

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LA ENFERMERA EN LA
INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE
APOYO DE PICHANAKI 2019”**

**SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES:

**JANCACHAGUA TINEO CINTHYA LUCIA
SALOME QUINTANA NADIA SANDY**

Callao, 2019

PERÚ

DEDICATORIA

A Dios, mis padres, hermanos y familiares que con su apoyo y eterno acompañamiento me han brindado ánimos y fortaleza para afrontar las adversidades de la vida.

Salomé Quintana, Nadia Sandy

A mis padres, José y Felícita que con su esfuerzo, apoyo, dedicación y ejemplo me enseñaron a no desistir.

Jancachagua Tineo, Cinthya Lucía

AGRADECIMIENTO

Al personal enfermero del Hospital de Apoyo de Pichanaki del servicio de emergencias por brindarme las facilidades y a mis padres por su apoyo incondicional.

Salome Quintana, Nadia Sandy

A mi esposo Héctor, compañero incondicional y cómplice en cada nuevo proyecto, por su tiempo y aliento para seguir adelante.
Y a mi hijo Mateo por entender las horas de mi ausencia.

Jancachagua Tineo, Cinthya Lucía

INDICE

RESUMEN	05
ABSTRACT	07
INTRODUCCIÓN	09
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.4. Limitantes de la investigación.....	13
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases teóricas	18
2.3. Marco conceptual.....	28
2.4. Definición de términos básicos	36
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Hipótesis	38
3.2. Definición conceptual de variables	38
3.3. Operacionalización de variables.....	39
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	40
4.2. Método de la investigación	41
4.3. Población y muestra	41
4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado	43
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	43

4.6. Análisis y procesamiento de datos	46
V. RESULTADOS	
5.1. Resultados descriptivos	48
5.2. Resultados inferenciales.....	51
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados....	52
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares	52
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes	54
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	61
Anexo A: Matriz de consistencia	62
Anexo B: Instrumentos validados.....	63
Anexo C: Consentimiento informado	76
Anexo D: Base de datos.....	79

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de Conocimiento de los enfermeros en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019	49
Figura 2. Tipo de Práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019.....	50

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Datos generales de la muestra de estudio	48
Cuadro 2. Resumen del nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019	51

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Puntuación según categorías de conocimiento.....	44
Tabla 2.	Tipificación de la práctica de la enfermera	45
Tabla 3.	Consolidación de validación por expertos	46
Tabla 4.	Nivel de conocimiento de los enfermeros en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019	49
Tabla 5.	Tipo de práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019.....	50
Tabla 6.	Intervalos de fiabilidad del coeficiente Alfa de Crombach.....	64
Tabla 7.	Nivel de confiabilidad del cuestionario	64
Tabla 8.	Nivel de confiabilidad de la guía de observación	64

RESÚMEN

La presente investigación se titula **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA EN LA INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI 2019”**, tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki. Desde el punto de vista metodológico esta investigación fue de tipo cuantitativa no experimental, de corte transversal debido a que se realiza en un tiempo determinado y prospectivo debido a que los datos se obtuvieron en tiempo presente, el diseño elegido fue el descriptivo, porque se observaron y se describieron los hechos tal y como se encontraron en la realidad, el método general fue el inductivo-deductivo así como analítico-sintético, el método específico es el análisis de casos, la muestra se obtuvo del tipo de muestreo censal o intencional y la conformaron 25 enfermeros a los que se les aplicó un cuestionario que comprende 30 ítems en la escala ordinal para determinar el nivel de conocimiento, y una guía de observación para ver el tipo de práctica efectuada por el enfermero; tras el trabajo de campo y ejecución de la guía de observación, los resultados revelaron que el 48% de los enfermeros tenían un nivel de conocimiento medio; y el 68% de ellos tiene prácticas adecuadas acerca de la atención de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki. Finalmente el presente estudio concluye en términos generales, que el nivel de conocimiento de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados fue intermedio, debido a que

obtuvieron entre 11 a 20 puntos en el cuestionario aplicado, de otro lado el tipo de práctica que realizaron los enfermeros es el adecuado, esto porque obtuvieron en primera instancia un puntaje de 16 a 30 puntos de la escala de valoración planteada. Enseguida se recomendó al Hospital desarrollar programas de capacitación hacia el personal, que contemplen el incremento del nivel de conocimiento personal a la atención de pacientes politraumatizados.

Palabras clave: Nivel de conocimiento y práctica, inmovilización, pacientes politraumatizados, Hospital.

ABSTRACT

This research is entitled "**KNOWLEDGE AND PRACTICE OF THE NURSE IN THE IMMOBILIZATION OF POLYTHRAUMATIZED PATIENTS IN THE EMERGENCY SERVICE OF THE PICHANAKI SUPPORT HOSPITAL 2019**", was intended to determine the level of knowledge and practice of the nurse in the immobilization of patients polytraumatized in the emergency service of Pichanaki Support Hospital. From the methodological point of view, this research was of a non-experimental quantitative type, cross-sectional due to the fact that it is carried out in a certain and prospective time because the data were obtained in the present time, the design chosen was the descriptive one, because they were observed and the facts were described as they were found in reality, the general method was the inductive-deductive as well as the analytical-synthetic, the specific method is the case analysis, the sample was obtained from the type of census or intentional sampling and the 25 nurses were formed to whom a questionnaire comprising 30 items on the ordinal scale was applied to determine the level of knowledge, and an observation guide to see the type of practice performed by the nurse; After the fieldwork and execution of the observation guide, the results revealed that 48% of the nurses had a medium level of knowledge; and 68% of them have adequate practices regarding the care of polytraumatized patients in the emergency service of Pichanaki Support Hospital. Finally, the present study concludes in general terms that the level of knowledge of the nurse in the immobilization of polytraumatized patients was intermediate, because they obtained between 11 and 20 points in the applied questionnaire, on the other hand the type of practice performed by the Nurses are adequate,

this is because they obtained in the first instance a score of 16 to 30 points of the proposed assessment scale. Immediately, the Hospital was recommended to develop training programs for personnel, which contemplate the increase in the level of personal knowledge for the care of polytraumatized patients.

Key words: Level of knowledge and practice, immobilization, multiple trauma patients, Hospital.

INTRODUCCIÓN

La situación de accidentes de tránsito en nuestro país involucra a todas las acciones que pueden prevenir o afectar la atención que se da a los pacientes con traumatismos y que después generarían secuelas, con un alto impacto financiero para la persona, familia y sociedad ya que demandan alto gasto en la rehabilitación que está relacionada con la recuperación progresiva.

El traumatismo durante los primeros minutos que se prolonga a unas horas generaría la muerte, por tanto es importantísimo el accionar del equipo multidisciplinario y se enfoca fundamentalmente en el manejo del traumatizado, donde la muerte sobreviene como consecuencia de un hematoma subdural o epidural, hemoneumotorax, laceración hepática, ruptura del bazo, fracturas de pelvis o lesiones múltiples con hemorragia severa, es por ello que durante la “primera hora “de ocurrido el accidente debe caracterizarse por una evaluación rápida y oportuna, acciones terapéuticas han demostrado con creces reducir el número de lesiones invalidantes, así como los fallecimientos, para ello este proceso constituye el llamado ABCDE de la atención del trauma que permite identificar las situaciones que ponen en peligro la vida.

El trauma constituye uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, se estima que para el año 2020 será la segunda o tercera causa de muerte en todos los rangos etéreos. La etiología varía según la región pero en datos proporcionados por 39 países el 70% fueron por accidentes automovilísticos. (1)

En este contexto, el rol del profesional de enfermería que labora en las unidades de emergencia de las instituciones de salud requieren estar calificados y tener las competencias cognitivas actitudinales y procedimentales para proporcionar los cuidados requeridos al paciente politraumatizado así mismo contar con la disponibilidad de recurso humano y físico.

El presente proyecto consta de: Capítulo I: planteamiento de la investigación, Identificación del Problema, Formulación del Problema, Objetivos de la Investigación, Justificación. Capítulo II marco teorico; Antecedentes del estudio, Marco teórico, Definición de Términos. Capítulo III, Variables e hipótesis; Definición de variables, Operacionalización de variables, Hipótesis general e hipótesis específicas. Capítulo IV, Metodología; Método de investigación, Diseño de la investigación, Población y muestra, Procedimiento de recolección de datos, Procesamiento estadístico y análisis de datos. Capítulo V; cronograma, presupuesto, referencias bibliográficas, y Anexos .

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) fallecen cinco millones de personas anualmente en el mundo a causa del trauma y casi el 50% de ellas son de edades entre 15 y 44 años.

Siendo las defunciones y lesiones causadas por el tránsito problemas de salud pública en el mundo alcanzando datos de 19 por 100 000 habitantes. Vietnam no se ha salvado en el año 2002, fue de la tasa de mortalidad debida de 27 por 100 000 habitantes. Las colisiones en la vía pública de la nación se llevan cinco veces más vidas ahora que hace diez años. En el 2003 se notificó un total de 20 774 incidentes, que dieron lugar a 12 864 defunciones, 20 704 lesiones y miles de miles de millones de costos. (2)

En el Perú no se ha medido el impacto de los accidentes de tránsito sobre la pérdida de días de trabajo de las personas afectadas. El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) a través del sistema de información de discapacidad, HIS-DIS, reúne información de las atenciones brindadas en su institución, información de egresos hospitalarios y de atenciones por consulta externa, con lo que elabora anualmente un documento Análisis de situación.

El INR en el año 2008, atendió 159 pacientes por traumatismos causados por accidentes de tránsito, de los cuales, 56% ocasionaron daños en la médula espinal, 35% traumatismo encefalocraneano y 2,5% amputaciones, entre otros. Un 60% de los casos presentaron deficiencias musculo esqueléticas y

viscerales, seguidas de las deficiencias generalizadas, psicológicas y del lenguaje, el grupo etéreo afectado con mayor frecuencia fue el grupo comprendido entre los 20 y 64 años (población económicamente activa). Según etiología el 41% fueron pasajeros, 35% peatones y 20% Conductores.

A nivel local en el Distrito de Pichanaki son muy frecuentes los accidentes automovilísticos sobre todo en feriados largos o festividades. En el Hospital de Apoyo de Pichanaki de categoría II -1 en el servicio de emergencia es frecuente observar alta demanda de pacientes que sufren accidentes de tránsito ocurrido por motos lineales, camiones que son el medio de transporte de la zona.

La demora en la atención de los pacientes con politraumatismos en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki está relacionada al déficit de un sistema y de procesos que aún no son de calidad, collarín cervical mal colocado, lentitud en la colocación de tabla espinal, traslado del paciente sin la colocación de correas de fijación.

