

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

Conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito, Centro de Salud I- 4 Amazonas, 2022.

PARA OBTENER EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
“AREA DEL CUIDADO PROFESIONAL: ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES CON MENCIÓN EN CUIDADOS
HOSPITALARIOS”

Investigadoras:

Lic. Enf. Burga Gaona Yovana
Lic. Enf. Oblitas Villanueva Sucety Yanary

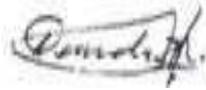
Asesora:

Mg. Nora Elisa Sánchez de García

Lambayeque, Perú

2023

Trabajo de investigación aprobado por:



Presidenta de Jurado
Dra. Lucia Aranda Moreno



Secretaria de Jurado
Dra. Pais Lescano Doris Libertad



Vocal de Jurado
Mg. Polo Campodonico Cruz Marcelina



CONSTANCIA DE APROBACION DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Mg. Nora Elisa Sánchez de García, asesora de la tesis de las Licenciadas en Enfermería: Burga Gaona Yovana y Oblitas Villanueva Sucety Yanary, titulado “Conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito, Centro de Salud I – 4 Amazonas 2022, luego de la revisión minuciosa del documento verifíco que la misma tiene un índice de similitud de 19 % verificable en el reporte de similitud del programa Turnitin, que se adjunta.

La suscrita considera que el informe de tesis, si cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, de lo contrario acepto cualquier proceso administrativa al que hubiera lugar.

Lambayeque, julio del 2023



Mg. Nora Elisa Sánchez de García
DNI: 16480863
Código ORCID: 0000-0001-7508-557X

Se adjunta:

- ✦ El resumen del Reporte Turnitin (Con porcentaje y parámetros de configuración).
- ✦ Recibo digital Turnitin.



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



00044

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAJ/P

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N° 04 Expediente N° 1086-2023-D-FE Folio N° 00044
 Licenciada: Sucety Yanary Oblitas Villanueva y Yovana Burga Caena en la
 Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 8:40 am
 horas del día 27 de Junio 2023, Los señores Miembros del Jurado designados
 mediante Resolución N° 180-V-2022-D-FE
 PRESIDENTE: Dra. Lucía Aranda Moreno.
 SECRETARIO: Dra. Doris País Lescano.
 VOCAL: Mg. Marcelino Polo Campodónico.

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
 " Conocimientos del Equipo de Salud sobre atención a personas politraumatizadas graves, productos de accidentes de tránsito, Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022 patrocinada por el profesor

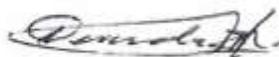
(a) Mg. Nora Elisa Sánchez de García.

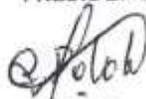
Presentada por el (los) Licenciados (as):
Sucety Yanary Oblitas Villanueva
Yovana Burga Caena.

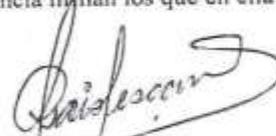
Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: Área del Cuidado Profesional Especialista en Enfermería en Emergencia y Desastres con mención en Cuidados Hospitalarios

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró APROBADA por UNANIMIDAD la tesis con el calificativo de: MUY BUENO (18) debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


VOCAL


SECRETARIO

PATROCINADOR

DEDICATORIA

A nuestro CREADOR y a mi madre por la fortaleza y amor que me han brindado, he llegado hasta este momento con el objetivo de crecer profesionalmente y a pesar de las adversidades, culminar con una faceta que nos abrirá más puertas laborales para así poder contribuir con la conservación y el mantenimiento de lo más valioso que se tiene en la vida que es la SALUD, sintiendo mucho orgullo de ejercer la profesión de enfermería.

Yovana

A mi hija Antonella Margarita, el mejor regalo que haya podido recibir de parte de Dios, gracias hija porque te convertiste en la fuente más pura de mi inspiración, de mi lucha, constancia, y sobre todo de mis ganas de querer ser mejor persona, madre, por ti y para ti.

Sucety

AGRADECIMIENTO

A la asesora Mg. Nora Elisa Sánchez de García, asesora de la tesis, por la entrega y paciencia además de su incondicional apoyo para poder culminar este trabajo de investigación.

A la Dra. Lucia Aranda Moreno, Dra. Doris Libertad Pais Lescano y Mg. Cruz Marcelina Polo Campodónico, jurado de nuestra tesis, por ser la guía y orientarnos con sus sugerencias a mejorar y culminar esta investigación.

A todo el personal de salud que labora en el Centro de Salud Pomacochas I-4 por su participación voluntaria ya que con eso fue posible la ejecución del presente trabajo.

Las autoras

INDICE	ÍNDICE DE FIGURAS	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN		7
SUMMARY		8
INTRODUCCIÓN		9
CAPÍTULO I: BASE TEORICA		14
1.1. Antecedentes de la investigación		15
1.2. Bases teóricas:		16
CAPÍTULO II: MÉTODO		31
2.1. Diseño metodológico:		31
2.2. Población, muestra y muestreo:		32
Criterios de inclusión:		32
Criterios de exclusión:		33
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos		33
2.4. Procesamiento y análisis de los datos		34
2.5. Principios éticos:		35
CAPÍTULO III: RESULTADOS		36
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN		42
CONCLUSIONES		48

RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	50
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	54
ANEXO 2: VALIDEZ DEL DOCUMENTO A TRAVÉS DEL JUICIO DE EXPERTOS	67
ANEXO N°3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	76
ANEXO 4: CUESTIONARIO	77
ANEXO 5: PRUEBA DE CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH DE INSTRUMENTO DE VARIABLE	80
ANEXO 6: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre la Clasificación de pacientes politraumatizados. Centro de Salud I-4 Amazonas 2022.

Figura 2: Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre valoración primaria ABCDE de pacientes politraumatizados Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022.

Figura 3: Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre el tratamiento de emergencia en la primera hora y el traslado de las personas politraumatizadas graves que ha sufrido accidente de tránsito. Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022.

Figura 4: Nivel de conocimientos del equipo de salud según profesión frente a atención a personas politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito. Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022.

RESUMEN

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito, Centro de Salud I - 4 Amazonas 2022. Método: investigación cuantitativa, descriptiva y transversal tuvo una población de 30 profesionales de salud, la muestra fue censal tomando en cuenta los criterios de inclusión. El instrumento fue un cuestionario estructurado que consto de 16 preguntas, validado a través de juicio de expertos y prueba piloto. Resultados: el nivel de conocimiento del equipo de salud sobre la atención de personas politraumatizadas suma un conocimiento regular y deficiente en un 46.7% y solo un 20% tiene un conocimiento excelente. En relación a la valoración y tratamiento sobresale el porcentaje de regular y deficiente en 73% y 66.7% respectivamente. Los médicos son los que en un 80% poseen un nivel de conocimiento excelente y el profesional de enfermería en un 50% posee un conocimiento deficiente. Conclusión: Está en riesgo la seguridad y la vida de la persona atendida en el establecimiento de salud en estudio, debiendo tomarse medidas inmediatas para revertir esta situación.

Palabras claves: Conocimiento, politraumatizado, valoración, manejo, tratamiento.

SUMMARY

Objective: to determine the level of knowledge of the health team about care for severely traumatized people as a result of a traffic accident, Health Center I - 4 Amazonas 2022. Method: quantitative, descriptive and cross-sectional research had a population of 30 health professionals, the sample was census taking into account the inclusion criteria. The instrument was a structured questionnaire consisting of 16 questions, validated through expert judgment and pilot test. Results: The level of knowledge of the health team about the care of polytraumatized people is regular and deficient in 46.7% and only 20% have excellent knowledge. In relation to the assessment and treatment, the percentage of fair and deficient stands out at 73% and 66.7% respectively. The doctors are the ones that 80% have an excellent level of knowledge and the nursing professional has a deficient knowledge in 50%. Conclusion: The safety and life of the person treated in the health facility under study is at risk, and immediate measures must be taken to reverse this situation.

Keywords: Knowledge, polytraumatized, assessment, management, treatment.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los accidentes de tránsito constituyen un problema emergente de salud pública en los países en vías de desarrollo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que el Perú posee la segunda tasa más alta de mortalidad por cada 100 000 habitantes a nivel de Sudamérica, ocasionada por accidentes de tránsito¹.

A medida que disminuyen las causas de muerte debidas a situaciones carenciales o infecciosas, los accidentes de tránsito emergen como un factor de muerte,

discapacidad y enfermedad que requiere ser reducido y evitado; es por ello que los traumatismos por accidentes de tránsito siguen siendo un serio problema socioeconómico y de salud pública a nivel mundial, nacional y regional y aunque en muchos países se están dando pasos para aumentar la seguridad vial, todavía queda mucho por hacer para detener o invertir la tendencia creciente en el número de víctimas mortales por causa del tránsito¹.

Es en este contexto, que la estrecha relación entre la vida y la muerte puede estar condicionada principalmente a los conocimientos y la adecuada respuesta de los sistemas de emergencias en los diferentes niveles de atención en salud los cuales pueden evitar secuelas graves por errores de asistencia inmediata de una víctima, luego de sufrir un accidente de tránsito².

Cabe indicar, que, las personas que han sufrido un accidente de tránsito se convierten en pacientes politraumatizados, pues, presentan lesiones orgánicas múltiples y que provocan consecuencias a nivel circulatorio y/o ventilatorio poniendo en riesgo la vida de la persona afectada³.

El politraumatismo grave es una patología tempodependiente, ya que el 40% de la mortalidad se produce en las dos primeras horas del postraumatismo, por lo que la asistencia optima a este tipo de trauma en este período de tiempo es considerada una necesidad urgente. La mortalidad del paciente politraumatizado tiene una distribución trimodal (tres picos), siendo el tiempo un factor fundamental, donde la primera hora es la más importante denominada “Hora de oro”, es así que la estabilización y la actuación precoz favorecerán entre otros, el pronóstico y mejorarán la supervivencia de este tipo de pacientes⁴.

Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente, pero también pueden causarles daño si no se hace de manera correcta.

La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes; sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran acontecimientos adversos, los cuales ocurren con frecuencia especialmente en un centro de salud de menor complejidad, donde entre otros aspectos, no hay un conocimiento uniforme sobre la atención de pacientes politraumatizados que llegan a estos establecimientos posterior a los accidentes de tránsito⁴.

Es necesario destacar que los establecimientos de salud que posee el país durante el recorrido de vía marginal que va desde la ciudad de Chiclayo hasta Tarapoto, son establecimientos de salud de la categoría I-1 a I-4 muchos de ellos con una infraestructura y equipamiento con deficiencias que no permite cubrir las necesidades frente a un accidente de tránsito. El establecimiento de salud en el cual se llevó a cabo el estudio está ubicado en la carretera marginal Belaunde Terry ubicado en la Provincia de Bongará departamento de Amazonas, donde en promedio al año se reciben más de 100 personas que han sufrido accidentes de tránsito de diferente gravedad.

Es así que frente a lo descrito, se suma la situación observada y vivenciada por las autoras en esta institución donde pudieron observar un escaso conocimiento en el personal de salud para actuar frente a estos eventos, observando: limitaciones en el conocimiento y manejo a los casos más complejos como Traumatismos Encéfalos Craneanos (TEC), hematomas epidurales, subdurales, hemoneumotórax, rotura esplénica, laceración hepática, fracturas pélvicas, lesión medular, trastornos cerebrovasculares, es decir pacientes con múltiples traumatismos.

De allí que las autoras se preguntan: ¿Tiene el conocimiento necesario el personal de salud para clasificar según la gravedad, los traumatismos de las personas que han sufrido un accidente de tránsito? ¿Cuál es el conocimiento del personal de salud sobre la valoración primaria ABCDE en el paciente politraumatizado? ¿Cuál es el conocimiento del personal de salud sobre el tratamiento de emergencia en la primera hora y el traslado del mismo?

Ante ello surge el siguiente problema de investigación científica: ¿Cuál es el nivel de conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas poli traumatizadas graves producto de accidente de tránsito, Centro de Salud I - 4 Amazonas 2022? Frente a lo descrito surge el interés por realizar la presente investigación, la cual tiene como objeto de estudio “el nivel de conocimiento del personal de salud sobre atención a personas politraumatizadas grave producto de un accidente de tránsito. Centro de Salud I – 4”, conceptualizado como el conjunto de saberes adquirido por el personal de salud a través de la experiencia y el aprendizaje, los cuales permiten realizar de forma adecuada la clasificación del paciente politraumatizado, una valoración primaria ABCDE y una intervención oportuna y segura, disminuyendo la morbimortalidad y asegurando la calidad de vida del paciente⁴.

