

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



“CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO.2017”

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.**

**MARIA MARCELINA CABRERA CONDORPUSA
FELICITAS INFANZON BELLIDO**

Callao, Julio 2018

PERÚ

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación dedicamos a nuestras familias que gracias a su comprensión y apoyo incondicional pudimos llegar a culminar la tesis con gran éxito.

María Marcelina Cabrera Condorpusa.
Felicitas Infanzón Bellido.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, a la Unidad de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, por incentivar la continuidad de estudios de especialización en los profesionales de enfermería.

A nuestros asesores, por fortalecer nuestros conocimientos y ver realizada nuestra tesis.

Al equipo multidisciplinario del CLAS San Juan Bautista – Ayacucho; por brindar las facilidades en la ejecución de nuestra tesis.

A los trabajadores del CLAS San Juan Bautista – Ayacucho, por su colaboración y apoyo para la realización de la tesis.

Autoras

ÍNDICE

TABLAS DEL CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

I. **PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

- 1.1 Identificación del problema
- 1.2 Formulación de problemas
- 1.3 Objetivos de la investigación
- 1.4 Justificación
- 1.5 Importancia

II. **MARCO TEÓRICO**

- 2.1. Antecedentes del estudio.
- 2.2. Bases teóricas
- 2.3. Definición de términos.

III. **VARIABLES E HIPÓTESIS**

- 3.1 Definición de las variables
- 3.2 Operacionalización de variables
- 3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas

IV. **METODOLOGÍA**

- 4.1 Tipo de investigación
- 4.2 Diseño de la Investigación
- 4.3 Población y muestra
- 4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos
- 4.5 Procedimientos de recolección de datos
- 4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos

V. RESULTADOS

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares.

VII. CONCLUSIONES

VIII. RECOMENDACIONES

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- Matriz de Consistencia
- Otros anexos necesarios para respaldo de la investigación.

INDICE DE TABLA

TABLA 5.1

DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

TABLA 5.2

TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL Y ESPECIALIDAD SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

TABLA 5.3

TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL Y ESPECIALIDAD SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA .CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

TABLA 5.4

NIVEL DE CORRELACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL DESEMPEÑO SOBRE EL MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA . CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 5.1

DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

GRAFICO 5.2

TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL Y ESPECIALIDAD SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

GRAFICO 5.3

TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL Y ESPECIALIDAD SEGÚN NIVEL DE DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA .CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

GRAFICO 5.4

DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, SEGÚN TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

GRAFICO 5.5

DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, SEGÚN ESPECIALIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

GRAFICO 5.6

NIVEL DE CORRELACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la influencia del nivel de conocimiento y desempeño, en manejo de emergencias de prioridad I del profesional de enfermería. Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho, 2017.

Material y Métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, aplicada, correlacional, de corte transversal; la población fueron 20 profesionales de enfermería de los servicios de emergencia. Para la recolección de datos se utilizó la técnica del cuestionario auto informado y la técnica de la observación, como instrumento se empleó un test de evaluación y una ficha de cotejo. **Resultados:** El 50% poseen un nivel de conocimiento deficiente en el manejo de emergencias de prioridad I, el 45% posee un nivel de conocimiento regular; el 80% muestra un desempeño deficiente. El nivel de conocimiento y desempeño es independiente al tiempo de experiencia y la especialidad ($P > 0.05$). **Conclusión:** Existe un alto nivel de correlación del conocimiento en el desempeño sobre el manejo de emergencias de prioridad I (Rho de Spearman: 0.895; $P < 0.001$), aceptándose la hipótesis de investigación.

Palabras claves: Conocimiento y desempeño en manejo de emergencias de prioridad I.

ABSTRAC

The objective of the study was to determine the influence of the level of knowledge, in the work performance, on management of patients in priority I emergencies of nursing professionals. San Juan Bautista-Ayacucho Health Center, 2017.

Material and Methods: Study of quantitative, applied, descriptive, correlational, cross-sectional approach; The population twenty the nursing professionals of the emergency services, . For data collection, the technique of the self-reported questionnaire and the observation technique were used, as an evaluation test and a check-off sheet were used as an instrument.

Results: 50% have a deficient level of knowledge in the initial management of patients in priority I emergencies, 45% have a level of regular knowledge; 80% shows poor performance. The level of knowledge and performance is independent of the experience and specialty time ($P > 0.05$). **Conclusion:** There is a high level of correlation of knowledge in work performance on the management in priority I emergencies (Rho of Spearman: 0.895, $P < 0.001$), accepting the research hypothesis.

Keywords: Knowledge and performance management of patients in emergencies priority I .

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del problema

Las emergencias médicas son definidas por la organización Mundial de la Salud (OMS) como situaciones que tienen consecuencias inmediatas riesgosas para la vida por lo que requieren atención inmediata. Estas situaciones pueden ser originadas por fenómenos naturales, actos humanos deliberados, enfermedades o por la combinación de ellos. En nuestro medio las emergencias médicas más frecuentes son causadas por accidentes de tránsito o por eventos cardiovasculares agudos. Su incidencia ha incrementado durante los últimos años, por lo que es importante impulsar la mejora en la infraestructura de los servicios de salud y sobre todo, garantizar que el personal de salud esté adecuadamente capacitado para enfrentar este tipo de eventos. Los Profesionales de Enfermería pertenecen al equipo del personal de salud para la atención de las emergencias en los servicios de salud y el mayor porcentaje de los establecimientos de salud, sobre todo en el primer nivel de atención son asistidos por los enfermeros, quienes tienen que estar preparados para responder a las urgencias y emergencias. Sin embargo, el personal de salud no recibe la capacitación necesaria para el manejo de emergencias médicas en los Establecimientos de salud.⁽¹⁾

Las situaciones de emergencia son eventos médicos desafortunados de suceso inesperados, que se pueden presentar de

manera súbita en cualquiera de los ámbitos durante nuestro campo laboral. Son circunstancias muy delicadas, en las cuales se puede comprometer la vida de nuestros pacientes y por lo cual requieren de un auxilio preciso e inmediato. Ante esta situación es inobjetable la necesidad de propiciar un cambio de mentalidad, aptitud, actitud y conducta en todo profesional de salud en las atenciones de emergencia diferenciando las prioridades de cada caso.

