superior al nivel de significancia establecido ($\alpha = 0,05$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, concluyendo que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas del personal de enfermería en esta muestra específica.

Este resultado difiere de la investigación de Paucar J. (9), realizada en el Hospital de Apoyo Chepén, donde se evidenció una relación significativa ($p < 0.001$) entre el conocimiento y las prácticas de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado. La diferencia podría explicarse por factores contextuales, como las condiciones institucionales, los métodos de capacitación, o el enfoque del trabajo en equipo dentro de cada establecimiento de salud.

Conclusión:

A pesar de que más de la mitad del personal evaluado demostró un alto nivel de conocimiento y una práctica adecuada en el manejo del paciente politraumatizado, el análisis estadístico no evidenció una relación significativa entre ambas variables. Esto sugiere que, en este contexto particular, la buena práctica clínica del personal no depende exclusivamente del conocimiento teórico, sino también de otros factores

como la experiencia, habilidades técnicas, protocolos institucionales o el entorno organizacional.

Desde el rol de enfermería, esto implica que la formación continua debe estar acompañada de estrategias que fortalezcan la transferencia del conocimiento a la práctica clínica, tales como simulaciones, entrenamientos en contexto real, supervisión profesional y trabajo en equipo. Si bien el conocimiento es una base fundamental, la práctica adecuada en situaciones críticas como el manejo del paciente politraumatizado requiere también de competencias prácticas desarrolladas, juicio clínico y toma de decisiones efectiva bajo presión.

Por tanto, estos resultados resaltan la importancia de integrar el saber, el hacer y el ser dentro de la formación del profesional de enfermería, promoviendo un enfoque holístico que fortalezca tanto el conocimiento como la acción.

CONCLUSIONES

- La mayoría del personal de enfermería en los servicios de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) está compuesto por mujeres (90%). En cuanto a la edad, poco menos de la mitad (46,7%) se encuentra en el rango de 36 a 59 años. Más de la mitad del personal (71,7%) se encuentra bajo contrato laboral formal. Respecto a la experiencia en el servicio, menos de la mitad (46,7%) cuenta con entre 6 y 10 años de trabajo en estas áreas. Finalmente, una amplia mayoría (95%) ha recibido capacitación sobre el manejo del paciente politraumatizado.
- Más de la mitad del personal de enfermería (58,3%) demuestra un nivel alto de conocimientos en relación con la atención en los servicios de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Este resultado sugiere que una proporción significativa del personal está adecuadamente preparado para enfrentar situaciones clínicas complejas y de alta criticidad, lo cual es fundamental para garantizar una atención segura y oportuna al paciente en estado crítico o politraumatizado.
- La gran mayoría del personal de enfermería (90%) presenta prácticas adecuadas en el ejercicio de sus funciones dentro de los servicios de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Este resultado refleja un alto nivel de desempeño profesional, lo cual es crucial para la correcta aplicación de protocolos, la toma de decisiones oportunas y la atención eficaz del paciente en estado crítico o con múltiples traumas. Además, este nivel de práctica adecuada puede estar relacionado con la capacitación continua y la experiencia adquirida en el servicio.

- No existe relación estadísticamente significativa entre las variables conocimiento y prácticas del manejo de paciente politraumatizado, dado que el valor de la chi cuadrada es 0,882, con $gl=2$ con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo $p=0,643$ mayor que el nivel de significancia 0,05.

RECOMENDACIONES

- A la jefa del Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional de Moquegua se recomienda, la elaboración de manuales sobre buenas prácticas en la inmovilización de pacientes politraumatizados, que abarquen desde el inicio hasta la finalización del procedimiento. Estos manuales deben estar orientados a estandarizar el actuar del personal de enfermería, especialmente de aquellos que se incorporan recientemente al servicio, asegurando que conozcan los conocimientos teóricos y prácticos necesarios, así como la forma adecuada de desarrollar sus funciones en situaciones críticas. La implementación de este recurso contribuirá significativamente a fortalecer la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia del trabajo en equipo dentro del servicio.
- A la jefa del Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua se recomienda desarrollar programas de capacitación dirigidos al personal de enfermería, con el objetivo de incrementar el nivel de conocimientos relacionados con la atención de pacientes politraumatizados. Estos programas deben estar diseñados para fortalecer las competencias teóricas y prácticas del equipo, promoviendo una atención más

eficiente, segura y oportuna que garantice mejores resultados en la recuperación y manejo de estos pacientes críticos.