1.2. Formulación del problema

Visto toda esta problemática nos lleva a proponer el siguiente problema de investigación: Conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019.

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki?
- b. ¿Cuál es la práctica de atención de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Identificar el nivel de conocimiento de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.
- b. Identificar la práctica de atención de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

1.4. Limitantes de la investigación

1.4.1. Límites teóricos

El aporte a la investigación con este estudio es evitar complicaciones en el paciente politraumatizado que con cuidados

deficientes podrían resultar con daños irreversibles e incapacitantes por el resto de su vida o también llevarlos a la muerte. El equipo multidisciplinario tiene presente la Ley de Emergencia en Perú N° 19609 que dice: “Las emergencias son situaciones que se presentan en forma imprevisible o súbita que ponen en peligro la vida porque alteran en forma grave o profunda el estado de salud”. Cuando se califica a un accidentado como politraumatizado solo hay dos caminos a seguir: salvar la vida del paciente, o evitar complicaciones y secuelas (3), es por ello sabiendo de la norma técnica, y que el servicio de emergencia teniendo casos de accidentes de tránsito muy frecuentes no hay guías o protocolos lo cual sea facilitado al personal de salud , lo que causo más dificultad para la investigación para ver si la atención que brinda el personal de enfermería sea de calidad y calidez.

La enfermera como integrante del equipo de salud brinda los cuidados oportunos con calidez y eficacia según refiere la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N°27669 brindar atención de salud en emergencias y/o urgencias, que estas prestaciones de servicios sean científicas, tecnológicas y sistemáticas.

1.4.2. Límite temporal

Al aplicar la guía de observación de la investigación se contó con el apoyo de todo el equipo de enfermería, se aplicó durante 15 días debido a que el personal de enfermería CAS y nombrados algunos se encontraban de días libres, de vacaciones y en funciones administrativas.

Los pacientes politraumatizados son difíciles de valorar, diagnosticar y tratar, ya que presentan un riesgo vital elevado, por lo que se requiere un diagnóstico y tratamiento rápido, complejo y multidisciplinario.

1.4.3. Limitación espacial

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en el servicio de emergencia del Hospital de apoyo de Pichanaki.

II. MARCOTEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Pupiales M. Jairo (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”.

Objetivo: Es medir los conocimientos y prácticas clínicas de los enfermeros en el abordaje inicial del paciente con compromiso politraumático. **Metodología:** Es de estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. Donde se utilizó como la técnica de observación mediante una guía de recopilación de datos de pacientes politraumatizado. **Conclusiones:** Se pudo determinar que el 100 % del personal enfermero conoce el proceso de atención enfermero sin embargo no lo aplica, haciendo de sus actividades una rutina y sólo un 35.3% asume lo dicho por los protocolos establecidos (4).

Crespo & Yugsi (2012). “Relación existente entre los conocimientos por parte del personal de enfermería sobre atención inicial a personas con TEC grave y el proceso de atención de enfermería que le brinda dentro de la unidad de emergencia del Hospital Eugenio Espejo”.

Objetivo: Es ver la relación que existe entre el conocimiento de por parte del personal de enfermería sobre atención inicial a personas con TEC grave y el proceso de atención de enfermería que le brinda dentro de la

unidad de emergencia. **Método:** Es de estudio analítico descriptivo porque permitió valorar el nivel de conocimientos de las enfermeras/os y transversal. Se utilizaron como instrumentos una encuesta y guía de observación al personal de enfermería. **Conclusión:** Que el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente (5).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Belaunde García, L., Ramírez López, L., & Cáceres Robles, J. (2018). “Conocimientos y prácticas en la atención de pacientes Politraumatizado del personal de enfermería por el servicio móvil de urgencias”. **Objetivo:** Es determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las prácticas en la atención de pacientes politraumatizado por el personal de Enfermería del Servicio de Atención Móvil de Urgencias 2018. **Método:** El tipo de estudio es enfoque cuantitativo, correlacional, corte transversal, área de estudio las 33 unidades del servicio móvil de urgencias, la población considerada es de 165 licenciados en enfermería. (6)

Tarazona Apolinario, L. (2008). “Nivel de conocimiento de la enfermería en la atención al usuario adulto Politraumatizado en el servicio de emergencia de la Clínica San Pablo sede norte Independencia - 2008”. **Objetivo:** Medir el conocimiento del personal enfermero y dicho campo. **Método:** Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. **Resultados:** Donde las enfermeras en su mayoría 10

(62.5%) cuentan con conocimiento medio, y sólo 2 (12.5%) cuentan con un amplio nivel de conocimiento, finalmente se observa que 4 (25%) presentan un bajo nivel de conocimiento en cuanto a la intervención dirigida al paciente Politraumatizado. (7)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento de la enfermera

La enfermera, en gran parte de su conocimiento de la profesión conoce elementos fundamentales, su filosofía: como conocimiento, valores, estos son fundamentales porque el conocimiento es una ciencia que desarrollara la atención basada en la lógica con fundamento y método científico ganados con la experiencia o el aprendizaje. En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. (8)

2.2.2. Niveles del conocimiento

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes, que son:

1. El conocimiento sensible: Consiste en captar un objeto por medio de los sentidos, tenemos las imágenes, los sonidos y la textura.
2. El conocimiento conceptual: Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales.
3. El conocimiento holístico: Consiste en que tampoco hay colores, dimensiones, ni estructuras universales como es el caso del

conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición. (9)

2.2.3. Categorías del conocimiento

1. Conocimiento alto: Se denomina así porque hay adecuada conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una corrección con las ideas básicas del tema o materia.
2. Conocimiento medio: Se denomina también logrado regular, hay una integración parcial de ideas manifestadas, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la corrección es esporádica con las ideas de un tema material.
3. Conocimiento bajo: Considerado como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, los términos no son precisos ni adecuados, cerca del fundamento lógico. (10)

2.2.4. Tipos de conocimiento

El nivel vulgar: Los conocimientos donde se adquieren con los impulsos más elementales del hombre como sus intereses y sentimientos por lo general se refieren a los problemas inmediatos que la vida se le presenta.

El nivel científico: El conocimiento científico es sistemático, metódico, objetivo, analítico, explicativo, riguroso exacto y selectivo, da fundamentos científicos al que hacer de la ciencia, crea teorías, permitiendo formular generalizaciones en la cual se adquieren a través de la educación. (11)

El conocimiento es personal y único, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan así mismos estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”. (12)

2.2.5. Práctica

La práctica es el que promueve, facilita u obstaculiza al personal de enfermería para prestar cuidados de calidad desarrollando, además de incrementar la seguridad y bienestar de los pacientes, la práctica conduce a la adquisición de habilidades y destrezas, para poder desarrollar una práctica que se verá reflejado en la recuperación del paciente. Construyendo así entornos positivos fomentando la excelencia de la organización que optimiza los resultados y mejora la percepción y satisfacción del usuario.

En numerosos países se ha podido constatar que determinados ámbitos asistenciales de enfermería considerados excelentes influyen de forma objetiva en los resultados en salud, con disminución de la

morbimortalidad, aumento de la calidad y mejora del cuidado. (13)

2.2.6. Modelo de práctica de la Enfermera - Patricia Benner

La teoría de Patricia Benner, denominada “De principiante a Experto: excelencia y dominio de la práctica de Enfermería clínica”, teoría donde expresa que el saber teórico asimila el conocimiento y el saber práctico de las habilidades, afirmaba que el proceso de formación de un profesional de Enfermería se basaba en la experiencia es más segura y más rápida que cuando se tiene lugar a partir de una base educativa sólida, que aportaba el aprendiz (Estudiante) y el profesor (Enfermero/a profesional), ya que, en la práctica diaria de cada uno de ellos se percibían emociones, comportamientos éticos y sociales del cuidado que eran tan importantes como la técnica y la teoría para poder desempeñarse.

Benner, afirmaba que a medida que el profesional iba adquiriendo experiencia, el conocimiento clínico se transformaba en una combinación de conocimientos teóricos y prácticos. En su estudio, observó que la obtención de habilidades fundadas en la experiencia, era más segura y rápida cuando se creaba a partir de una base educativa firme y, dependiendo en qué fase se encontraba el profesional, se aprendían múltiples estrategias de aprendizaje. Las competencias son características individuales (conocimientos, habilidades y actitudes) que conceden a las personas desempeñar actividades de forma individual, desarrollar continuamente su práctica y habituarse a un entorno en constante cambio, todo esto es proporcionado por la formación, (14).

2.2.7. Modelo de la Teoría del Cuidado de Leininger

El cuidado de enfermería es multidimensional en el sentido de que tiene múltiples significados que van desde los valores que lo sustentan (lo ético), las características o elementos que lo definen como un fenómeno esencial de la profesión (lo ontológico) que presenta variaciones según el contexto en que se da, la forma en que se conoce a través de las diferentes teorías, modelos, procesos de atención, evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales (lo epistemológico), en este caso para fines de nuestro estudio nos vamos a basar en Leininger cuyos estudios son fundamentales para nuestra investigación que está basado en estudios transculturales donde se clarifica y se conceptualiza la noción del cuidado: de la enfermera en el dominio central del cuerpo de conocimiento y prácticas.

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de enfermería. Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados de la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico y así proporcionar una práctica de cuidados enfermeros específicos y universales para la cultura.

Basándose en sus teorías de:

- *Enfermería Transcultural*: Se refiere a la labor en desarrollar el

saber y la práctica de la enfermería transcultural.

- *Enfermería Intercultural*: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso desde el punto de vista interna a base de sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada. (15)

2.2.8. Politraumatismo

Según la OMS define politraumatismo como lesión corporal a nivel orgánico intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infringida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica. (16)

2.2.9. Politraumatizado

Según Santos Vásquez, A & Hurtado Colfer, C (2017), en sus guías de intervención de enfermería Hospital de emergencia José Casimiro Ulloa departamento de enfermería, define Politraumatizado al paciente que ha sufrido un traumatismo violento, con compromiso de uno o más sistema o aparato orgánico y a consecuencia de ello tiene riesgo de vida. (17)

Es todo herido que presenta dos o más heridas traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan una repercusión respiratoria o circulatoria que suponen riesgo vital para el paciente.

Una segunda definición sería: individuo que presenta lesiones óseas traumáticas, con afectación de una o más vísceras y que entrañan repercusiones respiratorias y/o circulatorias que colocan al paciente en una situación crítica que requiere una valoración y tratamiento inmediato, estableciendo una serie de prioridades terapéuticas. (18)

2.2.10. Clasificación de Politraumatismo

Politraumatismo Leve: Paciente cuyas heridas y/o lesiones no presentan un riesgo importante para su salud (no existe riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria).