La OMS, señalan que a nivel mundial los accidentes de tránsito genera aproximadamente 1,3 millones de muertes en el mundo, afectando a la población económicamente activa comprendida entre 15 a 29 años. Entre 20 y 50 millones de personas sufren lesiones traumáticas no mortales, más de la mitad de ellos requieren hospitalización, y algunos de estos padecen alguna forma de discapacidad corporal y emocional irreversible. Se estima que para el año 2020 esta cifra aumentará a los 2 millones de personas, lo cual representara la tercera causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. Por tanto se requiere todo personal de salud altamente capacitado y especializado en las atenciones de carácter súbito e inesperado que compromete la vida de los pacientes.⁽²⁾

En el Perú el incremento de las emergencias es alarmante, según la informe mundial de la OMS sobre la seguridad vial 2009 y el Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú, 2013. MINSA (evidencia 6 y 7), existe un incremento de los

accidentes de tránsito y por causa de la inseguridad ciudadana; que obedece al aumento del parque automotor, crecimiento poblacional, inseguridad ciudadana entre otros; Por otro lado existen patologías agudas derivadas de emergencias, cuya demora en el diagnóstico y tratamiento elevan la mortalidad tanto en el ámbito urbano y rural, ocasionado por el retraso al diagnóstico y tratamiento oportuno debido a la insuficiente oferta de atención pre hospitalaria en los ámbitos rurales y urbano marginales entre otros.⁽³⁾

Existe evidencia que el traumatismo encéfalo craneano (TEC) severo y moderado, el accidente cerebrovascular y el infarto de miocardio son las tres principales emergencias médicas reconocidas como altamente sensibles al tiempo. En estas emergencias médicas, el riesgo de mortalidad y secuelas se incrementa rápidamente por cada minuto adicional que transcurre entre el inicio de la emergencia y el acceso al tratamiento correcto. En pacientes con infarto de miocardio que accedieron al tratamiento dentro de la primera hora de haberse presentado los síntomas, la reducción del tamaño de infarto fue de 51%, en aquellos que iniciaron entre 1 y 2 horas fue de 31% y en aquellos que accedieron al tratamiento 2 horas después, fue sólo de 13%.¹⁴ Asimismo se estima, que en éstos pacientes, por cada 15 minutos adicionales de demora en recibir el tratamiento, el riesgo de morir se incrementa en 1.6 veces. Otros investigadores documentan que por cada 30 minutos de demora en iniciar el tratamiento el riesgo de morir al año se incrementa en 7.5%.⁽³⁾

La OMS (2015) recomienda que en situaciones de emergencia humanitaria todos los establecimientos de atención general, deberán brindar la atención inmediata y manejo oportuno a los problemas de salud con riesgo inminente de morir o sufrir severas complicaciones, para el efecto se hace necesario contar con profesionales de alto nivel de conocimiento, desempeño laboral y compromiso, en las atenciones de emergencias según prioridades que ponen en riesgo la vida.⁽⁴⁾

De acuerdo un análisis realizado a los unidades de emergencia de los servicios de salud del Ministerio de Salud en Chile, a la fecha dichas unidades de emergencia alegan no dar abasto para la demanda existente, por lo cual cada año se inyectan más recursos en la red de salud para poder remediar el problema. Pese a todos los esfuerzos, el descontento continúa, y el problema parece no solucionarse con la mera inyección de recursos. Se hace latente la necesidad de revisar cómo se están gestionando las unidades de emergencia, para lo que se requiere contar con información de calidad que permita identificar donde están realmente los problemas, proponer mejoras, y ayudar en la gestión a través de un proceso de toma de decisiones con la información realmente relevante.

A raíz del incremento de la demanda a los servicios de emergencia en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, los equipos de salud que trabajan en los Servicios de Urgencias, se ven

sometidos a una gran presión y carga laboral, lo que implica en algunas ocasiones una demora en la atención de los casos más urgentes, conllevando un riesgo para los pacientes, generando una elevada insatisfacción por parte de los profesionales y de los usuarios externos quienes exigen una atención más oportuna y de calidad.⁽⁵⁾

En general laborar en los servicios de emergencia demanda de un adecuado desempeño del personal de salud y el de una organización apropiada; al respecto Georgievskiy et al. (2008), sostiene que los servicios de urgencia, deben disminuir los tiempos de espera de los pacientes, y mejorar las tasas de rendimientos de un hospital, sin sacrificar la calidad de la atención al paciente o aumentar significativamente los costos, para el efecto recomienda mejorar el triage, donde se incorpore un sistema de seguimiento rápido para pacientes de poca gravedad, introducir un sistema de seguimiento computarizado, establecer protocolos para los diagnósticos más comunes, entre los más importantes. De hecho en todo el proceso de atención juega un papel importante el nivel de preparación del recurso humano.⁽⁶⁾

Algunos estudios evidencian el nivel de desempeño de los profesionales de la salud en los servicios de emergencia, al respecto Mayuri y otros (2010) menciona en su trabajo de investigación titulado "Nivel de conocimiento en Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral en el Centro nacional de cirugía de Cuba, determinó que el 59% de los abordados no

aprobó al examen administrado, y otro estudio realizado en cinco ciudades cubanas encontró que el 75% de profesionales de la salud reprobó el examen administrado. En otra investigación más reciente, que tenía como objetivo medir el conocimiento de los profesionales de salud sobre la nueva Guía 2010 de reanimación cardiopulmonar y atención cardiovascular de emergencia de la American Heart Association, se obtuvo como resultado que sólo el 1,4% de médicos, el 1,4% de obstetras y ninguna de las enfermeras conocía los cambios que presentaba la guía para la reanimación cardiopulmonar y atención cardiovascular de emergencia , con referencia a su versión anterior.⁽⁷⁾