Es en este contexto que se plantea medir los conocimientos que tienen sobre la intervención pre hospitalaria frente a los traumatismos de múltiples índoles en los pacientes, para de alguna forma analizar la implicancia que esto conlleva, ya que el abordaje sistematizado oportuno por prioridades en la atención de la primera hora del paciente politraumatizado ha conseguido disminuir la mortalidad precoz⁵.

La relevancia del presente estudio radica en que al determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud sobre la intervención pre hospitalaria frente a las personas politraumatizadas, permitirá la reflexión del personal de salud y autoridades, a fin de plantear estrategias para poder incrementar los conocimientos teórico-prácticos a través de capacitaciones constantes, talleres, cursos a cargo de profesionales especialistas y así salvar la vida de una persona brindándole una atención oportuna y segura.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera: Introducción, donde se describe la realidad problemática, de la cual surgió el planteamiento del problema, la relevancia social del estudio , el objeto de estudio y el objetivo general del estudio.

Capítulo I: Base teórica, en este capítulo se menciona los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y conceptuales.

Capítulo II: Métodos y Materiales, aquí se detalla el diseño metodológico, población muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento de la información y principios éticos.

Capítulo III: Resultados, aquí se muestra la información recolectada y procesada.

Capítulo IV: Discusión, en este capítulo se muestra el análisis y la discusión de los resultados recopilados.

Seguidamente se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I: BASE TEORICA

1.1. Antecedentes de la investigación:

Cabe indicar que no existen investigaciones directamente relacionadas con el objeto de investigación, sin embargo, se presentan aquellas que aportaron al análisis y discusión de los resultados.

Internacional:

Pupiales Molina Jairo Fedilberto⁶ en la investigación realizada con el objetivo de medir los conocimientos y prácticas clínicas de los enfermeros en el abordaje inicial del paciente con compromiso politraumático, Área de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo – 2017”, encontraron que la totalidad de los profesionales conocen sobre el procedimiento de atención de enfermería pero no lo ejecutan y el 35,3 % de las enfermeras manifiestan guiarse de protocolos de enfermería.

Nacional:

Durand Lucia, Vásquez Edith⁷ en la investigación realizada con el objetivo de: determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en el adecuado manejo del paciente adulto politraumatizado en el servicio de emergencia de la Clínica Internacional. Lima 2019”, encontró que el 63.4% tuvo un nivel alto de conocimiento, 33.3% tuvo un nivel medio y el 3.3% un nivel bajo. En conclusión el profesional de enfermería obtuvo un nivel alto de conocimiento en cuanto al manejo del paciente politraumatizado

Paucar, José⁸ en la investigación realizada con el objetivo de: determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de las enfermeras en el manejo del paciente poli traumatizado Hospital de Apoyo Chepén 2018” determinó que el 46% tenía un deficiente nivel de conocimiento, 36% regular y solo el 18% bueno. El 64% de las enfermeras muestran malas prácticas y el 33% buenas prácticas en el manejo del paciente politraumatizado llegando a la conclusión que existe relación entre ambas variables.

Quispe Maruja, Vilca Zenaida⁹ en la investigación que tuvo como objetivo: determinar la relación entre el nivel de conocimiento del manejo inicial del politraumatizado en enfermeras del servicio de emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017, encontró como resultado que en cuanto al conocimiento el 53,8% de enfermeras muestran nivel medio. Con relación a la mayor parte de la población mostró mediano nivel con 46,2%.

Local:

No se encontró investigaciones a nivel local relacionado con el objeto de estudio.

1.2. Bases teóricas:

El proceso del conocimiento se inicia con una relación específica entre el sujeto cognoscente y el objeto del conocimiento, esto genera como resultado los productos mentales que llamamos conocimiento¹⁰.

El conocimiento se caracteriza según el medio en el que se aprende; así, al conocimiento obtenido por la experiencia y a través de los sentidos y guiado únicamente por su curiosidad, se le llama conocimiento empírico¹¹ y el conocimiento científico se basa en hechos empíricos que al extraerlo de la realidad con métodos y herramientas precisas se integra a un sistema de conceptos, teorías y leyes¹¹.

Las autoras evaluarán en el presente estudio el conocimiento científico que consiste en validar la autenticidad y los saberes, por medio de lenguaje científico racional, provisorio, que explica y predice hechos por medio de leyes¹².

Otro aspecto importante a considerar es que los accidentes de tránsito son aquellos acontecimientos que tienen origen en una vía de tránsito y se presentan repentina e impredeciblemente, provocado muchas veces por actos irresponsables atribuidos a factores humanos, condiciones climatológicas y también por estado de las vías, los cuales acarrearán pérdidas prematuras de vidas humanas o lesiones, así mismo dejan secuelas físicas o psicológicas, además de perjuicios materiales y daños a terceros¹³.

Como resultado de un accidente de tránsito las víctimas del mismo se pueden convertir en pacientes politraumatizados, considerando así a toda aquella persona que presenta más de dos heridas traumáticas graves ya sean estas superficiales, profundas o complejas y que se encuentren asociadas, conllevando a poner en riesgo vital al paciente¹⁴.

Los pacientes politraumatizados se clasifican en tres categorías:

1. Persona con politraumatismo leve: no representan riesgo de muerte pues sus heridas o lesiones no son de consideración¹⁴.
2. Persona con politraumatismo moderado: se evidencia lesiones o heridas que necesitan ser abordadas durante las primeras horas de haberse suscitado el accidente¹⁴.
3. Persona con politraumatismo grave: presenta lesiones traumáticas que comprometen órganos vitales y necesitan ser abordadas en seguida pues presentan alto riesgo de muerte o lesiones irreversibles¹⁵.

Las causas de muerte en el politraumatizado, tiene una distribución modal en tres picos (trimodal): en el primer pico, se tiene que actuar de forma inmediata pues la muerte sobreviene inmediatamente después del accidente por hemorragias, traumatismo de órganos vitales, obstrucción de la vía aérea, trauma torácico grave, entre otros, en el segundo pico la muerte puede ocurrir después de las 3-4 horas del accidente y generalmente se deben a hemorragias, hemo-neumotórax, desgarramiento de vísceras o fracturas grandes hemorrágicas¹⁵. Por último en el tercer pico la muerte puede ser tardía es decir luego de días o semanas de haberse originado el accidente, muchas veces es a consecuencia de sepsis o fallo multiorgánico¹⁵.

Recurrentemente se comenta de la “hora dorada”, la cual alcanza su máxima eficacia y un mínimo de mortalidad cuando se cumplen tres condiciones: 1) Comenzar la administración del tratamiento de manera inmediata 2) Disminuir considerablemente el tiempo de traslado desde el lugar del accidente hasta un establecimiento de salud adecuado y 3) El traslado del paciente debe ser realizado en un medio adecuado y con personal de salud calificado y competente¹⁵.

Un aspecto de suma importancia es la valoración primaria, la cual brinda una visión general del paciente, además de evaluar el estado respiratorio y circulatorio, teniendo en cuenta que es básico reevaluar neurológicamente al paciente para así reconocer problemas fundamentales como hemorragia o grandes deformidades¹⁵.

A este proceso se le denomina el ABCDE de la atención del trauma el cual permite identificar las afectaciones que sufren las personas expuestas a un accidente de tránsito, debiendo seguir esta secuencia¹⁵:

1. Asegurar vía aérea y la inmovilización de la columna cervical.
2. Verificar respiración y una adecuada ventilación
3. Evaluar circulación y controlar la hemorragia
4. Verificar déficit neurológico
5. Asegurar un adecuado ambiente¹⁵.

El control de la vía aérea y asegurar la inmovilización de la columna cervical es prioritario, considerando que un paciente alerta y hablando no tendría afectación alguna, pero cuando el paciente se evidencia alteración el nivel de conciencia es importante evaluar y reevaluar meticulosamente la vía aérea¹⁶.

En el transcurso de la valoración primaria, es necesario valorar lo siguiente¹⁶:
Posición del paciente y de la vía aérea, esto se genera al tomar contacto visual, los pacientes se hallan de decúbito supino pueden presentar obstrucción de la vía aérea ya que la lengua se suele desplazar hacia atrás, cuando se evidencia disminución en el estado de conciencia se requiere reevaluar constantemente, para mantener una vía aérea permeable se debe colocar un dispositivo auxiliar para garantizar una vía aérea abierta¹⁷.

En pacientes que han sufrido traumatismos faciales masivos y hemorragia activa es necesario mantenerlos en la misma posición en la que son encontrados ya que si mantienen su propia vía aérea permeable, al intentar colocar en decúbito supino en una tabla puede producir una obstrucción de la vía aérea además de una posible aspiración de sangre¹⁷.

Al explorar la vía aérea en busca de obstrucción se debe observar si existe en la boca algún material extraño o evidenciar cualquier deformación anatómica importante, es necesario retirar todos los cuerpos extraños que se encuentren¹⁷.

Es importante también, verificar la elevación del tórax ya que la dificultad para ello puede evidenciar una posible obstrucción en vía aérea. Además tener en cuenta que el uso de músculos accesorios y el incremento del trabajo respiratorio puede conllevar a sospechar que existe un compromiso en la vía aérea¹⁷.

El manejo de la Vía Aérea incluye ¹⁸:

- Control de la vía aérea, es de vital importancia mantener permeable la vía aérea siendo la primera prioridad para el tratamiento del paciente traumatizado en el pre hospitalario, además necesita de una inmovilización simultánea de la columna cervical y esta se dará en una posición neutral, hasta que se haya logrado la inmovilización completa del paciente¹⁸.
- Maniobras manuales, estas serán aplicadas en los pacientes que a la evaluación se evidencie una disminución del estado de conciencia, generalmente la lengua va hacia atrás ocasionando la obstrucción de la hipofaringe, esto se suele corregir realizando maniobras que consisten en elevar el mentón y también la mandíbula, posteriormente la vía aérea se mantendrá permeable con el uso de una cánula oro o nasofaríngea¹⁸.

- Elevación del mentón, para llevar a cabo esta maniobra se debe colocar los dedos abajo de la mandíbula haciendo tracción hacia arriba y así desplazar la mandíbula para adelante luego con los pulgares abriremos la boca. Al realizar esta maniobra debemos evitar generar hiperextensión del cuello¹⁸.
- Levantamiento mandibular, esta maniobra ayuda a permeabilizar la vía aérea y esta se debe realizar con dos reanimadores ya que así nos permitirá visualizar y extraer los cuerpos extraños, se debe asegurar la bioseguridad además de tener precaución para evitar ser mordidos por los pacientes¹⁸.
- Al realizar la apertura bucal es importante evidenciar cuerpos extraños tales como prótesis dentales, fractura de dientes, chicles, entre otros, para así sacarlos inmediatamente; cuando se evidencia secreciones como sangre, saliva, vomito debemos aspirar adecuadamente y así mantener la vía aérea permeable, teniendo en cuenta que nunca se debe hacer un barrido a ciegas con los dedos en población pediátrica ya que al realizar eso se puede impactar cuerpos extraños distales y estos deben ser retirados únicamente con visualización directa¹⁸.
- Selección del dispositivo auxiliar, al encontrarse con problemas en la vía aérea el encargado de la atención debe realizar maniobras necesarias para obtener permeabilidad en la vía aérea, cuando este logrado realizar la tracción mandibular y colocar un dispositivo auxiliar, esto conllevara a conseguir un mejor pronóstico para paciente ¹⁸.

Complementos básicos: suele darse algunos casos en donde estas maniobras que se realizan para mantener abierta la vía aérea son inútiles para ello se debe utilizar de forma continua una vía aérea artificial¹⁸.

Esta última situación se presente generalmente ante un trauma craneoencefálico, y a la evaluación de la escala de Coma Glasgow se obtiene un puntaje menor o igual a 8, cuando se observa apnea, para aspiración de sangre o vómito, ante la existencia de fracturas faciales severas¹⁸.

Los procedimientos más comunes frente a lo descrito son:

Intubación Orotraqueal: Este procedimiento consiste en situar un tubo orofaríngeo en la tráquea, el cual va a permitir el manejo determinante y adecuado de la vía aérea, este procedimiento es realizado únicamente por profesionales entrenados¹⁸.

Control de la Columna Cervical.

Este se logra colocando un collar rígido para tal efecto, existen varias alternativas que aunque algunas pueden parecer mejores que otras el objetivo sigue siendo el mismo¹⁹.

Al realizar nuestra valoración inicial se debe ejecutar la inmovilización cervical con las manos aunque no garantice efectividad, pero sin embargo ayuda valorar velozmente la vía aérea y con esto contribuir con la calidad de la ventilación; teniendo en cuenta que este método manual debe ser reemplazado de manera inmediata por método físico con el Collar cervical¹⁹.