- A la jefa del Servicio de Emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Moquegua se recomienda promover el compromiso activo del personal de enfermería en la adopción e implementación de nuevos procesos de atención. Asimismo, se sugiere fomentar la realización periódica de autoevaluaciones que permitan identificar debilidades y fortalezas dentro del Servicio de Emergencias y UCI, con el propósito de impulsar la mejora continua. Esta práctica contribuirá a garantizar una atención integral, de calidad y centrada en el paciente politraumatizado, fortaleciendo el desempeño profesional y la eficacia del equipo de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García S. Manejo enfermero del paciente politraumatizado adulto en las Unidades de Cuidados Intensivos. Disponible en:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691491/garcia_pereira_sara.pdf
2. Rodas M. Intervenciones del profesional de enfermería para la seguridad del paciente, en los servicios de emergencia, 2019.
Disponible en:
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7806/ Intervenciones_RodasMolina_Maria.pdf?sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7806/Intervenciones_RodasMolina_Maria.pdf?sequence=1)
3. Espinoza J. Atención básica y avanzada del politraumatizado.
Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007#:~:text=En%20la%20actualidad%20cerca%20del%2060%25%20de%20todos,estad%C3%ADstica%20global%2C%20convirti%C3%A9ndose%20realmente%20en%20una%20pandemia%20mundial.
4. Organización Panamericana de la Salud. Seguridad vial en las Américas. OPS; 2022. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/seguridad-vial>

5. Organización Mundial de la Salud. Lesiones causadas por el tránsito. OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
6. SUTRAN, Reporte estadístico N°02-2021 Accidentes de tránsito ocurridos en carreteras. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1916583/Reporte%20de%20accidentes%20de%20tr%C3%A1nsito%20en%20carreteras%20a%20diciembre%202020.pdf.pdf?v=1622238279>
7. Ministerio de Salud Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú, 2013; página 104. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389839/2930-120191016-26158-am2nvv.pdf>
8. Cousin Y. Conocimiento y práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/5536/1/ycousin.pdf>
9. Pupiales J. Conocimientos y prácticas clínicas del personal de enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico politraumatizado - Área de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo – 2017. [Título de Lic. En Enfermería]. Ibarra – Ecuador: Editorial: Científico – Técnica; 2017

10. Carballo, S. , Espinoza R. , Mercado J. Nivel de conocimiento y aplicabilidad en el manejo de la atención de enfermería en pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del hospital II ESSALUD Pasco 2015 [Título de especialista en enfermería en emergencias y desastres]. Huánuco – Perú:
Editorial: Científico – Técnica
11. Paucar Gonzalez, J. Conocimiento y Prácticas de la enfermera(o) en el manejo del paciente politraumatizado hospital de Apoyo Chepén 2018.
12. García S. Manejo enfermero del paciente politraumatizado adulto en las Unidades de Cuidados Intensivos” España, 2020 Disponible
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/691491/garcia_pereira_sara.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Belaunde G. Ramírez L. Cáceres L. (5), “Conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes politraumatizados por el servicio móvil de urgencias. Lima, 2018
14. Quispe M. ; Vilca Z. Conocimientos del manejo inicial del paciente politraumatizado y engagement, enfermeras servicio de emergencia hospital Regional Honorio Delgado. In tesis. Arequipa: UNSA; 2018
15. Laura A. Paco. S. Nivel de conocimiento y practica sobre el manejo del paciente adulto con TEC en los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital de Ilo. In TESIS. Moquegua: UNJBG; 2019