Politraumatismo Moderado: Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24 - 48 horas de haber sufrido el accidente.

Politraumatismo Grave: Paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente (con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles).

Condiciones que presentan:

- Muerte de cualquier ocupante del vehículo.
- Eyección de paciente de vehículo cerrado.
- Caída mayor a dos veces la altura del paciente.
- Impacto a gran velocidad > 50 Km/h.
- Compromiso hemodinámico: presión sistólica < 90 mmHg.
- Bradipnea frecuencia respiratoria < 10 o taquipnea > 30.
- Trastorno de conciencia, Glasgow < 13.
- Fracturas de dos o más huesos largos.
- Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle.
- Si la extracción desde el vehículo dura más de 20 min. o ha sido dificultosa.
- O que presenten alguna de las siguientes características como agravante: Edad > 60 años, embarazo y patología grave preexistente.

Los eventos que presentan los pacientes politraumatizados se pueden distribuir en tres tiempos o picos claramente definidos, a esto se le denomina la distribución trimodal de la muerte por accidentes.

- Inmediato: Etapa en la que fallecen el 50% de los pacientes que sufren el evento, estos fallecen en forma instantánea luego de sucedido el evento o inmediatamente después, esto generalmente

es consecuencia de lesiones muy severas y que es poco probable que hubieran respondido a algún tratamiento de rescate como: Lesiones cardiacas o de grandes vasos y lesiones severas vertebrómedulares a nivel alto.

- **Precoz:** Fallecen el 30% de todos los pacientes que sobreviven a la etapa previa y estos fallecimientos ocurren minutos u horas posteriores al evento y pueden deberse a: Traumatismo encéfalo craneano; lesiones viscerales, Hígado, bazo, riñón y traumatismo torácico, hemitórax, neumotórax, taponamiento cardiaco.
- **Tardío:** Fallecen el 20% de los pacientes que llegan a esta etapa y estos pacientes fallecen luego de presentar infecciones severas, shock séptico o disfunciones orgánicas múltiples. (19)

2.2.11. Inmovilización

Conjunto de maniobras y técnicas que se realizan frente a un paciente con trauma para disminuir los movimientos en zonas lesionadas. La inmovilización refiere al proceso de sostener un empalme o un hueso en lugar con una tablilla con un molde que sirva de apoyo. Esto se realiza para poder evitar que el área dañada se mueva y se lesione. (20)

Objetivo: Fijación, alineación, reducir el dolor y evitar más daño.

Tipos:

- **Columna vertebral:** La inmovilización del accidentado se efectúa con el equipo de rescate en el mismo lugar del accidente, dando especial importancia a las lesiones de la columna vertebral. Los

inmovilizadores no deben ser retirados por ningún motivo, hasta que sea descartada radiológicamente una lesión espinal. Debemos tener en cuenta que la ausencia de un déficit neurológico no descarta una lesión ósea o ligamentosa de la columna ni otros problemas que supongan una sobrecarga para la médula espinal. En caso de duda: inmovilizar.

- Extremidades: daños causados en las extremidades superiores o inferiores. La razón por la cual se debe inmovilizar al paciente para evitar que la función neurológica sea lesionada debido al movimiento de la vértebra lesionada y consecuencia del daño de la médula espinal; se sabe que entre 3 a 25% de las lesiones medulares ocurren después del trauma inicial, ya sea durante el transporte o al inicio del manejo del paciente traumatizado en el servicio de urgencias (Brunette & Rockswold, 1987; Burney et al., 1989; Geisler et al., 1966; Hachen, 1974; Prasad et al., 1999; Totten & Sugarman, 1999). De otro lado, hasta un 20% de las lesiones de columna vertebral involucran varios y diferentes niveles vertebrales no continuos, de manera que toda la columna está potencialmente en riesgo (Fenstermaker, 1993; Forhna, 1999; McGuire, 1991; Muhr et al., 1999).

El diagnóstico de lesión inestable de la columna vertebral puede ser difícil, y puede tener consecuencias devastadoras como la paraplejía, la cuadriplejía, etc.; de manera que usted debe asumir que el paciente tiene daños hasta que pueda ser adecuadamente excluido. Algunos

estudios sobre trauma raquimedular han encontrado un porcentaje de lesiones inadvertidas tan alto como de un 33%, y este problema se debe claramente a una falta de sospecha de la lesión, aunque en menor grado a inadecuada interpretación de las radiografías (Trauma.org, 2002).

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Indicaciones de la inmovilización de la columna vertebral

Condiciones que hacen sospechar de Trauma Raquimedular (indicaciones de inmovilización espinal):

- Accidente automovilístico, sea conductor, pasajero o peatón.
- Trauma Craneoencefálico.
- Trauma por aplastamiento.
- Víctimas de explosión.
- Zambullidas en aguas poca profundas.
- Heridas por arma de fuego, pero de alta velocidad y que atraviesan la columna transversalmente.

No es necesario inmovilizar las heridas por arma blanca; recuerde que los dispositivos de inmovilización pueden interferir con la detección y reconocimiento de lesiones que amenazan la vida.

2.3.2. Materiales para la inmovilización de paciente politraumatizados

2.3.2.1. Collar Cervical

Aparato ortopédico en forma de collar, ajustado al cuello que se emplea para inmovilizar las vértebras y la columna cervical.

Si hay deterioro neurológico, resistencia al movimiento y dolor, el cuello y la cabeza deben ser dejados en la posición en que originalmente se encontraron. Seguidamente se coloca el collar cervical siempre acompañado del inmovilizador lateral cefálico.

El objetivo del collarín es la fijación de toda la columna vertebral con diferentes procedimientos para así evitar las lesiones que compliquen más a los pacientes.

2.3.2.2. Tipos de collarines cervicales

- **Los collarines blandos:** No están adecuadamente diseñados para los requerimientos del paciente traumatizado porque no tienen una ventana que permita el acceso a la vía aérea.
- **Los collarines semirrígidos:** Han sido inferiores en su desempeño a los collares rígidos.
- **Los collarines rígidos:** Mantienen una posición anatómica del cuello formado por dos piezas posterior y anterior con 4 puntos de apoyo:
 - a) Anteriores: Mentonianos y clavícula – esternal.

b) Posteriores: Mastoideos y espalda.

El mejor collar cervical es capaz de reducir el rango de movimientos de flexión en un 75%, y en un 50% otro tipo de movimientos, pero nunca en un 100%, por ello no hay que descuidar la inmovilización manual.

Un collar adecuado beneficia a:

- Que el paciente abra la boca y no debe entorpecer el manejo de la vía aérea o la aspiración de secreciones, hemorragias y emesis de caso contrario el collar es corto permitirá cierto rango de flexión y si se lo coloca muy alto causará hiperextensión igualmente nociva para una columna cervical traumatizada e inestable.
- Si esta flojo, no limita el movimiento y puede cubrir el mentón, la boca o la nariz obstruyendo la vía aérea del paciente.
- Si es apretado puede comprimir las venas del cuello limitando el retorno venoso e incrementando la presión intracraneana (Kolb et al., 1999).

2.3.2.3. Procedimientos de la colocación del Collarín Cervical

Para una adecuada colocación del collarín cervical se debe realizar con dos personas.

- El primer profesional, estabiliza de forma manual la cabeza y el cuello en posición neutra y alineada colocando sus manos

a ambos lados de la cabeza y buscando prominencias óseas para que la sujeción sea adecuada.

- El segundo profesional mide la talla del collarín para su adecuada selección. Se realizará midiendo desde la clavícula hasta la mandíbula del paciente.
- Mientras el primer profesional continúa sujetando la cabeza del paciente y manteniendo su alineación. El segundo profesional coloca el collarín, pasando en primer lugar la parte que queda en la nuca, y ajustándolo con los sujetadores.
- En todo momento se debe continuar sujetando la cabeza del paciente, hasta que este estabilizada con otro mecanismo además del collarín, ya que éste nos proporciona una inmovilización completa.

2.3.2.4. Inmovilizador Lateral Cefálico

Están diseñados para evitar movimientos laterales de cabeza por lo tanto es complementario al uso del collarín cervical. Está formado por tres piezas: una base rectangular con sujetadores en los tercios externos y varias cintas involucradas para la fijación de la tabla espinal y otras dos piezas de forma de un trapecio con sujetadores en una de sus caras, para fijarse a la base y por un orificio a la altura de las orejas lo cual permita que el paciente escuche en todo momento y también nos alerta para observar la presencia de otorragia.

2.3.2.5. Tablas Espinales

Tabla espinal rígida larga (42cm x186cm)

Son camillas rígidas de madera, polietileno, metal u otro material para el transporte de pacientes. En rescate vehicular usamos de madera y/o plásticos debido a que son más livianas, y no interfiere en los rayos X, lo que permite radiografiar al lesionado sin necesidad de sacarlo de la tabla.

Indicaciones: En el traslado del paciente que tiene sospecha de lesión en la columna vertebral desde el lugar del accidente hasta el medio de evacuación sanitario, minimizando los movimientos de la columna vertebral y manteniendo alineado el eje longitudinal del cuerpo.

Tabla espinal corta (46cm x81cm)

Son camillas rígidas elaboradas generalmente en madera, empleado para la inmovilización del paciente o como dispositivo de extricación. Se usa cuando el accidentado está en una posición donde no se puede inmovilizar con la tabla larga, como sucede con una persona sentada en el vehículo, o que cayó doblada fuera de él. Debe quedar claro que sólo debe usarse la tabla corta cuando no sea posible comenzar de inmediato con la tabla larga, que es la que nos permite trasladar al accidentado.

Procedimiento del tablero espinal

- Para colocar a la víctima sobre el tablero espinal en puente holandés, es decir mientras una persona se hace cargo de la

cabeza manteniendo su alineación, entre tres personas (Hombros, caderas y pies) se levanta al paciente alineado, y se introduce la tabla por debajo antes de depositarle sobre la tabla espinal.

- Completaremos la inmovilización con los inmovilizadores cefálicos a ambos lados de la cabeza, y unas cintas o correas que sujeten al paciente. De este modo, el paciente estará listo para ser trasladado a un centro hospitalario.

Chalecos de Inmovilización y Extricación

Son dispositivos empleados para inmovilizar al paciente en posición sentado para posteriormente ser colocado sobre la tabla larga. Está formada por las siguientes partes:

- Con dos o tres cintas de fijación o correas de sujeción torácicas, cada una de un color específico.
- Con dos cintas de fijación para la cabeza frontal y de mentón.
- Con dos asas para el movimiento del paciente en bloque.
- Una almohadilla que ocupa el espacio entre la cabeza del paciente y el chaleco, evitando la flexo - extensión cervical.