Para la colocación del collar cervical se requiere al menos 2 auxiliares, uno será el encargado de la inmovilización con las manos en tanto el otro debe colocar el collar en el cuello, antes realizar una observación y palpación de la toda la zona cervical con el objetivo de buscar deformidades, algún sangrado o zona expuesta, enfisema, ubicar algún sitio de dolor o evidenciar anormalidades que nos permita tener en cuenta para la inmovilización del paciente¹⁹.

Es de suma importancia tener en cuenta que dispositivos de inmovilización completa no existen. Sin embargo al colocar el collar correctamente fijado y del tamaño adecuado para el paciente se logrará obtener una notable disminución en los movimientos cervicales teniendo en cuenta que ocasionan complicaciones, cuando se presenta una lesión de tipo medular; se restringe en gran medida los movimientos de rotación y lateralización¹⁹.

Manejo Inicial de la Ventilación y Oxigenación: teniendo en cuenta que la hipoxia celular es originada por la deficiente oxigenación, hipoperfusión tisular o también porque no es suficientemente oxigenada la sangre arterial y es primordial colocar oxígeno al 100% al paciente traumatizado¹⁹.

Determinar si la persona respira o no, es prioritario, en caso de no hacerlo debemos de seguir con el algoritmo de RCP. En caso contrario debemos valorar cómo respira el paciente verificando la frecuencia respiratoria, el esfuerzo respiratorio, evidenciar si hay tiraje subcostal o uso de los músculos accesorios. En la primera evaluación es muy importante comprobar si presenta heridas o contusiones en cuello y en tórax²⁰.

Se puede evidenciar en el cuello heridas abiertas, enfisema subcutáneo lo cual nos indicaría un posible neumotórax subyacente, además de crepitación laríngea consecuencia de una rotura laríngea, también podemos evidenciar desviación traqueal que podría generar un ingurgitación yugular, neumotórax a tensión y finalmente taponamiento cardíaco²⁰.

En el tórax se puede evaluar la ascensión asimétrica de los hemitórax y los movimientos paradójicos torácicos. Mediante la palpación del tórax se puede ir explorando crepitantes, enfisema subcutáneo, dolor y además se debe auscultar pulmones y corazón con el fin de encontrar tonos apagados, desplazados de su

sitio teórico, etc²⁰.

Al evidenciar que el paciente ventila por sí solo, se colocara un dispositivo para ayudar con su oxigenación puede ser una mascarilla con reservorio. Pero de ser necesario el apoyo ventilatorio, este se realiza con el Ambu siendo el método tradicional, esto se debe ejecutar hasta que se pueda obtener una vía aérea definitiva²⁰.

En este ciclo de valoración se identifica con prontitud lesiones que puedan estar poniendo en riesgo de muerte a la persona, estos son²⁰:

- Tórax Inestable o Volet Costal: Es la ruptura de más de una costilla ubicada en lugares distintos, ocasionando que quede libre una parte del tórax. Esto se puede evidenciar en el proceso de inspiración y espiración ya que el movimiento evidenciara oposición al resto del tórax, produciendo así insuficiencia en sus capacidades vitales, lo cual conlleva a incrementar el trabajo respiratorio, al identificar contusión pulmonar y dolor eso conllevara a que el paciente seguramente necesite apoyo ventilatorio con el Ambu o de una intubación precoz²⁰.
- Neumotórax Abierto: la presión atmosférica e intratorácica se igualan, es decir si la deficiencia de la pared torácica tiene al menos 2/3 del calibre de la tráquea al esfuerzo inspiratorio el aire entrará por la herida y se ubicara en el espacio pleural. En este caso el tratamiento es aportar adecuadamente oxígeno y obturar el defecto parchándolo con una gasa o apósito, teniendo en cuenta que al menos se debe dejar un lado libre²⁰.
- Neumotórax a Tensión (NTAT): esto quiere decir que un hemitórax no ventila porque el espacio pleural se encuentra ocupado con aire y como consecuencia el pulmón colapsa²⁰.

- Taponamiento Cardíaco: esto ocurre en caso de traumatismos penetrantes, cuando se llena de sangre el saco pericárdico (200-300 ml) el corazón no puede distenderse y esto genera un aumento en la presión intrapericárdica lo cual dificulta el llenado ventricular originando disminución en el gasto cardíaco y shock²⁰.

Manejo Inicial de la Circulación y Control de la Hemorragia: consiste en evaluar el deterioro o compromiso del sistema circulatorio, es primordial precisar y controlar la hemorragia, para luego estimar el gasto cardíaco puesto que una hemorragia externa o interna, son la causa más frecuente de una muerte evitable en pacientes con trauma²⁰.

Control de la Hemorragia: cuando es externa se reconoce y controla de manera inmediata, teniendo en cuenta que un sangrado importante incrementara de manera radical la posibilidad de muerte del paciente²¹.

El sangrado externo es de tres tipos:

- a) Sangrado capilar, estos erosionan por rozamientos de los capilares pequeños por abajo de la superficie de la piel, suelen parar antes del arribo del personal pre hospitalario²¹.
- b) El sangrado venoso, este procede de la zona más penetrante de los tejidos y habitualmente se controla realizando una presión directa, suele ocasionar riesgo vital cuando no se logra controlar el sangrado o las lesiones son muy grandes²¹.
- c) El sangrado arterial, es el principal y es muy dificultoso de controlar. Este se distingue por la expulsión de sangre roja brillante la cual es expulsada

de forma pulsátil. Hasta una herida pequeña con compromiso arterial logra ocasionar riesgo vital²¹.

Formas para controlar la hemorragia:

- ✦ Ejerciendo presión directa: para lograrlo debemos colocar un apósito, gasa o compresas sobre la misma. Se debe tener en consideración que aplicar y mantener la presión directa va a requerir de la atención de uno de los profesionales, el cual se verá impedido para poder participar en otros aspectos de la atención del paciente. Pero si la asistencia es limitada, se puede confeccionar compresas y un vendaje elástico o vendaje triangular. Además si no se controla el sangrado, la circulación no mejorara en caso de una hemorragia en curso por lo cual no importara la cantidad de oxígeno o líquidos que el paciente reciba²².
- ✦ Torniquetes: Han sido descritos siempre como la técnica de último recurso. El uso de "elevación" y presión sobre "puntos de presión" se ha dejado de recomendar, debido a que no existen suficientes datos que apoyen su efectividad²².
- ✦ Perfusión: Está determinado por el estado circulatorio, se debe evaluar el estado mental, pulso, color, temperatura y humedad de la piel. Evaluar la perfusión puede ser un reto en los pacientes pediátricos o ancianos o aquellos que están bien condicionados o en determinados medicamentos²².
- ✦ Pulso: En el apoyo prehospitalario se debe valorar la calidad y frecuencia del pulso, ya que un pulso periférico palpable considera una valoración de la presión arterial. La verificación inmediata del pulso nos puede indicar si el paciente tiene taquicardia, bradicardia o un ritmo irregular,

de no palpar pulso radial en las extremidades es muy probable que el paciente este en fase de shock, siendo este un signo que se presenta de manera tardía en el estado crítico del paciente, no es necesario un dato exacto del pulso, sino más bien un dato aproximado ya que la evaluación está centrada en otros aspectos más importantes de no palparse el pulso carotideo o femoral es muy probable que el paciente se encuentre en parada cardiorrespiratoria²³.

- ✦ La piel: Nos revela bastante del estado circulatorio del paciente²³.
- ✦ Color: Considerando que la coloración sonrosada de la piel se da por una adecuada perfusión, pues al evidenciar una piel pálida se asocia a una inadecuada perfusión, el color azulado de la piel se da por la ausencia de sangre o de oxígeno en el cuerpo. Teniendo en cuenta que la coloración de la piel dificulta en la valoración. Además se debe realizar la exploración de las mucosas porque el cambio de color normalmente comienza en los labios, encías y en las yemas de los dedos²³.
- ✦ Temperatura: La temperatura normal es templada a la palpación por lo tanto no suele estar ni demasiado caliente y tampoco fría y están directamente afectadas por el ambiente, es decir una piel fría nos revela que la perfusión ha disminuido independiente de la causa. Para valorar la temperatura del paciente se debe tocar con el dorso de la mano ya que es difícil obtener un dato preciso con los guantes calzados²³.
- ✦ Humedad: Normalmente una piel seca indica buena perfusión, pero al evidenciar una piel húmeda se asocia a shock, es decir no se estaría dando una adecuada perfusión²³.

Acceso vascular: Es de vital importancia conseguir un acceso venoso con rapidez, pero al no ser conseguido el acceso intraoseo se ha convertido en una buena alternativa²⁴.

La canalización de un catéter venoso central es una técnica invasiva la cual nos permite acceder al sistema vascular y así poder administrar medicamentos o soluciones con fines terapéuticos, además de obtener muestra de sangre para análisis de laboratorio con fines diagnósticos²⁴.

Mediante la veno-punción:

- ✦ Se obtiene acción muy rápida del medicamento (efecto inmediato)
- ✦ Se puede administrar considerables cantidades de medicamento, líquidos o soluciones específicas.
- ✦ Se puede administrar sustancias que por otras vías producen irritación de los tejidos por la osmolaridad de las mismas.

La identificación de la vena se realiza mediante la palpación, determinando su recorrido, movilidad, calibre y resistencia a la punción²⁴.

Es importante considerar la utilidad de contar con un acceso venoso, el mismo que debe determinarse teniendo en consideración los siguientes parámetros: tipo y tiempo de traslado, la necesidad o el requerimiento de restablecer volumen o medicamentos en casos hemodinámicamente inestables²⁴.

En caso de que paciente se encuentre inestable y el traslado sea primordial además de que el tiempo de traslado sea corto el intento de canalización no debe ser motivo para retrasar la referencia²⁴.

En el caso de canalizar una vía endovenosa periférica en miembros superiores se tiene que valorar preferentemente el dorso de la mano al no ser accesible seguir con el antebrazo y finalmente flexura del codo lo ideal sería en el brazo no dominante²⁴.

Reanimación con volumen: Teniendo en cuenta que no existen soluciones que puedan transportar oxígeno es que debe evitar atrasar el traslado del paciente para comenzar con la fluidoterapia^{24, 25}.

Pretender normalizar las funciones vitales administrando excesiva cantidad de volumen conlleva a generar coagulopatía, es decir las funciones vitales normalizadas pero inadecuado transporte de oxígeno²⁵.

Existen varios tipos de fluidos que se utilizan tales como²⁵:

- ✦ Cristaloides/lactato de Ringer: Es el más seguro y además económico, sin embargo este solo se mantiene un 33% en el intravascular por lo que se requiere grandes cantidades²⁵.
- ✦ Solución salina hipertónica 7,5%: Este brinda más beneficios en casos de TEC ya que aumenta la perfusión y ayuda a la disminución del edema cerebral y la presión intracraneal²⁵.

Evaluación Neurológica: Se utilizan dos fases²⁵:

- a) Escala de coma de Glasgow. Esta escala está proyectada para evaluar el nivel de consciencia de las personas que han sido víctimas de un traumatismo craneoencefálico (TEC), permite evaluar de manera fácil y rápida la función del cerebro, además proporcionar un antecedente para el manejo del paciente y se debe aplicar en repetidas veces para identificar alteraciones neurológicas²⁵.

La GCS valora tres parámetros: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora²⁵, asignándose un puntaje según la respuesta en cada uno de los parámetros. La máxima puntuación es 15, esto corresponde a un paciente totalmente consciente y que no se evidencia discapacidad, pero la puntuación mínima de 3 y es un signo de extrema gravedad²⁵. A

través de esta escala también se determina el estado de conciencia de la persona, estableciéndose tres categorías: lesión leve 13 a 15 puntos, lesión moderada: 9 -12 puntos, y lesión grave menos a 8 puntos²⁵.

Se debe tener en cuenta que en todas las situaciones se tiene que establecer una vigilancia y reevaluación neurológica ya que el paciente está influenciado por su estado circulatorio y neurologico²⁵.

- b) Reactividad y tamaño pupilar: Se debe tener en consideración el tamaño y su reactividad en presencia del estímulo lumínico. Teniendo en cuenta que su tamaño normal es de 1 a 4 mm. Se puede detectar ante ello: una midriasis, es decir cuando se evidencia pupilas mayores de 4 mm., miosis, pupilas isocóricas o pupilas anisocóricas²⁵.

La presencia de midriasis puede ser un indicador de shock o hemorragia severa y las pupilas anisocóricas son un signo de gravedad en un TEC suele darse por hipertensión craneal siendo el resultado de una lesión ocupante de espacio²⁶.

Reactividad: Un coma puede suscitarse con alteraciones simétricas o asimétricas de pupilas, además de alterar el reflejo foto motor directo o indirecto²⁶.