- 16.Flores M., Gestión del Conocimiento. El conocimiento: una aproximación a su definición. Revista Espacios. Vol. 26 (2). 2005. Pág. 2
- 17.Bunge, M. La Ciencia, su Método y su Filosofía, Ed. Siglo XX, Buenos Aires, 1972. BUNGE, Mario, La Investigación Científica, su Estrategia y su Filosofía, Ed. Ariel, Barcelona 1979.
- 18.Pupiales J. Conocimientos y prácticas clínicas del personal de enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico politraumatizado - Área de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo 2017. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/7104>
- 19.Chambi S. Nivel de conocimiento sobre manejo del paciente politraumatizado. [Online].; 2019 [cited 2022 MARZO 5]. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/12209/Polloqueri_Chambi_Sonia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 20.OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [en línea] [Fecha de acceso 14 de septiembre del 2018]; N° 245 – 324 URL disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08052290/es/>
- 21.Ministerio de Salud y protección salud. Disponibilidad en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.asp>

x

22. Manotas I, Chamorro E., Serpa K. Principios del manejo hospitalario en pacientes con politraumatismo en cara, en el área de urgencias del servicio de cirugía maxilofacial. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4729643.pdf>
23. Moreno B. Nueva valoración inicial al paciente con trauma grave: del ABCDE al XABCDE. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/144101/TFG_MorenoGarcia_ValoracionInicialTraumaGrave.pdf?sequence=1
24. Moreno V., Guevara C. Cuidados de Enfermería al Paciente Politraumatizado. Un Enfoque desde el modelo de Virginia Henderson. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeriapaciente-politraumatizado-modelo-virginia-henderson/>
25. Benner P. Práctica de enfermería progresiva. Barcelona: Grijalbo
26. American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual*. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018.
27. Ramón J. Atención inicial al paciente politraumatizado. Emergencias [en línea] 2018 [fecha de acceso 14 de septiembre del 2018]; No 061 URL disponible en:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/atencion%20inicial%20al%20paciente%20politraumatizado.pdf>

- 28.Mamani A. Nivel de conocimientos sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y engagement, enfermeras servicio de emergencia. Hospital III Yanahuara. Arequipa, 2019.

Disponible en:
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/11906/F1.0697.SE.pdf?sequence=1>

- 29.Jancachagua C. Salome N. Conocimiento y practica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki

2019. Disponible en:
https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4342/JANCACHAGUA_SALOME_FCS_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- 30.Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978- 1-4562-6096-5, 714 p. 47.

ANEXOS

ANEXO N° 1
INSTRUMENTO 1
CUESTIONARIO SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO

Objetivo: Este instrumento tiene como finalidad evaluar los conocimientos del profesional de enfermería en el manejo del paciente Politraumatizado, en el servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua. 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 GENERALES:

1. Edad:

- a) De 23 a 35 años ()
- b) De 36 a 59 años ()
- c) De 60 a más ()

2. Sexo:

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

3. Situación laboral:

- a) Nombrada ()
- b) Contratada ()

4. Años de experiencia en el servicio de emergencia:

- a) < 1 año ()
- b) 1 a 5 años ()
- c) 6 a 10 años ()
- d) 11 a más años ()

5. Recibe capacitación sobre el Manejo del Paciente Politraumatizado:

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

II. DESARROLLE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

Marque la alternativa correcta:

VIA AÉREA

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 médico
- 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) La 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) La 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.

VENTILACIÓN

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. 179

7. La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al: a) 50%

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

CIRCULACIÓN

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 hemoneumotórax

EVALUACION NEUROLOGICA

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

EXPOSICION DEL PACIENTE

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 intralesional
- d) Traumatismo raquimedular con pérdida de los reflejos osteotendinosos y cutáneos intralesionales

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 en 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

ANEXO N°2
INSTRUMENTO 2
GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS
DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO
DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Este instrumento tiene como finalidad describir la práctica en el Manejo del paciente politraumatizado por el profesional de enfermería del servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua

Instrucciones

El correcto llenado es muy importante, garantiza una información confidencial por el uso de codificación para cada persona observada. La guía tiene ítems sobre el Manejo del paciente Politraumatizado, en la cual se verá el cumplimiento o no de la actividad (indicador)

En cada actividad Usted puede anotar observaciones no consideradas en la presente guía y son relevantes para cada actividad.