En general la Enfermería de Urgencias y Emergencias se encuentra en la actualidad en un pico de relevancia social, debido principalmente a dos causas, primero que las patologías cardiovasculares y los accidentes se han convertido en las principales causas de muerte e invalidez en las sociedades occidentales y segundo la atención que se presta a estas patologías quedan enmarcadas en el ámbito de los cuidados de Urgencias y Emergencias, por ello, la formación en Enfermería de Urgencias y Emergencias, debido a la demanda social y del entorno, es el primer paso para el desarrollo de profesionales cualificados para prestar cuidados de calidad a las personas que necesiten estas atenciones, además de constituir un importante reto para las instituciones educativas y sanitarias, las cuales deben adaptar las estrategias a cubrir las demandas de salud de la población.⁽⁸⁾

A la fecha la prevalencia de las emergencias en los servicios de salud, está determinado por las condiciones de trabajo, frecuencia elevada de accidentes de tránsito, lesiones derivadas producto de eventos adversos naturales o creados por el hombre, sucesos inesperadas que conlleva a la manifestación de problemas cardiovasculares, traumatismo encéfalo craneano (TEC) y politraumatismos, muchas veces no son considerados como riesgo prioritario para la sociedad, notándose un descuido en la prevención de los riesgo por parte de las entidades sanitarias; por tanto es necesario que los establecimientos de salud estén preparados para responder a cualquier emergencia, es decir tener la infraestructura necesaria, contar con personal capacitado, tener en stock los insumos necesarios y poseer la tecnología apropiada.

En la Región de Ayacucho, se advierte que los diversos establecimientos de salud, incluido el Centro de Salud de San Juan Bautista, no muestran un desempeño favorable para responder las necesidades de salud, incluida los derivados de las emergencias, se advierte que los profesionales de salud no cuentan con las competencias necesarias para responder y mitigar las probabilidades de muerte en la población vulnerable; como también la limitada intervención del estado y la falta de interés de la población en el cuidado de su salud, refleja directamente en una débil intervención preventiva frente a emergencias

según sus prioridades, encaminado negativamente en el incremento de discapacidades, muertes por falta de una acción oportuna ante los accidentes o sucesos inesperados.

El presente estudio tiene el propósito de evaluar los conocimientos sobre el manejo inicial de pacientes en emergencias de prioridad I, de los Profesionales de Enfermería que laboran en un establecimiento de salud que pertenece al primer nivel de atención, con categoría I.4; asimismo determinar su desempeño para atender estos casos, en razón que no existen estudios que explique la magnitud del problema, frente a ello generar información para que las entidades sanitarias como la Red de Salud Huamanga y la DIRESA Ayacucho, adopten estrategias mediatas para mejorar el desempeño de los servicios de emergencia, en los establecimientos de salud, asimismo ser base para futuras investigaciones. Teniendo en cuenta los antecedentes señalados la presente investigación pretende estudiar ¿Cuál es el nivel de conocimiento y desempeño en manejo de emergencias de prioridad I del profesional de Enfermería en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017

1.2. Formulación del problema

Problema General:

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y el desempeño de los profesionales de Enfermería, en manejo de emergencias de

prioridad I en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017?.

Problemas específicos:

- a) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los profesionales de Enfermería, en manejo de emergencias de prioridad I (cardiovasculares, Traumatismo encéfalo craneano (TEC) y politraumatismos), según tiempo de experiencia y especialización, en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017?

- b) ¿Cuál es el nivel de desempeño de los profesionales de Enfermería, en manejo de emergencias de prioridad I, según tiempo de experiencia y especialización, en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017?

- c) ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento con el desempeño de los profesionales de Enfermería, en manejo de emergencias de prioridad I en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017?.

1.3. Objetivos de la investigación:

1.3.1. Objetivo General :

- Determinar el nivel de conocimiento y desempeño en manejo emergencias de prioridad I de los profesionales de Enfermería . Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017.

1.3.2. Objetivos Específicos :

- a. Relacionar el nivel de conocimiento de los profesionales de Enfermería, en manejo de emergencias de prioridad I (cardiovasculares, traumatismo encéfalo craneano (TEC) y politraumatismos), según tiempo de experiencia y nivel de especialización. Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho, 2017.
- b. Relacionar el nivel desempeño de los profesionales de Enfermería, en manejo de emergencias de prioridad I, según tiempo de experiencia y nivel de especialización, en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017.
- c. Establecer la relación del nivel de conocimiento, con el desempeño de los profesionales de Enfermería en manejo de emergencias de prioridad I en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017.

1.4. Justificación del problema :

La importancia del presente estudio es determinar la proporción de profesionales de enfermería en el nivel I.4, que desconocen y no tienen el desempeño adecuado para el manejo de emergencias de prioridad I, de esta manera proponer estrategias a los entes rectores del sector salud, para resolver el problema latente en forma inmediata, que según la Norma

Técnica de Salud N° 042-MINSA/DGSP-V.01, señala que los establecimientos categorizados como I.4 de acuerdo a su demanda y a la accesibilidad de la población a servicios de mayor complejidad, podrán contar con un área funcional de atención de emergencia. La emergencia debe contar con el equipamiento necesario que permita la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y la estabilización del paciente.

Asimismo todo establecimiento de salud, está obligado a brindar atención médico quirúrgica de emergencia a toda persona que lo necesite, conforme a lo señalado en la Ley N° 27604 y el Decreto Supremo 016-2002/SA, ello implica que estos establecimientos de salud, incluido su personal de salud, deben estar preparados para afrontar estas necesidades.

La atención de emergencia por parte de los establecimientos de salud se efectuará de acuerdo a su nivel de resolución, con plena utilización de todos los recursos técnicos, de diagnóstico y terapéuticos que sean necesarios, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

Desde el punto de vista legal, el estudio no vulnera los derechos fundamentales de los pacientes, asimismo Se cumplirá con lo estipulado en la Norma Técnica N° 042-MINSA , la RM N° 386 -2006, la Ley de emergencia N° 27604.

La relevancia social del estudio, se enmarca en razón, de que en las Instituciones de Salud, el potencial humano se constituye en el recurso más importante del cuidado de la salud. El profesional de Enfermería que trabaja en instituciones dedicadas a la salud como puestos, centros y hospitales, enfrentan múltiples problemas que derivan no solo de la atención directa al paciente, sino también de la administración y coordinación con el equipo de salud y el desempeño laboral.