Es importante quitar la ropa del paciente y exponer el cuerpo ya que esto se realiza con la intención de complementar la valoración y así evidenciar todas las lesiones e identificar la más grave, además que esto nos ayudara a asegurar una exploración integra del cuerpo, sabiendo que la vestimenta puede empaparse de sangre sin que darnos cuenta, la cantidad de ropa a retirar varía según los hallazgos sabiendo que se debe retirar lo necesario, luego de completar la

valoración se debe cubrir nuevamente al paciente para conservar su calor corporal para evitar la hipotermia²⁶.

CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1. Diseño metodológico:

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, lo que representa un conjunto de procesos que son secuenciales y probatorios donde se determina las características de la variable²⁷; siendo en esta investigación el conocimiento del

equipo de salud sobre atención a personas politraumatizadas graves producto de un accidente de tránsito; esta variable se mide en un determinado contexto, siendo en el presente el Centro de Salud I- 4 del departamento de Amazonas.

Es de carácter no experimental ya que el investigador no intervendrá ni alterará los procesos de la investigación y se limitará sólo a observar el curso de ésta²⁷, de enfoque transversal porque la recolección de datos se realizó en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo a fin de medir la situación en ese tiempo específico²⁷ y de tipo descriptiva porque se basó en observar, describir y comprobar aspectos de una situación²⁷.

La investigación tiene el siguiente diseño:

Donde:

M: Equipo de salud que labora en el Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022.

O: Conocimiento sobre la atención a personas politraumatizadas producto de un accidente de tránsito.

2.2. Población, muestra y muestreo:

La población de la investigación en estudio está constituida por 30 profesionales de salud entre ellos: médicos, enfermeras, obstetras, personal técnico de enfermería, farmacéutico, psicólogos los cuales laboraban en el Centro de Salud I-4 Amazonas, durante la ejecución de la investigación.

Criterios de inclusión:

Profesionales de la salud que desearon participar de manera voluntaria de la presente investigación.

Profesionales de la salud que se encontraban laborando en el Centro de Salud I-4 Amazonas por un tiempo mayor de seis meses.

Criterios de exclusión:

Las profesionales de la salud que se encontraban de vacaciones.

La muestra fue censal, puesto que todas las unidades de investigación fueron consideradas como muestra²⁷, es decir se tomarán de referencia a los 30 profesionales de salud que reúnan los criterios de inclusión.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Para la presente investigación, por la naturaleza del objeto de investigación se usó como técnica la encuesta, la cual según García Ferrando²⁷, es «una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características».

Como instrumento de recolección de datos se utilizó el cuestionario (Anexo N°01), el cual sirvió para recolectar datos de una investigación. El cuestionario que se utilizó para la recolección de los datos ha tomado como base el cuestionario elaborado por Miguel Ángel Ñañez Huapaya²⁸, en su investigación titulada: Nivel de conocimientos en estudiantes del 4to.año de enfermería sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito pre hospitalario Lima-Perú 2017, con algunas modificaciones para contextualizar el mismo, realizadas por las autoras²⁸.

El instrumento está estructurado por 16 ítems, los cuales permitieron medir los aspectos referidos al conocimiento del equipo de salud, evaluando las tres dimensiones de la investigación: clasificación de pacientes politraumatizados, la valoración primaria ABCDE y el tratamiento, los mismos que fueron medidos a través de preguntas cerradas las mismas que tienen una puntuación asignada, y permitirán segmentar por rangos tales como: “Excelente”, “Bueno”, “Regular” y “Deficiente”.

A pesar de que el instrumento fue validado en la investigación referida, con el fin de contextualizar el mismo el instrumento fue sometido a la prueba de validez de contenido a través de juicio de expertos los cuales estuvieron conformados por tres expertos profesionales de la salud que se desempeñan en el área de emergencias y que pertenecen a un centro de salud de igual categoría I-4. (Anexo N°2)

Para la determinación de la confiabilidad, referida al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición a los mismos individuos u objetos produce resultados iguales se realizó un muestreo piloto conformado por 6 profesionales de la salud que se desempeñan en el área de emergencias del Centro de Salud Illimo I-4 Lambayeque. La prueba de confiabilidad por α -Cronbach que fue 0.72 por lo que se consideró confiable el instrumento a utilizar. (Anexo N° 3)

El instrumento de investigación fue aplicado, previo llenado del consentimiento informado de los profesionales de la salud, a quienes se les brindó un tiempo promedio para su llenado de 20 minutos (Anexo N°5)

2.4. Procesamiento y análisis de los datos

Para esta investigación se utilizó la estadística de tipo descriptiva, y se hizo uso del programa Microsoft Excel versión 2018, en dicho programa fue depositada la información resultante del cuestionario virtual, para posteriormente generar los cuadros estadísticos y/o gráficos estadísticos, para así realizar el análisis porcentual y la discusión de los datos usando el marco teórico.

2.5. Principios éticos:

Con la finalidad de asegurar los derechos de los sujetos de la investigación, se tuvieron en cuenta los principios éticos del informe Belmont²⁸:

La autonomía del participante, pues el personal de salud tuvo la capacidad de decidir con toda libertad si deseaba o no participar en la investigación aceptando los criterios señalados en el consentimiento informado²⁸.

La beneficencia, se cuidó de minimizar los riesgos, para maximizar los beneficios²⁸, por ello los resultados fueron utilizados solo con fines de la investigación.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

En el siguiente cuadro se presentan los resultados de la investigación considerando el objetivo general y los específicos planteados.

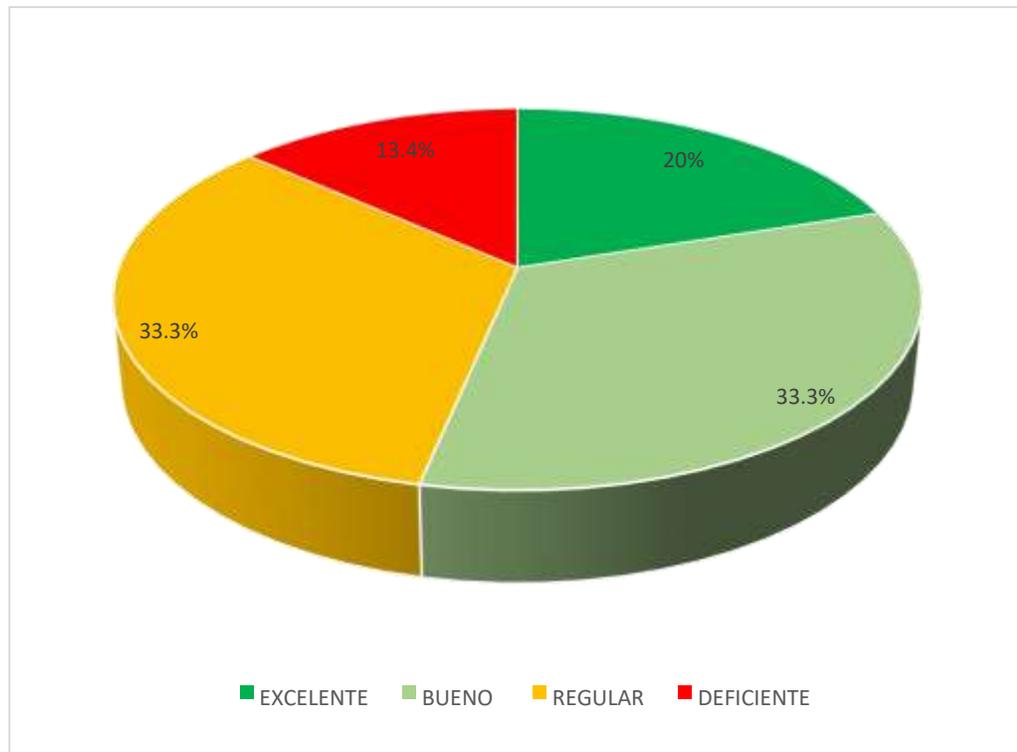


Figura 1: Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas poli traumatizadas graves producto de accidente de tránsito, Centro de Salud I - 4 Amazonas 2022

Fuente: Cuestionario modificado por las investigadoras.

La figura 1, muestra un porcentaje significativo de 46.7 % de los participantes que presenta un nivel regular y deficiente de conocimiento sobre la atención a personas politarumatizadas graves producto de accidentes de tránsito.

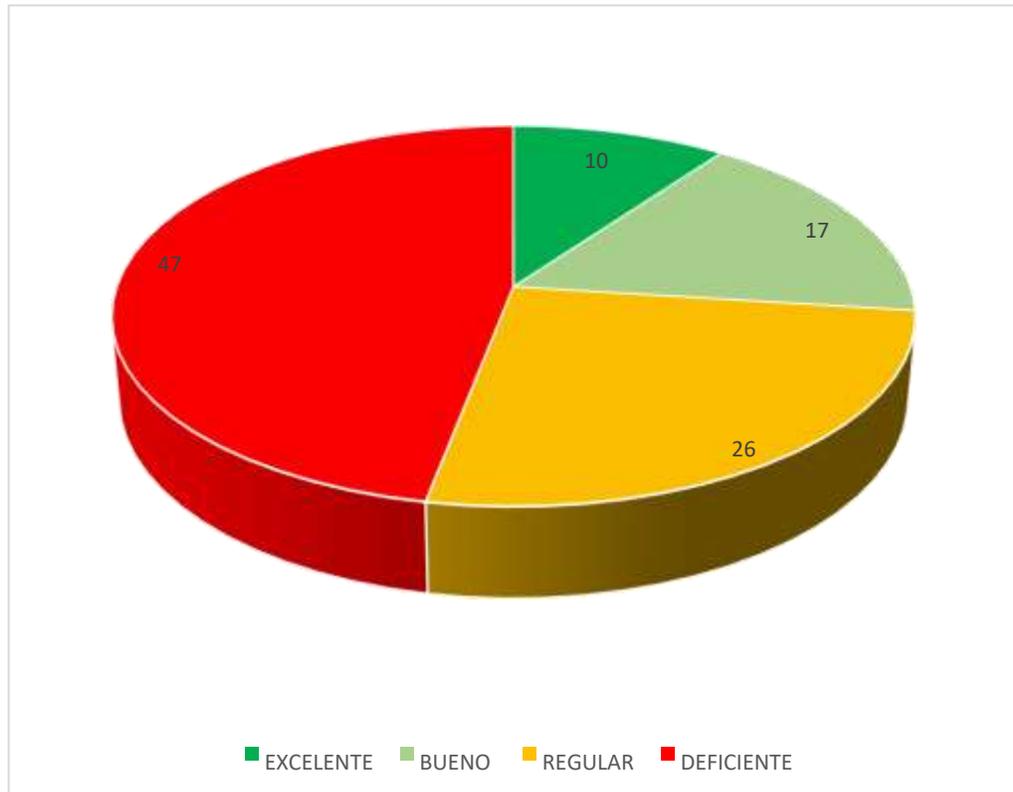


Figura 2: Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre valoración primaria ABCDE de pacientes politraumatizados Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022.

Fuente: Cuestionario modificado por las investigadoras. En la figura 2, se evidencia que sobre la valoración de pacientes politraumatizados, el nivel de conocimiento deficiente y regular suma más del 70% y solamente un 10% ostenta el nivel excelente.

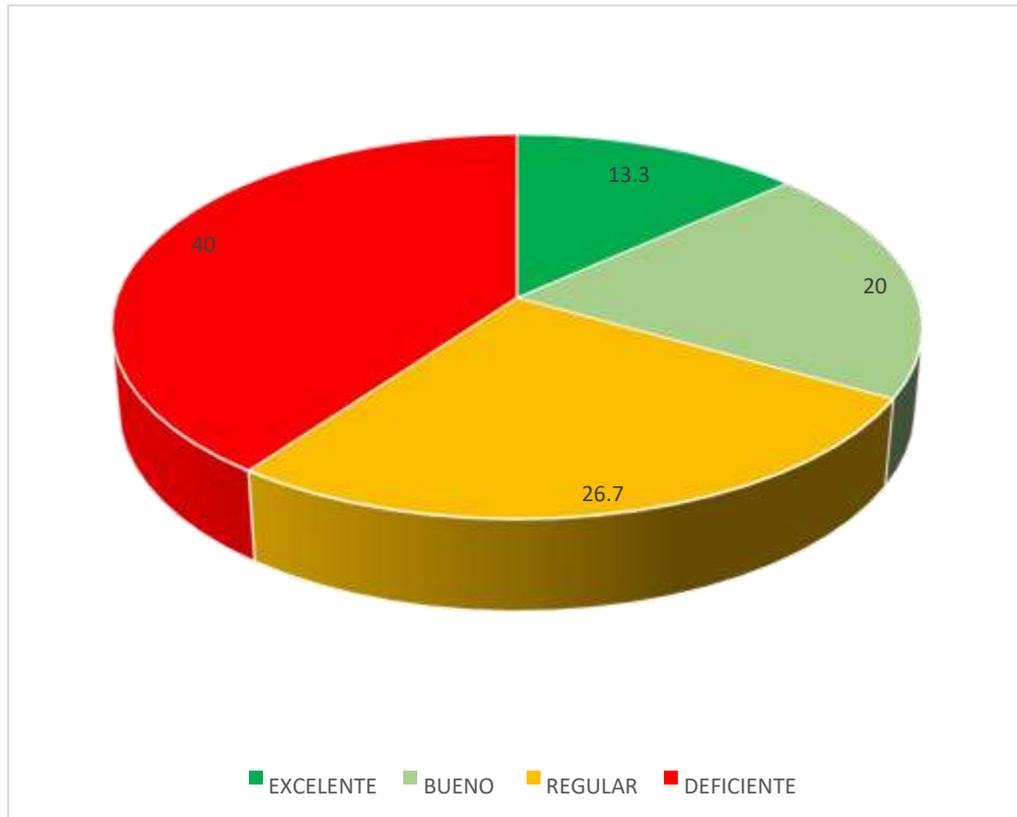


Figura 3: Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre el tratamiento de emergencia en la primera hora y el traslado de las personas politraumatizadas graves que ha sufrido accidente de tránsito. Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022.