N°	ENUNCIADO	SIEMPRE (3)	A VECES (2)	NUNCA (1)
1	Realiza la primera valoración del Paciente politraumatizado			
2	Está pendiente de la permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente			
3	A un paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante: la hiperextensión del cuello			
4	Verifica la correcta posición del tubo endo- traqueal en el paciente politraumatizado			
5	Evalúan al paciente utilizando los parámetros de la escala de Glasgow			
6	Identifica correctamente las características clínicas de la fractura de base de cráneo			
7	Realiza el número de compresiones que se requiere en un paciente politraumatizado en Paro cardiorrespiratorio			
8	Usa la vena adecuada para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio			
9	Identificas la arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente politraumatizado			
10	Realiza el retiro de la ropa al paciente politraumatizado como corresponde			
11	Reconoce que un paciente se encuentra en paro cardiorrespiratorio			
12	Realiza las compresiones torácicas correctamente			

ANEXO N° 03
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:

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI DEL HOSPITAL
REGIONAL DE MOQUEGUA-2022**

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

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

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.					
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

PROCEDIMIENTO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

PRIMERO: Se construye una tabla de doble entrada, como la mostrada a continuación; y se colocan los puntajes para cada reactivo o ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios

PROMEDIO DE LA VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS DEL CUESTIONARIO

Nº DE ITEMS	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	5	5	5	5,00
2	5	5	5	5	5,00
3	5	5	5	5	5,00
4	5	5	5	4	4,75
5	5	5	5	5	5,00
6	5	5	5	5	5,00
7	5	5	5	5	5,00
8	5	4	5	5	4,75
9	5	5	5	5	5,00

SEGUNDO: Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$D = \sqrt{(x_1 - \bar{x})^2 + (x_2 - \bar{x})^2 + \dots + (x_n - \bar{x})^2}$$

Donde:

x = Valor Máximo en la escala concedido para cada ítem. y

= El promedio de cada ítem.

Para el presente estudio tenemos:

X	Y	(X-Y) ²
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	4,75	0,06
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	5,00	0,00
5	4,75	0,06
5	5,00	0,00
SUMA=		0,12

$$D = \sqrt{0,12} = 0,35$$

La DPP hallada es de: **0,35**

TERCERO: Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia (0), con la ecuación.

$$Dm = \sqrt{(x_1 - y)^2 + (x_2 - y)^2 + \dots + (x_8 - y)^2}$$

Donde x = Valor máximo en la escala para cada ítem. (5) y = Valor mínimo de la escala para cada ítem. (1)

X	Y	(x-y) ²
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
5	1	16
		144

$$Dm = \sqrt{144} = 12$$

CUARTO: La Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de **2,40**.

QUINTO: Con este último valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

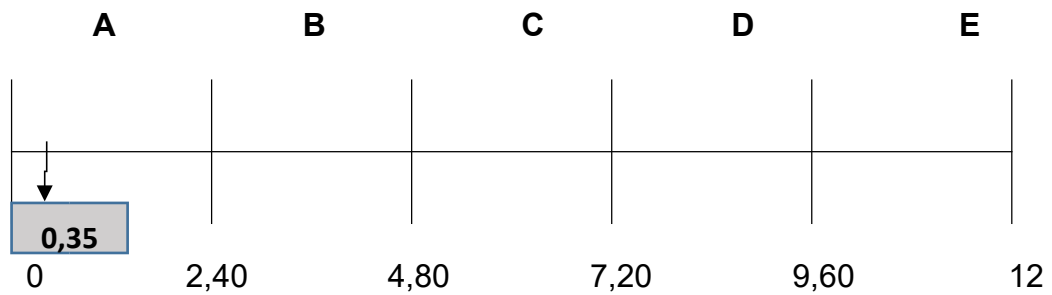
Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación



El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **0,35** cayendo en la zona “**A**” lo cual significa una **adecuación total** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyos resultados fueron los siguientes:

ALFA DE CROMBACH

INSTRUMENTO		Alfa de Cronbach	N° de elementos
1	CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	0,720	20
2	PRÁCTICA DEL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	0,717	12

Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

***Resultado2 [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor**

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo

← → + - [Iconos de herramientas]