El personal de Enfermería, es un elemento clave en el equipo de salud para lograr la calidad y la calidez en los servicios de emergencia según sus prioridades, por ello es importante que las instituciones sanitarias, deben generar condiciones para mejorar el desempeño laboral, en ese sentido a partir de los resultados se pretende promover iniciativas, para desarrollar programas de desarrollo, que fortalezcan las competencias del personal de salud, de esta manera mejorar el desempeño del personal de enfermería. A la fecha el Centro de Salud de San Juan Bautista, está administrado en el marco de los CLAS, y pertenece a un nivel de complejidad I.4, que desde su creación su demanda se ha incrementado considerablemente, así como la atención de emergencia general, en ese sentido el estudio pretende valorar el nivel de conocimientos sobre el manejo inicial de pacientes en emergencias de prioridad I (cardiovasculares, traumatismo encefalocraneano (TEC) y politraumatismos) así como determinar su relación con el desempeño en la atención de casos con los problemas señalados.

El valor teórico del estudio está orientado a contrastar, en qué medida el nivel de conocimientos se relaciona con el nivel de desempeño en la atención directa con emergencia derivados por problemas cardiovasculares, TEC y politraumatismos, en el CLAS San Juan Bautista, que a la fecha no existe información que explique dicho fenómeno-

1.5 Importancia :

Desde el punto de vista práctico, a partir de la generación de propuestas, se promoverá un programa de fortalecimiento de capacidades en el primer nivel de atención, dirigido al personal de enfermería, con el propósito de mejorar el desempeño sobre el manejo inicial de pacientes en emergencia con prioridad I; asimismo permitirá la implementación de instrumentos de trabajo como: guías de atención de salud, protocolos de intervención donde el personal de salud se sentirá seguro de que realiza su trabajo de forma correcta, de igual manera servirá de fundamento para la implementación de los servicios de emergencia que tenga como objetivo sensibilizar a la población sobre la importancia de las emergencias de prioridad I y disminuir la demanda de emergencias de este tipo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio:

A nivel Internacional :

Mejía, DDS y Rivera, OS. Realizaron el estudio nivel de satisfacción sobre el cuidado enfermero de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del hospital regional docente las Mercedes, 2016. La investigación fue de tipo cuantitativa, de diseño descriptivo, la población fue de 400 pacientes, la muestra estuvo conformada por 132 pacientes elegidos a través de un muestreo aleatorio simple, donde se utilizó como técnica la encuesta y para la aplicación un cuestionario según SERVQUAL modificado por las investigadoras. Para el procesamiento de datos se usó el programa SPSS versión 22.0, donde se concluye que el 25% de los pacientes consideran aceptable su satisfacción del cuidado enfermero lo que evidencia que la gran mayoría (75%) demanda que los cuidados de enfermería requieren ser mejorados.⁽⁹⁾

La OMS (2015) da a conocer que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Son la principal causa de defunción en todo el mundo, las enfermedades cardiovasculares afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medianos: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países, el 17,5 millones de personas murieron por enfermedades cardiovasculares en 2014. 80% de los infartos de miocardio y de los AVC prematuros son prevenibles. >75% de las muertes causadas por ECV se producen en países de ingresos bajos y medios y en un 15% de muertes en los hospitales por falta de atención inmediata y desconocimiento del personal de salud.⁽¹⁰⁾

García A, et al 2015. Con la investigación: Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. El objetivo fue conocer aspectos concretos acerca de la información y la comunicación con los usuarios de los servicios de urgencias hospitalarias y el trato recibido en ellos a través de una encuesta telefónica. Los resultados señalan que el 86% de los pacientes evaluaron positivamente el trato recibido por los profesionales en general, el 92% el respeto mostrado, el 87% el trato de los médicos y el 71% el trato recibido por enfermería. El 27,5% no recuerda haber recibido información del personal del punto azul (profesionales especialmente capacitados para dar información). Se encontró significación estadística ($p=0,045$) en relación a la amabilidad y respeto mostrado por enfermería. Se concluyó que la percepción del trato recibido por los pacientes es buena, mientras que en relación a la información y comunicación es ostensiblemente mejorable y podría ser evaluada utilizando la encuesta que se propone, ya que permite detectar y utilizar los puntos débiles de estos aspectos de la asistencia sanitaria como lanzaderas de las iniciativas de implementación.⁽¹¹⁾

López, J.A., Et Al. (2014), realizó el estudio: Evaluación de competencias del profesional de enfermería que labora en hospitales públicos y privados, el objetivo fue determinar si existe diferencia en el nivel de competencia del personal de enfermería asistencial según su formación académica. Método. Es un estudio de tipo no experimental, de diseño

transversal, cuyo alcance es descriptivo correlacional no causal; la muestra representativa fue de 122 enfermeras (os) que laboran en hospitales públicos y privados de Hermosillo, Sonora. Resultados: La edad predominante de la población es de 33-46 años de edad ($X = 32,66$, $DE=7,60$), la mayoría del sexo femenino 73%, con grado universitario escolarizado 52,5%, con un tiempo de finalizado menor a los 4 años en un 45,9% y con una antigüedad laboral entre 1 a 5 años. La calificación obtenida en la evaluación total es de medianamente competente $Fx 3$, 3.4%, ($X = 72,49$ $DE= 3,74$), por cada competencia, el resultado fue el siguiente HPAMPE ($X = 77.49$ $DE= 4.98$), CACCH ($X = 71,69$ $DE= 6,38$) y CAMS ($X = 63,01$ $DE= 9,34$); por tanto, se rechazan las hipótesis planteadas. Conclusión. Se concluye que entre el profesional de enfermería evaluado no hay personas competentes, tan solo tres personas recibieron una calificación de medianamente competentes, con un nivel escolarizado de nivelación presencial; la mayor competencia se detectó en la HPAMPE, seguida por la CACCH, mientras que en la competencia CAMS no se halló competencia al respecto.⁽¹²⁾

A nivel Nacional .