Fuente: Cuestionario modificado por las investigadoras.

La figura 3, muestra que en relación al tratamiento del paciente politraumatizado grave predomina el nivel deficiente y regular sumando un 66.7%, y solo un 13.3% tiene un porcentaje de conocimiento excelente.

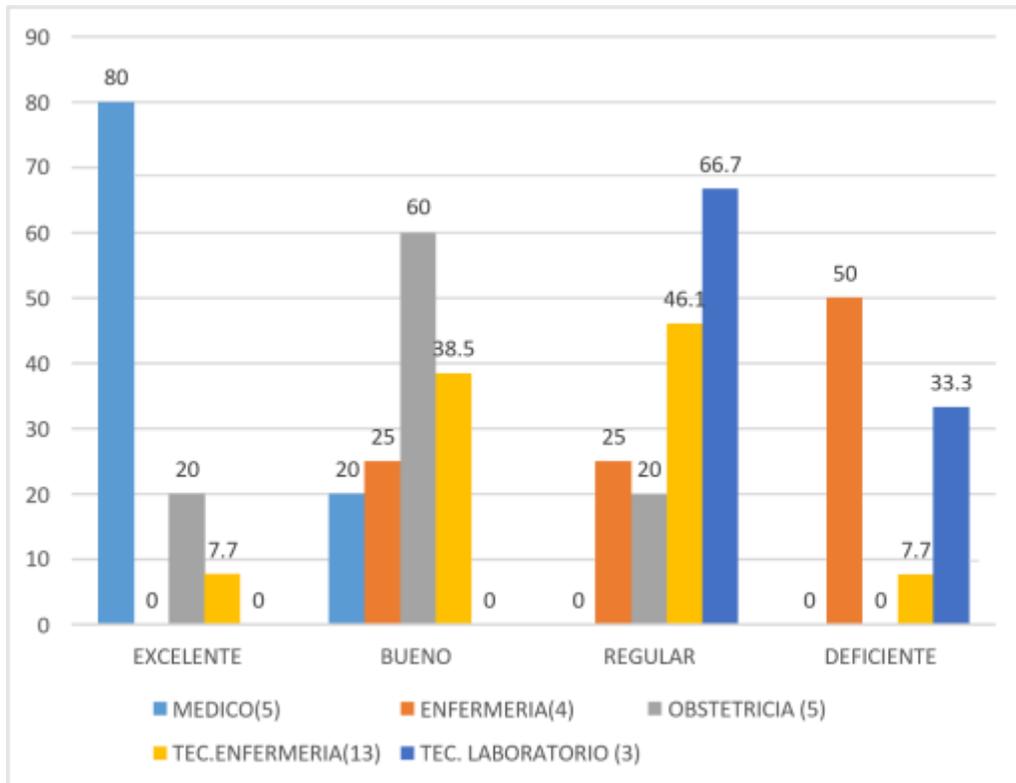


Figura 4: Nivel de conocimientos del equipo de salud según profesión frente a atención a personas politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito.

Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022.

Fuente: Cuestionario modificado por las investigadoras.

La figura 4, muestra que son los médicos quienes destacan en el nivel de conocimiento excelente sobre la atención a personas politraumatizados graves con un 80% y lamentablemente un 50% de enfermeras presentan un nivel deficiente de conocimiento sobre este mismo aspecto.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El objeto de la presente investigación es el conocimiento que posee el personal de salud en la atención de personas politraumatizadas graves, conceptualizado como el conjunto de saberes adquiridos por el personal de salud a través de la experiencia y el aprendizaje, los cuales permiten realizar de forma adecuada la clasificación del paciente politraumatizado, una valoración primaria ABCDE y una intervención oportuna y segura, disminuyendo la morbimortalidad y asegurando la calidad de vida del paciente⁴.

En base a esta definición y tomando en cuenta los objetivos planteados, se analiza y discute los resultados obtenidos.

En la Figura 1 que muestra los resultados relacionados al objetivo general el cual fue: Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito, Centro de Salud I - 4 Amazonas 2022, se observa que solo un 20% del personal de salud encuestado tiene un conocimiento excelente, 33% ostenta un nivel bueno y regular respectivamente y el 10% presenta un nivel deficiente. Estos resultados no dejan de ser preocupantes, pues no se estaría garantizando una adecuada, segura y oportuna atención del paciente politraumatizado que llegue a este establecimiento de salud en estudio, contradiciendo lo que requiere una atención en este tipo de pacientes que implica saber la forma de actuar desde el primer instante que uno

toma contacto con esa persona puesto de ello dependerá que este pueda recuperarse y reintegrarse a la sociedad¹³.

Por otro lado si se considera que los accidentes viales se producen de manera fortuita e inesperada y que genera muchas veces una atención masiva de este tipo de pacientes¹³, pudiera ocurrir que el personal que obtuvo el nivel de excelencia o bueno no siempre estará programado en turno y esto se evidenciaría como una debilidad para el personal que se encontrara en el momento de suscitarse al no contar con el conocimiento que conlleven a evitar la muerte o complicar la situación de salud de las personas¹³.

Los resultados obtenidos del presente estudio difieren de la investigación realizada por Durand Lucia, Vasquez Edith⁷ en la investigación realizada con el objetivo de: Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en el manejo del paciente adulto politraumatizado el servicio de emergencia de la Clínica Internacional. Lima 2019” – Perú, obteniendo como resultado final que el 63.4% tuvo un nivel alto de conocimiento, 33.3% tuvo un nivel medio y el 3.3% un nivel bajo. En conclusión el profesional de enfermería obtuvo un nivel alto de conocimiento en cuanto al manejo del paciente politraumatizado, esta diferencia podría ocurrir según criterio de las autoras debido a que el establecimiento de salud del mencionado estudio es del segundo nivel de atención, donde muchas veces ya laboran enfermeras especialistas en emergencias y desastres, en cambio la presente investigación se realizó un establecimiento de salud de primer nivel de atención, en donde no se cuenta generalmente con enfermeras generales, médicos generales entre otros factores. La figura 2 responde al segundo objetivo específico, el cual fue: Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre valoración primaria de pacientes

politraumatizados Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022, evidenciándose que el nivel deficiente obtuvo el mayor puntaje con el 47%, mostrando que lamentablemente casi la mitad del personal de salud desconoce cómo se debe valorar a un paciente politraumatizado siendo esta fase de vital importancia antes de iniciar un tratamiento para la estabilización y la actuación precoz, así, mejorará el pronóstico la supervivencia de este tipo de pacientes pues el politraumatismo grave es considerada una patología tempodependiente y que la mayor mortalidad se produce en las dos primeras horas del postraumatismo⁴.

Cabe indicar que un 26% de los integrantes del equipo de salud presentan un nivel de conocimiento regular , lo cual no es muy relevante ya que estos tendrán un manejo sin la seguridad que se requiere en este tipo de pacientes, lo cual también pone en riesgo su recuperación y su vida, seguido por el nivel de conocimiento bueno con un 17%, personal de salud que con pocas dificultades para la atención de estos pacientes y al menos tendrán una noción más adecuada y precisa de la valoración de este tipo de pacientes y finalmente el nivel excelente con un 10%, resultado insatisfactorio, pero que puede ser una fortaleza para una capacitación interna entre los miembros del equipo de salud del establecimiento de salud en estudio.

Cabe indicar que la valoración primaria es la fase elemental para brindar un buen tratamiento individualizado en este caso al paciente politarumatizado pues permite tener una visión general, global o simultánea, del estado respiratorio y circulatorio, así como del estado neurológico del paciente para identificar los problemas importantes externamente obvios de la oxigenación, circulación, hemorragia o grandes deformidades¹⁵.

Es en base a los resultados de este paso importante de la valoración que se determina el tratamiento más oportuno en función de las características de las lesiones sufridas, sus signos vitales, y el mecanismo de lesión. El manejo del paciente debe consistir de una revisión primaria rápida, un comienzo inmediato de la reanimación y un traslado sin demora a un centro sanitario adecuado¹⁵.

Los datos obtenidos son similares a la investigación de Paucar, José⁸ en su investigación sobre la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de las enfermeras en el manejo del paciente poli traumatizado Hospital de Apoyo Chepén” en la cual se determinó que el 46% tenía un deficiente nivel de conocimiento, el 36% regular y solo el 18% bueno. El 64% de las enfermeras muestran malas prácticas y el 33% buenas prácticas en el manejo del paciente politraumatizado llegando a la conclusión que existe relación entre ambas variables.

En la Figura 3 que responde al tercer objetivo específico el cual fue: Nivel de conocimiento del equipo de salud sobre el tratamiento de las personas politraumatizadas graves que ha sufrido accidente de tránsito. Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022, se encontró que el 40% del personal de salud tiene un nivel de conocimiento deficiente y el 26,7% del personal de salud obtuvo un nivel de conocimiento regular, dato desalentador ya que el tratamiento de este tipo de pacientes debe ser continuada, coordinada, sistemática y con reevaluación constante para así poder garantizar una recuperación óptima pues en esta etapa se realizan actividades como una adecuada inmovilización, una evaluación del deterioro o compromiso del sistema circulatorio, identificación y control de hemorragias²¹ pero contando con casi un 50% de personal de salud de este centro de salud que no conoce el tratamiento, se estaría exponiendo a toda persona que

sufra accidente de tránsito por la zona e incluso el mismo personal podría estar inmerso en mala práctica o negligencia profesional por impericia.

Solamente el 20% y el 13.3% del personal de salud que participo en el estudio, obtuvo el nivel de conocimiento bueno y regular respectivamente y esto implicaría que a los mismos les sería más fácil poder identificar el adecuado tratamiento, es decir que estos podrían tener la capacidad de estabilizar adecuadamente al paciente politraumatizado, y estará capacitado para inmovilizar, identificar signos de alarma, teniendo en cuenta que el adecuado manejo en el nivel pre hospitalario será vital para la recuperación y la pronta reintegración a la sociedad de este tipo de pacientes¹⁷.

En la Figura 4 que responde al cuarto objetivo específico el cual fue: Nivel de conocimientos del equipo de salud según profesión frente a atención a personas politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito. Centro de Salud I-4 Amazonas, 2022, se observa que el 80% de médicos y el 20% de obstetras se encuentran en el nivel de excelente, dato muy alentador ya que un equipo de salud siempre está liderado por un médico, el cual dentro de sus habilidades y destrezas puede realizar procedimientos como la colocación de un tubo oro-traqueal, insertar un catéter venoso central el cual sería útil para la administración de fluidoterapia y para la obtención muy rápida del efecto del medicamento²⁴.

No obstante el 60% de obstetras, 38.5% de técnicos en enfermería, el 25% de enfermeras y 20% de médicos se encuentran en el nivel bueno, podemos concluir que al no tener el conocimiento concreto se puede dejar pasar cualquier dato relevante en la evaluación inicial con el paciente y esto puede generar complicaciones como lo sería al no asegurar la vía aérea permeable conociendo que es la prioridad del tratamiento y reanimación del paciente traumatizado¹⁸.

Luego, en el nivel regular esta determinado con el 66.7% de técnicos en laboratorio, el 46.1% de técnicos en enfermería seguido por el 25% y 20% de las enfermeras y obstetras respectivamente, dato preocupante ya que en este nivel el personal de salud tiene algunas nociones que pueden o no ser adecuadas para el manejo que se le brindara a este tipo de pacientes, teniendo en cuenta que la adecuada activación de los sistemas de emergencia ayudara a una adecuada manipulación y tratamiento inicial de los pacientes, la cual comienza con una visión general o simultanea del estado respiratorio, circulatorio y neurológico del paciente y así identificar problemas importantes como hemorragias o grandes deformidades¹⁵.