Resultado

- Registro
- Fiabilidad
 - Título
 - Notas
 - Escala: ALL VARIABLES
 - Título
 - Resumen de
 - Estadísticas
 - Estadísticas

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,720	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
C1	17,90	2,989	,000	,722
C2	17,90	2,989	,000	,722
C3	17,90	2,989	,000	,722
C4	18,00	2,222	,707	,654
C5	17,90	2,989	,000	,722
C6	17,90	2,989	,000	,722
C7	18,00	2,667	,215	,721
C8	18,10	2,100	,582	,670
C9	17,90	2,989	,000	,722
C10	18,00	2,222	,707	,654
C11	17,90	2,989	,000	,722
C12	18,00	2,667	,215	,721
C13	17,90	2,989	,000	,722
C14	17,90	2,989	,000	,722
C15	17,90	2,989	,000	,722
C16	17,90	2,989	,000	,722
C17	17,90	2,989	,000	,722
C18	18,00	2,222	,707	,654
C19	18,30	1,789	,676	,656
C20	17,90	2,989	,000	,722

The screenshot displays the IBM SPSS Statistics interface. The 'Fiabilidad' (Reliability) dialog box is open, showing the 'Escala: ALL VARIABLES' (Scale: ALL VARIABLES) option selected. The 'Resumen de procesamiento de casos' (Case Processing Summary) table shows 10 valid cases and 0 excluded cases. The 'Estadísticas de fiabilidad' (Reliability Statistics) table shows a Cronbach's Alpha of .717 for 12 elements.

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,717	12

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	27,80	5,956	,389	,694
P2	28,00	5,333	,559	,665
P3	29,40	6,267	,232	,714
P4	27,70	6,011	,530	,683
P5	27,90	6,100	,251	,713
P6	27,70	6,011	,530	,683
P7	27,90	5,433	,562	,666
P8	28,00	5,778	,358	,698
P9	28,10	6,767	-,041	,759
P10	28,00	6,000	,264	,713
P11	28,40	5,378	,705	,650
P12	27,70	6,678	,095	,725

ANEXO N° 05
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....expreso mi consentimiento para participar de este estudio: “Conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente Politraumatizado en el servicio de emergencia y uci del Hospital Regional de Moquegua-2022”.

Dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluye el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad donde además se me explico que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria.

.....

Firma

ANEXO N° 06 RESPUESTAS DE CUESTIONARIO

VIA AÉREA

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 178**
 - 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) La 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) La 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.

VENTILACIÓN

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. 179

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

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

CIRCULACIÓN

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 hemoneumotórax

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

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

EXPOSICIÓN DEL PACIENTE

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) **Otalgia, inyección conjuntival, cefalea pulsátil y rinorragia**
- b) Herida del pabellón auricular, visión doble y rinorragia
- c) Otorrea, inyección conjuntival y equimosis retromastoidea
- d) Otalgia 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

ANEXO 7 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS
PROBLEMA GENERAL: ¿Existe relación entre los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - 2022?	OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - 2022 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Identificar las características generales del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - Evaluar los conocimientos del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - Describir las prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua. - Relacionar los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua.	HIPÓTESIS: H1: Si existe relación entre los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - 2022 Ho: No existe relación entre los conocimientos y prácticas del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en el Servicio de Emergencia y UCI del Hospital Regional de Moquegua - 2022	VARIABLE INDEPENDIENTE Conocimientos en el manejo del paciente Politraumatizado. VARIABLE DEPENDIENTE Prácticas en el manejo del paciente Politraumatizado	Tipo de investigación: Cuantitativo Diseño de investigación: Descriptivo de corte transversal Población: Profesional de enfermería en el servicio de emergencia y uci Muestra La muestra fue la misma de la población Muestreo no probabilístico por conveniencia Criterios de inclusión: - Enfermeras que acepten participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado. - Enfermeras tituladas, colegiadas. - Enfermeras nombradas y contratados. Criterios de exclusión: - Enfermeras que están de vacaciones o con descanso médico. - Profesionales de enfermería que se dediquen a la administración. - Profesionales de enfermería que no deseen participar de la investigación	Técnica: Encuesta Instrumentos Cuestionario.