Basilio D; Villalobos J. (2013), en la tesis titulada “Nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades de cuidados críticos del Hospital Belén de Trujillo – 2013”. El estudio fué de tipo descriptivo correlacional, de corte

transversal. La muestra estuvo conformada por 30 enfermeras, que laboran en las unidades de cuidados críticos. Para la recolección de datos del nivel de conocimiento y el cuidado del paciente con catéter venoso central se utilizaron un cuestionario y una lista de verificación respectivamente. Los resultados obtenidos arrojaron que el 70% de las enfermeras tiene nivel de conocimiento regular y a su vez el cuidado que brinda al paciente con catéter venoso central es regular, en tanto que el 27% de las enfermeras obtuvieron nivel de conocimiento y cuidado bueno, determinándose que existe relación altamente significativa ($P= 0.000$) entre las dos variables.⁽¹³⁾

Gamboa B. y Huamanchoque H.(2013), en la tesis titulada “Nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos con tubo oro traqueal en la Clínica Good Hope”. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos con tubo oro traqueal en la Clínica Good Hope. Lima, febrero –junio 2012. Material y Métodos: El estudio realizado fue observacional, descriptivo, de corte transversal y diseño correlacional. La población estuvo conformada por 30 enfermeras. Para el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario de 20 preguntas y para la práctica se utilizó una lista de cotejo de 25 criterios. La prueba de confiabilidad se estableció según el Coeficiente alfa de Cronbach (0,87). Resultados: Del 100% de las enfermeras de la muestra, se evidenció que el 50% tuvo un nivel excelente de conocimientos acerca del cuidado de la vía aérea. La práctica del cuidado de la vía aérea

fue, del mismo modo, de nivel excelente en un 50%. Conclusiones: Según la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos en la Clínica Good Hope.⁽¹⁴⁾

Osorio Y. (2013), en la tesis titulada “Conocimiento sobre reanimación en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Sergio Bernal, 2013” cuyo objetivo es: determinar los conocimientos sobre Reanimación en las Enfermeras del Servicio de Emergencia. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 Licenciados en Enfermería, la técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Conclusiones: El mayor porcentaje de profesionales de enfermería conocen sobre definición, secuencia de RCP básico y avanzado, relación entre compresión torácica y ventilación, técnica de apertura de vía aérea en pacientes con trauma cervical, la técnica del RCP, colocación de palas y energía de descarga; mientras que los aspectos que no conocen están dados por la cadena de supervivencia, muerte clínica y biológica, adrenalina y desfibrilación.⁽¹⁵⁾

Roldan del Castillo, J, realizó un estudio con el objetivo de determinar los conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado por accidente de

tránsito. Lima – Perú. 2013. Material y método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 41 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario, que se aplicó previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (41), 51% (21) no conoce y 49% (20) conoce. En la dimensión evaluación primaria 51% (21) conoce y 49% (20) no conoce; y en la dimensión evaluación secundaria, 41% (17) conoce y 59% (24) no conoce. Conclusiones. Los conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado; el mayor porcentaje no conoce los aspectos sobre el examen físico, la evaluación del sistema respiratorio, la secuencia de la evaluación primaria, complicaciones de la vía aérea, y asegurar buena ventilación; seguido de un porcentaje considerable de enfermeros que conocen sobre la obstrucción de la vía aérea, condiciones para una buena ventilación, asegurar la permeabilidad de la vía aérea, maniobra para el control de la columna cervical, complicaciones de la vía aérea, apertura de la vía aérea, evaluación del estado hemodinámico, pulso, control de hemorragias en amputación, y evaluación para determinar traslado.⁽¹⁶⁾

2.2. Bases teóricas :

A. Conocimiento:

El primer gran filósofo que abordó el estudio del conocimiento fue el francés René Descartes. Para él, conocer es partir de una

proposición evidente, que se apoya en una intuición primaria. Descartes formuló tal proposición en su célebre sentencia: “pienso, luego existo”.¹⁷

Kant negó que la realidad pudiera ser explicada mediante solos conceptos y se propuso conseguir el mismo objetivo, pero intentando determinar los límites y capacidades de la razón. Si bien existen, efectivamente, juicios sintéticos a priori, que son la condición necesaria de toda comprensión de la naturaleza, el ámbito del conocimiento delimita, sin embargo en el pensamiento de Kant, al reino de la experiencia.⁽¹⁷⁾

Como argumenta Bunge, M., una definición posible del conocimiento es que se trata de un producto final de una relación dialéctica, permanente y necesaria entre el interior racional y cognoscitivo de los seres humanos y el mundo exterior espacial-temporal en el que se desenvuelven. Este producto final, edificado en base a la facultad de razonar y entender (razonamiento y entendimiento), termina por producir un resultado que son los conceptos, los juicios y los raciocinios, es decir las ideas que construimos sobre la realidad. Estas ideas son, en términos generales, el conocimiento.⁽¹⁸⁾

Rosental, M y Ludin, P., señalan: “Conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano”. Una definición amplia del conocimiento es la siguiente: “El conocimiento consiste en la asimilación espiritual de la realidad

indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y las teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, propiedades y las leyes del mundo objetivo, y tienen una existencia real en forma de sistema lingüístico".⁽¹⁹⁾

Características del conocimiento:

Según Andreu, R. y Sieber, S, el conocimiento posee tres características²⁰⁾

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio "hacer", ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas "piezas".
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma" como ocurre con otros bienes físicos, permite "entender" los fenómenos que las personas perciben (cada una "a su manera", de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también "evaluarlos", en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento; y...
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por

objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

Nivel del conocimiento

Según Martínez, A. y Ríos, F. el ser humano puede captar un objeto en tres niveles: sensible, conceptual y holístico.⁽²¹⁾

- El conocimiento sensible, consiste en captar un objeto por medio de los sentidos. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones.
- El conocimiento conceptual, consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento.

Clases de conocimiento

Como dice Grajales, A. y Negri, N. el conocimiento puede ser dividido de diferentes maneras.⁽²²⁾

- Vulgar: El conocimiento ordinario o vulgar es aquel que se adquiere con la experiencia vital, aunque puede ser certero, no es demasiado confiable por su falta de fundamentación.
- Científico: El conocimiento científico es aquel que está representado por la actitud consciente y deliberada del sujeto por indagar y conocer el

mundo que los circunscribe. Es, por lo tanto, un conocimiento causal, general y metódico.