Correas de fijación

Son elementos que se emplean para fijar al paciente a la tabla espinal y los dispositivos de inmovilización a la camilla, si utilizamos las cintas de fijación y los dispositivos de inmovilización realizaremos una estabilidad de las 2 cinturas óseas; tanto

escapular como pélvica de un 80 a 90%, teniendo en cuenta que la cintura pélvica se debe inmovilizar con una cinta adicional.

A excepción del chaleco de extracción, que puede ser reemplazado por la tabla corta, ninguno de estos elementos puede faltar en una unidad de rescate. (16) (17)

Procedimiento

- Si queremos realizar la inmovilización completa del eje cabeza- cuello – tronco (baja con antecedente traumático): Collarín cervical, correas de fijación y tablero espinal.
- Si no queremos realizar inmovilización completa. (baja sin antecedente traumático): Tablero espinal y correas de fijación.

Adicionalmente, la inmovilización adecuada pero prolongada puede traer morbilidad como: úlceras de presión, paresia por compresión nerviosa, dificultad en el manejo de la vía aérea, incremento en el riesgo de bronco-aspiración, disfagia, dolor, isquemia tisular, aumento de costos, etc., por lo tanto la inmovilización debe ser retirada lo más pronto posible, tan pronto como se considere que es seguro hacerlo. (18)

Férulas para extremidades

Las férulas son empleadas para inmovilizar las extremidades lesionadas disminuyendo así el dolor, la hemorragia y la presentación de lesiones posteriores. Hay tres clases de

férulas:

Férulas Rígidas

Se caracteriza porque su forma no puede cambiarse y la extremidad afectada debe ajustarse a su forma. Estas incluyen férulas de cartón, plástico, metal y las neumáticas.

Férulas Moldeables

Estas pueden ser moldeadas en diversas formas para ajustarlas a las extremidades y así inmovilizar.

Férulas de Tracción

Diseñadas para realizar tracción mecánica lineal con el fin de ayudar a re-alinear fracturas.

Se usan comúnmente en fractura de fémur. (19)

Contraindicaciones: Fracturas de pelvis, fracturas de cadera, lesiones de rodilla y amputaciones traumáticas de pie y tobillo.

Técnicas de colocación: Para tomar la decisión de colocar una férula en una extremidad debe tenerse en cuenta:

- Revisar previamente la integridad de la férula.
- Antes de utilizar se debe quitar la ropa que pueda apretar bajo la férula se debe cubrir las heridas con apósitos estériles.
- Se procede a aplicar una ligera tracción para alinear la extremidad

- Valorar pulsos periféricos (tibial posterior y poplíteo).

Cuidados posteriores: Durante su utilización se tiene como principios fundamentales el control neurovascular (pulso, temperatura y sensibilidad) distal antes y después de su colocación, y durante el traslado. Asimismo es importante revisar y reajustar la fuerza de tracción para evitar la pérdida de eficacia evitando el exceso de tracción y la prolongación excesiva de la tracción más de 2 horas.

2.4. Definición de términos básicos

Conocimiento: El conocimiento es personal y único, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual).

Práctica: La práctica conduce a la adquisición de habilidades y destrezas para poder desarrollar una práctica que se verá reflejado en la recuperación del paciente.

Inmovilización: Es la limitación del movimiento de un paciente.

Paciente politraumatizado: Es cuando el paciente ha sufrido un traumatismo violento, con compromiso de uno o más órganos.

Enfermera: Es un profesional que ha adquirido competencia científica y práctica para dar cuidado y ayudar al individuo familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística ética y de responsabilidad legal

adecuados conocimientos en el área profesional, biológica, psicosocial y humanística.

Emergencia: Es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

El nivel de conocimiento es adecuado y la práctica que realiza la enfermera es el adecuado en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

3.1.2. Hipótesis específicas

- a. El nivel de conocimiento de la enfermera es adecuado en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.
- b. La práctica de la enfermera es adecuado en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

3.2. Definición conceptual de variables

Variable 1: Conocimiento en la inmovilización de pacientes politraumatizados.

Variable 2: Práctica en la inmovilización de pacientes politraumatizados.

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	VALOR FINAL
<p>Variable 1</p> <p>Conocimiento en la inmovilización de pacientes politraumatizados</p>	<p>El conocimiento es personal y único, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio "hacer", ya sea físico o intelectual)</p>	<p>Conjunto de conocimientos del profesional de enfermería en la inmovilización de pacientes politraumatizados del hospital de apoyo de Pichanaki, evaluado por un cuestionario de preguntas para ver el nivel de conocimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Clasificación. • Objetivos. • Collarín. • Inmovilizador cefálico. • Tablas espinales. • Chalecos y extricación. • Correas de fijación. • Férulas. 	<p>1-(28) 2-(29) 3,4,5-(29-30) 6,7,8-(31-32) 9-(33) 10,11,12-(34) 13-(36) 14,15,16,17,18-(37) 19,20,21-(39) 22,23,24,25,26,27-(40) 28,29,30-(41)</p>	Ordinal	<p>1.-Alto (21-30)</p> <p>2.-Medio (11-20)</p> <p>3.-Bajo (0-10)</p>
<p>Variable 2</p> <p>Práctica en la Inmovilización de pacientes politraumatizados</p>	<p>Conjunto de maniobras y técnicas que se realiza frente a un paciente con trauma para disminuir las lesiones cuyo propósito en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos.</p>	<p>Conjunto de maniobras, habilidades y destreza que realiza el personal de enfermería al momento de la inmovilización de los pacientes politraumatizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos 	<p>1(41) 2,3,4,5(42) 6,7,8,9,10,11(44) 12,13,14,15,16,17,(45) 18,19,20,21,22-(46) 23,24,25,26,27,28-(47-48)</p>	Nominal	<p>1. Adecuado (16 – 30)</p> <p>2. Inadecuado (0-15)</p>

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y diseño de la investigación

4.1.1. Tipo de Investigación

Es una investigación de enfoque Cuantitativo – No Experimental.

Cuantitativo porque los resultados que se obtendrán serán cuantificados dándoles un valor numérico y el análisis estadístico de las muestras representativas de una población determinada.

No Experimental de corte transversal porque el estudio se realizara en un tiempo y una realidad determinada.

Es prospectivo porque los datos registrados y encuestados serán obtenidos en tiempo presente. (20)

4.1.2. Diseño de la Investigación

Es descriptivo simple porque permitirá describir la realidad tal y como se muestran en la realidad, sin la intervención en la variable de investigación.

El diagrama de este estudio será el siguiente:

$$M: O_X \dots \dots \dots O_Y$$

Donde.

M: Muestra

Ox: Conocimiento en la inmovilización de pacientes politraumatizados.

Oy: Práctica en la inmovilización de pacientes politraumatizados.

4.2. Método de investigación

4.2.1. Método general

Se utilizara como métodos generales el inductivo-deductivo en el planteamiento de la investigación. Es analítico-sintético en la parte operativa de la investigación, el primero porque se descompondrá a la variable en sus respectivas dimensiones y se estudiará la influencia por separado sobre la segunda variable, para luego hacer una colección de resultados y generalizarlas hacia una conclusión (21).

4.2.2. Métodos específicos

Se utilizó el método de casos, esta se encuentra referida a la investigación detallada de una unidad de observación, teniendo en cuenta las características y comportamientos de dicha unidad (22)

4.3. Población y Muestra

4.3.1. Población

La población estuvo constituida por 25 enfermeras que laboran en el servicio de emergencias del hospital de apoyo de Pichanaki quienes serán evaluadas y observadas sobre inmovilización al paciente politraumatizado.

4.3.1.1. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Personal de salud que se encuentren laborando en el Servicio de Emergencia del Hospital de Pichanaki.
- Personal de salud que acepten participar en el estudio.
- Personal de salud que laboran en el servicio más de 3 meses.

Criterios de exclusión

- Personal de salud con descanso médico al momento de la recolección de datos.
- Personal de salud que se encuentre en periodo de vacaciones al momento de la recolección de datos.
- Personal de salud que se encuentren cubriendo turno de reten al momento de la recolección de datos.

4.3.2. Muestra

La muestra se seleccionó siguiendo el muestreo no probabilístico por conveniencia (24), en el que se analizaron los datos del total de la muestra, los cuales son 25 unidades de análisis.

Unidad de Análisis: Profesional de Enfermería.

Unidad de Muestreo: Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

Marco Muestral: Programación de turnos del personal asistencial.

Tamaño Muestral: Debido a que la población es pequeña se trabajará con la totalidad de 25 enfermeras del servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

Muestreo: No fue necesario, debido a que se trabajó con la totalidad de la población.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

El Hospital de Apoyo de Pichanaki, ubicado en el Distrito de Pichanaki, Departamento de Junín. Este Hospital posee la categoría II-1, y durante el año 2018.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

4.5.1. Técnicas

Las técnicas de recolección de datos a aplicar en la investigación serán las siguientes:

Encuesta

Se aplicó la técnica de la encuesta, el cual nos permitió una relación directa con el encuestado y así obtener la información y datos reales en función al estudio de investigación.

Observación Directa Participante.

Para aplicar la guía de observación se utilizó como técnica la observación directa participante que fué aplicada de forma individual por el investigador a cada profesional de enfermería al momento que está realizando los procedimientos de inmovilización al paciente

politraumatizado en el servicio de emergencia.

4.5.2. Instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos a aplicar en la investigación fueron las siguientes:

Cuestionario

El instrumento que se utilizó es el cuestionario dirigido al profesional de enfermería, que constará de 30 ítems con alternativa de respuesta en la escala politómicas, dando así una puntuación de 1 cuando es correcto y 0 cuando es incorrecto, previamente calculando la confiabilidad de la ejecución de los instrumentos, así como la validez de los ítems a través del juicio de expertos (Anexo B.1), la confiabilidad se efectuará a través del coeficiente alfa de cronbach (Anexo B.2). Este cuestionario fue elaborado de acuerdo al marco teórico sobre inmovilización en pacientes politraumatizados.

Para la valoración de las categorías de la variable y sus dimensiones, se considerarán las siguientes puntuaciones:

Tabla 1. Puntuación según categorías de conocimiento

Valoración de las categorías	Valores
Alto	De 21 a 30 puntos
Medio	De 11 a 20 puntos
Bajo	De 0 a 10 puntos

Guía de Observación

Fue un instrumento de tipo estructurado con alternativa de respuesta en la escala dicotómica (1=Si y 0=No), la confiabilidad de este

instrumento se obtuvo con el coeficiente alfa de cronbach (Anexo B.2), favoreció el registro de la información necesaria del actuar de la profesional de enfermería realizando el procedimiento de inmovilización del paciente politraumatizado en el uso del collarín cervical, la colocación del inmovilizador de cabeza, tabla espinal, correas de fijación y férulas para extremidades.