Un dato desalentador para las autoras es observar que el 50%b de profesionales de enfermería poseen un nivel deficiente de conocimiento sobre la atención del paciente politraumatizado, pues esto implica que este profesional no está capacitado para el cuidado de los mismos, presentará limitaciones para el trabajo en equipo frente a estos casos. Además considerando las actividades que les compete como profesionales de enfermería como la administración de medicamentos, valoración y reevaluación constante que se le debe brindar a los pacientes, y mantener una vigilancia activa ayudara a identificar la gravedad del daño ocurrido²⁶, no garantiza un cuidado seguro y de calidad poniendo en riesgo a la persona con politraumatismo grave.

Los resultados obtenidos no son similares a los encontrados por Quispe Maruja Vilca Zenaida⁹ en la investigación que tuvo como objetivo: determinar la relación entre el nivel de conocimiento del manejo inicial del politraumatizado y Engagement en enfermeras del servicio de emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017, encontró como resultado que en cuanto al

conocimiento el 53,8% de enfermeras muestran nivel medio. Con relación a la mayor parte de la población mostró mediano nivel con 46,2%.

Los resultados permiten reflexionar a las autoras que como profesionales de enfermería debemos reflexionar sobre nuestra practica y recordar que la vida de un ser humano depende en gran medida de las intervenciones y actividades que como profesionales debemos realizar de manera oportuna, segura y humana.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento del equipo de salud sobre la atención de personas politraumatizadas producto de un accidente de tránsito en un centro de salud I-4 Amazonas 2022 es regular y deficiente en un 46.7%, 33.3% presentan un nivel de conocimiento bueno y solo un 20% un conocimiento excelente, resultados preocupantes pues estarían expuestos a mala praxis profesional y la seguridad del paciente estaría en riesgo.
2. El nivel de conocimiento sobre la valoración de pacientes politraumatizados, del equipo de salud en un centro de salud I-4 Amazonas 2022 suma un 73% en los niveles deficiente y regular y solamente un 10% ostenta el nivel excelente, aspecto que no permitiría una valoración adecuada y oportuna de la persona politraumatizada.
3. El nivel de conocimiento en relación al tratamiento del paciente politraumatizado grave del equipo de salud en un centro de salud I-4 Amazonas 2022, predomina el nivel deficiente y regular sumando un 66.7% solo un 13.3% del personal de salud encuestado obtuvo nivel de excelente y un 20% un nivel de conocimiento bueno, resultados que pondrían en riesgo la vida de la persona atendida.

4. En relación al nivel de conocimientos según profesión se destaca que son los médicos quienes poseen un nivel de conocimiento excelente sobre la atención a pacientes politraumatizados graves con un 80% y lamentablemente un 50% de enfermeras presenta un nivel deficiente de conocimiento sobre el mismo aspecto siendo preocupante ya que se vería limitado el trabajo en equipo para garantizar el cuidado oportuno y seguro a la persona politraumatizada.

RECOMENDACIONES

Al personal que labora en un centro de salud I-4

- ✦ Sensibilizarse ante los resultados encontrados y buscar potenciar sus conocimientos y destrezas en el manejo de pacientes politraumatizados para lograr tener seguridad y garantizar una actuación profesional competente frente a estos eventos fortuitos como los accidentes de tránsito que conllevan a atender a personas politraumatizadas
- ✦ Formalizar un protocolo o guía de atención de pacientes politraumatizados graves, con el fin de tener un adecuado flujo en la atención de los mismos.

Al jefe del establecimiento de salud

- ✦ Fomentar el desarrollo y la realización de talleres mediante expertos para poder brindar las capacitaciones adecuadas sobre manejo de pacientes politraumatizados.

- ✦ Implementar su plan de trabajo con capacitaciones y evaluaciones constantes sobre el adecuado manejo de pacientes politraumatizados.
- ✦ Brindar facilidades para el desplazamiento del personal de salud con el fin de capacitarse sobre cuidados del paciente politraumatizado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Victor Choquehuana-Vilca. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Perfil Epidemiológico De Los Accidentes De Tránsito En El Perú, Perú 2019. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpmesp/v27n2/a02v27n2.pdf>
2. Soto S. El primer respondedor en paro cardiorrespiratorio extra hospitalario, materia pendiente en Chile. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2019 [citado 2019 set 10]; 17(2): 76-77. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sciarttext&pid=S181774332014000200018&lng=es>.
3. Aguliar Blanco, E.M., Alcalá López, J. Alcántara Torres; M., Alfaro Acha, A., Alfonso García, A.A., Álvarez Fernández, E. [Et al] autores. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 2ª ed. Bayer Healthcare; 2005. [Citado 3 Set 2019]
4. Balliu, A.; Balmaseda, A.; Barbas, C.; Barreiro, J.; Bernàrdez, X.; Borràs, S.; [Et al]. Guia d'actuació infermera d'urgències i emergències prehospitalàries. Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (SEM) [Internet]. 2015 [Citado 07 setiembre 2019]; primera edición. Disponible en: <http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/guia-dactuacioinfermera-sem.pdf>
5. Martín Delgado MC, Cabré Pericas L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Publicación cuatrimestral del máster en bioética y derecho. Revista de Bioética y Derecho. 2009 [citado 16 de marzo de 2015]; 15:6. Disponible en URL: http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD15_ArtMartin&Cabre.pdf
6. <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/5182>. Pupiales Molina J. (2017). 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, tesis licenciatura Universidad Técnica del Norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7104/1/06%20ENF%2>

7. Durand Lucia, Vasquez Edith “Conocimiento del profesional de enfermería en el manejo del paciente adulto politraumatizado en el servicio de emergencia de la Clínica Internacional. LIMA. 2019” – PERÚ. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/4459>
8. Paucar, José “Conocimiento y prácticas de la enfermera en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén” –2018– PERÚ. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14980> 21.
9. Quispe Maruja, Vilca Zenaida “Conocimientos del manejo inicial del paciente politraumatizado y engagement, enfermeras servicio de emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017” - PERÚ. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6589> 20.
10. Reyna, R. Espinoza, P .Moreno, L. El conocimiento Científico, en factores de riesgo en la comunidad. Facultad de medicina, UMAM, Mexico, 1991.
11. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Anales de la Facultad de Medicina: Vol 70. Perú.2009.
12. Natividad A. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. Av. Enferm. [revista en internet]. 2002 [citado 04 de setiembre del 2019]; 19 (1): p.43-51. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312>
13. Cesán, Verónica. (2012). Análisis de los accidentes de tránsito en la provincia de La Pampa en el período 2000-2004 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Accesado [08 de setiembre del 2019]. Disponible: <http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/033627Cesan.pdf>
14. Freire L. Papel del personal de Enfermería en situaciones de desastres. [Tesis]. España: Universidad de Oviedo; 2013. Accesado [08 de setiembre del 2019]. Disponible: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17315/6/TFM_Lidia%20Freire.pdf
15. Ferrada R, Rodríguez A eds. Trauma. 2a edición. Distribuna Editorial y Libría Médi.

16. Turégano F, Ots JR, Martín JR, Bordons E, Perea J, Vega D et al. Mortalidad hospitalaria en pacientes con traumatismos graves: análisis de la mortalidad evitable. *Cir Espan* 2001; 70:21- 6.
17. Rodriguez Serra M, Chaves Vinagre, Vincent Perales C. Manejo de la Via Aerea y Ventilación. En: *Manual de Soporte Vital Avanzado en Trauma*. El Servier Masson 2006, 5: 77-95
18. Parrila Ruiz, F, Aguilar Cruz I, Cardenas Cruz D, et al. Secuencia de intubación rápida. *Emergencias* 2012; 24: 397-409
19. Prehospital Trauma life Support Committee of the Nacional Association of Emergency Medical Technicians in collaboration with The Committee on Trauma of the American College of Surgeons. *PHTLS Soporte vital Básico y Avanzado en el trauma prehospitalario*. 7ª Ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2010.
20. Boffard KD. *Manejo Quirúrgico del Paciente Politraumatizado*. DSTC. 2ª Edición. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009.
21. Revell M, Porter K and Greaves I. Fluid resuscitation in prehospital trauma care: a consensus view *Emerg Med J* 2002; 19:494-498.
22. Cohnheim RL and Haras BA Haemoglobin therapeutics in hemorrhagic shock. *Current Opinion in Criti-cal Care* 1998; 4:442-446.
23. Waterhouse C. The Glasgow Coma scale and other neurological observations. *Nurs stand* 2005; 19(33):55-64.
24. Palmer R, Knight J. Assessment of altered conscious level in clinical practice. *Br J Nurs* 2006; 15(22):1255-1259.
25. Majidi S, Siddiq F, Qureshi AI. Prehospital neurologic deterioration is independent predictor of outcome in traumatic brain injury: analysis from National Trauma Data Bank. *American Journal of Emergency Medicine* 2013.
26. Quesada A, Rabanal JM. *Actualización en el manejo del trauma grave*. Madrid: Ed. Ergon; 2006.
27. Hernández R, et al. (2016). *Metodología de la Investigación*. 6ta ed. McGraw Hill, México. [Internet]. Consultado el 1 de julio del 2020. Disponible en:
<https://www.esup.edu.pe/descargas/perfeccionamiento/PLAN%20LECTOR%20PROGRAMA%20ALTO%20MANDO%20NAVAL%202020/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

28. Nivel de conocimientos en estudiantes del 4to. año de enfermería sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito prehospitalario Lima - Perú 2017
29. Observatori de Bioètica i Dret. El informe Belmont. [Internet]. [Citado el 2 de diciembre del 2020]. Disponible en:
<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
30. Álvarez P. Ética e investigación. Boletín virtual. [Internet]. Colombia: 2018 [consultado el 14 de febrero 2020] Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6312423.pdf>

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIONES OPERACIONALES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	ESCALAS DE MEDICION
Conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas	Es toda aquella información que refiere tener el profesional de salud para el manejo inicial del paciente poli traumatizado grave	Clasificación de pacientes politraumatizados	Leves	1. Heridas y/o lesiones no representan un riesgo salud.	Excelente (5 puntos) Bueno (4 puntos) Regular (3 puntos) Deficiente (Menor a 3 puntos)
			Moderadas	2. Heridas y/o lesiones son tratadas en el transcurso de 24-48 horas.	
			Graves	3. Heridas y/o lesiones que deben ser tratadas inmediatamente, causan la muerte.	
		Vía aérea	4. Posición paciente 5. Exploración vía aérea 6. Elevación del tórax		

politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito	con la finalidad de asegurar la calidad de vida del paciente.	Valoración Primaria ABCDE de pacientes politraumatizados	Respiración y ventilación	7. Volet castrel/tórax inestable 8. Neumotórax abierto 9. Neumotórax a tensión 10. Hemotórax masivo 11. Taponamiento cardiaco	Excelente (6 puntos) Bueno (5puntos) Regular
--	---	--	---------------------------	---	---



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

			Circulación	12. Hemorragias: capilar, venoso , arterial 13. Perfusión: pulso,piel,color, temperatura, humedad	(4puntos) Deficiente (Menor a 3 puntos)
			Déficit neurológico	1. Escala del coma de Glasgow 2. Tamaño y reactividad pupilar	
			Exposición del paciente	3. Valoración de la vestimenta 4. Hipotermia.	
		Tratamiento de pacientes politraumatizados	Vía aérea	5.Permeabilizar vía aérea. 6.Estabilización manual columna- cervical. 7.Maniobras manuales. 8. Aspiración de secreciones. 9. Intubaciones endotraqueales/nasotraqueales. 10. Uso collar cervical: blando, semirigido, rigido.	Excelente (5 puntos) Bueno (4 puntos) Regular (3 puntos) Deficiente (Menor a 3 puntos)
			Oxigenación y ventilación	11. Oxigenoterapia 12. Uso de las máscaras de alto y bajo flujo.	
			Acceso vascular	13. Cateterización venosa. 14. Traslado de pacientes: primario, secundario. 15. Fluidoterapia:coloides, salino hipertónico, cristaloides/ ringer lactato	



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO

I. INTRODUCCION

El presente cuestionario es ANONIMO, tiene por objetivo principal determinar el Nivel de conocimientos de los profesionales de salud sobre en el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito extra- intra hospitalario.

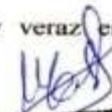
Se le solicita su participacion y responder lo mas objetivo y veraz el presente instrumento. Le agradezco su valiosa colaboracion.