- Filosófico: El conocimiento filosófico no se diferencia del conocimiento científico en cuanto a su actitud de conocer; lo que caracteriza al saber filosófico es su pretensión de fondo: la de ser un conocimiento sin supuestos, a su mismo conocimiento.

B. Desempeño laboral :

Chiavenato, define el desempeño laboral se define como aquellas acciones o comportamientos observados en los empleados que son relevantes para los objetivos de la organización, y que pueden ser medidos en términos de las competencias de cada individuo y su nivel. El rendimiento y desempeño de los empleados de una organización tienen que ver con los conocimientos, destrezas, motivación, liderazgo, sentido de pertenencia y el reconocimiento sobre del trabajo realizado que permita contribuir con las metas empresariales. Asimismo, la empresa por su parte, debe garantizar buenas condiciones de trabajo, donde las personas puedan ser medidas respecto a su desempeño laboral y saber cuándo aplicar los correctivos adecuados.⁽²³⁾

Murphy , definió el desempeño como “el conjunto de conductas que son relevantes para las metas de la organización o la unidad organizativa en la que la persona trabaja”. Entre las metas, comprende el cumplimiento de las funciones, de las actividades, de las tareas, pero a su vez incorpora

otros elementos como el nivel de responsabilidad, compromiso y los valores que imprime dentro de la organización, o según Campbell et al. (1996), el desempeño se representa en la habilidad y talento del recurso humano dentro de la entidad. Según Flores García Rada Javier (2008. Pág. 89) refiere que la característica del desempeño laboral son conocimientos adquiridos, habilidades y capacidades que un empleado aplica y demuestra al desarrollar su trabajo, las cuales son: Adaptabilidad, comunicación, iniciativa, conocimiento, trabajo en equipo.⁽²⁴⁾

Robbins y Judge, reconoce tres tipos principales de conductas que constituyen el desempeño laboral:

- Desempeño de las tareas, se refiere al cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades que contribuyen a la producción de un bien o servicio a la realización de las tareas administrativas.
- Civismo, se refiera a las acciones que contribuyen al ambiente psicológico de la organización, como brindar ayuda a los demás aunque esta no se solicite respaldar objetivos organizaciones, tratar a los compañeros con respecto, hacer sugerencia constructiva y decir cosas positivas y decir cosas positivas sobre el lugar de trabajo.
- Falta de productividad, esto incluye las acciones que dañan de manera activa a la organización, tales conductas incluyen el robo, daños a la propiedad de la compañía, comportándose de forma agresiva con los compañeros y ausentarse con frecuencia.⁽²⁵⁾

Ghiselli, señala como el desempeño está influenciado por cuatro factores: la motivación, habilidades y rasgos personales; claridad y aceptación del rol; oportunidades para realizarse. La importancia de este enfoque reside en el hecho que el desempeño del trabajador va de la mano con las actitudes y aptitudes que estos tengan en función a los objetivos que se quieran alcanzar, seguidos por políticas normas, visión y misión de la organización.⁽²⁶⁾

C. Servicio de emergencia

Todo servicio de urgencia se orienta al logro de tres objetivos generales: Primero reducir el tiempo promedio que dura la atención de urgencia, minimizando tiempos de los procesos y los tiempos de espera. Segundo maximizar el nivel de calidad de la atención de urgencia, tal que no aumente el riesgo del paciente (debido a una falta de calidad de atención), y tampoco aumente el tiempo de los procesos (debido a una calidad de atención excesiva). Tercero, maximizar el nivel de satisfacción usuario interno y externo, dado los recursos de la unidad de urgencia. El primer objetivo apunta a la implicancia que tienen los largos tiempo de atención para los pacientes, tanto por el riesgo que corre su salud, como también porque se produce una menor tasa de atención de pacientes. El segundo objetivo busca minimizar los errores en la atención, principalmente

errores humanos, ya que aumentan los tiempos de atención de los pacientes, y con esto también aumenta la vulnerabilidad de la salud del paciente. El tercer objetivo mide el nivel de satisfacción global del usuario, interno y externo, con la atención de urgencia.⁽²⁷⁾

Según la OMS se entiende por urgencia la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genere la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. En este concepto se deben englobar tanto los aspectos objetivos (gravedad y agudeza del proceso) como subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención) que generen en el paciente una expectativa de solución rápida y eficaz a la demanda planteada.⁽²⁸⁾

Las diversas asociaciones sanitarias americanas, a modo de ejemplo, definen urgencia como: “Toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad de llevar a un paciente al hospital, requiere una atención sanitaria inmediata”. Se trata de un criterio centrado en la percepción del usuario. Comúnmente se acepta que: “Urgencia es toda situación que plantea una amenaza inmediata para la vida o salud de una persona”

Tipos de urgencias, atendiendo a los conceptos expresados sobre las urgencias, podrían hacerse las siguientes distinciones:

- Urgencia subjetiva.- Está fundada desde la óptica de la víctima y del gran público; surgiendo de criterios que tienen carácter de impresión, tales como el dolor agudo o la hemorragia externa, sin que esos signos pongan necesariamente en peligro la vida o la salud de la persona.
- Urgencia objetiva.- Sería por tanto aquella situación que compromete la vida o la salud de la persona, y que puede ser apreciado por personal sanitario o no sanitario entrenado.
- Urgencia vital.- Forma parte de la urgencia objetiva y es definida como la situación en que, por fallo o compromiso de las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales, existe a corto plazo riesgo de fallecimiento; este concepto hace referencia al término Emergencia.