Para la valoración de las categorías de la variable y sus dimensiones, se considerarán las siguientes puntuaciones:

Tabla 2. Tipificación de la práctica de la enfermera

Valoración de las categorías	Valores
Adecuado	De 16 a 30 pts
Inadecuado	De 1 a 15

Validez del cuestionario

La validación de los instrumento en la recolección de datos para la investigación, fueron medidas en la escala dicotómica Si (1) y No (0), y una sugerencia del experto validador, en total fueron 5 validadores expertos en la materia que calificaron idóneamente el cuestionario acerca del conocimiento y la guía de observación para el nivel de práctica del enfermero, en el cual los resultados mostraron un puntaje promedio de 79.06, siendo este promedio el adecuado, eso se puede corroborar con la Tabla 3 y de acuerdo al Anexo B.3

Tabla 3. Consolidación de validación por expertos

N°	Pregunta	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Total
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	12.5	12.5	11.1	10	12.5	11.72
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?	12.5	12.5	11.1	10	0	11.72
3	¿Los instrumentos de recolección de datos facilitarán el logro de los objetivos de la investigación?	12.5	12.5	11.1	10	0	9.22
4	¿Los instrumentos de recolección de datos facilitarán el logro de los objetivos de la investigación?	0	0	11.1	10	0	4.22
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presentan la cantidad de ítems apropiados?	12.5	12.5	0	10	12.5	9.50
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	12.5	12.5	11.1	10	0	9.22
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de datos?	0	12.5	11.1	10	12.5	9.22
8	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de datos?	0	12.5	0	0	12.5	5.00
9	¿Del instrumento de recolección de datos, usted agregaría algún ítem?	12.5	0	11.1	10	12.5	9.22
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	12.5	12.5	11.1	10	12.5	11.72
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	12.5	12.5	11.1	10	12.5	11.72
Puntaje total		9.09	10.23	9.09	9.09	9.09	79.06

4.6. Análisis y procesamiento de datos

Para el análisis y procesamiento de datos se realizará lo siguiente:

- Una vez aplicado los instrumentos éstos serán sometidos a la verificación de la información recolectada en cada una de ellas.
- Codificación de los instrumentos aplicados.
- Construcción de la base de datos en el SPSS V. 21.
- Utilización del software Excel y Word 2016.
- Vaciamiento de los datos de cada uno de los instrumentos codificados en la base de datos.

- f. Construir las tablas estadísticas.
- g. Realizar el análisis e interpretación de la información de cada una de las tablas estadísticas.
- h. Realizar la presentación de la información para arribar a las conclusiones de la investigación.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

Luego de la aplicación del instrumento respectivo, así como de la contrastación de los resultados según la confiabilidad del mismo instrumento se obtuvo como resultados generales el siguiente cuadro.

Resultados generales		Frecuencia	
		Frecuencia observada	Porcentaje
Sexo	Masculino	4	16
	Femenino	21	84
	Total	25	100
Edad (años)	Menor de 30	3	12
	De 30 a 40	11	44
	De 40 a más	11	44
	Total	25	100
Condición laboral	Contratado	6	24
	Nombrado	19	76
	Total	25	100
Capacitación	Si	0	0
	No	25	100
	Total	25	100

Cuadro 1. Datos generales de la muestra de estudio

FUENTE: Elaboración propia

Tal como se muestra en el Cuadro 1, el 84% de los encuestados fueron del sexo femenino, en cuanto a la edad el 44% de los enfermeros tiene entre 30 a más años, según la condición laboral el 76% de los enfermeros son nombrados, y finalmente ningún personal ha recibido capacitación

Tabla 4. Nivel de Conocimiento de los enfermeros en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki - 2019

Nivel de conocimiento	Frecuencia	
	Frecuencia observada	Porcentaje
Alto	4	16
Medio	12	48
Bajo	9	36
Total	25	100

FUENTE: Elaboración propia.

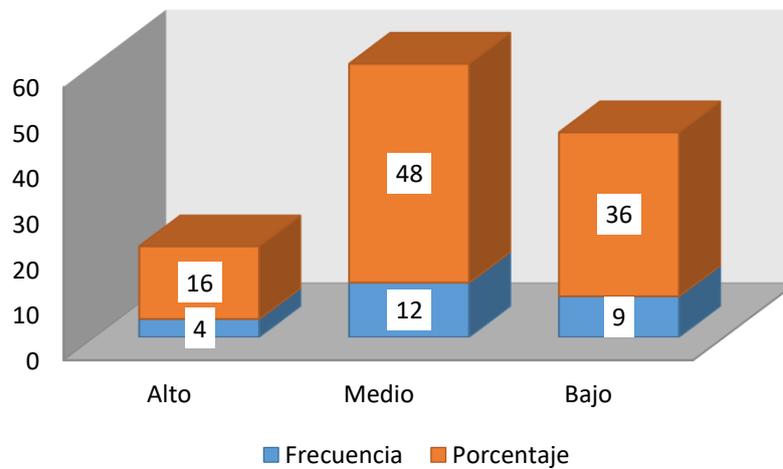


Figura 1. Nivel de Conocimiento de los enfermeros en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki - 2019

FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación

Como se muestra en la Tabla 3 y Figura 1, el nivel de conocimiento de los enfermeros predominante es el medio, esto representado por un 48% de la muestra en total, enseguida se tiene que el 36% de los enfermeros tiene un nivel de conocimiento bajo, y finalmente el 16% tiene un conocimiento alto acerca de la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

Tabla 5. Tipo de práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki

Práctica	Frecuencia	
	Frecuencia observada	Porcentaje
Adecuado	17	68
Inadecuado	8	32
Total	25	100

FUENTE: Elaboración propia.

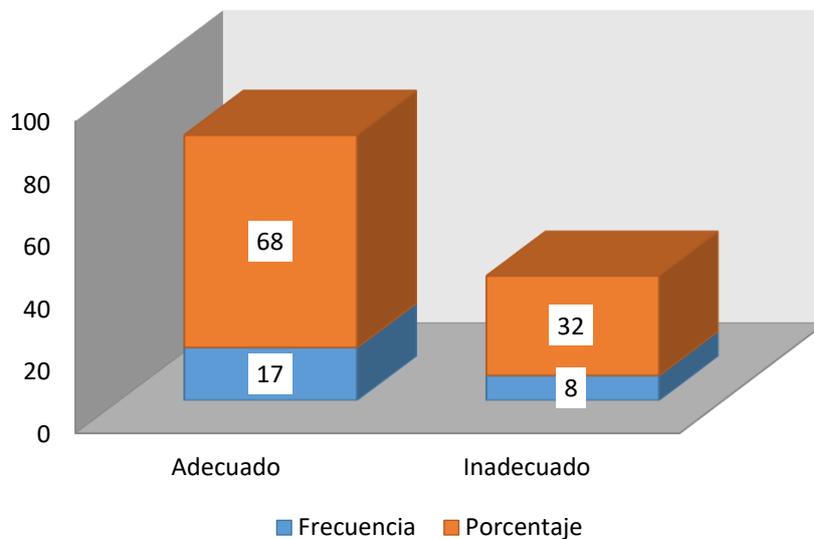


Figura 2. Tipo de práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki

FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación

Tal como se muestra en la Tabla 4 y Figura 2, el tipo de práctica predominante es el adecuado, esto porque a través de la guía de observación el 68% tuvo esta conducta, mientras que en el 32% restante se registró el tipo de práctica inadecuada de las enfermeras en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

Nivel de conocimiento de la enfermera			Práctica de la enfermera		
Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Tipo de práctica	Frecuencia	Porcentaje
Alto	4	16	Adecuado	17	68
Medio	12	48	Inadecuado	8	32
Bajo	9	36			
Total	25	100	Total	25	100

Cuadro 2. Resumen del nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019

FUENTE: Elaboración propia.

Interpretación

De acuerdo al Cuadro 2, el nivel de conocimiento de los enfermeros es medio, y también el tipo de práctica encontrado de acuerdo a la guía de observación es la adecuada en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019.

5.2. Resultados inferenciales

En función a lo planteado por Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, (2014) los estudios de alcance descriptivo simple sólo consideran los resultados en base a la estadística descriptiva, más no la inferencial.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

De acuerdo a lo planteado en la hipótesis general se tiene que el nivel de conocimiento es medio y la práctica que realiza la enfermera es adecuada en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

Esto se puede contrastar con los resultados obtenidos en la Tabla 3, en la que el 48% del personal enfermero tuvo un nivel medio de conocimientos, así como en la Tabla 4, se identificó que el 68% del personal enfermero tuvo una práctica adecuada en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.

6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares

En el estudio de Pupiales M. Jairo estudio el conocimiento y la práctica del personal de enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico politraumatizado del Hospital San Luis de Otavalo en el año 2017; efectuó la medición del nivel de conocimiento y prácticas clínicas en los enfermeros acerca del paciente con compromiso politraumático, al igual que en la presente investigación maneja las mismas variables de estudio, sin embargo este estudio revela que el 100% del personal enfermero conoce el proceso de atención pero no aplica ese conocimiento en la práctica, determinando que sólo un 35.3% asume realmente los protocolos establecidos, haciendo un símil con la

investigación el promedio obtenido en esta investigación es de un bajo conocimiento.

De acuerdo a lo hallado por Crespo & Yugs determinó la relación entre los conocimientos y el proceso de atención por parte del personal de enfermería acerca de la atención inicial a personas con TEC grave del servicio de emergencia del Hospital Eugenio Espejo en el año 2012, en semejanza a la presente investigación se utiliza los mismos instrumentos para la medición efectiva de las variables tales como: el cuestionario y la guía de observación; también al igual que en la investigación se identificó que el 100% del personal enfermero no se encuentran capacitados para el manejo de pacientes politraumatizados.

En el estudio de Cáceres Robles, J; Ramírez López, L; & Belaunde García, L., determinaron la relación del conocimiento y práctica en la atención de pacientes politraumatizados del personal de enfermería en el servicio móvil de urgencias en el periodo 2018, y determinaron una relación positiva directa entre las variables de estudio, en contraste con este estudio la población estudiada en la investigación representa el 15%.

