

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



**CONOCIMIENTO DEL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD 1-4
TAMBO – AYACUCHO, 2023**

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

AUTORES:

**GLADYS ANCHAYHUA ROMAN
LINDA ROSAURA GUZMAN MALDONADO
ANDREA ZARATE INFANZON**

ASESORA:

DRA. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO










**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADO DE ENFERMERÍA
EN EMERGENCIA Y DESASTRES**

**Callao, 2023
PERÚ**

Document Information

| | |
|-------------------|--|
| Analyzed document | SOLICITUD DE URKUND (1).docx (D169228474) |
| Submitted | 2023-06-01 01:52:00 |
| Submitted by | |
| Submitter email | lrguzmanm@unac.edu.pe |
| Similarity | 6% |
| Analysis address | fcs.investigacion.unac@analysis.orkund.com |

Sources included in the report

| | | |
|-----------|--|---|
| SA | Universidad Nacional del Callao / TESIS CONOCIMIENTO Y CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO URKUND (1).docx Document TESIS CONOCIMIENTO Y CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO URKUND (1).docx (D146245169) Submitted by: ytraymundoz@unac.edu.pe Receiver: fcs.investigacion.unac@analysis.orkund.com |  10 |
| SA | Universidad Nacional del Callao / Informe final corregido para urkund.docx Document Informe final corregido para urkund.docx (D61371624) Submitted by: kusanagui128@hotmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.orkund.com |  14 |
| SA | Universidad Nacional del Callao / CONOC Y PRACT DEL CUIDADO PACTE POLITRAUM.docx Document CONOC Y PRACT DEL CUIDADO PACTE POLITRAUM.docx (D163572991) Submitted by: nkjerie@unac.edu.pe Receiver: fcs.investigacion.unac@analysis.orkund.com |  2 |
| SA | Politraumatizado 19 setiembre.docx Document Politraumatizado 19 setiembre.docx (D144396168) |  1 |
| SA | Universidad Nacional del Callao / PLAN DE INTERVENCION DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS- OBREGÓN - URKUND.docx Document PLAN DE INTERVENCION DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS- OBREGÓN - URKUND.docx (D144734350) Submitted by: obregonmedina@hotmail.com Receiver: fcs.investigacion.unac@analysis.orkund.com |  6 |
| SA | 2-fernandez_121053_TFG- hemorragias en ámbito prehospitalario.pdf Document 2-fernandez_121053_TFG- hemorragias en ámbito prehospitalario.pdf (D106407940) |  1 |
| SA | MONTESINOS BARGUES_SJ25098_20230511_1200_c014.pdf Document MONTESINOS_BARGUES_SJ25098_20230511_1200_c014.pdf (D166714183) |  3 |
| SA | Génesis Tapia Tesina ISTCRE.docx Document Génesis Tapia Tesina ISTCRE.docx (D100078857) |  1 |
| SA | Universidad Nacional del Callao / TESIS - ACUÑA-MOSCOSO - SUAREZ.docx Document TESIS - ACUÑA-MOSCOSO - SUAREZ.docx (D62290097) Submitted by: kusanagui128@hotmail.com Receiver: investigacion.fcs.unac@analysis.orkund.com |  1 |

Entire Document

SOLICITO: REVISIÓN DE AUTENTICIDAD

<https://secure.orkund.com/view/161737434-404393-285258#/document?tab=findings>

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN: Facultad de Ciencias de la Salud

TÍTULO: Conocimiento del Manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud 1-4 Tambo – Ayacucho 2023.

AUTOR(ES)/CÓDIGO ORCID/DNI:

ANDREA ZARATE INFANZON/CODIGO ORCID: 0009-0005-3060-1215/DNI:71991509

GLADYS ANCHAYHUA ROMAN/CODIGO ORCID:0009-0001-2837-3971/DNI: 40601218

LINDA ROSAURA GUZMAN MALDONADO/CODIGO ORCID: 0009-0001-8917-2604/DNI: 418188120

Asesor(a)/código ORCID/DNI:

Dra. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO/CODIGO ORCID:/DNI: 25436457

LUGAR DE EJECUCIÓN: Centro de Salud Tambo, Ayacucho.

UNIDAD DE ANÁLISIS: Profesionales de Enfermería.

TIPO/ENFOQUE/DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Básico, cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal

TEMA OCDE: CIENCIAS DE LA SALUD

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---|-------------------|
| • DRA. ANA MARIA YAMUNAQUE MORALES | PRESIDENTA |
| • MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | SECRETARIA |
| • MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE | VOCAL |
| • DRA. VILMA MARIA ARROYO | SUPLENTE |

Asesor(a): Dra. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO

N° de libro: 05

N° de folio: 202

N° de acta: 092 – 2023

Fecha de Aprobación de Tesis: 01 de julio de 2023

Resolución de Consejo de Facultad:

DEDICATORIA

A nuestros padres por su motivación constante, consejos y comprensión para continuar nuestros estudios; así mismo a nuestros hijos por impulsarnos a ser mejores profesionales para su ejemplo.

Andrea Zárate, Gladys Anchayhua, y Linda R. Guzmán.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento infinito al jefe de la Microred Tambo Lic. Enf. Oscar Alanya Arango por permitirnos desarrollar un estudio lo cual contribuirá a la mejora del Centro de salud Tambo.

A la Universidad Nacional del Callao por brindarnos las facilidades en estos tiempos tan difíciles, haciendo uso de la tecnología y llegue a más profesionales de enfermería, que nos permita continuar desarrollando capacidades.

A nuestros docentes por tener la paciencia y comprensión en todo el desarrollo de nuestra formación, e impartirnos sus experiencias los cuales serán nuestros modelos a seguir.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| 1.1. Descripción de la realidad Problemática | 7 |
| 1.2. Formulación del Problema | 9 |
| 2.1.1 General..... | 9 |
| 2.1.2 Especifico | 10 |
| 1.3. Objetivos de la Investigación..... | 10 |
| 2.1.3 General..... | 10 |
| 2.1.4 Objetivos Específicos | 10 |
| 1.4. Justificación | 10 |
| 1.5. Delimitantes de la investigación..... | 11 |
| II. MARCO TEORICO | 12 |
| 2.2 Antecedentes del estudio | 12 |
| 2.2.1 Internacionales..... | 12 |
| 2.2.2 Nacionales..... | 14 |
| 2.3 Bases teóricas: | 17 |
| Teoría de Virginia H. Enderson: Teoría de las 14 necesidades..... | 17 |
| 2.4 Marco conceptual | 18 |
| 2.4.1 Generalidades | 18 |
| 2.4.2 Secuencia | 21 |
| 2.5 Definición de Términos | 41 |
| III. VARIABLES E HIPOTESIS..... | 43 |
| 3.1. Hipótesis..... | 43 |
| 3.2. Definición conceptual de variable..... | 43 |
| 3.3. Operacionalización de variables..... | 43 |
| IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION | 45 |
| 4.1. Diseño metodológico..... | 45 |
| 4.2. Método de investigación | 45 |
| 4.3. Población y muestra | 45 |
| 4.4. Lugar de estudio | 46 |
| 4.5. Técnica e instrumento de recolección de datos..... | 46 |
| 4.5.1. Técnicas | 46 |
| 4.5.2. Instrumento..... | 46 |
| 4.6. Análisis y Procesamiento de datos | 48 |
| 4.7. Aspectos éticos en investigación..... | 48 |
| V. RESULTADOS | 49 |
| 5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS..... | 49 |
| VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 64 |
| 6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados..... | 64 |
| 6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares..... | 64 |
| 6.3. Responsabilidad ética:..... | 65 |
| VII. CONCLUSIONES | 67 |
| VIII. RECOMEDACIONES | 68 |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 69 |
| ANEXOS | 72 |
| ÍNDICE DE TABLA..... | 73 |
| MATRIZ DE CONSISTENCIA..... | 75 |

| | |
|---|-------------------------------|
| INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS..... | ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO. |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO | 87 |
| BASE DE DATOS..... | 89 |

RESUMEN

La tesis titulada “Conocimiento del Manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud 1-4 Tambo - Ayacucho 2023”. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud 1-4 Tambo - Ayacucho 2023. **Metodología:** la investigación fue Descriptivo de tipo cuantitativo, prospectivo, no experimental, de corte transversal; cuya población de estudio estuvo conformado por 30 enfermeras del Centro de Salud Tambo. **Técnica e instrumento:** se utilizó la encuesta para lo cual se realizó la recolección de datos mediante un cuestionario de preguntas. **Resultados:** El 70.0% tienen conocimiento regular, el 16.7 tienen un conocimiento malo y el 13.3% tienen un conocimiento bueno, con respecto al manejo inicial de paciente politraumatizado. **Conclusión:** La presente tesis permitió determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo, Ayacucho 2023 en donde se obtuvo un conocimiento regular con un 70.0%. Así mismo con respecto a la dimensión generalidades, presentan un conocimiento bueno con 60%, con respecto a la dimensión secuencia presentan un conocimiento regular con un 70.3%, así mismo se presentan un conocimiento regular en vía aérea, hemorragias y ventilación, circulación con un 63.3%, 60.0% y 53.3% respectivamente; así mismo presentan un conocimiento malo en discapacidad y exposición con un 13% en ambos casos.

Palabra clave: Nivel de conocimiento, enfermeros, manejo inicial, paciente politraumatizado, emergencia.

ABSTRACT

The thesis entitled “Knowledge of the initial Management of the polytraumatized patient of the nurses of the emergency service of the Health Center 1-4 Tambo – Ayacucho 2023”. **Objective:** To determine the level of Knowledge of the initial management of the polytraumatized patient of the emergency service of the Health Center 1-4 Tambo - Ayacucho 2023. **Methodology:** The research was descriptive of quantitative, prospective, non-experimental, cross-sectional type; whose study population was made up of 30 nurses from the Tambo Health Center. **Technique and instrument:** The survey was used for which data collection was carried out using a questions questionnaire. **Results:** 70.0% have regular Knowledge, 16.7% have poor Knowledge and 13.3% have good Knowledge, regarding the initial management of a multi-trauma patient. **Conclusion:** The thesis allowed determining the level of Knowledge of nurses about the initial management of the polytraumatized patient of the emergency service of the 1-4 Tambo Health Center Ayacucho 2023 where regular Knowledge was obtained with 70.0%. Likewise, with respect to the general dimension, they present good Knowledge with 60.0%, with respect to the sequence dimension they present regular Knowledge with 70.3%, likewise, there is regular Knowledge in the airway, bleeding and ventilation, circulation with 63.3%, 60.0% and 53.3% respectively; they also present a bad Knowledge of disability and exposure with 13.0% in both cases.

Key Word: level of Knowledge, nurses, initial management, polytraumatized patient, emergency.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes de tránsito son una epidemia silenciosa y ambulante que mata a 1,3 millones de personas por año en el mundo.(1) Según la Organización Mundial de la Salud, las lesiones causadas por accidente de tránsito ocasionan pérdidas económicas para la persona, familia y comunidad, así mismo dejan con discapacidad una población económicamente activa.(2) Con respecto al acceso a los servicios de salud las demoras en el manejo inicial del paciente politraumatizado aumentan la gravedad de las lesiones, en muchos de ellos llegan a la muerte, siendo el rol principal de los profesionales de enfermería aplicar sus conocimientos en minutos, facilitando la evacuación oportuna hacia otro centro de mayor complejidad.

En cualquier lugar los pacientes politraumatizados se presentan de forma súbita e inesperado, en todos los establecimientos de salud se necesita que el personal de enfermería cuente con capacidades teóricos- prácticos para un manejo inicial adecuado y evitar las complicaciones y/o muerte de las personas afectadas.

En el Perú de acuerdo a las cifras reportadas por la Defensoría de Pueblo, en los últimos 5 años se ha producido más de 400 020 accidentes de tránsito que han ocasionado la muerte de más de 14 mil personas y han dejado heridas o en situaciones de discapacidad a más de 272 personas.(3) Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), reportó 16 025 casos de accidentes de tránsito desde enero a agosto del 2022, de los cuales se presentaron en mayor porcentaje en la sierra siendo esta en carreteras, en zonas urbanas se presentaron en igual magnitud que en la costa, sierra y selva del Perú.
(4)

El distrito de Tambo es una zona agreste que constantemente se presentan accidentes de tránsito, además el Centro de Salud Tambo es un establecimiento estratégico que conecta las vías Ayacucho-VRAEM y Tambo-San Miguel; siendo el personal de enfermería quien recibe a los

pacientes politraumatizados en el área de emergencia donde se percibe un manejo inicial inadecuado haciendo que se demore la evacuación del paciente hacia el Hospital regional de Ayacucho u Hospital de Apoyo San Miguel, lo cual nos incitó a desarrollar nuestra investigación con la finalidad de crear protocolos y/o guías que faciliten los procesos y valorar la importancia de sus saberes en el área prehospitalario.

Para una mejor comprensión de nuestra investigación, se divide en apartados; lo cual se detalla a continuación:

I: Se describe el planteamiento de la realidad problemática, formulación de los objetivos, justificación y delimitación de la investigación.

II: Se desarrolla el marco teórico, considerándose los antecedentes internacionales y nacionales, bases teóricas, marco conceptual y la definición de términos básicos.

III: Se especifica la hipótesis y variables, así como la operacionalización de las variables.

IV: Se explica la metodología del proyecto.

V: Se encuentra la contrastación de la hipótesis mediante resultados descriptivos, inferenciales u otros resultados obtenidos.

VI: Se encuentra la discusión del resultado de la investigación, mediante la contrastación y demostración de la hipótesis con el resultado; contrastación con otros resultados similares y la responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.

VII: Se plasma las conclusiones de la investigación desarrollada.

VIII: Se brinda las recomendaciones.

IX: Se encuentra las referencias bibliográficas utilizadas

Anexos: se halla los anexos como la matriz de consistencia, consentimiento informado y base de datos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad Problemática

A nivel mundial, los accidentes de tránsito se presentan súbita e inesperadamente, determinado por condiciones y actos irresponsables potencialmente prevenibles, atribuidos a factores humanos, vehículos motorizados, condiciones climatológicas, señalizaciones inadecuadas, los cuales ocasionan pérdidas prematuras de vidas humanas y/o lesiones, así como secuelas físicas o psicológicas, perjuicios materiales y daños a terceros. Según la Organización Mundial de la Salud en el dos mil dieciocho, indica que las muertes por accidente de tránsito continúan aumentando, con un promedio anual de un millón trecientos cincuenta mil muertes, siendo la principal causa de muerte de los jóvenes entre quince y veintinueve años de edad. Los pacientes politraumatizados por accidentes de tránsito, afectan a una población activamente productiva causando un costo elevado tanto para la familia y la sociedad donde se encuentra. (1)

En el Perú de acuerdo a las cifras reportadas por la Defensoría de Pueblo, en los últimos cinco años se ha producido más de cuatrocientos veinte mil accidentes de tránsito que han ocasionado la muerte de más de catorce mil personas y han dejado heridas o en situaciones de discapacidad a más de doscientos setenta y dos personas.(3) Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), reportó dieciséis mil veinticinco casos de accidentes de tránsito desde enero a agosto del dos mil veintidós, de los cuales se presentaron en mayor porcentaje en la sierra siendo esta en carreteras, en zonas urbanas se presentaron en igual magnitud que en la costa, sierra y selva del Perú.(4)

En el distrito de Tambo, desde enero hasta el mes de diciembre del dos mil veintidós se suscitaron dieciocho accidentes de tránsito, de los cuales hubo un total de cuarenta y dos personas afectadas en edades que comprenden de tres a cuarenta y nueve años de edad, de ellos once pacientes fueron referidos al hospital regional de Ayacucho por presentar politraumatismo que comprometen la vida.

El Centro de Salud de Tambo, es un establecimiento estratégico, por ser un corredor vial, que une la zona Quinua, VRAEM y San Miguel, el terreno es agreste aumentando el riesgo de accidentes de tránsito. Todos los heridos son necesariamente traídos al Centro de Salud de Tambo, algunos pacientes llegan trasladados por serenazgo, policía de carretas o la misma población en particular, en otras ocasiones los profesionales del centro de salud acuden a auxiliar a los heridos, donde el traslado del paciente no son las correctas ni adecuadas, los heridos llegan o los traen como puedan para que se les atienda rápidamente en el establecimiento más cercano que es Tambo; Asimismo cuando el personal sale al llamado para traer las emergencias, observamos que algunos de los colegas no realizan la colocación de los collarines y si se coloca no lo realizan de la forma correcta, no inmovilizan los miembros superiores e inferiores afectados y muchas veces no llegan a canalizar las vías periféricas aduciendo que es por la premura del tiempo, por lo que no se evidencia un adecuado manejo inicial del paciente politraumatizado; los cuales son recibidos y atendidos por el personal de turno en el área de emergencias.

El profesional de enfermería, por estar actuando en ese escenario, encuentra diversos desafíos poniendo a prueba sus competencias de acuerdo a su formación, algunas enfermeras son nuevas y no cuentan con experiencia laboral en emergencias, no cuentan con especialidad en emergencias, Tampoco contamos con guías o protocolos en el servicio de emergencias del Centro de Salud Tambo. Por lo tanto, el manejo inicial del paciente politraumatizado no es eficiente ni eficaz y los riesgos de morbilidad y mortalidad son grandes en los pacientes politraumatizados, porque fácilmente pueden sufrir un shock, la disminución de oxígeno en sangre (hipoxemia) y las hemorragias que se suman a la lesión primaria, merman todavía más la función de los órganos vitales y existe el peligro de insuficiencia de diversos aparatos e infección generalizada.

La insuficiencia respiratoria y el paro cardiorrespiratorio son dos complicaciones muy probables, la mayoría de estas personas fallecen no por la lesión en sí sino por el retraso en el manejo inicial y evacuación del

paciente hacia otro centro de mayor complejidad, es fundamental el dominio del conocimiento científico y experiencia en esta área, para que brinde la atención de la mejor manera posible. La capacitación del personal en esta área adquiere importancia trascendental. Por ello se necesita guías y/o protocolos específicos que procuran un nuevo enfoque en la ayuda a los pacientes con lesiones peligrosas para su vida, mejorando el pronóstico de las víctimas de traumas, donde se despliegan esfuerzos en la atención de las víctimas por accidentes de tránsito.

Al interactuar con las enfermeras (os) del pre hospitalario refieren; “Se necesita de capacitaciones para el manejo inicial a los pacientes politraumatizado tanto teóricas, y lo que se busca es más práctica ya que muchas veces los escenarios en los cuales se encuentra al paciente son diversos, y las acciones a tomar tienen que adaptarse”, “la atención pre hospitalaria es un área que no es enseñada en las universidades, estas se refuerzan en el ámbito laboral del día a día”, “se trabaja bajo mucha presión en la parte pre hospitalaria, así como en emergencia con las atenciones de accidentes de tránsito, que llegan de manera masiva asimismo los familiares interfieren a veces y no colaboran en el momento del traslado”, por otro lado no contamos con todos los materiales adecuados, de acuerdo a las normas internacionales y eso lo tenemos que superar nosotros como personal de enfermería”.

Todo lo expuesto, nos lleva a proponer el siguiente problema de investigación:

1.2. Formulación del Problema

2.1.1 General

¿Cuál es el nivel de conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo-Ayacucho 2023?

2.1.2 Especifico

¿Cuál es el nivel de conocimiento en cuanto a generalidades del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del Centro de Salud 1-4 Tambo-Ayacucho 2023?

¿Cuál es el nivel de conocimiento en cuanto a secuencia del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del Centro de Salud 1-4 Tambo-Ayacucho 2023?

1.3. Objetivos de la Investigación

2.1.3 General

Determinar el nivel de conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4, Tambo – Ayacucho, 2023.

2.1.4 Objetivos Específicos

Identificar el nivel de conocimiento en cuanto a generalidades del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4, Tambo – Ayacucho, 2023.

Identificar el nivel de conocimiento en cuanto a secuencia del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4, Tambo – Ayacucho, 2023.