En relación al término emergencia, éste se define según la OMS como aquella situación con riesgo vital inminente que obliga a poner en marcha unos recursos y medios especiales, y que exige un tratamiento inmediato para salvar la vida del enfermo y, en algunos casos, un diagnóstico etiológico con la mayor premura posible.⁽²⁸⁾

Con el término emergencia sanitaria se refieren aquellas situaciones que reúnen las siguientes características:⁽²⁹⁾

- Hacen peligrar la vida del enfermo, algún órgano o parte esencial de su organismo, a no ser que se instauren medidas terapéuticas con prontitud. Siempre comporta un elevado riesgo vital. Requieren de respuesta especializada inmediata, entre unos minutos y una hora.
- Requiere hospitalización, salvo raras excepciones, y ésta se produce prácticamente siempre ocupando camas de enfermos críticos o agudos.
- Precisa, por lo general, de asistencia in situ y un transporte asistido o especializado hasta el hospital.
- El personal que atienda situaciones de emergencia requiere formación específica, entre otros.²⁹

Quando hablamos de *asistencia urgente* nos referimos a la serie de servicios encargados de proporcionar al paciente atención sanitaria desde el momento que se produce el problema de salud hasta la derivación al nivel asistencial correspondiente. Esta asistencia se organiza en: Equipos de Emergencia Sanitarios, Servicios de Urgencias de Atención Primaria y Servicios de Urgencias Hospitalarias. Mediante la actuación conjunta y/o coordinada de los profesionales de los distintos equipos se consigue una atención integral del paciente ante el problema de salud que motiva la activación de los servicios de urgencia.⁽³⁰⁾

Los Equipos de Emergencias Sanitarias, se encargan de la regulación y coordinación de la demanda sanitaria urgente. Entre sus funciones figuran: la asistencia a urgencias y emergencias, el transporte sanitario urgente y programado, los traslados secundarios, la información sanitaria y la consulta médica telefónica.⁽³¹⁾

Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) son equipos formados por médico/a y enfermera, que atienden las urgencias en el ámbito de la Atención Primaria. Funcionan de 17 a 9 horas en días laborables y las 24 horas en fines de semana y festivos, ofreciendo una cobertura completa para la atención continuada durante todo el año, tanto en el centro de salud, domicilio o lugares públicos. En algunos casos como en el Principado de Asturias difieren en su denominación y en el horario de atención, pero realizan las mismas funciones.⁽³²⁾

De acuerdo al Ministerio de Sanidad y Política Social, los Servicios de Urgencias Hospitalarios, están ubicados en los hospitales y ofrecen asistencia multidisciplinar encaminada a garantizar las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias. Se configuran como una unidad intermedia que presta servicios a los pacientes, unas veces como unidad de atención hasta que reciben el alta médica y otras como unidad de estabilización del cuadro clínico, hasta que son finalmente ingresados en el hospital. Esta unidad debe estar físicamente diferenciada del resto de áreas asistenciales y

contar con profesionales especializados, con los conocimientos y formación adecuada para desarrollar su trabajo.⁽³³⁾

Según el MINSA del Perú, los establecimientos de salud categorizados de la siguiente manera:

Primer nivel de atención:

- Categoría I-1. Puesto de salud, Posta de Salud o consultorio con profesionales de salud no médicos.
- Categoría I-2. Puesto de salud o posta de salud (con médico). Además de los consultorios médicos (con médicos con o sin especialidad).
- Categoría I-3. Corresponde a los centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos.
- Categoría I-4. Agrupan los centros de salud y los centros médicos con camas de internamiento. Los establecimientos de salud categorizados como I.4 de acuerdo a su demanda y accesibilidad, podrán contar con un área funcional de atención de emergencia que funcionen las 24 horas, todos los días y todo el año y debe contar con equipamiento necesario para la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y la estabilización del paciente.

Segundo nivel de atención:

- Categoría II-1. El conjunto de hospitales y clínicas de atención general.
- Categoría II-2. Corresponde a los hospitales y clínicas con mayor especialización.
- Categoría II-E. Agrupan a los hospitales y clínicas dedicados a la atención especializada.

En todas las categorías, deben contar con servicios de emergencia diferenciados que funcionen las 24 horas, todos los días y todo el año.

Tercer nivel de atención:

- Categoría III-1. Agrupan los hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud.
- Categoría III-E. Agrupan los hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud y servicios en general.
- Categoría III-2. Corresponden a los institutos especializados.
- Deben contar con servicios de emergencia diferenciados que funcionen las 24 horas, todos los días y todo el año.

D. Lista de daños según prioridad I

Según el MINSA, son pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.⁽⁴³⁾

1. Paro Cardio Respiratorio.

2. Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis).
4. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
5. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
6. Hemorragia profusa.
7. Obstrucción de vía respiratoria alta.
8. Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
9. Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
10. Paciente con trauma severo como: Víctima de accidente de tránsito, quemaduras con extensión mayor del 20%, precipitación, dos o más fracturas de huesos largos proximales, injurias en extremidades con compromiso neurovascular, herida de bala o arma blanca, sospecha de traumatismo vertebro medular, evisceración, amputación con sangrado no controlado, traumatismo encéfalo craneano.
11. Status convulsivo.
12. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
13. Ingesta de órganos fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.

14. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
 15. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
 16. Signos vitales anormales.
 17. Suicidio frustrado.
 18. Intento suicida.
 19. Crisis de agitación psicomotora con conducta hetero agresiva.
 20. Problemas específicos en pacientes pediátricos.
- Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

E. Teorías de Enfermería para el cuidado en los servicios de emergencia

Watson concibe a la Enfermería como la disciplina que brinda cuidado tanto en el mantenimiento o recuperación de la salud como en el proceso de finalización de la vida, apoya la idea que los pacientes requieren de cuidados holísticos que promuevan el humanismo y la calidad de vida y ve en el cuidado un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal.⁽³⁵⁾

La mayoría de pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios presentan alteraciones que pueden pertenecer a cualquiera de los niveles definidos por Maslow³⁵. En el grupo de necesidades fisiológicas o primer nivel, se incluyen los aspectos básicos imprescindibles

para la vida, como la alimentación, la eliminación o la respiración. Los problemas relacionados con la alimentación o la eliminación, no suelen entrañar una gran complejidad e incluso podrían ser atendidos en otros niveles asistenciales, pero generan demandas frecuentes. Sin embargo, en este mismo nivel se encuentran las distintas patologías respiratorias, algunas de ellas graves, que pueden comprometer de manera inmediata la vida y que exigen una rápida actuación.⁽³⁶⁾