En el estudio de Tarazona acerca del nivel de conocimiento de la enfermera en la atención al usuario adulto politraumatizado en el servicio de emergencia de la Clínica San Pablo en el año 2008, midió el conocimiento del personal enfermero arribando a que el 62.5% del total de enfermeros tienen un nivel medio de conocimiento, y tan sólo el 12.5% cuenta con un nivel alto de conocimiento, por último el 25% tienen un bajo nivel de conocimiento; al igual

que en la presente investigación el nivel medio de conocimiento es el que predomina, seguido del nivel bajo y por último un nivel alto de conocimiento en cuanto a la intervención dirigida al paciente politraumatizado.

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes

Para la ejecución de la presente tesis, se considera los procedimientos adecuados, respetando los principios de ética de la ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, donde se menciona en el código de ética y deontología Artículo 2º.- La enfermera(o) debe respetar los valores, usos, hábitos, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad; siempre que estos no pongan en riesgo su salud, considerando los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Artículo 4º.- Es deber de la enfermera(o) brindar atención eminentemente humana, oportuna, continua y segura, considerando la individualidad de la persona a quien cuida.

Por consiguiente, nos sometemos a las pruebas respectivas de validación del contenido de la presente investigación.

Por consiguiente, nos sometemos a las pruebas respectivas de validación del contenido de la presente investigación.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a que se arribó al finalizar este estudio son las siguientes:

- En términos generales, el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados que fueron examinados en el presente trabajo de investigación, se ubican con un nivel medio de conocimiento y la práctica que realizan es la adecuada, sustentado en que el 48% posee un conocimiento medio, y de acuerdo a la guía de observación el 68% del personal enfermero tiene una práctica adecuada en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.
- Por otra parte el nivel de conocimiento del personal enfermero identificado en cuanto a la definición, clasificación, objetivos, collarín, inmovilizador cefálico, tablas espinales, chalecos y extricación, correas de fijación y férulas es el medio, sólo el 48% de los enfermeros tienen un conocimiento regular o medio de acuerdo al cuestionario aplicado obtuvieron entre 11 a 20 puntos identificados en la escala ordinal.
- Finalmente, de acuerdo con los resultados de la aplicación de la guía de observación, las prácticas del personal enfermero en cuanto al uso de collarines, inmovilizador cefálico, tablas espinales, chalecos y correas de fijación son adecuadas, corroborado en que el 68% de los enfermeros efectúan buenas prácticas, es decir lograron un puntaje de 16 a 30 puntos identificados en la escala nominal.

RECOMENDACIONES

Antes de finalizar, se sugiere algunas recomendaciones con base a los resultados y las conclusiones halladas luego de efectuado el estudio:

- Es conveniente para el Hospital desarrollar programas de capacitación hacia el personal, que estipulen incrementar el nivel de conocimiento del personal en cuanto a la atención de pacientes politraumatizados, que sean supervisados cada 15 días y retroalimentados cuando sean necesarios.
- Elaborar manuales acerca de buenas prácticas en la inmovilización de pacientes politraumatizados, desde el inicio del procedimiento hasta finalizar, con el que se garantice que el personal enfermero nuevo que ingrese al servicio sepa que es lo que debe conocer y cómo debe desarrollar sus funciones.
- Evaluar a todo el personal enfermero de acuerdo a las prácticas ejecutadas de forma mensual, del cumplimiento de las funciones ejecutadas en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.
- Continuar con el desarrollo de investigaciones que se encaminen a ver la influencia del conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Los traumatismos: el problema sanitario desatendido en los países en desarrollo.

Disponible en:

<https://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-052290/es/>

Revisado el 04/02/19

2. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. OMS Y BANCO MUNDIAL.

Disponible en:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summaryes.pdf

Revisado el 04/02/19

3. Zaldívar C. Historia de la Ortopedia y de la Traumatología en el Perú. [Internet]. 1era Ed. Perú: Odín del Pozo Omiste. 2002. [Citado 10 Julio 2017]. Disponible en:

https://books.google.com.pe/books?id=t0xKogPBekC&pg=PA262&dq=fractura+politrauma+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwik_ejOlv_UAhUBciYKHRRWd4Q6AEILzAC#v=onepage&q=fractura%20politrauma%20definicion&f=false.

4. Pupiales Molina, J. Conocimientos y prácticas clínicas del personal de enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico politraumatizado – Área de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo – 2017. [Tesis de pregrado]. [Ibarra-Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2017. [citado el 05 de febrero de 2019].

Disponible en:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7104/1/06%20ENF%20833%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

5. Crespo Ana, L., & Yugsi Luis, R. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo – 2012. [Tesis de postgrado en Internet]. [Quito – Ecuador]: Universidad Central del Ecuador; 2013. [citado el 09 de febrero de 2019]
Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1215/1/T-UCE-0006-46.pdf>
6. Belaunde Garcia, L., Ramírez López, L., & Cáceres Robles, J. Conocimiento y práctica del personal de Enfermería en la atención de pacientes politraumatizados por el servicio móvil de urgencias – 2018. [Tesis de posgrado en internet]. [Lima – Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2018 [citado el 09 de febrero de 2019]
Disponible en:
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3914/Conocimiento_BelaundeGarcia_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Tarazona Apolinario, L. Nivel de conocimiento de la enfermería en la atención al usuario adulto politraumatizado en el servicio de emergencia de la Clínica San Pablo sede norte Independencia – 2008. [Tesis de postgrado]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009 [citado el 11 de febrero de 2019]
Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4817/1/Tarazona_Apolinario_Liliana_Antonia_2009.pdf
8. Colegio de Enfermeros del Perú. Ley del Trabajo de la Enfermera(o) N°27669. [Promulgado el día 15 de Febrero de 2002]. Lima – Perú.
9. Moreno, C. (2011). "Teoría del conocimiento: Introducción a la epistemología". [Internet]. España: [citado el 15 de Marzo de 2019].

Disponible desde: <http://www.ciencia.net/VerArticulo/Teoria-del-conoc?idArtic=dsfju78mvklxioz602c4>

10. Andreu y Sieber (2000), Características del Conocimiento
Disponible en: <http://linacamila16.blogspot.pe/2010/11/cuales-son-las-caracteristicas-del.html>
11. Ramírez Augusto, V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. 2009. [Revista científica Scielo-Perú en internet]

Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011
12. Hessen, J. Teoría del Conocimiento – 2011. [Instituto Latinoamericano de Ciencia y Arte, p.56]. [Informe de Internet]
13. Gea Caballero, V., Castro Sánchez, E., Juárez Vela, R., Sarabia Cobo, C., Díaz Herrera, M., Martínez Riera, J. Entorno de práctica profesional en enfermería. Revista Panorámica de Salud Pública. 2018.

Disponible en:
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.48>
14. Benner, Brykczynski K. Del principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En: Modelos y teorías en enfermería Quinta Edición. España: Edide, S.L. 2005:165-79.
15. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.
16. Definición de Politraumatismo según la OMS. [citado el 19 de Abril de 2019]

Disponible en:
<https://vdocuments.mx/trauma-definicion-la-oms-la-oms-la-define-como-lesion-corporal-a-nivel-organico.html>

17. Santos Vásquez, A., & Hurtado Colfer, C. Guía de intervención de enfermería Hospital de emergencia José Casimiro Ulloa. 2017. [Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa] [citado el 22 de Abril de 2019]

Disponible en:
http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DEL_PACIENTE_POLITRAUMATIZADO.pdf
18. Definición de paciente politraumatizado según la Revista Médica Electrónica Portales Médicos. [citado el 23 de Abril de 2019]

Disponible en:
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cadena-asistencial-ante-paciente-politraumatizado-objetivos-la-actuacion/>
19. Miguel Espinoza, J. Atención básica y avanzada del politraumatizado. [Revista Acta Médica Peruana 28(2)] – 2011. [citado el 23 de Abril de 2019]

Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n2/a07v28n2.pdf>
20. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación – 2014. México: McGraw-Hill.
21. Bernal Torres, C. Metodología de la Investigación. Administración, Economía y Ciencias Sociales – 2015. Colombia: Pearson.
22. Triola Mario, F. Estadística. Décima edición – 2009. México: Pearson Educación.
23. ATLS. Manual del Curso. Séptima Edición 2011 37:39; 45:70
24. Juliana Buitrago Jaramillo, MD., MSc. “TÉCNICAS DE INMOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE EN TRAUMA”

ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA EN LA INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI 2019”

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala	Metodología
General			Conocimiento en la inmovilización de pacientes politraumatizados	<ul style="list-style-type: none"> • Definición. • Clasificación • Objetivos. • Collarín. • Inmovilizador cefálico. • Tablas espinales. • Chalecos y extricación. • Correas de fijación. • Férulas. 	1-(Según las página de la respuesta) 2-(20) 3,4,5-(20) 6,7,8-(22) 9-(23) 10,11-(24) 12-(24,25) 13-(26) 14,15,16,17,18 -(27) 19,20,21-(28) 22-(29) 23-(29,20) 24-(29) 25,26,27,28,29 , 30-(31)	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto 	Tipo de investigación Cuantitativa – no experimental Diseño de investigación Descriptivo Población y muestra Tipo censal de 25 Enfermeras del Hospital de Apoyo de Pichanaki en el servicio de emergencia Técnica - Instrumento de recolección de datos Encuesta – Cuestionario Observación – Guía de observación Procesamiento y análisis de datos Microsoft Excel SPSS V 23
¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019?	Determinar el nivel de conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.	.El nivel de conocimiento es adecuado y la práctica que realiza la enfermera es el adecuado en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.					
Específicos							
¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki?	Identificar el nivel de conocimiento de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.	El nivel de conocimiento de la enfermera es adecuado en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.	Práctica de atención en la inmovilización de pacientes politraumatizados	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos 	1(30) 2,3,4,5(26) 6,7,8,9,10,11(26) 12,13,14,15,16,17 ,(27) 18,19,20,21,22 -(28) 23,24,25,26,27 ,28-(29-30)	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado • Adecuado 	
¿Cuál es la práctica de atención de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki?	Identificar la práctica de atención de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.	La práctica de la enfermera es adecuado en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki.					

ANEXO B: INSTRUMENTOS VALIDADOS

B.1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

Título del proyecto de investigación: “CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA EN LA INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI”.