1.4. Justificación

La presente investigación se justifica porque se ha observado que en el servicio de emergencia del Centro de Salud de Tambo de la ciudad de Ayacucho, constantemente se presentan Accidentes de tránsito y por ende politraumatizados, los profesionales de enfermería deben plasmar sus conocimientos para la atención de dichos pacientes se vuelve una odisea por lo agreste de la zona, por la falta de capacitación de los profesionales de emergencia, poniendo en riesgo la vida del paciente en la deficiente valoración inicial.

Se investiga además para conocer específicamente cuales son las causas que están generando la dificultad y determinar quienes se encuentran

comprometidos para proponer soluciones adecuadas, además favorecer la capacitación del personal de salud de encontrarse responsable, también mejorar la imagen del servicio de atención de emergencia del Centro de Salud.

Finalmente se investiga para que de los resultados obtenidos en la investigación podamos proponer guías y protocolos, que se incluyan capacitaciones y/o actualizaciones permanentes, ya que hay ingreso constante de nuevos personales en el Centro de Salud Tambo. De esta manera se tendrá un personal actualizado, entrenado, para una atención rápida con calidez, eficiencia y eficacia en el manejo inicial al paciente politraumatizado.

1.5. Delimitantes de la investigación

La información fue obtenida de bibliografías internacionales. En nuestro país no existe protocolos nacionales estandarizados sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado.

Se desarrolló el marco teórico con referencia al manejo inicial del paciente politraumatizado, teniendo en cuenta la nemotecnia XABCDE, lo cual es una nomenclatura utilizada universalmente en todos los niveles de atención en atenciones prehospitalarias y las normativas vigentes en emergencias y desastres.

Uno de los limitantes temporales que se nos presentó fue que los integrantes del grupo no coincidían en sus turnos para el avance y desarrollo de la tesis, por lo cual se fue relegando el trabajo.

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud Tambo Ayacucho 2023, por lo cual se contó con el apoyo de jefe del Centro de salud Tambo.

II. MARCO TEORICO

2.2 Antecedentes del estudio

2.2.1 Internacionales

Reyes Arboleda, P. realizó un trabajo de Investigación titulado “Atención de Enfermería en pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital General Delfina Torres de Concha de Esmeraldas” **Ecuador – 2021**. El cual tuvo como **Objetivo** analizar la atención de enfermería que realizan los enfermeros/as en pacientes politraumatizados que acuden al servicio de emergencia del Hospital General Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas. El **Método** que realizó fue un estudio de tipo mixto de corte transversal y alcance descriptivo. Los instrumentos que utilizaron para la recopilación de la información fue un cuestionario aplicado a 50 profesionales de enfermería y una ficha de observación que fue ejecutada de forma aleatoria. **Resultado**, al personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia, se encontró como resultado que el 82% conocen el procedimiento de enfermería que tienen que realizar al paciente politraumatizado que presenta hemorragia; mientras que en la observación de atención de enfermería a pacientes politraumatizados el 62% prioriza la secuencia del ABCD en el mantenimiento de la permeabilidad de la Vía Aérea el 59% si cumple con verificar la ventilación de estos pacientes, **conclusión** con este estudio se pudo comprobar que es vital importancia que el personal de enfermería adquiera conocimientos con fundamentos científicos en conjunto con la implementación de equipos tecnológicos e infraestructura que son partes elementales para poder dar una atención adecuada y así disminuir el riesgo de producir más lesiones que puedan poner en riesgo la vida del paciente politraumatizado.(5)

Satán Ordoñez, N. realizó un trabajo de investigación titulado “Cuidados de enfermería en pacientes con politraumatismo”. **Ecuador. 2019**. El cual tuvo como objetivo. El **Método** fue de revisión bibliográfica con el propósito de analizar los cuidados de enfermería en paciente con

politraumatismo de acuerdo a diferentes autores, mediante la búsqueda, revisión y análisis de alto impacto mundial disponibles en la base de datos: Cuiden plus, Elsevier, Google Académico, Putmet, Scielo, Lilacec, Org, Revista cubana, se encontró el siguiente **resultado** en base a la revisión bibliográfica se determinó que el personal de enfermería realiza la valoración según : Modelo de catorce necesidades de Virginia Henderson, Patrones funcionales de Maryori Gordon, jerarquía de necesidades de Abraham Maslow, además también por aparatos y sistemas. Cabe destacar que no todos los autores describen acciones de enfermería a base a la valoración realizada.(6)

Ibujes Guerreros, Luisa Alexandra, realizó un trabajo de investigación titulado “Evaluación Inicial de la atención de enfermería al paciente politraumatizado”. Guayaquil-**Ecuador.2017**. El cual tuvo como **objetivo** fomentar la aplicación de un plan de atención de enfermería sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado. El **Método** fue no experimental de tipo descriptivo, se encontró el siguiente **resultado**, el conocimiento de evaluación del personal de enfermería que trabaja en el área de emergencia no tiene incidencia sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado. (7)

Rodriguez M, Ada G, Esono M, realizó un estudio de investigación titulado “Atención de enfermería al paciente politraumatizado, Hospital Regional de Bata” **África Central 2017**. El cual tuvo como **objetivo** Evaluar el desempeño de los cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado. El **Método** de investigación que aplicó fue descriptivo prospectivo longitudinal así mismo se utilizó una guía de observación, el cual se encontró el siguiente **resultado** los cuidados de los pacientes politraumatizados en emergencias y en quirófano suele realizarse correctamente. Los recursos básicos para el servicio y la formación del personal de enfermería son inestables.(8)

Pupiales J, realizó un trabajo de investigación titulada “Conocimiento y prácticas clínicas del personal de enfermería en el abordaje inicial del

paciente crítico politraumatizado – Área de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo” **Ecuador 2017**. El cual tuvo como **objetivo** determinar el nivel de conocimientos y prácticas clínicas del personal de Enfermería en el abordaje inicial del paciente crítico politraumatizado. El **Método** de investigación es de tipo observacional, descriptivo, de tipo transversal y bibliográfico. Se utilizó la técnica de observación mediante una guía de recopilación de datos de pacientes politraumatizados llegando al siguiente **resultado** que el 100% de las enfermeras del área de emergencia conocen el proceso de enfermería, pero no lo conducen. Sus actividades son mecánicas y rutinarias. 35.3% las enfermeras confirman que se guían por los protocolos de enfermería, por lo cual brindan una asistencia oportuna eficaz y eficiente.(9)

Sosa Marcelo, Eusebio, realizó un estudio de investigación titulado “Manejo del paciente politraumatizado en APS”. **Tunuyán-Argentina. 2016**. El cual tuvo como **objetivo** determinar que los conocimientos y técnicas que aplican los enfermeros que trabajan en el área sanitaria de Tunuyán en la atención y/o el manejo de paciente politraumatizado, guardan relación con los protocolos actuales de atención. El **Método** de investigación es mixta, se encontró el siguiente resultado existe un protocolo de atención para atender al mismo, el **resultado** fue negativo ya que un 95% manifestó que no existe y un 5 % restante respondió que desconoce.(10)

2.2.2 Nacionales

Huahuatico Cano, Yesenia, realizó un estudio de investigación titulado “Intervención del profesional de enfermería en el manejo inicial de los pacientes politraumatizados en los servicios de emergencia” **Lima – 2022**. El cual tuvo como **objetivo** Identificar la producción científica sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado en los servicios de emergencia. **Metodología**. Tipo de estudio revisión bibliográfica descriptiva, retrospectiva, documental. Conformado por 30 artículos científicos. **Resultados**. Con ventilación y oxigenación 70% (21) lo ejecutan las enfermeras mientras el 30% (9) no especifica el ítem, en

control de hemorragia 77% (23) lo realizan la enfermería y el 23% (7) no especifica este dato y manejo del dolor y valoración neurológica 70% (21) si lo ejecutan y el 30% (9) no especifican el Ítem. **Conclusiones.** La producción científica sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado señala que el personal de enfermería brinda un cuidado más humanizado con diagnóstico rápido y oportuno según la severidad del trauma, permitiendo de esta manera elaborar un plan de intervención en función de los requerimientos del paciente.(11)

Zenon Sucapuca Quinto, realizó una tesis titulada “Plan de intervención de enfermería en el manejo inicial en pacientes adultos politraumatizados de un establecimiento de primer nivel de atención de salud”, **Chuquibambilla-Apurímac 2022**, tuvo como **Objetivo** implementar y sociabilizar un plan de intervención de Enfermería en el manejo inicial de pacientes adultos politraumatizados en el servicio de emergencia. **Método** el estudio fue descriptivo, transversal no experimental. **Resultados**, los estudios llegaron a la Conclusión que a través del plan de respuesta de enfermería se pretende mejorar el equipamiento, operatividad y abastecimiento de materiales e insumos en el área de emergencias, de esta manera minimizar los tiempos y mejorar la funcionabilidad en la atención que se brinda al paciente politraumatizado.(12)

Sanchez Arias, Cesar Crisanto, realizó un estudio de investigación titulado “Conocimiento sobre el Manejo del paciente Politraumatizado y la práctica del personal de enfermería en la emergencia del Centro de Salud **Chilca–Mala 2022**”. El cual tuvo como **objetivo** determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la práctica del manejo inicial del paciente politraumatizado que realizan las enfermeras de emergencia del Centro de Salud Chilcas-Mala 2022. El **Método** fue hipotético deductivo con enfoque cuantitativo fue un estudio no experimental con diseño correlacional con una población conformada por 20 profesionales de enfermería del servicio de emergencia, se encontró el siguiente **resultado**, existe relación estadísticamente significativa entre el

conocimiento sobre el manejo del paciente politraumatizado y la práctica del personal de enfermería.(13)

Requena Cordova, Dani Guisela, realizó la tesis titulada: Intervención de enfermería en pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia, clínica AUNA **Miraflores, Piura 2021**. Tuvo como **objetivo** mejorar la calidad de las intervenciones que realiza el enfermero en el paciente politraumatizado que acuden al servicio de emergencias de la clínica AUNA Miraflores. **Método**, el estudio fue descriptivo, observacional, diseño no experimental, corte transversal; método cuantitativo. **Resultados**, los resultados ayudaron a conocer los parámetros de mejora respecto a las atenciones de los pacientes que acuden al servicio de emergencia. **Conclusión**, la investigación permitió fortalecer los conocimientos referentes a la calidad de los pacientes ala a la calidad de la atención de los pacientes.(14)

Acuña Salazar, Yolanda, realizo un estudio “Conocimiento sobre evaluación inicial del paciente politraumatizado de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Rezola”. **Cañete. 2019**. El cual tuvo como **objetivo** determinar el nivel de conocimiento sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado. El **Método** fue descriptivo, de corte transversal, se encontró el siguiente **resultado**, que el conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola fue Medio con un total de 27 encuestadas que da como resultado el 67.5%. **conclusión**, concluye que el nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre la evolución inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencias del Hospital Rezola de cañete en su mayoría del nivel Medio, de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: 67% (27) presenta un nivel de conocimiento medio.(15)

Castillo Julcamoro de Soto, Judih, realizó una investigación titulada nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial del

paciente politraumatizado y su relación con los cuidados de enfermería en el servicio de emergencia de clínica **Limatambo Cajamarca, 2018**, tuvo como **objetivo** determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de los pacientes politraumatizados y su relación con los cuidados de enfermería en el servicio de emergencia. **Método**, el estudio fue transversal, descriptivo, diseño no experimental. **Resultados**, los estudios demostraron que el nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial del pacientes politraumatizados, si tiene relación con los cuidados de enfermería, que se brindan en el servicio de emergencia de Clínica Limatambo Cajamarca, comprobada mediante la prueba estadística T de Student (coeficiente de Spearman) a un nivel de significancia del 5 %, donde de las 17 enfermeras que representan el 100% de los profesionales encuestados 88.24 % su nivel de conocimiento es alto y el cuidado es bueno, mientras 5.88.% su nivel de conocimiento es medio y su cuidado regular.(16)

2.3 Bases teóricas:

Teoría de Virginia H. Enderson: Teoría de las 14 necesidades.

Para Henderson, la tendencia y modelo del profesional de enfermería es independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor lo realiza en conjunto como parte del equipo multidisciplinario. considera al individuo un ser en sus 4 componentes: biológicos psicológicos, socioculturales y espirituales.

La valoración de enfermería está basada en las 14 necesidades lo cuales se identifica y se prioriza según el compromiso vital de la persona para luego formular objetivos, identificar dificultades y elegir el modo de intervención del plan de cuidados de enfermería.

Metaparadigmas:

Salud: está definida a partir de las actividades que pueda realizar por sí solo el paciente politraumatizado hasta la dependencia, identificándose así 14 necesidades de salud. la priorización de necesidades nos permite un abordaje oportuno y el tiempo de evacuación inmediato en

emergencias de prioridad I, hacia un establecimiento de mayor complejidad.

-Entorno: está relacionado con las condiciones externa que influye en la persona, de ello dependerá su recuperación rápida y exitosa.

-Persona: es un ser biopsicosocial a quien se brinda todas las intervenciones de enfermería para ayudarlo a recuperar su salud.

-Enfermería: es la asistencia temporal del profesional de enfermería, quien identifica sus 14 necesidades y lo priorizara aplicando sus conocimientos.

Teoría del cuidado según Kristen M. Swanson.

La teoría del cuidado fue propuesta por primera vez en 1991 por la enfermería Kristen M. Swanson, quien explica que los cuidados dados a los pacientes deben regirse por compromiso y responsabilidad personal. Ella demás plantea 5 procesos de la teoría del cuidado:

-Conocimientos, capacidad de aplicar tu saber a otra persona.

-Estar con, hace referencia a estar con el paciente, para que este se sienta en confianza sin llegar a abrumarlo con nuestra presencia.

-Hacer por, esta referido a la disposición que tiene el enfermero de realizar actos, como si se tratase para uno mismo.

-Posibilitar, facilitar las diferentes etapas que enfrentara el paciente en el proceso. El enfermero explicara, dará soluciones y apoyara en cada uno.

-Mantener las creencias, se explica que ante cualquier circunstancia hay que mantener la fe y la esperanza que todo mejorara.

2.4 Marco conceptual

2.4.1 Generalidades

El paciente politraumatizado es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta una lesión que pone en riesgo su vida.(p.01) (17)

El tratamiento de los pacientes con lesiones graves requiere la evaluación rápida de las lesiones y la instauración de terapia para preservar la vida. Debido a que el tiempo es crucial, un enfoque sistemático aplicado rápido y preciso es esencial. Este enfoque se denomina “**evaluación inicial**” e incluye los siguientes **elementos**:

-Preparación.

-Triage

-Revisión primaria (ABCDE)

-Reanimación

-Anexos a la revisión primaria y reanimación

-Considerar la necesidad de trasladar al paciente.

-Revisión secundaria (evaluación desde la cabeza hasta los pies y la historia del paciente)

-Anexos a la revisión secundaria.

-Monitoreo continuo posterior a la reanimación y la reevaluación.

-Cuidado definitivo.(p. 40) (18)

Los pacientes se evalúan y las prioridades de tratamiento se establecen en función de las características de las lesiones sufridas, sus signos vitales, y el mecanismo de la lesión. En el paciente con lesiones severas, las prioridades lógicas de tratamiento deben establecerse en base a una evaluación completa del paciente. Las funciones vitales del paciente se deben evaluar en forma rápida y eficiente. **El manejo del paciente debe consistir de una revisión primaria rápida**, de una reanimación y restauración de sus funciones vitales, de una revisión secundaria más detallada y completa, para llegar finalmente al inicio del tratamiento definitivo. Este proceso constituye el llamado ABCDE de la atención del trauma y permite identificar las situaciones que ponen en peligro la vida, cuando se sigue la siguiente secuencia:

-Vía **Aérea** con control de la columna cervical.

-Respiración (**Breathing**) y ventilación.

-**Circulación** con control de hemorragia.

-**Déficit** neurológico

-**Exposición**/Control del ambiente: desvestir completamente al paciente, pero previniendo la hipotermia.

La evaluación de la vía aérea, la respiración y la circulación, el déficit neurológico y la exposición (ABCDE, por sus siglas en inglés) es el principal enfoque de manejo utilizado en el tratamiento de pacientes en estado crítico.

En la revisión primaria del paciente con trauma ahora enfatiza el control de la hemorragia externa que amenace la vida como el primer paso en la secuencia. Aunque los pasos de la revisión primaria se enseñan y muestran en forma secuencial, muchos de ellos pueden y deben, realizarse de manera simultánea.

Los pasos pueden recordarse usando el nemónico **XABCDE**:

X-Control de la hemorragia externa severa(**exanguinante**)

A-Manejo de la vía aérea (**Airway**) y estabilización de la columna cervical.

B-Respiración (**Breathing**) (ventilación y oxigenación)

C-**Circulación** (perfusión y otras hemorragias)

D-**Discapacidad**

E-**Exposición**/ambiente

EI MARCH es un acrónimo de valoración del paciente alternativo al XABCDE que usan los practicantes de SEM (Sistemas de Emergencias Médicas) que trabajan en situaciones de trauma y tácticas.

MARCH significa:

M—Hemorragia masiva: controle el sangrado de una hemorragia que amenace la vida con un torniquete, apósitos hemostáticos o apósitos compresivos convencionales.

A—Vía aérea: valore por obstrucción y asegure la vía aérea de la víctima con posicionamiento corporal, vía aérea nasofaríngea, vías aéreas avanzadas o vía aérea quirúrgica.

R—Respiraciones: valore y trate las heridas torácicas penetrantes, heridas torácicas soplantes aspirantes y neumotórax a tensión.

C—Circulación: valore por signos de shock. Establezca acceso intravenoso o intraóseo, e inicie reanimación si está médicamente indicado.

H—Cabeza/hipotermia: proteja a la víctima de hipotermia. Las exposiciones a calor, químicos o tóxicos también pueden ser factores de riesgo. Inmovilice cualquier fractura mayor y proporcione restricción de movimiento vertebral para pacientes en riesgo.

El abordaje MARCH se alinea estrechamente con el abordaje XABCDE, que es el acrónimo utilizado por los miembros del SEM para la valoración de pacientes que sufren traumatismos.(p. 227-228)(19)

Para el manejo inicial de paciente politraumatizado abordaremos la revisión primaria del Soporte Vital de Trauma Prehospitalario usando el nemónico XABCDE, que a continuación desarrollaremos

2.4.2 Secuencia

X—Hemorragia exanguinante (control de hemorragia externa severa)

Hemorragia exanguinante. Es un fenómeno biológico de pérdida de gran parte o todo el volumen Sanguíneo de una persona, sin lograr reponerlo adecuadamente con transfusión a causa de una imposibilidad técnica para cortar la hemorragia o por no disponer de un quirófano en el lugar y momento oportuno.

En la revisión primaria de un paciente traumatizado, la hemorragia externa que amenace la vida debe identificarse y manejarse de inmediato. Si se presenta hemorragia externa exanguinante, debe controlarse incluso antes de valorar la vía aérea (o de manera simultánea, si en la escena está presente ayuda adecuada) o realizar otras intervenciones, como restricción de la movilidad vertebral cervical.(p. 45)(18)

Este tipo de sangrado por lo general involucra hemorragia arterial de una extremidad, pero también puede ocurrir en el cuero cabelludo o en la unión de una extremidad con el tronco (hemorragia de unión) y otros sitios. La hemorragia arterial exanguinante de una extremidad se maneja mejor al colocar de inmediato un torniquete tan proximal como sea posible (es decir, cerca de la ingle o la axila) en la extremidad afectada. También se pueden usar otras medidas de control de sangrado, como compresión directa y agentes hemostáticos, pero no deben demorar o tomar el lugar de la colocación de torniquete en dichos casos.(p. 245)(19)

La compresión directa, el empaquetado y apósitos hemostáticos deben aplicarse en casos de sangrado severo no arterial en extremidades y los sangrados severos de tronco. A veces, el sangrado de arterias distales o más pequeñas puede controlarse con compresión focal directa de la arteria.(p.45)(18)

Sin embargo, esto sólo debe realizarse si dicho sangrado puede controlarse con un apósito compresivo aplicado rápidamente o si hay suficiente personal en la escena de modo que un proveedor de atención prehospitalaria pueda mantener compresión manual directa. Si no es posible, debe aplicarse un torniquete a la extremidad afectada.(p. 246)(19)

El sangrado severo en áreas de unión puede manejarse mediante la colocación de un dispositivo de unión adecuado, si está disponible, o empaquetar con gasa hemostática y colocación de apósitos compresivos.