II. DATOS GENERALES:

Edad... 32 a (años)

Sexo: F (X) M ()

Profesión: Enfermera


Maria del Carmen Medina Santa Cruz
LICENCIADA DE ENFERMERIA
ESPECIALISTA EN UCI
CEP: 080081 RNE: 027838

III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta una serie de enunciados por favor lealos atentamente y luego marque con un aspa (X) o encierre en un circulo la alternativa conveniente

IV. DATOS ESPECIFICOS

1. ¿Los pacientes politraumatizados se clasifican en?
 - a) Leve, moderado, grave
 - b) Con compromiso vital, sin compromiso vital
 - c) Trauma abierto, trauma cerrado
 - d) Inmediata, precoz, diferida

2. ¿Cuál es el traumatismo principal que causa la muerte y el mayor grado de secuela en los pacientes politraumatizados?
 - a) Traumatismo moderado
 - b) Traumatismo leve
 - c) Traumatismo transitorio
 - d) Traumatismo grave

3. ¿Cuál es la valoración que se debe utilizar en el manejo inicial del paciente politraumatizado?
 - a) Valoración de Glaswog
 - b) Valoración ABCDE
 - c) Valoración secundaria
 - d) Valoración TEP

4. ¿Cuál es la acción inicial que 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
5. Para realizar la valoración necesitamos saber que la frecuencia respiratoria normal por minuto en un adulto es de:
- a) 10 a 12 por minuto
 - b) 12 a 20 por minuto
 - c) 20 a 30 por minuto
 - d) 8 a 10 por minuto
6. ¿Cuál es el pulso más accesible para la valoración del paciente politraumatizado?
- a) El carotideo y el poplíteo
 - b) El braquial y el carotideo
 - c) El poplíteo y el braquial
 - d) El femoral y el carotideo
7. ¿Qué características debemos valorar en el pulso de un paciente politraumatizado?
- a) Frecuencia, calidad y duración
 - b) Regularidad, frecuencia y profundidad
 - c) Amplitud, frecuencia y ritmo
 - d) Frecuencia, ritmo y simetría
8. Para realizar la valoración rápida y detectar signos de obstrucción de la vía aérea se debe buscar cuerpos extraños y:
- a) Fracturas faciales mandibulares o de la tráquea y/o laringe
 - b) Fractura de la columna cervical
 - c) Presencia de secreciones, vómitos y/o sangre
 - d) Evaluar las características de la respiración
9. ¿Qué tratamiento definitivo se debe realizar para asegurar la permeabilidad de la vía aérea en el paciente politraumatizado?
- a) La hiperextensión del cuello
 - b) La colocación de cánula orofaríngea
 - c) La aspiración de secreciones
 - d) Colocación de collarín cervical

10. ¿Qué maniobra se debe realizar para establecer un Vía Aérea permeable en un paciente politraumatizado?
- a) Maniobra de Sellick
 - b) Hiperextensión del cuello con elevación del mentón
 - c) Elevación del mentón y el levantamiento de la mandíbula hacia arriba y en adelante
 - d) Flexión de la cabeza con elevación leve del mentón
11. ¿Durante la Evaluación Inicial que acciones se deben realizar para evitar la hipotermia en el paciente politraumatizado?
- a) Cerrar las ventanas y evitar corrientes de aire en el ambiente
 - b) Cubrir al paciente con cobertores tibios, evitar mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre
 - c) Calentar las soluciones endovenosas antes de administrarlas
 - d) Debe encontrarse en camilla rígida y ser desvestido
12. Para medir un collar cervical, los puntos anatómicos de referencia son:
- a) Mentón a horquilla esternal
 - b) Borde inferior de la mandíbula a musculo trapecio
 - c) Borde inferior de la mandíbula a horquilla esternal
 - d) Línea horizontal del mentón a base del cuello
13. Durante la evaluación inicial del paciente politraumatizado ¿Cómo se debe tratar la rápida pérdida de sangre al exterior?
- a) Férulas neumáticas
 - b) Pinzas hemostáticas
 - c) Elevar el miembro afectado
 - d) Presión directa sobre la herida
14. La hipotensión de origen desconocido en un paciente politraumatizado, se debe asumir que es el resultado de:
- a) Trauma abdominal
 - b) Amputación traumática
 - c) Lesión espinal
 - d) Neumotórax a tensión
15. El Lactato de Ringer es la solución intravenosa de elección para el tratamiento del shock en el paciente politraumatizado porque:
- a) Extrae líquido del espacio intersticial hacia el espacio intravascular
 - b) Contiene albumina y ayuda a mantener el líquido dentro del espacio intravascular
 - c) Su composición es muy similar a los electrolitos del plasma sanguíneo
 - d) Ayuda a mantener un adecuada hemostasia
16. Son soluciones compuestas por electrolitos y actúa como expansores eficaces de volumen durante un periodo breve:
- a) Cristaloides isotónicos
 - b) Coloides sintéticos
 - c) Sustitutos de la sangre
 - d) Cristaloides hipotónicos



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO

I. INTRODUCCION

El presente cuestionario es ANONIMO, tiene por objetivo principal determinar el Nivel de conocimientos de los profesionales de salud sobre en el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito extra- intra hospitalario.

Se le solicita su participación y responder lo mas objetivo y veraz el presente instrumento. Le agradezco su valiosa colaboración.

II. DATOS GENERALES:

Edad... 32(años)

Sexo: F (X) M ()

Profesión: Lic. Enfermería

Katherine Vanessa Solis Garcia
CEP: 085970
LIC. ENFERMERIA

III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta una serie de enunciados por favor lealos atentamente y luego marque con un aspa (X) o encierre en un circulo la alternativa conveniente

IV. DATOS ESPECIFICOS

1. ¿Los pacientes politraumatizados se clasifican en?
 - a) Leve, moderado, grave
 - b) Con compromiso vital, sin compromiso vital
 - c) Trauma abierto, trauma cerrado
 - d) Inmediata, precoz, diferida

2. ¿Cuál es el traumatismo principal que causa la muerte y el mayor grado de secuela en los pacientes politraumatizados?
 - a) Traumatismo moderado
 - b) Traumatismo leve
 - c) Traumatismo transitorio
 - d) Traumatismo grave

3. ¿Cuál es la valoración que se debe utilizar en el manejo inicial del paciente politraumatizado?
 - a) Valoración de Glaswog
 - b) Valoración ABCDE
 - c) Valoración secundaria
 - d) Valoración TEP

4. ¿Cuál es la acción inicial que 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
5. Para realizar la valoración necesitamos saber que la frecuencia respiratoria normal por minuto en un adulto es de:
- a) 10 a 12 por minuto
 - b) 12 a 20 por minuto
 - c) 20 a 30 por minuto
 - d) 8 a 10 por minuto
6. ¿Cuál es el pulso más accesible para la valoración del paciente politraumatizado?
- a) El carotideo y el poplíteo
 - b) El braquial y el carotideo
 - c) El poplíteo y el braquial
 - d) El femoral y el carotideo
7. ¿Qué características debemos valorar en el pulso de un paciente politraumatizado?
- a) Frecuencia, calidad y duración
 - b) Regularidad, frecuencia y profundidad
 - c) Amplitud, frecuencia y ritmo
 - d) Frecuencia, ritmo y simetría
8. Para realizar la valoración rápida y detectar signos de obstrucción de la vía aérea se debe buscar cuerpos extraños y:
- a) Fracturas faciales mandibulares o de la tráquea y/o laringe
 - b) Fractura de la columna cervical
 - c) Presencia de secreciones, vómitos y/o sangre
 - d) Evaluar las características de la respiración
9. ¿Qué tratamiento definitivo se debe realizar para asegurar la permeabilidad de la vía aérea en el paciente politraumatizado?
- a) La hiperextensión del cuello
 - b) La colocación de cánula orofaríngea
 - c) La aspiración de secreciones
 - d) Colocación de collarín cervical

10. ¿Qué maniobra se debe realizar para establecer un Vía Aérea permeable en un paciente politraumatizado?
- a) Maniobra de Sellick
 - b) Hiperextensión del cuello con elevación del mentón
 - c) Elevación del mentón y el levantamiento de la mandíbula hacia arriba y en adelante
 - d) Flexión de la cabeza con elevación leve del mentón
11. ¿Durante la Evaluación Inicial que acciones se deben realizar para evitar la hipotermia en el paciente politraumatizado?
- a) Cerrar las ventanas y evitar corrientes de aire en el ambiente
 - b) Cubrir al paciente con cobertores tibios, evitar mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre
 - c) Calentar las soluciones endovenosas antes de administrarlas
 - d) Debe encontrarse en camilla rígida y ser desvestido
12. Para medir un collar cervical, los puntos anatómicos de referencia son:
- a) Mentón a horquilla esternal
 - b) Borde inferior de la mandíbula a musculo trapecio
 - c) Borde inferior de la mandíbula a horquilla esternal
 - d) Línea horizontal del mentón a base del cuello
13. Durante la evaluación inicial del paciente politraumatizado ¿Cómo se debe tratar la rápida pérdida de sangre al exterior?
- a) Férulas neumáticas
 - b) Pinzas hemostáticas
 - c) Elevar el miembro afectado
 - d) Presión directa sobre la herida
14. La hipotensión de origen desconocido en un paciente politraumatizado, se debe asumir que es el resultado de:
- a) Trauma abdominal
 - b) Amputación traumática
 - c) Lesión espinal
 - d) Neumotórax a tensión
15. El Lactato de Ringer es la solución intravenosa de elección para el tratamiento del shock en el paciente politraumatizado porque:
- a) Extrae líquido del espacio intersticial hacia el espacio intravascular
 - b) Contiene albumina y ayuda a mantener el líquido dentro del espacio intravascular
 - c) Su composición es muy similar a los electrolitos del plasma sanguíneo
 - d) Ayuda a mantener una adecuada hemostasia
16. Son soluciones compuestas por electrolitos y actúa como expansores eficaces de volumen durante un periodo breve:
- a) Cristaloides isotónicos
 - b) Coloides sintéticos
 - c) Sustitutos de la sangre
 - d) Cristaloides hipotónicos



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO

I. INTRODUCCION

El presente cuestionario es ANONIMO, tiene por objetivo principal determinar el Nivel de conocimientos de los profesionales de salud sobre en el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito extra- intra hospitalario.

Se le solicita su participación y responder lo más objetivo y veraz el presente instrumento. Le agradezco su valiosa colaboración.

II. DATOS GENERALES:

Edad: ... 24 años ... (años)

Sexo: F () M ()

Profesión: ... Enfermera ...


Celinda Clavo Yturria
LIC. ENFERMERIA
CEP 068778

III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta una serie de enunciados por favor léalos atentamente y luego marque con un aspa (X) o encierre en un círculo la alternativa conveniente

IV. DATOS ESPECIFICOS

- ¿Los pacientes politraumatizados se clasifican en?
 - Leve, moderado, grave
 - Con compromiso vital, sin compromiso vital
 - Trauma abierto, trauma cerrado
 - Inmediata, precoz, diferida
- ¿Cuál es el traumatismo principal que causa la muerte y el mayor grado de secuela en los pacientes politraumatizados?
 - Traumatismo moderado
 - Traumatismo leve
 - Traumatismo transitorio
 - Traumatismo grave
- ¿Cuál es la valoración que se debe utilizar en el manejo inicial del paciente politraumatizado?
 - Valoración de Glaswog
 - Valoración ABCDE
 - Valoración secundaria
 - Valoración TEP

4. ¿Cuál es la acción inicial que 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
5. Para realizar la valoración necesitamos saber que la frecuencia respiratoria normal por minuto en un adulto es de:
- a) 10 a 12 por minuto
 - b) 12 a 20 por minuto
 - c) 20 a 30 por minuto
 - d) 8 a 10 por minuto
6. ¿Cuál es el pulso más accesible para la valoración del paciente politraumatizado?
- a) El carotideo y el popliteo
 - b) El braquial y el carotideo
 - c) El popliteo y el braquial
 - d) El femoral y el carotideo
7. ¿Qué características debemos valorar en el pulso de un paciente politraumatizado?
- a) Frecuencia, calidad y duración
 - b) Regularidad, frecuencia y profundidad
 - c) Amplitud, frecuencia y ritmo
 - d) Frecuencia, ritmo y simetría
8. Para realizar la valoración rápida y detectar signos de obstrucción de la vía aérea se debe buscar cuerpos extraños y:
- a) Fracturas faciales mandibulares o de la tráquea y/o laringe
 - b) Fractura de la columna cervical
 - c) Presencia de secreciones, vómitos y/o sangre
 - d) Evaluar las características de la respiración
9. ¿Qué tratamiento definitivo se debe realizar para asegurar la permeabilidad de la vía aérea en el paciente politraumatizado?
- a) La hiperextensión del cuello
 - b) La colocación de cánula orofaríngea
 - c) La aspiración de secreciones
 - d) Colocación de collarín cervical