Nº	PREGUNTA	APRECIACIÓN		SUGERENCIA
		SI (1)	NO (0)	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?			
3	¿Los instrumentos de recolección de datos facilitarán el logro de los objetivos de la investigación?			
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?			
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presentan la cantidad de ítems apropiados?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de datos?			
8	¿Del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?			
9	¿Del instrumento de recolección de datos, usted agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Firma

B.2. Confiabilidad del Cuestionario – Guía de observación

El coeficiente Alfa de Cronbach, ayuda a determinar el grado de confiabilidad del instrumento de aplicación, y se encuentra delimitado de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 6. Intervalos de fiabilidad del coeficiente Alfa de Cronbach

Intervalo del coeficiente alfa de Cronbach	Valoración de la fiabilidad de los ítems del cuestionario
[0 : 0.5[Inaceptable
[0.5 : 0.6[Pobre
[0.6 : 0.7[Débil
[0.7 : 0.8[Aceptable
[0.8 : 0.9[Bueno
[0.9 : 1[Excelente

FUENTE: Triola (2009) *Estadística*

Tabla 7. Nivel de confiabilidad del cuestionario

Alfa de Cronbach	N de elementos
,828	30

FUENTE: Elaboración propia

Tabla 8. Nivel de confiabilidad de la Guía de observación

Alfa de Cronbach	N de elementos
,784	30

FUENTE: Elaboración propia

En función a la Tabla 6, el coeficiente de Cronbach obtenido es de 0.828 traduciendo según la Tabla 5, la confiabilidad del cuestionario es buena.

De acuerdo a la Tabla 7, el coeficiente de Cronbach obtenido es de 0.784 traduciendo según la Tabla 5, la confiabilidad de la guía de observación es aceptable.



B.3. Validez por juicio de expertos
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



Callao, ... dede 2019

OFICIO CRCULAR N° 001 – SIA/UNAC/FCS/2019

Señor/a

Presente.

De mi mayor consideración.

Nos dirigimos a Ud. para expresarle nuestros saludos cordiales, y a si mismo nos permitimos presentarlos a Ud., somos estudiantes egresados de la Especialidad de Emergencias y Desastres.

Lic. Enf. Cinthya Lucia Janachagua Tineo

Lic. Enf. Nadia Sandy Salome Quintana

Quienes estamos desarrollando el trabajo de investigación titulado “CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA EN LA INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI

Conocedores de su amplia experiencia profesional en este campo y en la investigación, solicito su valioso apoyo como Juez experto en la validación del instrumento de recolección de datos, para lo cual se adjunta el resumen del trabajo de investigación, matriz de consistencia, hoja de criterios de evaluación y operacionalización de variables.

Agradezco su atención y reitero a Ud. Mi consideración más distinguida.

Atentamente.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECCIÓN DE POSGRADO



B.4. CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN

Buenos días Sr. (a), somos estudiantes de la segunda Especialidad de Enfermería en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional del Callao sede Huancayo, en esta oportunidad nos dirigimos a Usted para saludarlo y a su vez hacer de su conocimiento que estamos realizando un estudio sobre: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA EN LA INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS.**

El mismo que es de carácter anónimo y sus respuestas serán de uso para la investigación por lo que solicitamos a bien responder todas las preguntas que a continuación se presentan.

Agradeciendo anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una lista de preguntas a las cuáles usted deberá responder en forma objetiva, completando primero todos los datos informativos luego subraye la alternativa que crea conveniente.

I. DATOS GENERALES

1. Edad
 - a. Menor de 30.
 - b. De 30 a 40 años.
 - c. Mayor de 40 años.

2. Condición laboral:
 - a. Contratado.
 - b. Nombrado.
 - c. Terceros.

3. Ha asistido usted en el último año a algún curso de capacitación relacionado a la atención a pacientes politraumatizados:
 - a. SI
 - b. NO

II. INSTRUCCIONES

Marque con un aspa (x) la respuesta correcta.

1. ¿Cuál es la definición para politraumatismo?

- a) Es un conjunto de lesiones a nivel del cuerpo.
- b) Según la OMS define politraumatismo como lesión corporal a nivel orgánico intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infringida a cantidades de energía
- c) Son lesiones ocasionadas por accidentes no necesariamente por un accidente de tránsito
- d) A y b son correctas
- e) Ninguna de las anteriores

2. ¿Cómo se clasifica el politraumatismo?

- a) Politraumatismo severo
- b) Politraumatismo leve
- c) Leve, moderado y severo.
- d) Solo A es correcto
- e) Ninguna de las anteriores

3. ¿En qué condiciones se presenta un politraumatismo leve?

- a) Cuando las heridas o lesiones no presentan un riesgo en su salud
- b) Cuando las heridas son graves
- c) Solo B es correcto
- d) Ninguna de las anteriores

4. ¿En qué condiciones se presenta un politraumatismo moderado?

- a) Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas inmediatamente.
- b) Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24-48 horas de haber sufrido el accidente.
- c) Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24-72 horas de haber sufrido el accidente.
- d) A Y B son correctas
- e) Ninguna de las anteriores

5. ¿En qué condiciones se presenta un politraumatismo grave?

- a) Cuando el estado de conciencia Glasgow < 13, presión sistólica < 90 mmHg, Bradipnea frecuencia respiratoria < 10 o taquipnea > 30 y Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle.
- b) Cuando el estado de conciencia Glasgow < 14, presión sistólica > 90 mmHg, Bradipnea frecuencia respiratoria < 10 o taquipnea > 30
- c) Trastorno de conciencia Glasgow >13
- d) Solo A es correcto
- e) Ninguna de las anteriores

6. ¿Qué es la inmovilización?

- a) Conjunto de maniobras y técnicas que se realizan frente a un paciente con trauma
- b) Conjunto de maniobras que se tiene que actuar en el momento
- c) Son técnicas que se realiza para inmovilizar
- d) Solo B es correcta
- e) Todas las anteriores

7. ¿Qué objetivo tiene inmovilizar al paciente politraumatizado?

- a) Evitar las lesiones secundarias, aliviar el dolor, estabilizar las lesiones existentes.
- b) No aliviar el dolor.
- c) Evitar lesiones no existentes
- d) Complicar las lesiones
- e) Ninguna de las anteriores

8. ¿Cuáles son los tipos de inmovilización?

- a) De columna vertebral
- b) De extremidades
- c) De columna vertebral y extremidades
- d) Solo a es correcto
- e) Ninguna de las anteriores

9. ¿En qué casos se indica la inmovilización?

- a) Accidentes no automovilísticos.

- b) Solo por Traumas y arma blanca.
- c) Accidentes automovilístico, amputaciones, trauma cráneo encefálico, heridas por arma de fuego, víctimas de explosión.
- d) Solo B es correcto
- e) Ninguna es correcta

10. ¿Qué es un collarín cervical?

- a) Es un inmovilizador de columna cervical que se debe inmovilizar manualmente la cabeza.
- b) Aparato ortopédico en forma de collar que, ajustado al cuello, se emplea para inmovilizar las vértebras cervicales.
- c) Es un aparato que solo inmoviliza vertebras.
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

11. ¿En caso de que exista deterioro neurológico, resistencia al movimiento o dolor ¿Se debe colocar el collarín?

- a) Si, se coloca el collar cervical rígido siempre acompañado del inmovilizador cefálico.
- b) Si se coloca el collarín cervical, dependiendo del tamaño.
- c) No, el cuello y la cabeza deben ser dejados en la posición en que originalmente se encontraron.
- d) No se debe colocar.
- e) Todas son correctas.

12. ¿Cuántos tipos de collarines existen y cuáles son?

- a) 2, Collarín blando y rígido.
- b) 1, Collarín semirrígido.
- c) 3, Collarín blando ,semirrígido y rígido
- d) Solo A es correcta.
- e) Todas las anteriores.

13. Los inmovilizadores laterales de cabeza, están diseñados para

- a) Evitar movimientos laterales de la cabeza.
- b) Evitar la flexión de cabeza y cuello.

- c) Evitar la flexión lateral de la cabeza.
- d) Para flexionar
- e) Todas son correctas

14. ¿Cuántos tipos de tabla espinal conoce para la inmovilización de politraumatismos?

- a) Son 2, tabala espinal corta y tabla espinal larga
- b) Solo 1, tabla espinal larga
- c) Solo A es correcto
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

15. ¿Qué es la Tabla espinal rígida larga?

- a) Son camillas rígidas de madera, polietileno o de metal.
- b) Tabla larga poco resistente, de cartón prensado y de un solo uso.
- c) Tabla de metal, superficie curva y forrada con espuma.
- d) Solo B y C son correctas
- e) Todas son correctas

16. ¿Qué tipo de tablas espinales no interfiere en la toma de los rayos x?

- a) Tabla espinal rígida de madera y de plástico.
- b) Solo tablas de madera
- c) Solo tablas de plástico
- d) Todas son correctas
- e) Solo C es correcto

17. ¿Qué es la tabla rígida corta?

- a) Son camillas rígidas elaboradas generalmente de madera y otro material.
- b) Son camillas semirrígidas elaboradas generalmente en madera u otro material.
- c) Son camillas rígidas elaboradas generalmente solo de madera empleado para la inmovilización del paciente o como dispositivo de extricación.
- d) Solo A es correcta
- e) Todas las anteriores

18. En que situaciones se usa la tabla espinal corta

- a) Se usa cuando el accidentado está en una posición en que no es posible comenzar la inmovilización con la tabla larga, como sucede con una persona sentada en el vehículo, o que ha caído doblada fuera de él.
- b) Se usa cuando el accidentado no está en una posición que no es posible inmovilizar.
- c) Todas son correctas
- d) Ninguna de las anteriores

19. ¿Qué son los chalecos de inmovilización y extricación?

- a) Dispositivos empleados para inmovilizar al paciente en posición lateral
- b) Dispositivos empleados para inmovilizar al paciente en posición sentado para posteriormente ser colocado sobre la tabla larga.
- c) Son dispositivos que sirven para inmovilizar
- d) Solo A es correcto
- e) Ninguna de las anteriores

20. ¿Son partes que conforman los chalecos de inmovilización?

- a) Con dos o tres cintas de fijación o correas de sujeción torácicas, cada una de un color específico.
- b) Con dos cintas de fijación para la cabeza frontal y de mentón.
- c) Con dos asas para el movimiento del paciente en bloque.
- d) Todas las anteriores

21. Las correas de fijación son:

- a) Son correas que se utilizan para apoyarse en el traslado.
- b) Son correas que tiene como función inmovilizar solo miembros superiores.
- c) Elementos que se emplean para fijar el paciente a la tabla espinal y los dispositivos de inmovilización a la camilla.
- d) Dispositivos de ayuda para la fijación del paciente
- e) Ninguna de las anteriores

22. Las férulas son empleadas para inmovilizar las extremidades lesionadas disminuyendo así:

- a) Dolor, hemorragia y lesiones posteriores.