La hemorragia de unión se define como el sangrado que ocurre donde se juntan dos zonas anatómicamente distintas. Los ejemplos de áreas de

unión incluyen el abdomen inferior, la ingle, la axila y las extremidades proximales.

El uso de un torniquete o apósito compresivo en estas áreas con frecuencia es poco práctico e ineficiente.

El tratamiento clave para la hemorragia de unión es compresión directa de los grandes vasos que abarcan el área proximal a la lesión. En el escenario prehospitalario, es posible que se requiera una cantidad significativa de compresión directa a las arterias femoral, ilíaca o axilar para controlar el sangrado. Con frecuencia esto se combina con el uso de agentes hemostáticos y apósitos compresivos aplicados de manera externa. Adicionalmente, la evidencia apoya la aplicación empírica de una faja pélvica en el paciente con amputación traumática de la extremidad inferior por arriba del nivel de la rodilla para ayudar a controlar el sangrado.

Los conceptos más importantes a considerar cuando se intenta controlar el sangrado en sitios de unión necesitarán una gran cantidad de compresión directa y compresión a los vasos sanguíneos que abarcan el área, y que en la superficie abierta de la herida deben colocarse apósitos compresivos directos, idealmente con agente hemostático. Cuando se combinan estas dos técnicas, ofrecen mayores posibilidades de supervivencia en lo que de otra manera con frecuencia es una lesión traumática mortal. La línea de referencia es: usted debe colocar un apósito compresivo sobre la lesión y presionar sobre puntos arteriales de sangrado tan pronto como sea posible.

Control de hemorragias

La hemorragia externa se identifica y controla en la revisión primaria porque si el sangrado severo no se controla tan pronto como sea posible, la probabilidad de muerte del paciente aumenta notablemente.

Los tres tipos de hemorragia externa son capilar, venosa y arterial, los cuales se describen a continuación: El sangrado capilar es causado por

abrasiones que rasgaron los pequeños capilares justo abajo de la superficie de la piel.

El sangrado capilar por lo general no amenaza la vida y puede disminuirse o incluso detenerse antes del arribo de los proveedores de atención prehospitalaria.

El sangrado venoso es causado por laceraciones u otras lesiones a una vena, lo que conduce a flujo constante de sangre rojo oscuro por la herida. Este tipo de sangrado usualmente es controlable con compresión directa. El sangrado venoso usualmente no amenaza la vida a menos que se prolongue o estén involucradas venas de gran calibre.

El sangrado arterial es causado por una lesión que laceró una arteria. Este es el tipo de pérdida de sangre más importante y más difícil de controlar. Por lo general se caracteriza por sangre de color rojo brillante que sale pulsátil. Sin embargo, el sangrado arterial también puede presentarse como sangre que rápidamente “sale” de una herida si una arteria profunda está lesionada. Incluso una pequeña perforación arterial profunda puede producir pérdida de sangre que amenace la vida.

El control rápido de la hemorragia es una de las metas más importantes en la atención de un paciente traumatizado.

La hemorragia arterial exanguinante de una extremidad se controla mejor al colocar de inmediato un torniquete tan proximal como sea posible en la extremidad afectada.

La revisión primaria no puede avanzar a menos que se controle la hemorragia externa. La hemorragia puede controlarse en las siguientes formas:

Compresión directa:

Compresión directa es exactamente lo que el nombre implica, aplicar compresión al sitio de sangrado.

Esto se logra al colocar un apósito (por ejemplo, es preferible gasa hemostática) directo sobre el sitio de sangrado (si puede identificarse) y aplicar compresión tan precisa y focal como sea posible. Un dedo sobre una arteria visiblemente comprimible es muy efectivo. La compresión debe aplicarse de forma continua durante un mínimo de 3 minutos o por instrucciones del fabricante, y durante 10 minutos si usa gasa simple; los proveedores de atención prehospitalaria deben evitar la tentación de remover la compresión antes de dicho tiempo para comprobar si la herida aún sangra.

La aplicación y el mantenimiento de compresión directa requiere toda la atención del proveedor de atención prehospitalaria, y evitará que el proveedor participe en otros aspectos de atención al paciente. Alternativamente, o si la ayuda es limitada, puede aplicarse un apósito compresivo.

Existen múltiples opciones comerciales (por ejemplo, el vendaje israelí), o puede confeccionarse uno con almohadillas de gasa y una venda elástica. Si el sangrado no se controla, no importará cuánto oxígeno o fluido reciba el paciente; la perfusión no mejorará ante la hemorragia continua.

Torniquetes. Con frecuencia, los torniquetes se describieron en el pasado como la técnica de último recurso.

Los torniquetes son muy efectivos para controlar hemorragia severa y deben usarse si la compresión directa o un apósito compresivo fallan para controlar la hemorragia de una extremidad o si en la escena no hay personal suficiente para realizar otros métodos de control de hemorragia.

El uso de “elevación” y la compresión sobre “puntos de compresión” ya no se recomienda debido a datos insuficientes que apoyen su efectividad. Como se apuntó anteriormente, en caso de hemorragia exanguinante o que amenace la vida, debe aplicarse un torniquete en lugar otras medidas de control de sangrado (es decir, como una primera línea de tratamiento

para este tipo de sangrado). Observe también que los torniquetes improvisados pueden tener efectividad más limitada que las versiones disponibles comercialmente.^{6 (246-255)}

A-Manejo de vía aérea y Restricción de la movilidad vertebral cervical.

Valoración

Vía aérea es la parte superior del aparato respiratorio. Es la porción por la cual pasa el aire desde la boca o nariz hasta los sacos alveolares de los pulmones donde se efectúa el intercambio gaseoso. Las vías aéreas están compuestas por las superiores o de conducción que son: fosas nasales, boca, faringe, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos.

Manejo y apertura de Vías aéreas

La vía aérea del paciente se revisa rápidamente para garantizar que está permeable (abierta y limpia) y que no existe peligro de obstrucción.

Si la vía aérea está comprometida, tendrá que despejarse, usando métodos manuales (elevación del mentón o subluxación mandibular, y limpiar de sangre, sustancias corporales y cuerpos extraños, si es necesario. Con el tiempo, conforme el equipo y el tiempo estén disponibles, el manejo de la vía aérea puede avanzar para incluir la aspiración y medios mecánicos (vía aérea oral, vía aérea nasal, vías aéreas supraglóticas, intubación endotraqueal o métodos transtraqueales).

Numerosos factores entran en juego para determinar el método de manejo de la vía aérea, incluido el equipo disponible, el nivel de destreza del proveedor de atención prehospitalaria y la distancia hasta el centro para traumatizados.(p. 507)(19)

Restricción de la movilidad vertebral

Todo paciente traumatizado con un mecanismo de lesión contuso significativo es sospechoso de lesión vertebral hasta que dicha lesión se

descarte de manera concluyente. Es en particular importante mantener un alto índice de sospecha de lesión vertebral en pacientes ancianos o crónicamente debilitados, incluso con mecanismos de lesión menores. Por tanto, cuando establezca una vía aérea abierta, siempre debe considerarse la posibilidad de lesión de la columna cervical.

El movimiento excesivo en cualquier dirección podría o producir o agravar el daño neurológico porque puede ocurrir compresión ósea de la médula espinal en presencia de una columna fracturada.

La solución es garantizar que la cabeza y el cuello del paciente se mantienen manualmente (restringidos) en la posición neutral durante todo el proceso de valoración, en especial cuando se abre la vía aérea y se administra ventilación necesaria. Esta necesidad de restricción no significa que no se puedan aplicar los procedimientos necesarios para mantener la vía aérea. En vez de ello, quiere decir que los procedimientos se realizarán mientras se protege la columna del paciente del movimiento innecesario. Si los dispositivos de restricción de la movilidad vertebral cervical colocados deben removerse para revalorar al paciente o para realizar alguna intervención necesaria, se utiliza la restricción manual de cabeza y cuello hasta que el paciente de nuevo puede colocarse Restricción de la movilidad vertebral cervical.(p. 508-509)(19)

B-Ventilación (ventilación y oxigenación)

La ventilación funciona para entregar efectivamente oxígeno a los pulmones de un paciente y ayudar a mantener el proceso metabólico aeróbico. La hipoxia puede resultar a partir de una ventilación inadecuada de los pulmones y conducir a falta de oxigenación de los tejidos del paciente. Una vez abierta la vía aérea del paciente, la calidad y cantidad de la ventilación del mismo pueden evaluarse de la siguiente manera: Compruebe si el paciente ventila observando el movimiento torácico y percibiendo el movimiento del aire por boca o nariz. Si tiene dudas, ausculte ambos lados del tórax para evaluar el movimiento de aire espontáneo. Si el paciente no ventila (es decir, está apneico), comience

de inmediato a auxiliar las ventilaciones (mientras mantiene la restricción de la movilidad vertebral en una posición neutral, cuando sea indicado) con un dispositivo bolsa-válvula-máscara con oxígeno suplementario antes de continuar la valoración.

Asegúrese de que la vía aérea del paciente es permeable y limpia, continúe la ventilación asistida y prepárese para insertar una vía aérea oral, nasal (si no hay trauma facial severo) o supraglótica (si no hay signos de trauma orofaríngeo severo); intube; o proporcione otro medio de protección mecánico de la vía aérea. Prepárese para aspirar sangre, vómito u otros fluidos de la vía aérea.

Aunque por lo regular se conoce como “frecuencia respiratoria”, un término más correcto para cuán rápido respira el paciente es “frecuencia ventilatoria”.

La ventilación se refiere al proceso de inhalación y exhalación, mientras que la respiración describe mejor el proceso fisiológico del intercambio de gases entre los capilares y los alvéolos. Este texto usa el término frecuencia ventilatoria en lugar de frecuencia respiratoria. Si el paciente ventila, estime lo adecuado de la frecuencia ventilatoria y su profundidad para determinar si mueve suficiente aire.

Asegúrese de que el paciente no está hipóxico y que la saturación de oxígeno es mayor que o igual a 94%. El oxígeno suplementario (y la ventilación asistida) se proporcionan según se necesite para mantener una saturación de oxígeno adecuada. Si el paciente está consciente, escuche su habla para valorar si puede pronunciar una oración completa sin dificultad. La frecuencia ventilatoria se puede dividir en las cinco categorías siguientes:

Apneico. El paciente no ventila. Esto incluye bocanadas agónicas ocasionales, que no resultan en intercambio de aire efectivo.

Lenta. Una frecuencia ventilatoria muy lenta, por abajo de 10 ventilaciones/minuto (bradipnea), puede indicar lesión severa o isquemia (reducción de suministro de oxígeno) del cerebro.

En estos casos, el proveedor debe asegurarse de que ocurra un volumen adecuado de intercambio de aire. Con frecuencia será necesario o ayudar o tomar por completo la ventilación del paciente con un dispositivo bolsa-válvula-máscara (BVM).

El apoyo ventilatorio asistido o total con BVM debe incluir oxígeno suplementario para garantizar una saturación de oxígeno mayor que o igual a 94%.

Normal. Si la frecuencia ventilatoria está entre 10 y 20 ventilaciones/minuto (eupnea, una frecuencia normal para un adulto), el proveedor de atención prehospitalaria vigila de cerca al paciente. A pesar de que el paciente pueda parecer estable, debe considerarse oxígeno suplementario.

Rápida. Si la frecuencia ventilatoria está entre 20 y 30 respiraciones/minuto (taquipnea), el paciente debe ser vigilado cuidadosamente para ver si mejora o se deteriora. El impulso que aumenta la frecuencia ventilatoria es el aumento de dióxido de carbono en la sangre o la reducción en el nivel de oxígeno en sangre (debido a hipoxia o anemia). Cuando un paciente presenta una frecuencia ventilatoria anormal, debe investigarse la causa. Una frecuencia rápida puede indicar que no llega suficiente oxígeno a los tejidos corporales. Esta falta de oxígeno inicia el metabolismo anaeróbico y, a final de cuentas, un aumento en el nivel de dióxido de carbono en la sangre que conduce a acidosis metabólica.

El sistema de detección del cuerpo reconoce este aumento en el nivel de dióxido de carbono y pide al sistema ventilatorio aumentar la profundidad y el volumen para eliminar este exceso. Por tanto, un aumento en la frecuencia ventilatoria puede indicar que el paciente necesita mejor

perfusión u oxigenación, o ambas. El proveedor de atención prehospitalaria debe seguir preocupado por la capacidad del paciente para mantener ventilación adecuada y estar alerta por cualquier deterioro en la condición global.

Extremadamente rápida. Una frecuencia ventilatoria mayor que 30 ventilaciones/minuto (taquipnea severa) indica hipoxia, metabolismo anaeróbico o ambos, con una acidosis resultante.

La búsqueda de la causa de la frecuencia ventilatoria rápida debe comenzar de inmediato para determinar si la etiología es un problema ventilatorio primario o uno de entrega de eritrocitos. Las lesiones que pueden producir gran deterioro en la oxigenación y la ventilación incluyen neumotórax a tensión, tórax inestable con contusión pulmonar, hemotórax masivo y neumotórax abierto. Una vez identificada la causa, la intervención debe ocurrir de inmediato para corregir el problema. Los pacientes con frecuencias ventilatorias mayores que 30 ventilaciones/minuto deben recibir oxígeno.

Monitoreo de signos de ventilación inadecuada

Monitoree cuidadosamente a estos pacientes por fatiga o signos de ventilación inadecuada como estado mental decreciente, elevación de niveles de dióxido de carbono al final de la espiración de volumen corriente, o baja saturación de oxígeno, y apoye las ventilaciones con un dispositivo BVM según sea necesario para obtener saturación de oxígeno adecuada. En el paciente con ventilación anormal, el tórax debe exponerse, observarse y palpase rápidamente. Después, la auscultación de los pulmones identificará sonidos respiratorios anormales, disminuidos o ausentes.

Las lesiones que pueden impedir la ventilación incluyen neumotórax a tensión, tórax inestable, lesión vertebral y TCE. Estas lesiones deben identificarse o sospecharse durante la revisión primaria y requieren que el apoyo ventilatorio inicie de inmediato. Si se sospecha neumotórax a

tensión, debe realizarse inmediatamente descompresión con aguja. Cuando valore el estado ventilatorio de un paciente traumatizado, valore tanto la profundidad ventilatoria como la frecuencia. Un paciente puede estar con una frecuencia ventilatoria normal de 16 ventilaciones/minuto, pero tener una profundidad ventilatoria enormemente disminuida. Por el contrario, un paciente puede tener una profundidad ventilatoria normal pero una frecuencia ventilatoria aumentada o disminuida.

El volumen corriente se multiplica por la frecuencia ventilatoria para calcular el volumen de ventilación por minuto del paciente. En algunas circunstancias puede ser difícil, incluso para los proveedores de atención prehospitalaria experimentados, diferenciar un problema de la vía aérea de uno ventilatorio. En tales casos, puede intentar establecer una vía aérea segura.

Si el problema persiste después del manejo de la vía aérea, muy probablemente un problema ventilatorio deteriora la ventilación.

C—Circulación y sangrado (perfusión y hemorragia interna)

Valorar el compromiso o falla del sistema circulatorio es el siguiente paso en la atención al paciente traumatizado. Eritrocitos oxigenados incapaces de entregar el oxígeno a las células no beneficia al paciente.

En el primer paso de la secuencia se identificó y controló la hemorragia que amenazaba la vida. Después de valoraciones posteriores del estado de la vía aérea y la ventilación del paciente, el proveedor de atención prehospitalaria puede obtener una estimación global adecuada del gasto cardíaco y el estado de perfusión del paciente.

La hemorragia, ya sea externa o interna, es la causa más común de muerte prevenible por trauma.

Perfusión

El estado circulatorio global del paciente puede determinarse al comprobar los pulsos periféricos y el color, la temperatura y la diaforesis de la piel.

La valoración de la perfusión puede ser desafiante en pacientes adultos mayores o pediátricos o en quienes están bien acondicionados o toman ciertos medicamentos. El shock en los pacientes con trauma casi siempre es debido a hemorragia.

Tiempo de llenado capilar El tiempo de llenado capilar se comprueba al presionar sobre los lechos ungueales y después liberar la compresión. Esta compresión descendente remueve la sangre del lecho capilar visible. La tasa de retorno de sangre a los lechos ungueales después de liberar la compresión (tiempo de relleno) es una herramienta para estimar el flujo sanguíneo a través de esta parte más distal de la circulación. Un tiempo de llenado capilar mayor a 2 segundos puede indicar que los lechos capilares no están recibiendo perfusión adecuada. Sin embargo, el tiempo de llenado capilar por sí mismo es un indicador pobre de shock porque está influido por muchos otros factores. Por ejemplo, enfermedad vascular periférica (arteriosclerosis), temperaturas frías, el uso de vasodilatadores o constrictores farmacológicos, o la presencia de shock neurogénico pueden sesgar los resultados. En estos casos la medición del tiempo de llenado capilar se vuelve una comprobación menos útil del funcionamiento cardiovascular.

El tiempo de llenado capilar tiene un lugar en la evaluación de lo adecuado de la circulación, pero siempre debe usarse en conjunción con otros hallazgos del examen físico (por ejemplo, presión arterial).

Los potenciales sitios de hemorragia interna masiva incluyen el tórax (ambas cavidades pleurales), el abdomen (cavidad peritoneal), la pelvis, el espacio retroperitoneal y las extremidades (sobre todo los muslos). Si sospecha hemorragia interna, exponga tórax, abdomen, pelvis y muslos para inspeccionar rápidamente y palpar por signos de lesión. La hemorragia en estas áreas no es fácil de controlar fuera del hospital. Si

está disponible, debe aplicar de manera inmediata una faja pélvica para evitar potenciales lesiones pélvicas “en libro_abierto”.

La meta es entregar rápidamente al paciente a una instalación equipada y con personal adecuado para el control rápido de la hemorragia en la sala de operaciones (es decir, el nivel más alto disponible en centro para traumatizados).

Pulso

El Pulso Es la medición de la frecuencia cardiaca. Es la cantidad de veces que el corazón late por minuto. A medida que el corazón bombea la sangre a través de las arterias, estas se expanden y se contraen con el flujo de sangre.

Las Características del pulso son frecuencia, ritmo y amplitud.

Frecuencia: Es el número de pulsaciones por minuto. La frecuencia normal es entre 60 y 80 ppm.

Ritmo: Es el intervalo del tiempo que avanza entre cada latido.

Amplitud: Es el volumen de sangre expulsado del corazón en cada contracción ventricular.

El pulso se evalúa por presencia, calidad y regularidad.

Una comprobación rápida del pulso revela si el paciente tiene taquicardia, bradicardia o un ritmo irregular.

En el pasado, la presencia de un pulso radial se había considerado como indicativo de una presión arterial sistólica de al menos 80 mm Hg, con la presencia de un pulso femoral que indica presión arterial de al menos 70 mm Hg, y la presencia de sólo un pulso carotídeo que indica presión arterial de 60 mm Hg. La evidencia ha demostrado que esta teoría es imprecisa y que en realidad sobrestima las presiones arteriales. Aunque la ausencia de pulsos periféricos en presencia de pulsos centrales quizá representa hipotensión profunda, la presencia de pulsos periféricos no

debe tranquilizar excesivamente acerca de la presión arterial del paciente. En la revisión primaria no es necesaria la determinación de una frecuencia de pulso exacta. En vez de ello, obtenga rápidamente una estimación burda, y revise la frecuencia de pulso real más tarde en el proceso. En estos pacientes politraumatizados se toma el pulso en la arteria carotídea.