10. ¿Qué maniobra se debe realizar para establecer un Vía Aérea permeable en un paciente politraumatizado?
- a) Maniobra de Sellick
 - b) Hiperextensión del cuello con elevación del mentón
 - c) Elevación del mentón y el levantamiento de la mandíbula hacia arriba y en adelante
 - d) Flexión de la cabeza con elevación leve del mentón
11. ¿Durante la Evaluación Inicial que acciones se deben realizar para evitar la hipotermia en el paciente politraumatizado?
- a) Cerrar las ventanas y evitar corrientes de aire en el ambiente
 - b) Cubrir al paciente con cobertores tibios, evitar mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre
 - c) Calentar las soluciones endovenosas antes de administrarlas
 - d) Debe encontrarse en camilla rígida y ser desvestido
12. Para medir un collar cervical, los puntos anatómicos de referencia son:
- a) Mentón a horquilla esternal
 - b) Borde inferior de la mandíbula a musculo trapecio
 - c) Borde inferior de la mandíbula a horquilla esternal
 - d) Línea horizontal del mentón a base del cuello
13. Durante la evaluación inicial del paciente politraumatizado ¿Cómo se debe tratar la rápida pérdida de sangre al exterior?
- a) Férulas neumáticas
 - b) Pinzas hemostáticas
 - c) Elevar el miembro afectado
 - d) Presión directa sobre la herida
14. La hipotensión de origen desconocido en un paciente politraumatizado, se debe asumir que es el resultado de:
- a) Trauma abdominal
 - b) Amputación traumática
 - c) Lesión espinal
 - d) Neumotórax a tensión
15. El Lactato de Ringer es la solución intravenosa de elección para el tratamiento del shock en el paciente politraumatizado porque:
- a) Extrae líquido del espacio intersticial hacia el espacio intravascular
 - b) Contiene albumina y ayuda a mantener el líquido dentro del espacio intravascular
 - c) Su composición es muy similar a los electrolitos del plasma sanguíneo
 - d) Ayuda a mantener un adecuada hemostasia
16. Son soluciones compuestas por electrolitos y actúa como expansores eficaces de volumen durante un periodo breve:
- a) Cristaloides isotónicos
 - b) Coloides sintéticos
 - c) Sustitutos de la sangre
 - d) Cristaloides hipotónicos

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA



(PRESENCIAL)

Yo , autorizo la utilización de los datos recolectados en base a mi participación en el cuestionario presencial requeridos para la investigación titulada “Conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas politraumatizadas graves producto de un accidente de tránsito. Centro de Salud Pomacochas I- 4 Amazonas 2022.

Reconozco que la información que será recolectada será estrictamente confidencial y será usada sólo para fines de esta investigación.

1. Acepto participar.

2. No Acepto

ANEXO 4: CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO



I. INTRODUCCION

El presente cuestionario es ANONIMO, tiene por objetivo principal determinar el Nivel de conocimientos de los profesionales de salud sobre en el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito extra- intra hospitalario.

Se le solicita su participación y responder lo más objetivo y veraz el presente instrumento. Le agradezco su valiosa colaboración.

II. DATOS GENERALES:

Edad: (años)

Sexo: F () M ()

Profesión:.....

III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta una serie de enunciados por favor léalos atentamente y luego marque con un aspa (X) o encierre en un círculo la alternativa conveniente

IV. DATOS ESPECIFICOS

1. ¿Los pacientes politraumatizados se clasifican en?
 - a) Leve, moderado, grave
 - b) Con compromiso vital, sin compromiso vital

- c) Trauma abierto, trauma cerrado
 - d) Inmediata, precoz, diferida
2. ¿Cuál es el traumatismo principal que causa la muerte y el mayor grado de secuela en los pacientes politraumatizados?
- a) Traumatismo moderado
 - b) Traumatismo leve
 - c) Traumatismo transitorio
 - d) Traumatismo grave
3. ¿Cuál es la valoración que se debe utilizar en el manejo inicial del paciente politraumatizado?
- a) Valoración de Glaswog
 - b) Valoración ABCDE
 - c) Valoración secundaria
 - d) Valoración TEP
4. ¿Cuál es la acción inicial que 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
5. Para realizar la valoración necesitamos saber que la frecuencia respiratoria normal por minuto en un adulto es de:
- a) 10 a 12 por minuto
 - b) 12 a 20 por minuto
 - c) 20 a 30 por minuto
 - d) 8 a 10 por minuto
6. ¿Cuál es el pulso más accesible para la valoración del paciente politraumatizado?
- a) El carotideo y el poplíteo
 - b) El braquial y el carotideo
 - c) El poplíteo y el braquial
 - d) El femoral y el carotideo
7. ¿Qué características debemos valorar en el pulso de un paciente politraumatizado?
- a) Frecuencia, calidad y duración
 - b) Regularidad, frecuencia y profundidad
 - c) Amplitud, frecuencia y ritmo
 - d) Frecuencia, ritmo y simetría
8. ¿Cuáles son los parámetros que incluyen en la Escala de Glasgow para la valoración de un paciente politraumatizado?
- a) Apertura ocular, Respuesta verbal, Respuesta motora y tamaño pupilar
 - b) Apertura ocular, Respuesta verbal, Respuesta motora y evaluación neurológica
 - c) Apertura ocular, Respuesta verbal y Respuesta motora
 - d) Apertura ocular, Respuesta verbal, Respuesta motora y nivel de conciencia
9. ¿Qué tratamiento definitivo se debe realizar para asegurar la permeabilidad de la vía aérea en el paciente politraumatizado?
- a) La hiperextensión del cuello

- b) La colocación de cánula orofaríngea
 - c) La aspiración de secreciones
 - d) Colocación de collarín cervical
10. ¿Durante la Evaluación Inicial que acciones se deben realizar para evitar la hipotermia en el paciente politraumatizado?
- a) Cerrar las ventanas y evitar corrientes de aire en el ambiente
 - b) Cubrir al paciente con cobertores tibios, evitar mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre
 - c) Calentar las soluciones endovenosas antes de administrarlas
 - d) Debe encontrarse en camilla rígida y ser desvestido
11. En un paciente politraumatizado la inmovilización de columna cervical debe realizarse cuando presente:
- a) Lesión penetrante en abdomen sin alteración del nivel de conciencia
 - b) Hemorragias profusas y sin poder controlarlas
 - c) Traumatismo craneoencefálico con alteración del nivel de conciencia
 - d) Falla cardíaca y respiratoria
12. Durante la evaluación inicial del paciente politraumatizado ¿Cómo se debe tratar la rápida pérdida de sangre al exterior?
- a) Férulas neumáticas
 - b) Pinzas hemostáticas
 - c) Elevar el miembro afectado
 - d) Presión directa sobre la herida
13. La hipotensión de origen desconocido en un paciente politraumatizado, se debe asumir que es el resultado de:
- a) Trauma abdominal
 - b) Amputación traumática
 - c) Lesión espinal
 - d) Neumotórax a tensión
14. La pérdida hemática tras sufrir un traumatismo es compensada por el organismo mediante la activación de:
- a) Sistema nervioso parasimpático
 - b) Sistema reticular activante
 - c) Arcos espinales reflejos
 - d) Sistema nervioso simpático
15. El Lactato de Ringer es la solución intravenosa de elección para el tratamiento del shock en el paciente politraumatizado porque:
- a) Extrae líquido del espacio intersticial hacia el espacio intravascular
 - b) Contiene albumina y ayuda a mantener el líquido dentro del espacio intravascular
 - c) Su composición es muy similar a los electrolitos del plasma sanguíneo
 - d) Ayuda a mantener un adecuada hemostasia
16. Son soluciones compuestas por electrolitos y actúa como expansores eficaces de volumen durante un periodo breve:
- a) Cristaloides isotónicos
 - b) Coloides sintéticos

- c) Sustitutos de la sangre
- d) Cristaloides hipotónicos

ANEXO 5: PRUEBA DE CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH DE INSTRUMENTO DE VARIABLE:

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,724	16

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación de total elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	9,47	8,671	,000	,727
P2	9,50	8,328	,295	,717
P3	10,03	6,999	,532	,683
P4	9,60	7,972	,297	,713
P5	9,80	7,338	,425	,698
P6	10,03	7,137	,475	,691
P7	9,60	7,628	,484	,697
P8	10,00	8,345	,024	,746
P9	10,33	7,678	,456	,699
P10	9,70	7,734	,314	,711
P11	9,57	7,840	,432	,703

P12	9,60	8,317	,118	,728
P13	10,00	7,034	,512	,686
P14	10,00	7,241	,429	,697
P15	9,80	8,855	-,145	,762
P16	9,97	7,068	,497	,688

ANEXO 6: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA

N	EDAD	SEXO	PROFESION	CLASIFICACION					VALORACION						TRATAMIENTO					TOTAL	CONOCIMIENTO
				P1	P2	P3	P4	P5	P7	P8	P10	P11	P13	P14	P16	P17	P18	P19	P20		
1	F	32	MEDICO 1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	14	EXCELENTE
2	F	29	MEDICO 2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	EXCELENTE
3	M	31	MEDICO 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	EXCELENTE
4	M	29	MEDICO 4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	13	BUENO
5	M	32	MEDICO 5	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	EXCELENTE
6	F	49	OBSTETRA1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	12	BUENO
7	F	47	OBSTETRA2	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	10	REGULAR
8	F	31	OBSTETRA3	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	11	BUENO
9	F	49	OBSTETRA4	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	12	BUENO
10	F	30	OBSTETRA5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	14	EXCELENTE
11	F	26	ENFERMERA1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	DEFICIENTE
12	F	28	ENFERMERA 2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	DEFICIENTE
13	F	31	ENFERMERA3	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	9	REGULAR
14	F	34	ENFERMERA4	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	11	BUENO
15	F	37	TECNICA ENFER 1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	8	REGULAR
16	F	53	TECNICA ENFER 2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	8	REGULAR
17	F	53	TECNICA ENFER 3	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	10	REGULAR
18	M	22	TECNICA ENFER 4	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	11	BUENO



19	F	41	TECNICA ENFER 5	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	8	REGULAR
20	F	58	TECNICA ENFER 6	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	12	BUENO
21	F	50	TECNICA ENFER 7	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	12	BUENO
22	F	45	TECNICA ENFER 8	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	10	REGULAR
23	F	56	TECNICA ENFER 9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	13	BUENO
24	F	37	TECNICA ENFER 10	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	8	REGULAR
25	F	38	TECNICA ENFER 11	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	DEFICIENTE
26	M	38	TECNICA ENFER 11	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	DEFICIENTE
27	F	45	TECNICA ENFER 12	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	EXCELENTE
28	F	47	TECNICA ENFER 13	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	11	BUENO
29	F	47	TECNICA ENFER 13	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	11	BUENO
30	F	38	TEC LABORATORIO1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	8	REGULAR
	F	21	TEC LABORATORIO2	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	8	REGULAR
	F	31	TEC LABORATORIO3	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	7	DEFICIENTE

“Conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito, Centro de Salud I- 4 Amazonas, 2022.”

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%

Mg. Nora Elisa Sánchez de García
DNI: 16480863
Código ORCID: 0000-0001-7508-557X

9	1library.co Fuente de Internet	1 %
10	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	enfermeriacuidadosymas.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
12	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1 %
13	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	<1 %
14	documentop.com Fuente de Internet	<1 %
15	nportal0.urv.cat:18080 Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %

Nora Sánchez de García

Mg. Nora Elisa Sánchez de García
DNI: 16480863
Código ORCID: 0000-0001-7508-557X

20	Martínez Gómez Claudia Fernanda. "Construcción del conocimiento en la comunicación educativa en el aula : una perspectiva interdisciplinaria desde los proyectos integradores interdisciplinarios", TESIUNAM, 2019 Publicación	<1 %
21	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	<1 %
23	cienciasanitaria.es Fuente de Internet	<1 %
24	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
25	repo.uajms.edu.bo Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
28	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Nora Sánchez de García

Mg. Nora Elisa Sánchez de García
DNI: 16480863
Código ORCID: 0000-0001-7508-557X



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Sucety Yanary Oblitas Villanueva
Título del ejercicio:	"Conocimiento del equipo de salud sobre atención a person...
Título de la entrega:	"Conocimiento del equipo de salud sobre atención a person...
Nombre del archivo:	IIFORME_TESIS_YOVANA_BURGA_Y_SUCETY_OBLITAS.docx
Tamaño del archivo:	8.5M
Total páginas:	69
Total de palabras:	12,242
Total de caracteres:	65,934
Fecha de entrega:	28-abr.-2023 08:41 a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	2078252129



Derechos de autor 2023 Turnitin. Todos los derechos reservados.



Mg. Nora Elisa Sánchez de García
DNI: 16480863
Código ORCID: 0000-0001-7508-557X