- b) Adormecimiento, dolor y síncope.
- c) Hemorragia y lesiones posteriores.
- d) Solo hemorragias
- e) Solo dolor

23. ¿Cuáles son las clases de férulas?

- a) Rígidas y de tracción.
- b) Rígidas, moldeables y de tracción.
- c) Moldeables y de tracción.
- d) Solo rígidas
- e) Todas las anteriores

24. Las férulas rígidas se caracterizan por:

- a) Su forma que puede cambiarse y la extremidad afectada se ajusta a su forma.
- b) Por su forma que no puede cambiarse y la extremidad afectada debe ajustar a su forma.
- c) Su forma que no puede cambiarse y la extremidad afectada no se ajusta a su forma.
- d) Por sus tipos y formas de presentación
- e) Ninguna de las anteriores

25. ¿Qué son las férulas moldeables?

- a) Son moldeadas en diversas formas para ajustarlas a las extremidades y así inmovilizar
- b) Son moldeadas en algunas formas para ajustarlas a las extremidades.
- c) Son moldeadas en 2 formas para ajustarlas a las extremidades.
- d) Son férulas que solo para extremidades
- e) Todas son correctas

26. ¿Para qué están diseñadas las férulas de tracción?

- a) Están diseñadas para realizar solo la tracción mecánica.
- b) Están diseñadas para realizar tracción mecánica lineal con el fin de ayudar a realinear fracturas.

- c) Solo D es correcta
- d) Solo para la inmovilización
- e) Ninguna de las anteriores

27. ¿En qué casos está contraindicado el uso de férula de tracción?

- a) Fractura de pelvis.
- b) Fractura de cadera.
- c) Fractura de fémur.
- d) Amputaciones de tobillo
- e) Todas las anteriores

28. ¿Qué decisiones debe tener a la colocación de una férula?

- a) Revisar la férula
- b) Antes de utilizar quitar la ropa
- c) Se aplica una ligera tracción para alinear la extremidad
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

29. ¿Qué tipos de férulas rígidas conoce?

- a) De cartón ,plástico ,metal y neumáticas
- b) De madera y plástico
- c) Metal
- d) Solo A es correcto
- e) Ninguna de las anteriores

30. ¿Para el manejo de la valoración primaria y secundaria debe manejar correctamente?

- a) El manejo inicial del A,B,C,D ,E
- b) Estado de conciencia del paciente
- c) Solo el A,B,C
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECCIÓN DE POSGRADO**



B.5. GUÍA DE OBSERVACIÓN

ENTREVISTADORA:.....

FECHA DE OBSERVACIÓN:.....

TÉCNICA	ALTERNATIVAS	
	SI	NO
1. COLLARIN CERVICAL		
1.-Realiza la valoración inicial ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión en el cuello que no puedan ser valorados tras colocar el collarín: lesiones traqueales, desviaciones de la tráquea, enfisema subcutáneo, ingurgitación yugular, ausencia de pulso carotideo, heridas, hematomas en cuello.		
2.- Estabiliza de forma manual la cabeza y el cuello en posición neutra y alineada colocando sus manos a ambos lados de la cabeza y buscando prominencias óseas para que la sujeción sea adecuada.		
3.- Elige la talla adecuada del collarín		
4.- Ayuda al otro profesional para sujetar la cabeza del paciente y manteniendo su alineación.		
5.- Fijan el collarín, pasando en primer lugar la parte que queda en la nuca, y ajustándolo con los sujetadores		
2. INMOVILIZADOR CEFALICO		
6.-Realiza la valoración previa de ambos oídos con el fin de descartar la presencia de otorragia.		
7.-Evalua y ejecuta la inmovilización de la cabeza previamente junto con el collarín cervical.		
8.-Ricibe apoyo para inmovilizar al paciente		
9.-Realiza control cervical hasta su completa fijación por parte de uno de los colaboradores.		
10.-colocan las tiras adicionales, que pasan por la frente y el mentón del paciente, mejorando la sujeción de la cabeza		
11.-Se fijan en el tablero espinal a ambos lados de la cabeza con unos velcros		
12.-Luego, coloca la otra correa sobre la frente, cruzándola para fijarla y dejar inmovilizado al paciente.		

3. TABLA ESPINAL		
13.-Realiza la valoración ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión la evaluación céfalo caudal.		
14.- Elige la tabla rígida adecuada para la inmovilización		
15.- Coloca la tabla espinal protegiendo al paciente		
16.-Pasa las alas laterales del dispositivo correspondientes al tronco, dejando los brazos fuera.		
17.- Realiza el traslado del paciente con tres personas en sospecha de lesión en la columna vertebral		
4. CHALECOS Y EXTRICACION		
18.-Utiliza el dispositivo para la inmovilización con el apoyo de la otro personal de salud.		
19.-Coloca las dos o tres cintas de fijación o correas de sugestión torácica.		
20.-Coloca las cintas de fijación para la cabeza frontal y de mentón		
21.-Utilización de los dispositivos de inmovilización para una estabilidad de las cinturas óseas		
22.-Utiliza la almohadilla que colocara en el espacio de la cabeza evitando así la flexo extensión cervical.		
5. CORREAS DE FIJACION		
23.-Fijar el paciente a la tabla espinal y los dispositivos de inmovilización a la camilla		
24.-Utilizamos las cintas de fijación		
25.-Realizar inmovilización completa del eje cabeza- cuello		
6. FÉRULAS		
26.-Emplea para inmovilizar las extremidades		
27.-Revisar previamente la integridad de la férula		
28.-Antes de utilizar se debe quitar la ropa que pueda apretar bajo la férula se debe cubrir las heridas con apósitos estériles.		
29.-Se precede ,aplicar una ligera tracción para alinear la extremidades		
30.-Valorar pulsos periféricos (tibial posterior y poplíteo)		

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del Proyecto**

“Conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019”
- **Equipo de Investigadores.**

Asesora: Mg. Ruth Ponce Loyola.
Integrantes:
- Lic. Enf. Jancachagua Tineo Cinthya Lucia.
- Lic. Enf. Salome Quintana Nadia Sandy.
- **Introducción / Propósito**

La importancia de tener los conocimientos y el saber actuar frente a las emergencias en la inmovilización en pacientes politraumatizados es prioridad en el personal de salud y así evitar complicaciones.
- **Participación**

Participaran los profesionales de enfermería del servicio de emergencias del Hospital de Apoyo de Pichanaki – Junín.
- **Procedimientos**

Se le aplicará un cuestionario de conocimientos y una guía de observación sobre inmovilización de pacientes politraumatizados, en un intervalo de tiempo de 45 minutos.
- **Riesgos / Incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de información oportuna y actualizada sobre inmovilización en pacientes politraumatizados.
- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representara ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.
- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted

podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad. No se publicaran nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Consentimiento / Participación Voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firma del participante o responsable legal.**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del encuestado.....

Firma de la investigadora.....

Huancayo,... del 2019

C.1. PERMISO DEL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI POR EL DIRECTOR

 "AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION E IMPUNIDAD" 

CARGO
2017 GRJ - DRSJ - RSPKJ - NSSQ

INFORME N°001-2019-NSSQ-GRJ-DRSJ-RSPK

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD PICHANAKI
TRAMITE DOCUMENTARIO
08 FEB 2019
Controlado y Registrado
Reg. N° Foto
Hora 11:49

A : DR. AMADEO CARDENAS ANGELES ALEJO
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE PICHANAKI

DE : NADIA SANDY SALOME QUINTANA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ASUNTO : SOLICITO INFORMACION DE DATOS DE EMERGENCIA Y
ESTADISTICA DEL HOSPITAL DE PICHANAKI PARA PODER
IDENTIFICAR LA PROBLEMÁTICA EN LA INMOVILIZACION Y
EVACUACION DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS.

FECHA : 8 DE FEBRERO DEL 2018

Mediante la presente es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez recibir apoyo para recopilar información ya que a la fecha estoy siguiendo la Especialidad de Emergencia y Desastres en la Universidad del Callao , dicha investigación lleva por título FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DE LA INMOBILIZACIÓN EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS, Y LA EVACUACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE PICHANAKI 2018, con el objetivo identificar los Factores que Influyen en la Aplicación de la Inmovilización en Pacientes Politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital de Pichanaki , es por ello que necesito la información para poder identificar las problemáticas para poder mejorar y que esta investigación serviría mucho para el Servicio de Emergencia para la atención en pacientes politraumatizados .

Es cuanto solicito a usted para su conocimiento y demás fines que estime conveniente.

Atentamente

ANEXO D: Base de datos

D.1. Matriz tripartita para la variable 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO EN LA INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE PICHANAKI																														PUNTAJE OBTENIDO						
Ítems	Muestra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			29	30			
	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	ALTO
	2	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	13	MEDIO
	3	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	15	MEDIO
	4	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	BAJO
	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	9	BAJO	
	6	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	17	MEDIO	
	7	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	10	BAJO	
	8	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	MEDIO
	9	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	10	BAJO	
	10	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	28	ALTO
	11	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	9	BAJO	
	12	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	9	BAJO	
	13	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	19	MEDIO	
	14	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	19	MEDIO
	15	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	9	BAJO		
	16	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	13	MEDIO
	17	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	11	MEDIO
	18	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	12	MEDIO
	19	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	22	ALTO	
	20	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10	BAJO
	21	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	MEDIO
	22	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	MEDIO
	23	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	20	MEDIO
	24	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	10	BAJO
	25	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	ALTO

D.2. Matriz tripartita para la variable 2

PRACTICA DEL ENFERMERO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE PICHANAKI																																	
Muestra	COLLARIN CERVICAL					INMOVILIZADOR CEFÁLICO						TABLA ESPINAL					CHALECOS Y EXTRICACIÓN					CORREAS DE FIJACIÓN			FÉRULAS					PUNTAJE OBTENIDO			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			30	
1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	18	ADECUADO	
2	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	16	ADECUADO	
3	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	16	ADECUADO	
4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	20	ADECUADO	
5	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	8	INADECUADO
6	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	17	ADECUADO	
7	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	INADECUADO	
8	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	19	ADECUADO	
9	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	11	INADECUADO	
10	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	16	ADECUADO	
11	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	12	INADECUADO	
12	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	16	ADECUADO	
13	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	11	INADECUADO	
14	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	18	ADECUADO	
15	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	11	INADECUADO
16	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	18	ADECUADO	
17	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	ADECUADO	
18	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	23	ADECUADO
19	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	9	INADECUADO	
20	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	ADECUADO	
21	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	9	INADECUADO	
22	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	21	ADECUADO	
23	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	ADECUADO	
24	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	19	ADECUADO	
25	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	22	ADECUADO	