En los pacientes traumatizados es importante considerar las causas tratables de los signos vitales y hallazgos físicos anormales. Por ejemplo, la combinación de perfusión comprometida y ventilación deteriorada debe motivar al proveedor de atención prehospitalaria a considerar la presencia de un neumotórax a tensión. Si hay signos clínicos presentes, la descompresión con aguja puede salvar vidas.

Piel El examen de la piel puede revelar muchos datos acerca del estado circulatorio de un paciente.

Color. La perfusión adecuada produce un tono rosado a la piel. Ésta se vuelve pálida cuando la sangre se retira de un área. La coloración pálida se asocia con pobre perfusión. La coloración azulada indica pobre oxigenación.

El color azulado es causado por perfusión con sangre desoxigenada a dicha región del cuerpo. Con frecuencia, la pigmentación de la piel puede dificultar esta determinación. En los pacientes con piel profundamente pigmentada, el examen del color de los lechos ungueales, palmas/plantas y membranas mucosas ayuda a superar este reto porque los cambios en color usualmente aparecen primero en labios, encías o puntas de los dedos debido a una falta relativa de pigmentación en estas áreas.

Temperatura. Como ocurre con la evaluación global de la piel, la temperatura de la piel está influida por condiciones ambientales. La piel fría indica perfusión disminuida, sin importar la causa. La temperatura de la piel puede valorarse con un simple toque a la piel del paciente con el dorso de la mano. La temperatura normal de la piel es tibia al tacto, ni fría ni caliente.

Condición.

Bajo circunstancias normales, la piel usualmente es seca. La piel fría y diaforética ocurre en pacientes con pobre perfusión debido a estimulación simpática (diaforesis). Sin embargo, es importante considerar condiciones ambientales cuando se evalúan hallazgos de la piel. Un paciente en un ambiente cálido o húmedo puede tener piel diaforética como referencia, sin importar la severidad de la lesión.

D-Discapacidad

Después de evaluar y corregir, en la medida de lo posible, los factores involucrados en la entrega de oxígeno a los pulmones y su circulación a través del cuerpo, el siguiente paso en la revisión primaria es la valoración del funcionamiento cerebral, el cual es una medición indirecta de la oxigenación cerebral. Esto comienza con determinar el nivel de conciencia (NDC) del paciente.

El proveedor de atención prehospitalaria debe suponer que un paciente confuso, agresivo, combativo o no cooperador está hipóxico o ha sufrido un TCE hasta que se demuestre lo contrario. La mayoría de los pacientes quieren ayuda cuando sus vidas están amenazadas médicamente. Si un paciente la rechaza, debe cuestionarse la razón. ¿El paciente se siente amenazado por la presencia de un proveedor en la escena? Si es así, más intentos por establecer entendimiento con frecuencia ayudarán a ganar la confianza del paciente. Si nada en la situación parece amenazador, debe considerarse que la fuente del comportamiento es fisiológica, e identificar y tratar las condiciones reversibles.

Durante la valoración, la historia puede ayudar a determinar si el paciente perdió la conciencia en algún momento desde que ocurrió la lesión, si pudieron estar involucradas sustancias tóxicas (y cuáles pudieron ser), y si el paciente tiene alguna condición preexistente que pudiera producir un NDC disminuido o comportamiento aberrante.

La observación cuidadosa de la escena puede proporcionar información invaluable a este respecto.

Un NDC disminuido alerta a un proveedor de atención prehospitalaria a las siguientes posibilidades:

Oxigenación cerebral disminuida (causada por hipoxia/hipoperfusión) o hipoventilación severa (narcosis por dióxido de carbono).

Lesión del sistema nervioso central (SNC) (por ejemplo, TCE). Sobredosis de droga o alcohol o exposición a tóxicos. Trastorno mental metabólico (por ejemplo, causado por diabetes, convulsiones o paro cardíaco).

La Escala de Coma de Glasgow (ECG).

Investigación reciente encontró que usar sólo el componente Motor de la ECG, y específicamente si este componente es menor que 6 (lo que significa que el paciente no sigue instrucciones), es tan predictivo para lesión severa como usar la ECG completa. De modo que, en este punto de la revisión primaria, sería suficiente información determinar simplemente si el paciente sigue órdenes o no lo hace.

La calificación en la ECG es una herramienta que se utiliza para determinar NDC y se prefiere sobre la clasificación AVDI.

Es un método rápido y simple para determinar función cerebral y es predictivo del pronóstico del paciente, en especial la mejor respuesta motora. También proporciona una línea de referencia de la función cerebral para evaluaciones neurológicas seriales. La calificación en la ECG se divide en tres secciones o parámetros: apertura de ojos, respuesta verbal, y respuesta motora.

En la Escala de Glasgow se evalúa los siguientes aspectos:

Apertura ocular: apertura espontánea de ojos 4 puntos, apertura de ojos al llamado 3 puntos, apertura de ojos al dolor 2 puntos y no apertura de ojos 1 punto.

Mejor respuesta verbal: respuestas apropiadas (orientadas) 5 puntos, proporciona respuestas confusas 4 puntos, palabras inadecuadas 3 puntos, hace ruidos ininteligibles y no emite respuestas verbal 1 punto.

Mejor respuesta motora: cumple ordenes 6 puntos, localiza el dolor 5 puntos, respuesta flexora normal 4 puntos, respuesta flexora anormal 3 puntos, respuesta de extensión 2 puntos y sin respuesta motora 1 punto.

Al paciente se le asigna una calificación de acuerdo con la mejor respuesta a cada componente de la ECG. Por ejemplo, si el ojo derecho de un paciente está tan inflamado que el paciente no puede abrirlo, pero el ojo izquierdo se abre espontáneamente, el paciente recibe un 4 para la apertura ocular. Si un paciente carece de apertura ocular espontánea, el proveedor de atención prehospitalaria debe usar una orden verbal (por ejemplo, “abra sus ojos”). Si el paciente no responde a un estímulo verbal, puede aplicar un estímulo doloroso, como presionar el lecho ungueal con una pluma o apretar el tejido axilar.

EL AVDI

Con frecuencia se usa la mnemotecnica AVDI para describir el NDC del paciente. En este sistema,

A se usa para alerta,

V para respuestas a estímulos verbales,

D para respuestas a estímulos dolorosos, e

I para inconsciente.

Este abordaje, aunque simple, proporciona información acerca de cómo específicamente responde el paciente a los estímulos verbales o dolorosos. En otras palabras, si el paciente responde a preguntas verbales, ¿el paciente está orientado, confundido o balbucea incomprensiblemente? Del mismo modo, cuando el paciente responde a estímulos dolorosos, ¿el paciente localiza, retira o demuestra rigidez

(flexión anormal o extensión anormal)? Debido a su falta de precisión, el uso de AVDI ha caído en desuso.

La respuesta verbal del paciente se determina usando una pregunta como “¿qué le ocurrió?”. Si está plenamente orientado, el paciente proporcionará una respuesta coherente. De otro modo, la respuesta verbal del paciente se califica como confusa, inapropiada, ininteligible o ausente. Si un paciente está intubado, la calificación ECG incluye un 1 para reflejar la falta de respuesta verbal, se calculan y suman las escalas ocular y motora, y se agrega la letra T para anotar la incapacidad para valorar la respuesta verbal (por ejemplo, 8T). El tercer componente de la ECG es la escala motora.

Se da al paciente una orden simple y sin ambigüedades, como “muéstreme dos dedos” o “ponga los pulgares hacia arriba”. Si el paciente obedece la orden, se le otorga 6 de calificación. Un paciente que aprieta o agarra el dedo de un proveedor de atención prehospitalaria puede simplemente estar demostrando un reflejo de prensión y no seguir una orden a propósito. Si el paciente no sigue una orden, se debe usar un estímulo doloroso, como se apuntó líneas arriba, y debe calificarse la mejor respuesta motora. Un paciente que intente rechazar un estímulo doloroso se considera que está localizando. Otras posibles respuestas al dolor incluyen retirarse del estímulo, flexión anormal (rigidez de decorticación) o extensión anormal (rigidez de descerebración) de las extremidades superiores, o ausencia de función motora.

La máxima calificación ECG es 15, e indica un paciente sin discapacidad. La calificación más baja de 3 por lo general es un signo de mal pronóstico. Una calificación menor que 8 indica una gran lesión, de 9 a 12 una lesión moderada, y de 13 a 15 una lesión menor.

Una calificación ECG de 8 o menos es un indicio para considerar manejo activo de vía aérea del paciente – Entubación endotraqueal. El proveedor de atención prehospitalaria puede calcular y relacionar fácilmente los componentes individuales de la calificación y debe incluirlos en el reporte

verbal de la instalación receptora y en el de atención al paciente. Con frecuencia, es preferible comunicar componentes individuales de la ECG en lugar de sólo la calificación total, pues entonces se pueden documentar cambios específicos. Un reporte de atención del paciente que afirme que “el paciente es E4, V4, M6” indica que el paciente está confuso, pero sigue órdenes.

Aunque la calificación es casi omnipresente en la evaluación de los pacientes traumatizados, existen varios problemas que pueden limitar su utilidad en el escenario prehospitalario. Por ejemplo, tiene pobre confiabilidad entre calificadores, lo que significa que hay proveedores que pueden calificar al mismo paciente de manera diferente y por tanto ofrecer manejo diferente. Además, como se señaló antes, las calificaciones son sesgadas en los pacientes intubados. Por tanto, se ha realizado una búsqueda de un sistema de calificación más simple que incluso así tenga valor predictivo para la severidad y el pronóstico del paciente.

La evidencia sugiere que el solo componente motor de la ECG en esencia es tan útil para evaluar a un paciente como toda la escala. Se ha demostrado que predice con precisión pronósticos como la necesidad de intubación de un paciente y la sobrevivencia al alta hospitalaria. Incluso un estudio sugiere que, si un paciente puede cumplir órdenes (es decir, tiene una calificación motora de 6) o no, predice la severidad de la lesión, así como la calificación total de la ECG.

Si un paciente no está despierto, orientado o es capaz de seguir órdenes, el proveedor de atención prehospitalaria puede valorar rápidamente el movimiento espontáneo de las extremidades, así como las pupilas del paciente. ¿Las pupilas son iguales y redondas, reactivas a la luz (PIRRL)? ¿Las pupilas son del mismo diámetro? ¿Cada pupila es redonda, de apariencia normal, y reacciona de manera adecuada a la luz mediante constricción, o no responde y está midriática? Una calificación ECG de menos de 14, en combinación con un examen pupilar anormal, puede indicar la presencia de un TCE que amenaza la vida.

E-Exposición/ambiente

Uno de los primeros pasos en el proceso de valoración es remover las ropas del paciente porque la exposición del paciente traumatizado es crucial para encontrar todas las lesiones. El dicho “la parte del cuerpo que no se exponga será la parte más severamente lesionada”, puede no ser cierto siempre, pero lo es con suficiente frecuencia como para garantizar un examen corporal total. Además, la sangre puede acumularse, ser absorbida por la ropa y pasar desapercibida. Después de ver todo el cuerpo del paciente, el proveedor de atención prehospitalaria puede entonces cubrirlo de nuevo para conservar el calor corporal.

Aunque es importante exponer el cuerpo del paciente traumatizado para completar una valoración efectiva, la hipotermia es un problema serio en el manejo de un paciente traumatizado. Sólo debe exponerse al ambiente exterior lo que sea necesario. Una vez que el paciente se ha movido al interior cálido de la unidad de servicios de emergencias médicas (SEM), puede lograrse el examen completo y cubrir al paciente tan rápido como sea posible.

La cantidad de ropa del paciente que debe removerse durante la valoración varía dependiendo de las condiciones o lesiones encontradas. Una regla general es remover tanta ropa como sea necesario para determinar la presencia o ausencia de una condición o lesión sospechosas. Si un paciente tiene estado mental normal y una lesión aislada, por lo regular es necesario exponer sólo el área alrededor de la lesión. Los pacientes con un mecanismo de lesión serio o estado mental alterado deben exponerse por completo para evaluar por posibles lesiones. El proveedor de atención prehospitalaria no debe temer remover ropa si es la única forma de completar de manera adecuada la valoración y el tratamiento. En ocasiones, los pacientes pueden sufrir múltiples mecanismos de lesión, como al experimentar una colisión con vehículo automotor después de ser baleado. Las lesiones que amenazan la vida

pueden pasarse por alto si el paciente es examinado de forma inadecuada. Las lesiones no se pueden tratar si no se identifican.

Debe tener especial cuidado cuando corte y remueva ropa de una víctima de un crimen, de modo que no destruya evidencia de forma inadvertida. (p. 509-520)(19)

2.5 Definición de Términos

Conocimiento: es la acción y efecto de conocer, es decir, de adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón. Diccionario de la Real Academia-2022

Enfermería: profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias siguiendo pautas clínicas. Diccionario de la Real Academia-2022

Politraumatizado: Es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida. Diccionario Medico de la Real Academia de España-2012

Hemorragia exanguinante: Es una hemorragia que pone en riesgo la vida y necesita detectarse y tratarse con rapidez. PHTLS-9na Ed.-2019

Discapacidad: restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para una persona. Diccionario Medico de la Real Academia de España-2012

Exposición/ambiente: Las personas son susceptibles a los cambios ambientales. Tienen una capacidad de respuesta a los cambios de temperatura ambiental, como la producción de calor como de su disipación. PHTLS-9na Ed.-2019

Hemorragia: salida de la sangre del interior de los vasos. Diccionario Medico de la Real Academia de España-2012

Hemorragia externa: Es la pérdida sanguínea externa, este tipo de hemorragia se detecta fácilmente es notoria requiere la atención inmediata y debe valorarse y detenerse, mientras se atiende la vía aérea y la ventilación del paciente. PHTLS-9na Ed.-2019

Hemorragia interna: Puede ser resultado del daño de vasos sanguíneos mayores (muchos de ellos localizados en proximidad estrecha a los huesos largos del cuerpo), de la rotura de músculos y de fracturas. PHTLS-9na Ed.-2019

Fracturas cerradas: Las fracturas cerradas son aquellas en las que se fractura un hueso, pero el paciente no presenta pérdida de la integridad cutánea. Los signos de una fractura cerrada incluyen dolor, hipersensibilidad, deformidad, hematomas, edema y crepitación. PHTLS-9na Ed-2019

Fracturas abiertas: es cuando el extremo cortante de un hueso penetra la piel desde adentro hacia afuera, o, menos a menudo, cuando el traumatismo o un objeto laceran la piel o el músculo en un sitio de fractura (de afuera hacia adentro). PHTLS-9na Ed-2019

III. VARIABLES E HIPOTESIS

3.1. Hipótesis

Debido a que esta investigación es de tipo descriptiva no se plantearon hipótesis

3.2. Definición conceptual de variable.

Conocimiento: está definido por el conocimiento, para una mejor comprensión del estudio fue dividido de la siguiente manera:

3.3. Operacionalización de variables

| VARIABLES | Definición conceptual | Definición Operacional | Dimensión | Indicadores | Ítems | Método y técnica |
|---------------------|---|---|-------------------------------------|---|--|---|
| V1: Conocimiento | Es aquel que se obtiene mediante el análisis de la lectura o explicación de un determinado tema | Los conocimientos del profesional de enfermería en el Manejo Inicial del paciente politraumatizado o son un conjunto de habilidades y destrezas que realiza el profesional de enfermería con el objetivo de evitar complicaciones o retrasar la muerte de la víctima. | 1.Generalidades. 2.Secuencia | 1. Concepto (12) 2. Pasos (14) 4. Hemorragia (16) 5. Vía Aérea (21) 6. Ventilación (23) 7. Circulación (28) 8.Discapacidad (33) 9. Exposición (39) | 1.(12) 2.(13) 3.(13) 4.(13) 5.(13) 6.(13) 7.(14) 8.(14) 9.(14) 10.(15) 11.(15) 12.(15) 13.(15) 14.(15) 15.(16) 16.(16) 17.(16) 18.(17) 19.(17) 20.(19) 21.(20) 22.(22) 23.(22) 24.(22) 25.(22) 26.(23) 27.(24) 28.(24) 29.(26) 30.(27) 31.(27) 32.(29) 33.(29) 34.(30) 35.(30) 36.(33) 37.(33) 38.(33) 39.(34) 40.(35) 41.(37) 42.(39) 43.(40) | Método: cuantitativo Técnica: encuesta presencial Escala de medición: Ordinal: Bueno Regular Malo: |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|
| | | | | | 44.(40) 45.(40) 46.(40) | |
|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|

IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1. Diseño metodológico

El diseño metodológico utilizado fue no experimental y descriptivo simple, ya que no se manipulo la variable, con la finalidad de observar y describir el fenómeno en su contexto natural.

De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza, *la investigación no experimental se define como “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables y los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”.* (p. 174)(20).

El tipo de diseño de nuestra investigación es el siguiente:

M —————▶ **O**

Donde:

M: es el número de muestra.

O: Conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado de las enfermeras del servicio de emergencia.

4.2. Método de investigación

El estudio es de tipo descriptivo simple, corte transversal, porque en el tiempo se realizó la encuesta a las enfermeras que trabaja en el servicio de emergencia del centro de Salud Tambo.

Según Sampieri la investigación básica se caracteriza porque se origina en un marco teórico y permanece en él, el objetivo es incrementar los conocimientos científicos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto practico.(21)

4.3. Población y muestra

La población estará constituida por todas las enfermeras (32) del servicio de emergencia del Centro de Salud Tambo, dado que la población es mínima (menor de 100) se va trabajar con toda la población.

Criterios de exclusión: enfermeras con licencia por maternidad y enfermedad (2).

4.4. Lugar de estudio

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud Tambo, del Distrito de Tambo, Provincia La Mar, Departamento de Ayacucho, 2023.

4.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

4.5.1. Técnicas

En la presente investigación, para medir la variable conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado de las enfermeras se ha utilizado la técnica de la encuesta.

4.5.2. Instrumento

El instrumento se define como una ayuda o una serie de elementos que el investigador construye con la finalidad de obtener información, facilitando así la medición de los mismos.(22)

Para la recopilación de la información se utilizó un cuestionario.

Instrumento de aplicación:

Para medir el conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia, se aplicó un instrumento de recolección de datos; que consistió en un cuestionario de 46 preguntas cerradas, procedentes de los indicadores extraídos del marco teórico, dividida en datos generales (sexo, tiempo de servicio y edad) y preguntas y respuestas conformada por una pregunta que midió el indicador "Concepto", 14 preguntas el indicador "pasos", 6 preguntas el indicador "Hemorragia", 5 preguntas el indicador "Vía Aérea", 5 preguntas el indicador "Circulación", 5 preguntas el indicador "Discapacidad" y 5 preguntas el indicador "Exposición".

Validez del instrumento: se refiere al grado en el que el instrumento mide con exactitud la variable que verdaderamente pretende medir. Es decir, se refleja el concepto abstracto a través de sus indicadores empíricos.(p. 229)(20)

Validez externa: el instrumento fue sometido a juicio de 5 expertos con grado de Magister y Especialistas en Enfermería en emergencias y desastres, para ello se aplicó la prueba binomial obtenida del promedio de respuestas de cada juez en cuanto a coherencia, pertinencia, claridad y Aspectos Generales de IRD, donde se obtuvo un valor de $p=0.031$ lo que indica su validez.

TABLA 1: PRUEBA BINOMINAL-JUCIO DE EXPERTOS

| ITEMS | JUECES EXPERTOS | | | | | TOTAL, ACUERDOS | PROBALIDAD |
|--|-----------------|--------|--------|--------|--------|-----------------|------------|
| | JUEZ 1 | JUEZ 2 | JUEZ 3 | JUEZ 4 | JUEZ 5 | | |
| El instrumento contiene instrucciones claras y precisas. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0.03125 |
| Los ítems del instrumento permiten lograr los objetivos de la investigación. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0.03125 |
| Los ítems del instrumento están distribuidos de manera lógica y secuencial. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0.03125 |
| El número de ítems es suficiente para recoger la información que permita medir la variable | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0.03125 |
| El diseño del instrumento es accesible a la población sujeto de estudio. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0.03125 |
| | | | | | | total | 0.15625 |
| | | | | | | p valor | 0.03125 |

Proceso en Microsoft Excel 2019.

Validez interna: se aplicó una prueba piloto de 10 enfermeras de forma presencial. Los resultados fueron sometidos a la prueba estadística de Kuder-Richardson que constituye un coeficiente de confiabilidad y está indicado para el cálculo de la consistencia interna de escalas dicotómicas(23), obteniéndose un valor bueno.

Para la confiabilidad se aplicó la prueba piloto, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.85, lo que indica un aceptable nivel de confiabilidad.

4.6. Análisis y Procesamiento de datos

El análisis de los datos se da mediante un proceso general para realizar análisis estadístico en la ruta cuantitativa, etapa por etapa. Así mismo se comentan y ejemplifican los métodos para establecer la confiabilidad, los elementos de la estadística descriptiva y las pruebas de la estadística inferencial, tanto paramétricas como no paramétricas y la forma de interpretar sus datos (p.310)(20).

Durante el proceso en el tratamiento de los datos estadísticos se realizó lo siguiente:

Se enumeró correlativamente cada encuesta para su mejor procesamiento, se transformó en códigos cada respuesta de los encuestados para su mejor tabulación, procesamiento de los datos.

la codificación para el primer instrumento fue categorizada en bueno, regular y malo del total de preguntas correctas e incorrectas.

Estadística descriptiva: los datos de los instrumentos aplicados fueron trasladados a la hoja de cálculo de Excel 2019 que luego se usó como base de datos para la herramienta de análisis en el estadístico SPSS Versión 25.

4.7. Aspectos éticos en investigación.

Esta investigación se realizó respetando los principios bioéticos, por lo cual se accedió respuestas veraces, concisas de cada encuestado respetando el anonimato; para conocer a detalle el conocimiento de los participantes en el desarrollo del manejo inicial del paciente politraumatizado, con el fin de mejorar la atención de los pacientes politraumatizados y reducir la mortalidad y/o complicaciones en el tiempo de evacuación.

V. RESULTADOS

5.1.RESULTADOS DESCRIPTIVOS

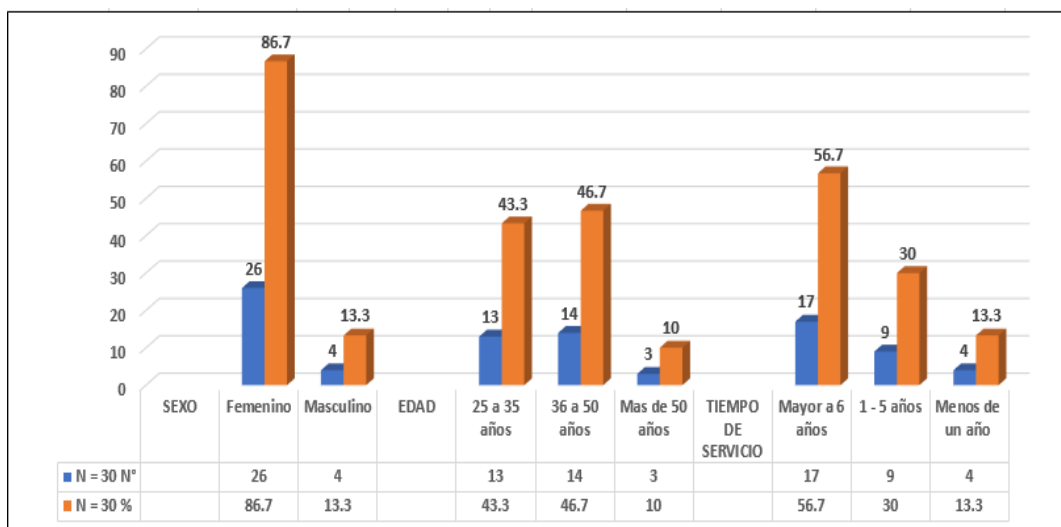
Tabla 5.1.1 DATOS GENERALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD TAMBO AYACUCHO 2023

N = 30

| VARIABLES | N° | % |
|--------------------|----|------|
| SEXO | | |
| Femenino | 26 | 86.7 |
| Masculino | 4 | 13.3 |
| EDAD | | |
| 25 a 35 años | 13 | 43.3 |
| 36 a 50 años | 14 | 46.7 |
| Mas de 50 años | 3 | 10.0 |
| TIEMPO DE SERVICIO | | |
| Mayor a 6 años | 17 | 56.7 |
| 1 - 5 años | 9 | 30.0 |
| Menos de un año | 4 | 13.3 |

Fuente: propia de tesistas.

GRAFICO 5.1.1 DATOS GENERALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD TAMBO AYACUCHO 2023



Fuente: Propia de tesistas.

Con respecto al análisis sobre el tiempo de servicio de los enfermeros del servicio de emergencias del centro de salud tambo observamos, que del total de los 30 enfermeros encuestados **56.7% (17)** tienen más de 6 años de experiencia, del mismo modo **30% (9)** tienen de 1 a 5 años y **13.3 % (4)** tiene menos de un año de experiencia laboral.

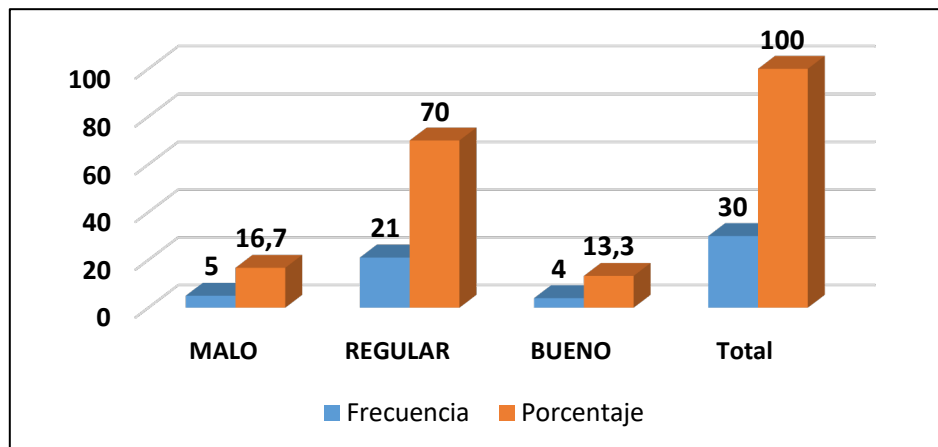
Tabla 5.1.2.

CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| MALO | 5 | 16.7 |
| REGULAR | 21 | 70.0 |
| BUENO | 4 | 13.3 |
| Total | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesistas.

GRAFICO 5.1.2. CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023



Fuente: Propia de tesistas.

Se observa que el **70.0%** es decir **21** de los encuestados tienen regular conocimiento respecto al manejo inicial del paciente politraumatizado a su vez el **16.7%** o sea **5** de los encuestados tiene un conocimiento malo y el **13.3%** o sea **4** tiene un buen conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado.

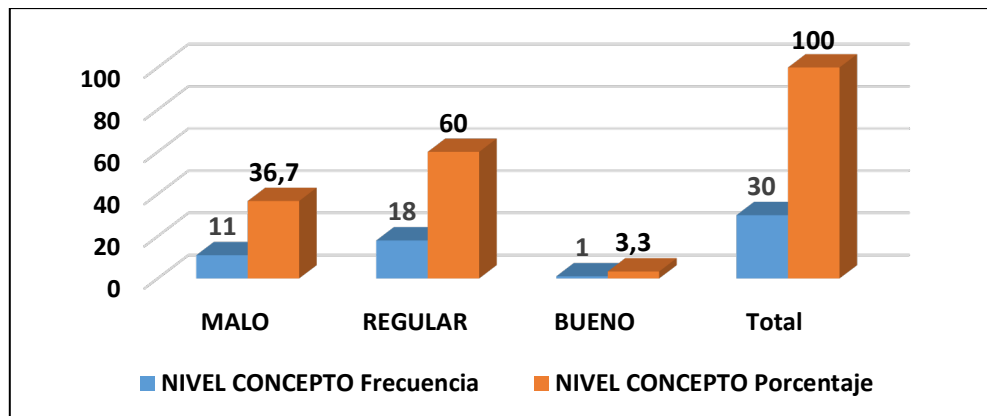
Tabla 5.1.3.

EN LA DIMENSION GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023

| NIVEL CONCEPTO | | |
|----------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| MALO | 11 | 36.7 |
| REGULAR | 18 | 60.0 |
| BUENO | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100.0 |

Fuente: propia de tesistas.

GRAFICO 5.1.3. EN LA DIMENSION GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023



Fuente: Propia de tesistas.

Con respecto al conocimiento en cuanto a generalidades del conocimiento en el manejo inicial, se observa que la mayoría el **60.0% (18)** de los encuestados presenta un regular conocimiento también el **36.6% (11)** presenta un nivel malo, a su vez solo el **3.3% (1)** tiene un nivel bueno.

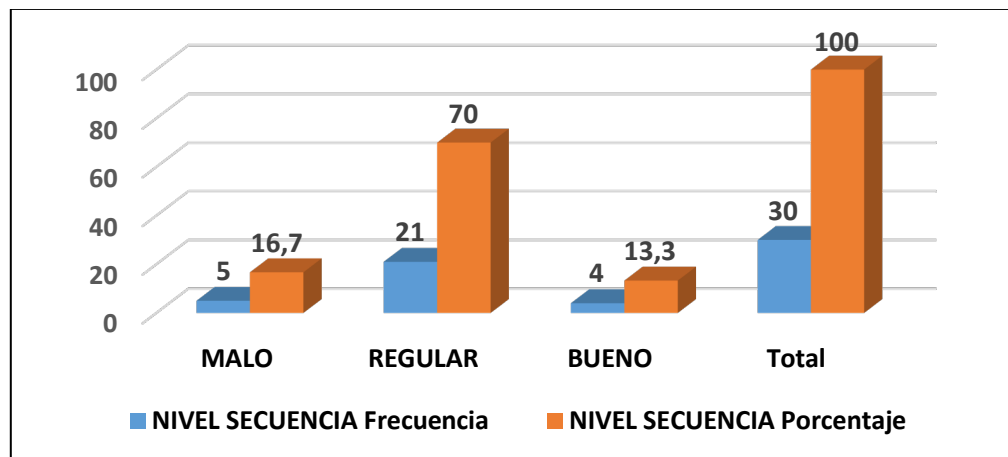
Tabla 5.1.4.

EN LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023

| <i>NIVEL SECUENCIA</i> | | |
|------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| MALO | 5 | 16.7 |
| REGULAR | 21 | 70.0 |
| BUENO | 4 | 13.3 |
| Total | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesisistas.

GRAFICO 5.1.4. EN LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023



Fuente: Propia de tesisistas.

La mayoría el **70% (21)** presenta un nivel regular con respecto a secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado, también se observa que el **16.7% (5)** presenta un nivel malo y solo el **13.3% (5)** presenta un nivel bueno.

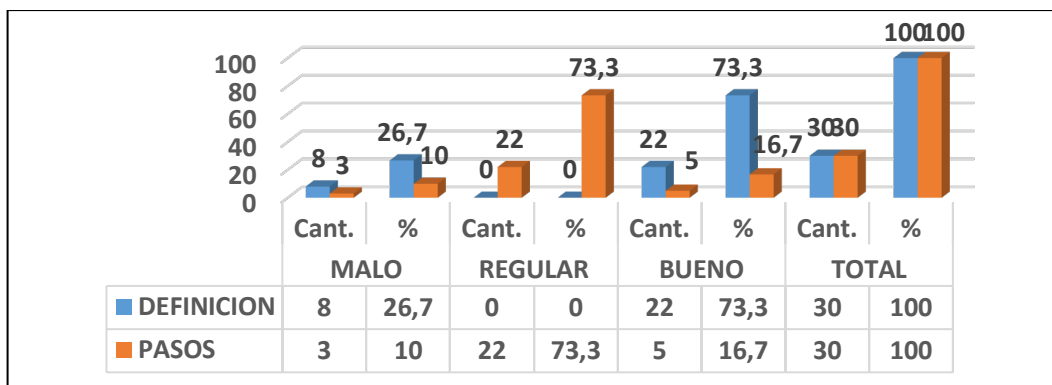
Tabla 5.1.5.

INDICADORES DE LA DIMENSION GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023.

| | MALO | | REGULAR | | BUENO | | TOTAL | |
|-------------------|-------|------|---------|------|-------|------|-------|-------|
| | Cant. | % | Cant. | % | Cant. | % | Cant. | % |
| DEFINICION | 8 | 26.7 | 0 | 0 | 22 | 73.3 | 30 | 100.0 |
| PASOS | 3 | 10.0 | 22 | 73.3 | 5 | 16.7 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesistas.

GRAFICO 5.1.5. INDICADORES DE LA DIMENSION GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023.



Con respecto a los indicadores de la dimensión “concepto” se observa que en definición el **73.3% (22)** logró alcanzar un puntaje de bueno, y en el indicador pasos el **73.3% (20)** alcanzó un puntaje de regular.

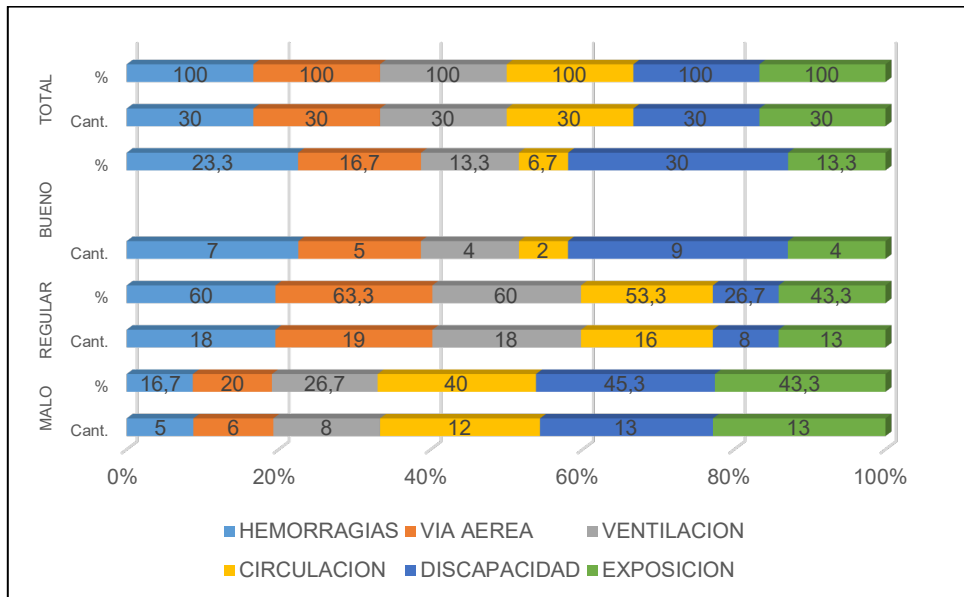
Tabla 5.1.6.

INDICADORES DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023

| | MALO | | REGULAR | | BUENO | | TOTAL | |
|--------------|-------|------|---------|------|-------|------|-------|-------|
| | Cant. | % | Cant. | % | Cant. | % | Cant. | % |
| HEMORRAGIAS | 5 | 16.7 | 18 | 60.0 | 7 | 23.3 | 30 | 100.0 |
| VIA AEREA | 6 | 20.0 | 19 | 63.3 | 5 | 16.7 | 30 | 100.0 |
| VENTILACION | 8 | 26.7 | 18 | 60.0 | 4 | 13.3 | 30 | 100.0 |
| CIRCULACION | 12 | 40.0 | 16 | 53.3 | 2 | 6.7 | 30 | 100.0 |
| DISCAPACIDAD | 13 | 45.3 | 8 | 26.7 | 9 | 30.0 | 30 | 100.0 |
| EXPOSICION | 13 | 43.3 | 13 | 43.3 | 4 | 13.3 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesistas.

GRAFICO 5.1.6. INDICADORES DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023



Fuente: Propia de tesistas.

Se observa con respecto a la dimensión secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado los indicadores vía aérea alcanzo un **63.3% (19)**, en el indicador ventilación un **60.3% (19)**, en el indicador hemorragias un **60.0% (18)**, con respecto al indicador circulación un **53.3% (16)** y el indicador exposición un **43.3% (13)** alcanzaron un nivel regular y con respecto al indicador discapacidad obtuvo un **45.3% (13)** alcanzó un nivel malo.

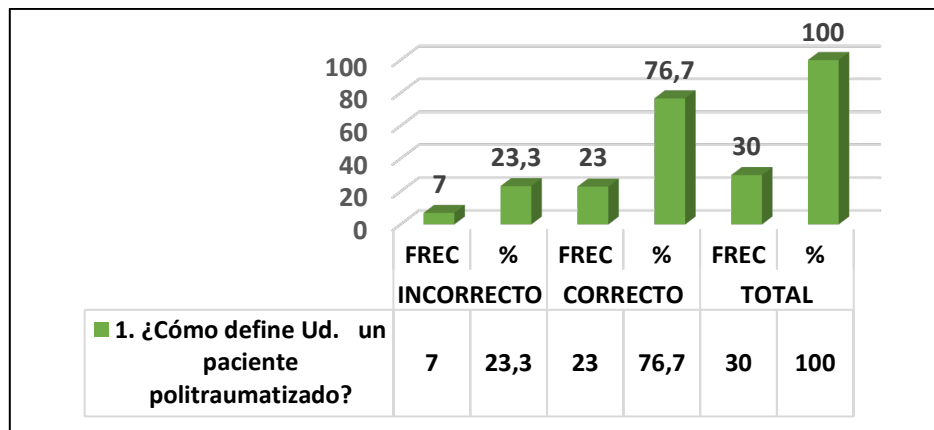
Tabla 5.1.7

ITEM DEL INDICADOR DEFINICION DE LA DIMENSION GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023

| Ítem | INCORRECTO | | CORRECTO | | TOTAL | |
|---|------------|------|----------|------|-------|-------|
| | FREC | % | FREC | % | FREC | % |
| 1. ¿Cómo define Ud. un paciente politraumatizado? | 7 | 23.3 | 23 | 76.7 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesistas.

GRAFICO 5.1.7 ITEM DEL INDICADOR DEFINICION DE LA DIMENSION GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023



Con respecto a la pregunta si define un paciente traumatizado en la dimensión generalidades del indicador definición se encontró que el **76.7% (23)** han respondido de forma correcta y el **23.3% (7)** de forma incorrecta.

Tabla 5.1.9

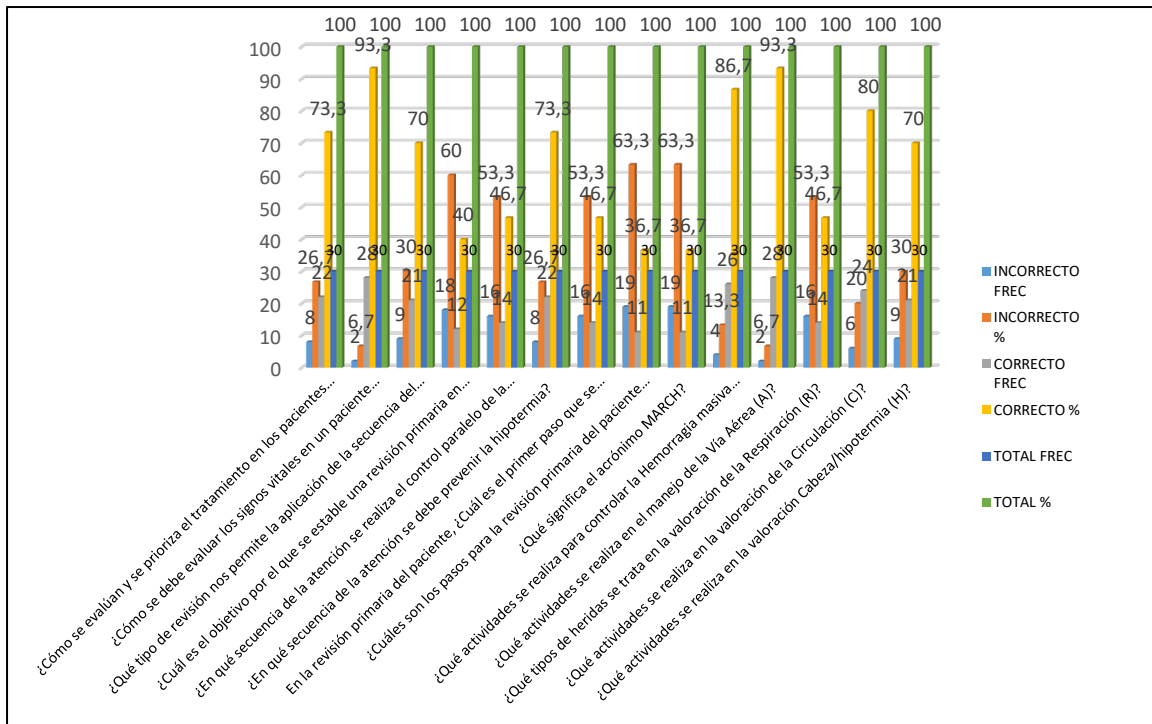
ITEM DEL INDICADOR PASOS DE LA DIMENSION GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023

| Ítems | INCORRECTO | | CORRECTO | | TOTAL | |
|---|------------|------|----------|------|-------|-------|
| | FREC | % | FREC | % | FREC | % |
| ¿Cómo se evalúan y se prioriza el tratamiento en los pacientes politraumatizados? | 8 | 26.7 | 22 | 73.3 | 30 | 100.0 |
| ¿Cómo se debe evaluar los signos vitales en un paciente politraumatizado? | 2 | 6.7 | 28 | 93.3 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué tipo de revisión nos permite la aplicación de la secuencia del manejo inicial del paciente politraumatizado? | 9 | 30.0 | 21 | 70.0 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuál es el objetivo por el que se estable una revisión primaria en el manejo inicial del paciente politraumatizado? | 18 | 60.0 | 12 | 40.0 | 30 | 100.0 |
| ¿En qué secuencia de la atención se realiza el control paralelo de la columna cervical? | 16 | 53.3 | 14 | 46.7 | 30 | 100.0 |
| ¿En qué secuencia de la atención se debe prevenir la hipotermia? | 8 | 26.7 | 22 | 73.3 | 30 | 100.0 |
| En la revisión primaria del paciente, ¿Cuál es el primer paso que se enfatiza en el manejo inicial del paciente politraumatizado? | 16 | 53.3 | 14 | 46.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuáles son los pasos para la revisión primaria del paciente politraumatizado? | 19 | 63.3 | 11 | 36.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué significa el acrónimo MARCH? | 19 | 63.3 | 11 | 36.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué actividades se realiza para controlar la Hemorragia masiva (M)? | 4 | 13.3 | 26 | 86.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué actividades se realiza en el manejo de la Vía Aérea (A)? | 2 | 6.7 | 28 | 93.3 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué tipos de heridas se trata en la valoración de la Respiración (R)? | 16 | 53.3 | 14 | 46.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué actividades se realiza en la valoración de la Circulación (C)? | 6 | 20.0 | 24 | 80.0 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué actividades se realiza en la valoración Cabeza/hipotermia (H)? | 9 | 30.0 | 21 | 70.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesis.

Con respecto a las preguntas del indicador paso de la dimensión generalidades se encontró que el **93.3% (28)** si evalúa los signos vitales y que actividades realiza en el manejo de la vía aérea del paciente politraumatizado respondió correctamente; el **86.7%(26)** de los encuestados respondió de forma correcta a la pregunta que actividades realiza para controlar la hemorragia masiva; el **80.0%(24)** respondió correctamente a que actividades se realiza en la valoración de la circulación; el **73.3%(22)** respondieron correctamente a las preguntas de como evaluar y priorizar el tratamiento en pacientes politraumatizados y que secuencia se debe prevenir la hipotermia; el **63.3%(19)** respondieron incorrectamente a las preguntas cuales son los pasos para la revisión primaria y que significa el acrónimo MARCH; también observamos que el **60.0% (18)** respondió de forma incorrecta a la pregunta si estable objetivos en la revisión primaria de un paciente politraumatizado; y finalmente el **53.3%(16)** respondieron de forma incorrecta a las preguntas si realiza el control paralelo de la columna cervical y que actividades realiza en la valoración de la cabeza/hipotermia.

GRAFICO 5.1.9. ITEM DEL INDICADOR PASOS DE LA DIMENSION GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023.



Fuente: Propia de tesisistas.

Con respecto a las preguntas del indicador paso de la dimensión generalidades se encontró que el **93.3% (28)** si evalúa los signos vitales y que actividades realiza en el manejo de la vía aérea del paciente politraumatizado respondió correctamente; el **86.7%(26)** de los encuestados respondió de forma correcta a la pregunta que actividades realiza para controlar la hemorragia masiva; el **80.0%(24)** respondió correctamente a que actividades se realiza en la valoración de la circulación; el **73.3%(22)** respondieron correctamente a las preguntas de como evaluar y priorizar el tratamiento en pacientes politraumatizados y que secuencia se debe prevenir la hipotermia; el **63.3%(19)** respondieron incorrectamente a las preguntas cuales son los pasos para la revisión primaria y que significa el acrónimo MARCH; también observamos que el **60.0% (18)** respondió de forma incorrecta a la pregunta si estable objetivos en la revisión primaria de un paciente politraumatizado; y finalmente el **53.3%(16)** respondieron de forma incorrecta a las preguntas si realiza el control paralelo de la columna cervical y que actividades realiza en la valoración de la cabeza/hipotermia.

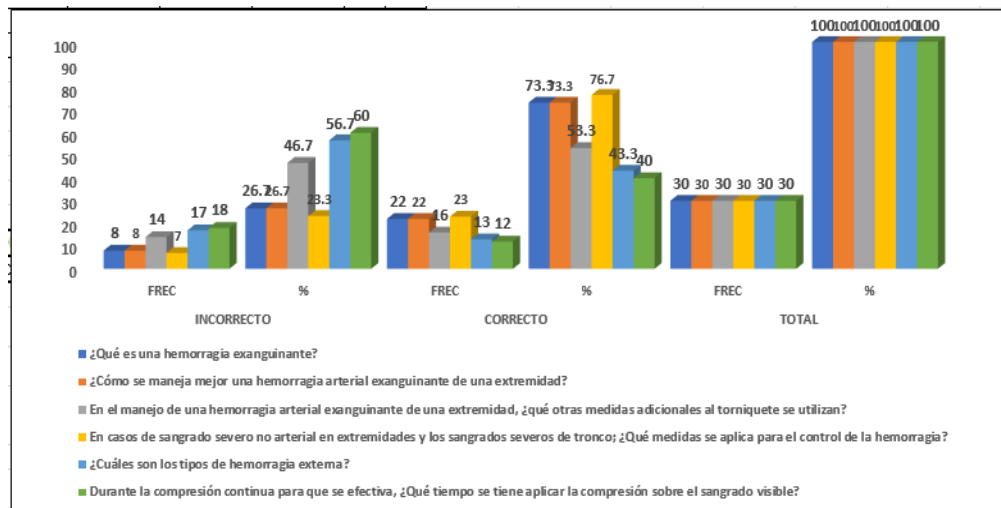
Tabla 5.1.10

ÍTEMES DEL INDICADOR HEMORRAGIA DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023

| ÍTEMES | INCORRECTO | | CORRECTO | | TOTAL | |
|---|------------|------|----------|------|-------|-------|
| | FREC | % | FREC | % | FREC | % |
| ¿Qué es una hemorragia exanguinante? | 8 | 26.7 | 22 | 73.3 | 30 | 100.0 |
| ¿Cómo se maneja mejor una hemorragia arterial exanguinante de una extremidad? | 8 | 26.7 | 22 | 73.3 | 30 | 100.0 |
| En el manejo de una hemorragia arterial exanguinante de una extremidad, ¿qué otras medidas adicionales al torniquete se utilizan? | 14 | 46.7 | 16 | 53.3 | 30 | 100.0 |
| En casos de sangrado severo no arterial en extremidades y los sangrados severos de tronco; ¿Qué medidas se aplica para el control de la hemorragia? | 7 | 23.3 | 23 | 76.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuáles son los tipos de hemorragia externa? | 17 | 56.7 | 13 | 43.3 | 30 | 100.0 |
| Durante la compresión continua para que se efectiva, ¿Qué tiempo se tiene aplicar la compresión sobre el sangrado visible? | 18 | 60.0 | 12 | 40.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesistas.

ÍTEMES DEL INDICADOR HEMORRAGIA DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023



Fuente: propia de tesistas.

Con respecto a los ítemes del indicador hemorragia de la dimensión secuencia encontramos que la mayoría el **76.7% (23)** de los encuestados respondió de forma correcta a la aplicación de medidas adecuadas en un sangrado severo no arterial a su vez el **73.3% (22)** de los encuestados respondieron de forma correcta al reconocimiento de la hemorragia examinante y a su vez también el **73.3% (22)** respondió de forma correcta al manejo de la hemorragia arterial examinante, también observamos que un **60% (18)** de los encuestados respondió de forma incorrecta a la aplicación de la compresión durante un tiempo adecuado para el control de hemorragias.

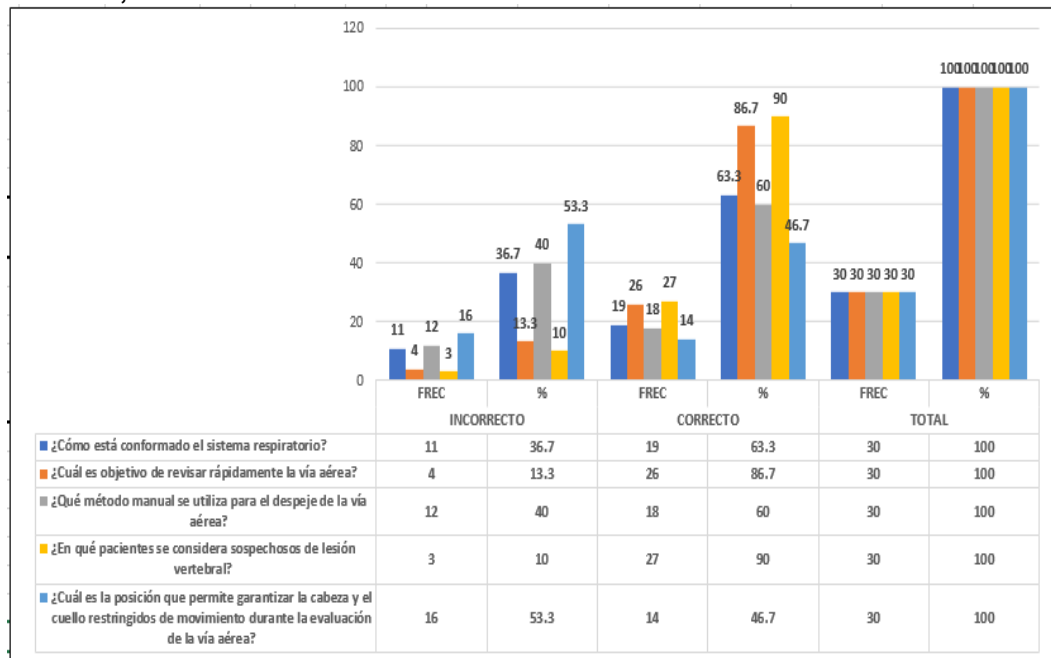
Tabla 5.1.11

ITEMS DEL INDICADOR VIA AEREA DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023.

| ÍTEMS | INCORRECTO | | CORRECTO | | TOTAL | |
|---|------------|------|----------|------|-------|-------|
| | FREC | % | FREC | % | FREC | % |
| ¿Cómo está conformado el sistema respiratorio? | 11 | 36.7 | 19 | 63.3 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuál es objetivo de revisar rápidamente la vía aérea? | 4 | 13.3 | 26 | 86.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué método manual se utiliza para el despeje de la vía aérea? | 12 | 40.0 | 18 | 60.0 | 30 | 100.0 |
| ¿En qué pacientes se considera sospechosos de lesión vertebral? | 3 | 10.0 | 27 | 90.0 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuál es la posición que permite garantizar la cabeza y el cuello restringidos de movimiento durante la evaluación de la vía aérea? | 16 | 53.3 | 14 | 46.7 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propio de tesistas.

GRAFICO 5.1.11 ITEMS DEL INDICADOR VIA AEREA DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023.



Fuente: Propia de tesistas.

Se observa que la mayoría el **90% (27)** de los encuestados respondió de forma correcta al reconocimiento de pacientes sospechosos de lesión vertebral también se observa que el **86.7% (26)** de los encuestados respondió correctamente sobre el reconocimiento del objetivo de una revisión rápida de la vía aérea y el **53.3% (16)** de los encuestados respondió de forma incorrecta sobre la pregunta de si garantiza la posición adecuada durante la evaluación de la vía aérea.

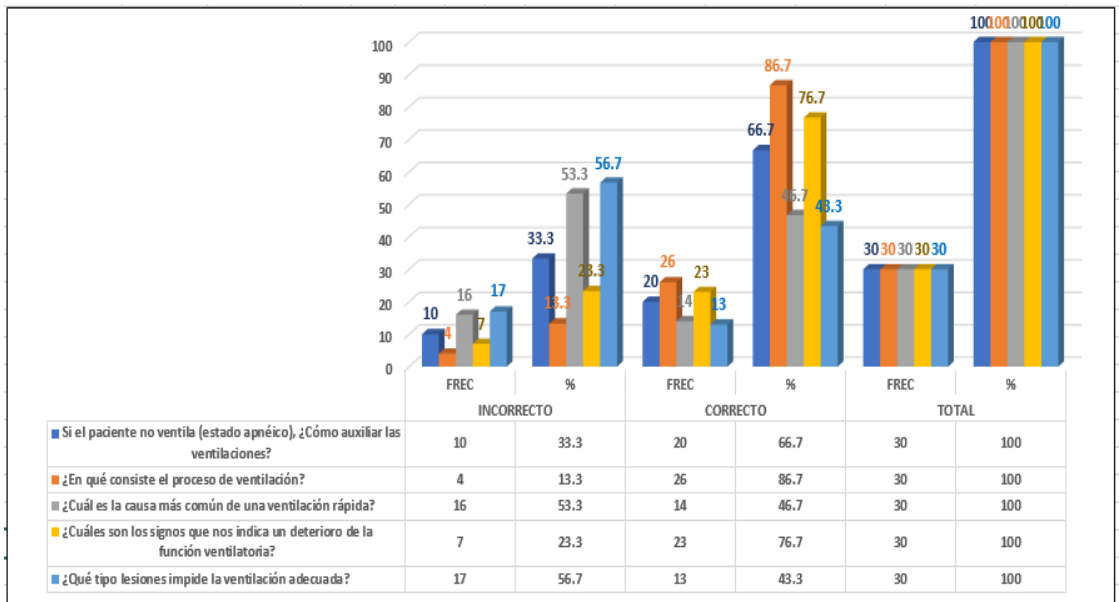
Tabla 5.1.12

ITEMS DEL INDICADOR VENTILACION DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023

| ÍTEMS | INCORRECTO | | CORRECTO | | TOTAL | |
|--|------------|------|----------|------|-------|-------|
| | FREC | % | FREC | % | FREC | % |
| Si el paciente no ventila (estado apnéico), ¿Cómo auxiliar las ventilaciones? | 10 | 33.3 | 20 | 66.7 | 30 | 100.0 |
| ¿En qué consiste el proceso de ventilación? | 4 | 13.3 | 26 | 86.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuál es la causa más común de una ventilación rápida? | 16 | 53.3 | 14 | 46.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuáles son los signos que nos indica un deterioro de la función ventilatoria? | 7 | 23.3 | 23 | 76.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué tipo lesiones impide la ventilación adecuada? | 17 | 56.7 | 13 | 43.3 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesistas.

GRAFICA 5.1.12. ITEMS DEL INDICADOR VENTILACION DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023



Fuente: Propia de tesistas

Con respecto a los ítems del indicador ventilación en la dimensión secuencia se encontró que la mayoría el **86.7% (26)** marcó de forma correcta con respecto a la pregunta si conoce el proceso de ventilación también se observa que el **76.7% (23)** respondió de forma correcta sobre si reconoce los signos que deterioran la función ventilatoria a su vez el **56.7% (17)** de los encuestados respondieron de forma incorrecta sobre el reconocimiento de las lesiones que impiden la ventilación adecuada.

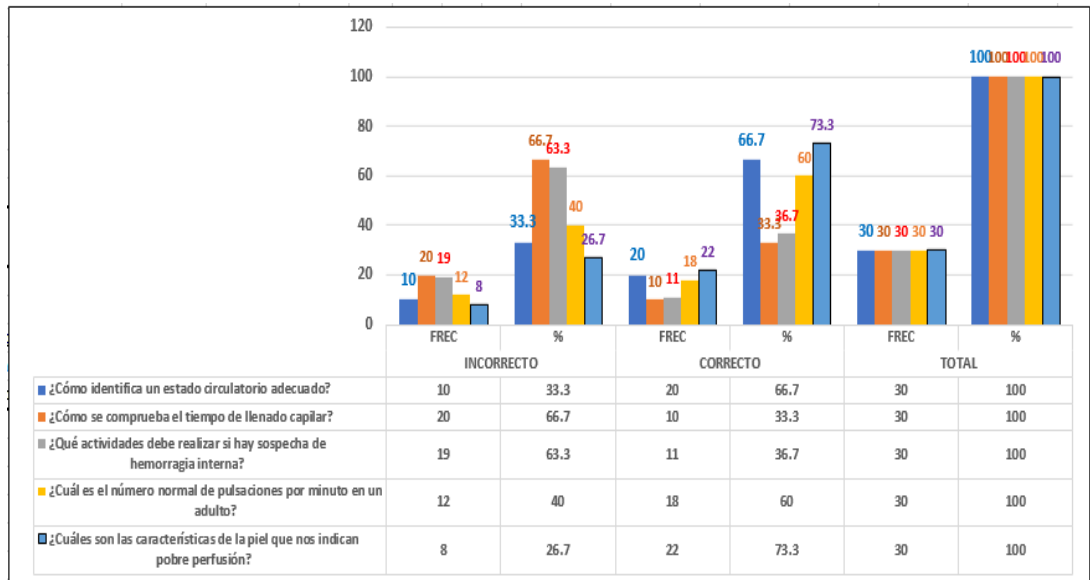
Tabla 5.1.13

ITEMS DEL INDICADOR CIRCULACION DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023

| Ítems | INCORRECTO | | CORRECTO | | TOTAL | |
|---|------------|------|----------|------|-------|-------|
| | FREC | % | FREC | % | FREC | % |
| ¿Cómo identifica un estado circulatorio adecuado? | 10 | 33.3 | 20 | 66.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Cómo se comprueba el tiempo de llenado capilar? | 20 | 66.7 | 10 | 33.3 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué actividades debe realizar si hay sospecha de hemorragia interna? | 19 | 63.3 | 11 | 36.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuál es el número normal de pulsaciones por minuto en un adulto? | 12 | 40.0 | 18 | 60.0 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuáles son las características de la piel que nos indican pobre perfusión? | 8 | 26.7 | 22 | 73.3 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesisistas.

GRAFICO 5.1.13. ITEMS DEL INDICADOR CIRCULACION DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023



Fuente: Propia de tesisistas.

Con respecto a las preguntas sobre el indicador circulación de la dimensión secuencia la mayoría el **73.3% (22)** de los encuestados respondió de forma correcta a la pregunta sobre si reconoce la perfusión pobre en la piel también observamos que el **66.7% (20)** responde de forma correcta con respecto a identificar un estado circulatorio adecuado a su vez el **66.7% (20)** de los encuestados responden de forma incorrecta con respecto a la comprobación del tiempo de llenado capilar.

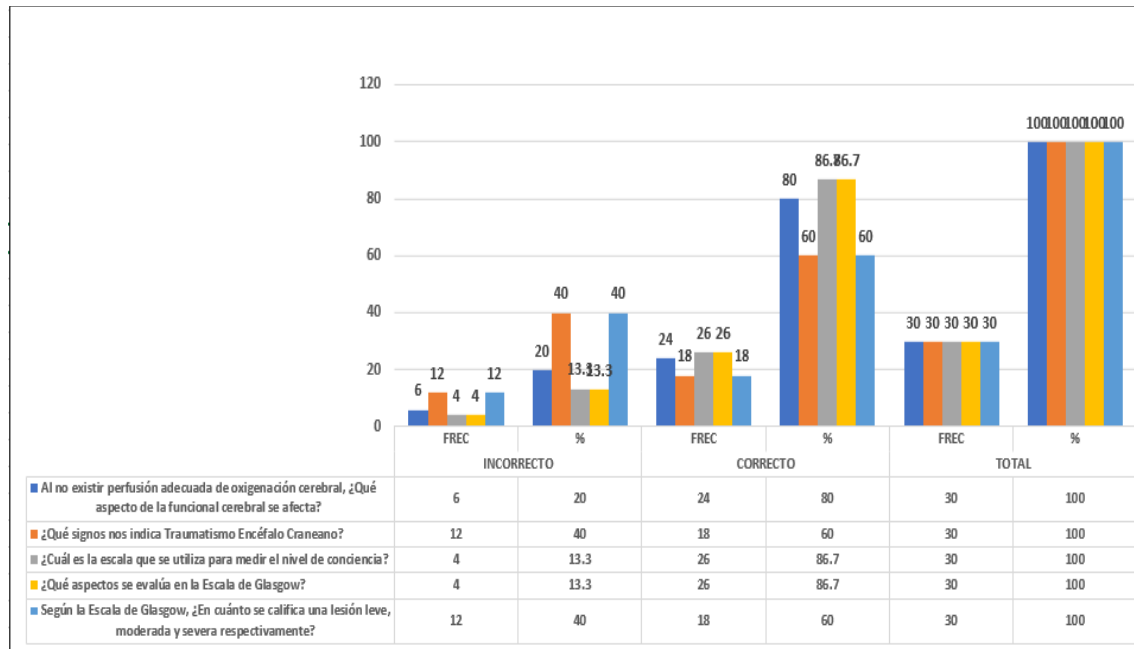
Tabla 5.1.14

ITEMS DEL INDICADOR DISCAPACIDAD DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023.

| ÍTEMS | INCORRECTO | | CORRECTO | | TOTAL | |
|--|------------|------|----------|------|-------|-------|
| | FREC | % | FREC | % | FREC | % |
| Al no existir perfusión adecuada de oxigenación cerebral, ¿Qué aspecto de la funcional cerebral se afecta? | 6 | 20.0 | 24 | 80.0 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué signos nos indica Traumatismo Encéfalo Craneano? | 12 | 40.0 | 18 | 60.0 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuál es la escala que se utiliza para medir el nivel de conciencia? | 4 | 13.3 | 26 | 86.7 | 30 | 100.0 |
| ¿Qué aspectos se evalúa en la Escala de Glasgow? | 4 | 13.3 | 26 | 86.7 | 30 | 100.0 |
| Según la Escala de Glasgow, ¿En cuánto se califica una lesión leve, moderada y severa respectivamente? | 12 | 40.0 | 18 | 60.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de tesistas.

GRAFICO 5.1.14. ITEMS DEL INDICADOR DISCAPACIDAD DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023.



Fuente: Propia de tesistas.

con respecto al indicador discapacidad se observa que la mayoría el **86.7% (26)** de los encuestados respondieron de forma correcta sobre si reconoce la escala para medir el nivel de conciencia a su vez también el **86.7% (26)** de los encuestados responde de forma correcta sobre la aplicación de los ítems utilizados en la Escala de Glasgow, también observamos que el **40% (12)** de los encuestados respondió de forma incorrecta sobre si reconoce los signos que nos indican traumatismo encéfalo craneano y también el **40% (12)** de los encuestados respondió de forma incorrecta a la aplicación de la Escala de Glasgow.

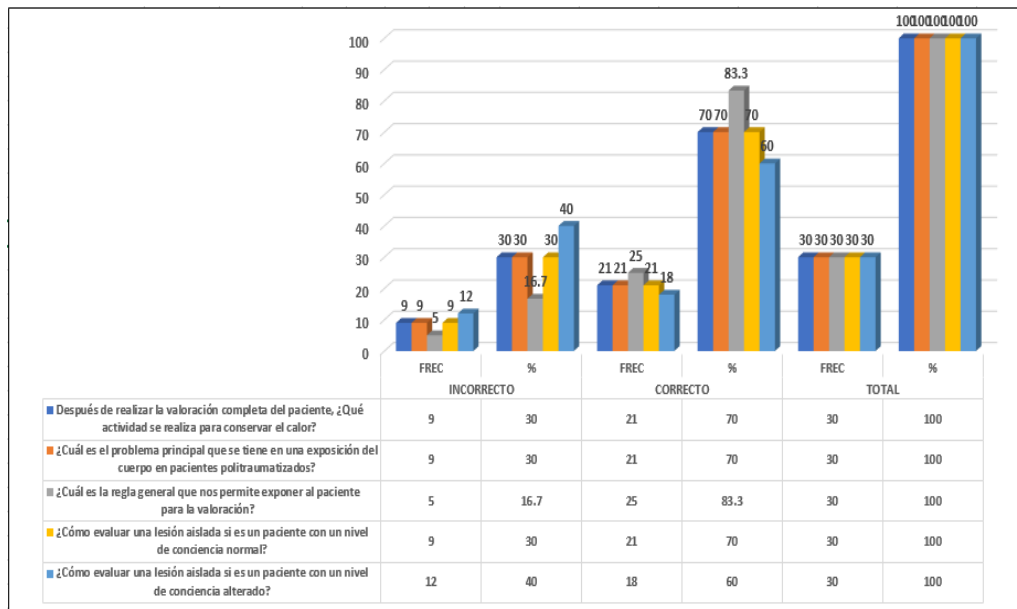
Tabla 5.1.15

ITEMS DEL INDICADOR EXPOSICION DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023.

| ÍTEMS | INCORRECTO | | CORRECTO | | TOTAL | |
|---|------------|------|----------|------|-------|-------|
| | FREC | % | FREC | % | FREC | % |
| Después de realizar la valoración completa del paciente, ¿Qué actividad se realiza para conservar el calor? | 9 | 30.0 | 21 | 70.0 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuál es el problema principal que se tiene en una exposición del cuerpo en pacientes politraumatizados? | 9 | 30.0 | 21 | 70.0 | 30 | 100.0 |
| ¿Cuál es la regla general que nos permite exponer al paciente para la valoración? | 5 | 16.7 | 25 | 83.3 | 30 | 100.0 |
| ¿Cómo evaluar una lesión aislada si es un paciente con un nivel de conciencia normal? | 9 | 30.0 | 21 | 70.0 | 30 | 100.0 |
| ¿Cómo evaluar una lesión aislada si es un paciente con un nivel de conciencia alterado? | 12 | 40.0 | 18 | 60.0 | 30 | 100.0 |

Fuente: Propia de testistas.

GRAFICO 5.1.15 ITEMS DEL INDICADOR EXPOSICION DE LA DIMENSION SECUENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD I-4 TAMBO – AYACUCHO, 2023.



Fuente: Propia de testistas.

Con respecto a los ítems del indicador exposición de la dimensión secuencia se observa que la mayoría el **83.3% (25)** de los encuestados respondió de forma correcta con respecto al uso de la regla general para evaluar al paciente a su vez el **70% (21)** respondió de forma correcta a la evaluación adecuada en una lesión en un paciente consciente y también se observa que el **40% (12)** respondió de forma incorrecta con respecto a la evaluación adecuada en una lesión en pacientes con nivel de conciencia alterado.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. **Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.**

Según el estudio realizado a los 30 enfermeros que trabajan en el centro de salud 1-4 tambo a los cuales se evaluó de manera sistemática y eficiente, se evidenció que los profesionales de enfermería tienen un conocimiento regular en el manejo inicial del paciente politraumatizado.

6.2. **Contrastación de los resultados con otros estudios similares.**

Un paciente politraumatizado presenta lesiones físicas que ponen en riesgo su vida, requiere de una rápida evaluación y tratamiento oportuno; es por ello que el manejo inicial del paciente politraumatizado debe ser de forma sistemática.

Durante este proceso las prioridades se establecen en función a las características de las lesiones sufridas, sus signos vitales y el mecanismo de la lesión, estas prioridades deben ser de forma lógica y ordenada, rápida y eficiente.

Para la presente investigación se desarrolló teniendo en cuenta la revisión primaria del paciente con trauma, que actualmente se enfatiza en el control de la hemorragia externa que amenace la vida como primer paso en la secuencia, pero muchos de ellos deben y pueden desarrollarse de manera simultánea.

En relación con la investigación sobre el nivel de conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado del enfermero del servicio de emergencia del centro de Salud I-4 Tambo-Ayacucho, 2023, se encontró los siguientes resultados:

El nivel del conocimiento sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado fue regular con un total de 70.0% que equivale a 21 encuestados.

Con respecto a la dimensión generalidades sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado fue regular con un total de 18 encuestados que

da como resultado el 60.0 %. Teniendo en cuenta el indicador “concepto” fue bueno con el 73.3%, en el indicador “pasos” fue regular con el 73.3%.

En la dimensión secuencia sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado fue regular con el 70.3% con 21 encuestados; en “vías áreas” fue bueno con 63.3%, con el 60.0% en el indicador “hemorragia” fue regular, con el 56.7% el indicador “circulación” fue regular, en el indicador “discapacidad” y “exposición fue malo con el 43.3%.

En cuanto a las similitudes Reyes Arboleda (2021) refiere en su trabajo de investigación de enfermería en pacientes politraumatizados que el 82.0% conocen el procedimiento de enfermería que deben realizar al paciente politraumatizado, Acuña Salazar (2019) en su estudio refiere que en su mayoría de los profesionales de enfermería tiene un nivel medio de conocimientos un 67.5%, a su vez Catillo (2018) demostró el nivel de conocimiento de las enfermeras fue alto con un 88.24% y su cuidado regular.

6.3. Responsabilidad ética:

En la presente investigación, la unidad de análisis fueron los/as enfermeros/as del servicio de emergencia del Centro de Salud Tambo.

De acuerdo con los principios básicos de Belmont, se cumplieron con las siguientes consideraciones éticas:

-Principio de Beneficencia: los participantes desarrollaron libremente el cuestionario de preguntas y accedieron a ser evaluados mediante la observación sin ningún impedimento.

-Principio de No Maleficencia: se realizó previa coordinación con los participantes y jefes de servicio y establecimiento de salud informándoles el objetivo principal del estudio y guardando el anonimato para el procesamiento de la información.

-Principio de Justicia: los participantes tuvieron el derecho de participar con previa autorización, con un trato justo y respetuoso que merecen antes durante y después del desarrollo de la recolección de datos.

Finalmente, se tuvo en consideración los principios que regulan la Conducta Responsable del Investigador (CRI), establecidos por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC).

VII. CONCLUSIONES

1. La presente tesis permitió determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo, Ayacucho 2023 en donde se obtuvo un conocimiento regular con un 70.0% con 21 enfermeros, un 16.7% obtuvo un conocimiento malo y solo un 13.3 % tiene un conocimiento bueno que equivale a 4 enfermeros.

2. Se identifico con respecto a la dimensión generalidades de los conocimientos de los enfermeros del servicio de emergencia en el manejo inicial del paciente politraumatizado Centro de Salud I-4 Tambo, Ayacucho 2023, presentan un conocimiento bueno con 60% siendo un total de 18 enfermeras; con respecto a concepto tienen un conocimiento bueno con un 73.3% y respecto a pasos se observa un conocimiento regular con un 73.3%.

3. Con respecto a la dimensión secuencia de los conocimientos de los enfermeros del servicio de emergencia en el manejo inicial del paciente politraumatizado Centro de Salud I-4 Tambo, Ayacucho 2023, presentan un conocimiento regular con un 70.3%, así mismo se presentan un conocimiento regular en vía aérea, hemorragias y ventilación, circulación con un 63.3%, 60.0% y 53.3% respectivamente; así mismo presentan un conocimiento malo en discapacidad y exposición con un 13% en ambos casos.

VIII. RECOMEDACIONES

La presente tesis permitió conocer carencias en la información de los profesionales de enfermería del centro de salud 1-4 tambo, para que tengan un real conocimiento, los cuales requieren capacitación en el manejo inicial del paciente politraumatizado.

Establecidas las conclusiones de la presente tesis se recomienda a al jefe del establecimiento de salud y con énfasis a la jefa del servicio de emergencia lo siguiente:

- 1.** Implementar un taller en el manejo inicial del paciente politraumatizado con profesionales externos capacitados con la finalidad de fortalecer los conocimientos de la enfermera/o que labora en el servicio de emergencia.
- 2.** Incentivar a la creación de discusión de casos que han requerido una revisión primaria en el manejo inicial del paciente politraumatizado así mismo incentivar a las capacitaciones continuas en base a competencias.
- 3.** Un taller de autocapacitación de forma trimestral realizando simulacros de casos donde se puedan evidenciar el manejo inicial del paciente politraumatizado.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Accidentes de tránsito son considerados una epidemia silenciosa que cada día mata a más peruanos [Internet]. [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31137-accidentes-de-transito-son-considerados-una-epidemia-silenciosa-que-cada-dia-mata-a-mas-peruanos>
2. Traumatismos causados por el tránsito [Internet]. [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
3. Defensoría del Pueblo: más de 14 000 personas fallecieron en accidentes de tránsito en últimos cinco años [Internet]. Defensoría del Pueblo - Perú. [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-mas-de-14-000-personas-fallecieron-en-accidentes-de-transito-en-ultimos-cinco-anos/>
4. CDC Perú reportó más 16 mil lesionados por accidentes de tránsito en lo que va del 2022. [Internet]. CDC MINSA. [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reporto-mas-16-mil-lesionados-por-accidentes-de-transito-en-lo-que-va-del-2022/>
5. Reyes Arboleda P. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DELFINA TORRES DE CONCHA DE LA CIUDAD DE ESMERALDAS [Internet]. [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/2441/3/REYES%20ARBOLEDAD%20PAULETT%20STEFANIA.pdf>
6. Satán Ordoñez N. Cuidados de enfermería en pacientes con politraumatismo. Ecuador, 2018 [Internet]. [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5680/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2019-0024.pdf>
7. Ijujes Guerrero LA. Evaluación inicial de la atención de enfermería al paciente politraumatizado [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados; 2017 [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/47058>
8. Rodríguez Lazo M, Ada Eworo GMM, Esono Nchama MF. Atención de enfermería al paciente politraumatizado, Hospital Regional de Bata, 2017. *Enferm Investiga Investig Vincul Docencia Gest.* 2018;3(2):61-5.
9. 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. [Internet]. [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1291/cap03.pdf

10. Sosa ME, Spinoza EA. Manejo de paciente politraumatizado en APS [Internet]. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.; 2016 [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/8671>
11. Huahuatico Cano Y. Intervención del profesional de enfermería en el manejo inicial de los pacientes politraumatizados en los servicios de emergencia. Intervention of the nursing professional in the initial management of polytraumatized patients in emergency services [Internet]. 2022 [citado 29 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13327>
12. Sucapuca Quinto Z. Plan de intervención de enfermería en el manejo inicial en pacientes adultos politraumatizados de un establecimiento de primer nivel de atención de salud, Chuquibambilla - Apurímac. 2022 [citado 8 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7247>
13. Sánchez Arias CC. Conocimiento sobre el manejo del paciente politraumatizados y la práctica del personal de enfermería en la emergencia del Centro de Salud Chilca – Mala 2022. Repos Inst-Wien [Internet]. 18 de diciembre de 2022 [citado 29 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/8177>
14. Requena Córdova DG. Intervención de enfermería en pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia, Clínica Auna – Miraflores, Piura 2021. 4 de julio de 2022 [citado 2 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1065>
15. Acuña Salazar Y, Moscoso Velasquez WE, Suarez Ñañez EB. Conocimiento sobre evaluación inicial del paciente politraumatizado de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Rezola. Cañete. 2019. Univ Nac Callao - Repos Inst - CONCYTEC [Internet]. 2019 [citado 2 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5346>
16. Soto CJ de, Elizabeth J. Nivel de conocimiento de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y su relación con los cuidados de enfermería en el servicio de emergencia de clínica Limatambo Cajamarca, 2018. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2021 [citado 2 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4024>
17. SEUP. Manejo del paciente politraumatizado [Internet]. 2019 [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/19_Politrauma.pdf

18. Comité Americano de Cirujanos. Apoyo Vital Avanzado de Trauma [Internet]. 2019 [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://enarm.com.mx/catalogo/3.pdf>
19. National Association of Emergency Medical. Soporte Vital de Trauma Prehospitalario. 9na edición. España: JONES & BARTLETT; 2019.
20. Hernandez-Sampieri R, Mendoza Torres, C. Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill Education; 2018. p. 174, p. 179.
21. ¿Qué es una investigación básica según Sampieri? – Respuesta Corta [Internet]. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://respuestacorta.com.mx/que-es-una-investigacion-basica-segun-sampieri/>
22. Hernandez-Sampieri R. Metodología de la investigación [Internet]. [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: http://saludpublica.cucs.udg.mx/cursos/medicion_exposicion/Hernandez-Sampieri-et-al,-Metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n,%202014,%20pp%20194-267.pdf
23. Dicenlen. Coeficientes de fiabilidad de Kuder-Richardson [Internet]. Dicenlen; [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.dicenlen.eu/es/diccionario/entradas/coeficientes-fiabilidad-kuder-richardson>

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLA

| | |
|---|----|
| Tabla 5.1.1. Datos generales del personal de enfermería del servicio de emergencia del Centro de Salud Tambo Ayacucho 2023 | 49 |
| Tabla 5.1.2. Conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 50 |
| Tabla 5.1.3. En la dimensión generalidades del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud i-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 51 |
| Tabla 5.1.4. En la dimensión secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 52 |
| Tabla 5.1.5. Indicadores de la dimensión generalidades del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 53 |
| Tabla 5.1.6. Indicadores de la dimensión secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 54 |
| Tabla 5.1.7. Item del indicador definición de la dimensión generalidades del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 55 |
| Tabla 5.1.9 Item del indicador pasos de la dimensión generalidades del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del centro de salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 56 |
| Tabla 5.1.10 Items del indicador hemorragia de la dimensión secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de | |

| | |
|--|----|
| los enfermeros del servicio de emergencia del centro de salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 58 |
| Tabla 5.1.11. Items del indicador via aérea de la dimensión secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 59 |
| Tabla 5.1.12 Items del indicador ventilación de la dimensión secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del centro de salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 60 |
| Tabla 5.1.13. Items del indicador circulación de la dimensión secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 61 |
| Tabla 5.1.14 Items del indicador discapacidad de la dimensión secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 62 |
| Tabla 5.1.15. Items del indicador exposición de la dimensión secuencia del conocimiento en el manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud I-4 Tambo – Ayacucho, 2023 | 63 |

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: CONOCIMIENTO DEL MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS ENFERMEROS DEL CENTRO DE SALUD TAMBO I-4 AYACUCHO, 2023

| PROBLEMA | OBJETIVO | VARIABLE | DIMENSION | INDICADORES | ITEMS | METODO Y TECNICA |
|--|---|--------------|---|--|---|---|
| <p>GENERAL ¿Cuál es el nivel de conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de salud 1-4 Tambo – Ayacucho 2023?</p> <p>ESPECIFICO ¿Cuál es el nivel de conocimiento en cuanto a “concepto” del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de salud 1-4 Tambo– Ayacucho 2023?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento en cuanto a “secuencia” del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de salud 1-4 Tambo – Ayacucho 2023?</p> | <p>GENERAL Determinar el nivel de conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de salud 1-4 Tambo, Ayacucho, 2023</p> <p>ESPECIFICO Identificar el nivel de conocimiento en cuanto a “concepto” del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de salud 1-4 Tambo – Ayacucho 2023</p> <p>Cuál es el nivel de conocimiento en cuanto a “secuencia” del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de salud 1-4 Tambo – Ayacucho 2023.</p> | Conocimiento | <p>1.Generalidades</p> <p>2.secuencia</p> | <p>1. Definición (12)</p> <p>2. Pasos (14)</p> <p>4. Hemorragia (16)</p> <p>5. Vía Aérea (21)</p> <p>6. Ventilación (23)</p> <p>7. Circulación (28)</p> <p>8.Discapacidad (33)</p> | <p>1.(12)</p> <p>2.(13)</p> <p>3.(13)</p> <p>4.(13)</p> <p>5.(13)</p> <p>6.(13)</p> <p>7.(14)</p> <p>8.(14)</p> <p>9.(14)</p> <p>10.(15)</p> <p>11.(15)</p> <p>12.(15)</p> <p>13.(15)</p> <p>14.(15)</p> <p>15.(16)</p> <p>16.(16)</p> <p>17.(16)</p> <p>18.(17)</p> <p>19.(17)</p> <p>20.(19)</p> <p>21.(20)</p> <p>22.(22)</p> <p>23.(22)</p> <p>24.(22)</p> <p>25.(22)</p> <p>26.(23)</p> <p>27.(24)</p> <p>28.(24)</p> <p>29.(26)</p> <p>30.(27)</p> <p>31.(27)</p> <p>32.(29)</p> <p>33.(29)</p> <p>34.(30)</p> <p>35.(30)</p> <p>36.(33)</p> <p>37.(33)</p> <p>38.(33)</p> <p>39.(34)</p> | <p>Método: cuantitativo</p> <p>Técnica: encuesta presencial</p> <p>Escala de medición: Ordinal: Bueno Regular Malo:</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------|---|--|
| | | | | 9. Exposición (39) | 40.(35) 41.(37) 42.(39) 43.(40) 44.(40) 45.(40) 46.(40) | |
|--|--|--|--|--------------------|---|--|

-

Anexo 2

Conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado de los enfermeros del servicio de emergencia del Centro de Salud 1-4 Tambo – Ayacucho, 2023.

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS.

INDICACIONES: Buen día estimada enfermera(o):

El presente cuestionario es ANONIMO, tiene por objetivo principal determinar el conocimiento de las enfermeras sobre en el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito prehospitalario.

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

DATOS GENERALES

Edad: (años) Sexo: (F) (M)

Tiempo de servicio: (años y/o meses)

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

1. ¿Cómo define Ud. un paciente politraumatizado? (12)
 - a. Es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que no afecta a los órganos.
 - b. Es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a dos o más órganos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que pone en peligro su vida.**
 - c. Es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afecta a los huesos, o bien aquel que presenta al menos una lesión que no pone en peligro su vida.
 - d. Es aquel que presenta lesiones a consecuencia de un traumatismo que afectan a la piel, o bien aquel que presenta al menos una lesión.

2. ¿Cómo se evalúan y se prioriza el tratamiento en los pacientes politraumatizados? (13)
 - a. Según las características de las lesiones sufrida, sus signos vitales y el mecanismo de la lesión.**
 - b. Según las características de las lesiones simples y sus signos vitales.

- c. Según las características de los accidentes, sus signos y el mecanismo de la lesión.
 - d. Según las características de la evaluación, sus signos vitales y el mecanismo de la lesión.
3. ¿Cómo se debe evaluar los signos vitales en un paciente politraumatizado? (13)
- a. **De forma rápida y eficiente.**
 - b. Lento y seguro
 - c. Con un reloj de pared.
 - d. De forma rápida.
4. ¿Qué tipo de revisión nos permite la aplicación de la secuencia del manejo inicial del paciente politraumatizado? (13)
- a. Revisión secundaria
 - b. **Revisión primaria**
 - c. Revisión básica
 - d. Revisión profunda
5. ¿Cuál es el objetivo por el que se estable una revisión primaria en el manejo inicial del paciente politraumatizado? (13)
- a. Rápida evaluación y tratamiento de lesiones.
 - b. Rápida evaluación y tratamiento de lesiones que amenazan la vida.
 - c. Evaluación y tratamiento de lesiones que amenazan la vida.
 - d. **Permite identificar las situaciones que ponen en peligro la vida.**
6. ¿En qué secuencia de la atención se realiza el control paralelo de la columna cervical? (13)
- a. Circulación.
 - b. Respiración
 - c. Déficit neurológico
 - d. **Vía Aérea.**
7. ¿En qué secuencia de la atención se debe prevenir la hipotermia? (14)
- a. Circulación.
 - b. **Exposición/control del ambiente.**
 - c. Vía Aérea.
 - d. Respiración.

8. En la revisión primaria del paciente, ¿Cuál es el primer paso que se enfatiza en el manejo inicial del paciente politraumatizado? (14)
- Control de la hemorragia externa**
 - Control de la vía aérea.
 - Control de la circulación.
 - Control de las aspiraciones.
9. ¿Cuáles son los pasos para la revisión primaria del paciente politraumatizado? (14)
- X: Control de hemorragia; A: Manejo de vía aérea; B: Respiración; C: Circulación; D: discapacidad; S: Situación. (XABCDS)**
 - A: Manejo de vía aérea; B: Respiración; C: Circulación; D: discapacidad; E: Exposición/ambiente; X: Control de hemorragia externa (ABCDEX)**
 - X: Control de hemorragia externa severa; A: Manejo de vía aérea; B: Respiración; C: Circulación; D: discapacidad; E: Exposición/ambiente. (XABCDE)**
 - A: Manejo de vía aérea; B: Respiración; C: Circulación; D: discapacidad; E: Exposición/ambiente. (ABCDE)**
10. ¿Qué significa el acrónimo **MARCH**? (15)
- M: Hemorragia masiva; A: Vía aérea; R: Respiración; C: Circulación; H: Hospitalización.**
 - M: Hemorragia masiva; A: Vía aérea; R: Reposición; C: Circulación; H: Cabeza/hipotermia.**
 - M: Hemorragia masiva; A: Vía aérea; R: Respiración; C: Circulación; H: Cabeza/hipotermia.**
 - M: Hemorragia masiva; A: Atención; R: Respiración; C: Circulación; H: Cabeza/hipotermia.**
11. ¿Qué actividades se realiza para controlar la Hemorragia masiva (M)? (15)
- Controle el sangrado con un torniquete, apósitos hemostáticos o apósitos compresivos convencionales.**
 - Valore y trate las heridas abiertas torácicas penetrantes.
 - Inmovilice y trate las heridas abiertas, establezca acceso intravenoso

d. Asegure la vía aérea de la víctima con posicionamiento corporal.

12. ¿Qué actividades se realiza en el manejo de la Vía Aérea (A)? (15)

- a. Valore y trate las heridas torácicas penetrantes.
- b. Proteja a la víctima de hipotermia.
- c. **Valore por obstrucción y asegure la vía aérea de la víctima con posicionamiento corporal.**
- d. Valore por signos de shock.

13. ¿Qué tipos de heridas se trata en la valoración de la Respiración (R)? (15)

- a. Heridas penetrantes, heridas torácicas soplantes aspirantes y neumotórax.
- b. Solo heridas torácicas soplantes aspirantes.
- c. Heridas torácicas penetrantes y obstrucción de vías aéreas.
- d. **Heridas torácicas penetrantes, heridas torácicas soplantes aspirantes y neumotórax a tensión.**

14. ¿Qué actividades se realiza en la valoración de la Circulación (C)? (15)

- a. **Valore por signos de shock. Establezca acceso intravenoso o intraóseo, e inicie reanimación si está médicamente indicado.**
- b. Proteja la víctima de signos de hipotermia. Establezca acceso intravenoso o intraóseo
- c. Valore por signos de shock. Proteja la víctima de signos de hipotermia
- d. Proteja la víctima de signos de hipotermia, inicie reanimación.

15. ¿Qué actividades se realiza en la valoración Cabeza/hipotermia (H)? (15)

- a. Inmovilice cualquier fractura mayor
- b. **Proteja a la víctima de hipotermia. Las exposiciones a calor, químicos o tóxicos también pueden ser factores de riesgo. Inmovilice cualquier fractura mayor y proporcione restricción de movimiento vertebral para pacientes en riesgo.**
- c. Inmovilice cualquier fractura mayor y proporcione restricción de movimiento vertebral para pacientes en riesgo.
- d. Inmovilice cualquier fractura mayor de cadera.

16. ¿Qué es una hemorragia exanguinante? (16)
- Es la pérdida de sangre asociada a heridas.
 - Es generada por la rotura de vasos sanguíneos.
 - Es la pérdida de gran parte o todo el volumen Sanguíneo de una persona visiblemente.**
 - Es una rotura de los vasos sanguíneos internos.
17. ¿Cómo se maneja mejor una hemorragia arterial exanguinante de una extremidad? (16)
- Colocar de un apósito y vendar.
 - Colocar de inmediato un torniquete tan proximal como sea posible** (cerca de la ingle o axila) en la extremidad afectada.
 - Colocar de inmediato dos vías periféricas de calibre 18.
 - Realizar presión directa.
18. En el manejo de una hemorragia arterial exanguinante de una extremidad, ¿qué otras medidas adicionales al torniquete se utilizan? (17)
- Compresión directa.
 - Agentes hemostáticos.
 - Compresión directa y agentes hemostáticos.**
 - Canalización de vía periférica.
19. En casos de sangrado severo no arterial en extremidades y los sangrados severos de tronco; ¿Qué medidas se aplica para el control de la hemorragia? (17)
- Compresión directa.
 - Empaquetado.
 - Apósitos hemostáticos.
 - Compresión directa, empaquetado y apósitos directos.**
20. ¿Cuáles son los tipos de hemorragia externa? (19)
- Abrasiones, rasguños y controlable
 - Capilar y arterial
 - Capilar, venosa y arterial.**
 - Venosa y arterial.
21. Durante la compresión continua para que se efectiva, ¿Qué tiempo se tiene aplicar la compresión sobre el sangrado visible? (20)
- Durante un mínimo de 3 minutos con gasas con un agente hemostático, y durante 10 minutos si usa gasa simple.**
 - Durante un mínimo de 10 minutos o por instrucciones del fabricante, y durante 3 minutos si usa gasa simple.
 - Durante un mínimo de 5 minutos o por instrucciones del fabricante, y durante 3 minutos si usa gasa simple.
 - Durante un mínimo de 20 minutos o por instrucciones del fabricante, y durante 10 minutos si usa gasa simple.

22. ¿Cómo está conformado el sistema respiratorio? (22)
- fosas nasales, boca, faringe, laringe, tráquea y alveolos
 - fosas nasales, boca, faringe, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos.**
 - fosas nasales, boca, faringe, laringe, tráquea.
 - fosas nasales, boca, faringe, laringe, tráquea, bronquios.
23. ¿Cuál es objetivo de revisar rápidamente la vía aérea? (22)
- Garantizar la permeabilidad y que no exista riesgo de obstrucción.**
 - Garantizar la respiración.
 - Garantizar la permeabilidad.
 - Garantizar su tranquilidad y que no exista riesgo de obstrucción.
24. ¿Qué método manual se utiliza para el despeje de la vía aérea? (22)
- Limpiar la sangre
 - Aspirar secreciones
 - Retirar cuerpos extraños
 - Elevación del mentón o subluxación mandibular**
25. ¿En qué pacientes se considera sospechosos de lesión vertebral? (22)
- Pacientes con lesiones leves de extremidades
 - Pacientes con lesión leve
 - Pacientes con lesiones contusas significativas por accidentes de tránsito.**
 - Pacientes consientes.
26. ¿Cuál es la posición que permite garantizar la cabeza y el cuello restringidos de movimiento durante la evaluación de la vía aérea? (23)
- Posición neutral**
 - Posición sentada.
 - Posición decúbito
 - Posición semi-fowler
27. Si el paciente no ventila (estado apneico), ¿Cómo auxiliar las ventilaciones? (24)
- Restricción mecánica.
 - Auxiliar con oxígeno suplementario
 - Utilizar la bolsa-válvula-máscara con oxígeno suplementario.**
 - Auxiliar con ventilaciones y compresiones.
28. ¿En qué consiste el proceso de ventilación? (24)
- Inhalación
 - Exhalación

- c. Ventilación
- d. **Inhalación y exhalación.**

29. ¿Cuál es la causa más común de una ventilación rápida? (25)

- a. Traumatismo leve
- b. **Hipoxia o anemia.**
- c. Dolor abdominal
- d. Dolor torácico.

30. ¿Cuáles son los signos que nos indica un deterioro de la función ventilatoria? (27)

- a. **Fatiga, estado mental decreciente, saturación baja, a la auscultación sonidos respiratorios anormales (disminuidos o ausentes).**
- b. Lucido, saturación baja, sonidos respiratorios normales.
- c. Fatiga, estado mental decreciente, sueño.
- d. Baja saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria normal.

31. ¿Qué tipo lesiones impide la ventilación adecuada? (27)

- a. Neumotórax a tensión, tórax inestable, lesión vertebral y fracturas.
- b. Heridas abiertas, fractura de cadera, amputación de mano derecha.
- c. Neumotórax a tensión, tórax inestable, lesión vertebral y fractura de cadera.
- d. **Neumotórax a tensión, tórax inestable, lesión vertebral y TECs.**

32. ¿Cómo identifica un estado circulatorio adecuado? (29)

- a. Temperatura y toma de presión arterial
- b. Diaforesis y coloración pálida
- c. **Comprobar pulsos periféricos y el color, la temperatura y la diaforesis de la piel.**
- d. Piel pálida, temperatura corporal.

33. ¿Cómo se comprueba el tiempo de llenado capilar? (29)

- a. Presiones ungueales y liberar, tiempo mayor a 4 seg. De llenado capilar indica perfusión inadecuada.

- b. Presiones ungueales y liberar, tiempo mayor a 6 seg. De llenado capilar indica perfusión inadecuada.
 - c. Presiones ungueales y liberar, tiempo mayor a 5 seg. De llenado capilar indica perfusión inadecuada.
 - d. **Presiones ungueales y liberar, tiempo mayor a 2 seg. De llenado capilar indica perfusión inadecuada.**
34. ¿Qué actividades debe realizar si hay sospecha de hemorragia interna? (30)
- a. **Exponga tórax, abdomen, pelvis y muslos, luego inspeccionar rápidamente y palpe por signos de lesión. sí es posible aplicar faja pélvica.**
 - b. Exponga tórax y ausculte por método de percusión
 - c. Inspeccionar rápidamente y palpar.
 - d. Canalizar vía periférica y referir.
35. ¿Cuál es el numero normal de pulsaciones por minuto en un adulto? (30)
- a. 50 a 60 x min.
 - b. 40 a 70 x min.
 - c. 70 a 100 x min.
 - d. **60 a 80 x min.**
36. ¿Cuáles son las características de la piel que nos indican pobre perfusión? (33)
- a. piel fría y rosada
 - b. piel rosada y diaforética
 - c. **piel fría y diaforética.**
 - d. Piel rosada y tibia.
37. Al no existir perfusión adecuada de oxigenación cerebral, ¿Qué aspecto de la funcional cerebral se afecta? (33)
- a. Visión
 - b. **Nivel de conciencia**
 - c. Motor.
 - d. Lucidez.
38. ¿Qué signos nos indica Traumatismo Encéfalo Craneano? (33)
- a. **Confusión, agresividad, combativo, no cooperador e hipóxico.**
 - b. Piel pálida y fría
 - c. Diaforesis, agresividad y piel pálida.
 - d. Hipoxemia y convulsiones.
39. ¿Cuál es la escala que se utiliza para medir el nivel de conciencia? (34)
- a. Escala de rutina.
 - b. **Escala de coma de Glasgow.**

- c. Escala de Beck
 - d. Escala de Richmond.
40. ¿Qué aspectos se evalúa en la Escala de Glasgow? (35)
- a. Apertura espontanea de ojos, apertura de ojos al dolor, respuesta flexora.
 - b. Apertura ocular, mejor respuesta verbal y mejor respuesta flexora.
 - c. **Apertura ocular, mejor respuesta verbal y mejor respuesta motora.**
 - d. Mejor respuesta verbal, cumple órdenes y apertura de ojos al dolor.
41. Según la Escala de Glasgow, ¿En cuánto se califica una lesión leve, moderada y severa respectivamente? (37)
- a. **13-15; 9-12; menor a 8**
 - b. 9-12; 10-14; menor a 8
 - c. Menor a 8; 14 a más.
 - d. 3-10; 10-13; 14 a mas
42. Después de realizar la valoración completa del paciente, ¿Qué actividad se realiza para conservar el calor? (39)
- a. **Cubrirlo de nuevo**
 - b. Remover su ropa
 - c. Cubrir solo la lesión
 - d. Cubrir con apósitos
43. ¿Cuál es el problema principal que se tiene en una exposición del cuerpo en pacientes politraumatizados? (40)
- a. Frecuencia respiratoria
 - b. Taquicardia.
 - c. Bradicardia
 - d. **Hipotermia**
44. ¿Cuál es la regla general que nos permite exponer al paciente para la valoración? (40)
- a. **Remover tanta ropa como sea necesario según el estado mental y lesiones presentes.**
 - b. No remover porque hace mucho frio.
 - c. Remover solo alrededor de la lesión.
 - d. En pacientes con compromiso del nivel de conciencia no se remueve la ropa.
45. ¿Cómo evaluar una lesión aislada si es un paciente con un nivel de conciencia normal? (40)
- a. Se retira toda la ropa
 - b. No se retira la ropa.
 - c. **Solo es necesario exponer el área alrededor de la lesión.**
 - d. Solo se brinda analgésicos.

46. ¿Cómo evaluar una lesión aislada si es un paciente con un nivel de conciencia alterado? (40)
- a. **Debe exponerse por completo el cuerpo para evaluar posibles lesiones.**
 - b. Solo la ropa alrededor de la lesión visible.
 - c. No tocar hasta que llegue el familiar
 - d. Cubrir con más ropa.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el proyecto titulada “Conocimientos de las enfermeras (os) del servicio de emergencia en el manejo inicial del paciente politraumatizado y su efecto en el tiempo de evacuación del Centro de Salud de Tambo – Ayacucho 2022.

Habiendo sido informado(a) de la misma, así como los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurando máxima confidencialidad.

.....
FIRMA

ANEXO 4

Señor director del Centro de Salud Tambo,

Deseo informar que somos alumnas de la universidad del Callao, estamos realizando un proyecto de investigación el cual lleva por título “MANEJO INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO Y EL TIEMPO DE EVACUACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD TAMBO AYACUCHO 2023”

En este sentido, estamos realizando las encuestas para la recopilación de datos entre las enfermeras que laboran en esta institución.

El objetivo principal de este proyecto es realizar un estudio de conocimiento

de la enfermera del servicio de emergencia en el manejo inicial del paciente politraumatizado y que efecto tiene con el tiempo de evacuación.

Por lo tanto, solicitamos que tenga la amabilidad de otorgar permiso para realizar encuestas al profesional de enfermería del servicio de emergencia.

La información proporcionada por las enfermeras, se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos.

Agradeciéndole.

Tambo, 30 de marzo del 2023.

Atentamente:

Lic. ANCHAYHUA ROMAN, Gladys

Lic. GUZMAN MALDONADO, Linda Rosaura

Lic. ZARATE INFANZON, Andrea