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) está compuesto por varias etapas: la valoración, el diagnóstico enfermero, la planificación, la ejecución y la evaluación. La valoración es una etapa fundamental, en ella se realiza la primera aproximación al paciente. Se obtienen los datos objetivos y los subjetivos que definen el problema de salud o diagnóstico enfermero que dará lugar a las distintas intervenciones del profesional de enfermería. Para llevar a cabo esta valoración, existen diferentes teorías enfermeras algunas basadas en el modelo de Virginia Henderson, inspiradas en los patrones funcionales de salud de M.Gordon, las cuales tienen como referencia una serie de necesidades básicas que nos remiten al modelo propuesto por Maslow.⁽³⁷⁾

La valoración realizada en los Servicios de Urgencias Hospitalarios difiere ligeramente de los registros implantados en las unidades de hospitalización, buscando una mayor agilidad, sin perder información relevante, en los procesos agudos atendidos en estos servicios³⁸. Es el

primer contacto del usuario con el Servicio de Urgencias Hospitalario y comienza con la valoración inicial realizada por el profesional sanitario (enfermera) que clasifica la urgencia de la demanda. Dependiendo de esta clasificación inicial, el tiempo de espera para la asistencia varía en función del nivel otorgado según la necesidad de intervención. Durante el tiempo de espera se producirá una continua reevaluación por parte de la enfermera, hasta que se inicie la asistencia médica y se instaure el tratamiento definitivo. Este sistema de triage estructurado e informatizado es aplicado por personal de enfermería específicamente formado y acreditado.⁽³⁸⁾

El concepto de triage o clasificación, es un término de origen francés, actualmente aceptado a nivel mundial por toda la comunidad sanitaria y que significa clasificación de pacientes según su estado de salud. Genéricamente consiste en un conjunto de procedimientos sencillos, rápidos y repetitivos, efectuados sobre cada una de las víctimas que en ese momento demandan asistencia y que orientan sobre sus posibilidades de supervivencia como consecuencia del proceso que le afecta. El triage es una toma de decisión basada en un información incompleta, ejecutado en medio hostil y dramático, bajo presión emocional, ante un número indeterminado de lesionados de carácter pluripatológico y con medios limitados. La valoración resulta incompleta porque el análisis sistemático es estandarizado, rápido, objetivo, conciso y dirigido a valorar las capacidades

de supervivencia inmediata. No se contemplan patologías previas, no existen datos complementarios ni apoyos al diagnóstico, por eso debe ser ejecutado por una persona con un perfil específico, con mucha experiencia y con autoridad moral.

En nuestra comunidad, la mayoría de los hospitales clasifican a los pacientes según el Sistema de Triage Manchester, que establece cinco niveles de prioridad asistencial para llevar a cabo la atención médica y los cuidados de enfermería, en función de los signos y síntomas referidos por el paciente o el familiar. Los niveles de prioridad son:⁽⁴⁰⁾

- Nivel 1. Rojo. Urgencia vital - atención inmediata.
- Nivel 2. Naranja. Muy urgente – atención estimada en 10 minutos.
- Nivel 3. Amarillo. Urgente – atención estimada en 60 minutos.
- Nivel 4. Verde. Normal - atención estimada en 2 horas.
- Nivel 5. Azul. No urgente – atención estimada después de 3 horas.⁽⁴⁰⁾

A la fecha los profesionales especialistas en Enfermería clínica avanzada en Urgencias y Emergencias proporcionarán cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, individual o colectivamente, dentro del ámbito sanitario o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de

una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica asistencial. Asimismo, por ser expertos en dicha área, serán eficaces asesores en el ámbito institucional o en el equipo de salud en cualquier aspecto relacionado. Dichos profesionales estarán capacitados para:

- Prestar atención integral a la persona para resolver, individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.
- Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo a los diagnósticos medios que se caracterizan por su tecnología compleja.
- Diagnosticar, tratar y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.
- Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.
- Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería clínica avanzada en urgencias y emergencias.

- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
- Asesorar como expertos en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
- Proporcionar educación sanitaria a los usuarios, así como asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con su área en la especialidad.
- Asumir las competencias en materia de formación de los futuros especialistas.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en la clínica avanzada en urgencias y emergencias.⁴¹

Navarro, VR. y Rodríguez, G., señalan que existen tres aspectos que definen la asistencia al paciente grave: El primero es el que reconoce la necesidad de una primera evaluación enfocada a identificar y tratar rápidamente aquellas lesiones que constituyan una amenaza vital (diferenciar la parada cardíaca de otras emergencias y estas de las urgencias); lo segundo es el empleo de tratamientos inmediatos y especiales (permanente o intermitente; curativo o de sostén vital) y el tercero es el que se establece ejercer sobre él una serie de controles estrictos (monitoreo) destinados a detectar cambios en el estado clínico

para su corrección oportuna. En el acercamiento a todo paciente grave, recomendamos utilizar el algoritmo universal para la emergencia:

- Cerciórese que la víctima y demás testigos estén seguros
- Compruebe la capacidad de respuesta de la víctima:
 - Si responde, dejarlo en la posición, intente averiguar lo que ocurre y reevalúelo regularmente
 - Si no responde: Pida ayuda (para la activación del sistema emergencia si está en la comunidad o para movilizar al resto del equipo y pedir un desfibrilador si se está dentro de una unidad de salud o terapia) y coloque al paciente en decúbito supino
- Compruebe que la víctima respira: Abra la vía aérea por el método más adecuado a su disposición, vea, oiga y sienta si existe respiración normal:
 - Si respira normalmente y no tiene toma de conciencia averigüe qué ha pasado, pero si tiene toma de conciencia busque la etiología. Si está en insuficiencia respiratoria maneje la vía aérea, brinde oxigenoterapia y busque y trate la causa
 - Si no respira o la víctima está es estado agónico y no responde asuma que está en parada cardiaca, inicie la RCPC (Rehabilitación cardiopulmocerebral) básica y luego la avanzada, desfibrile si esta indicado en el menor tiempo posible.
- Excepto para la parada cardiaca que como vemos, sigue un algoritmo propio, para el resto de las afecciones luego de la respiración y ventilación debe evaluarse la circulación (pulso y sus características, presión arterial y

llene capilar) y desencadenar el manejo de sus alteraciones en dependencia del compromiso presente.⁽⁴²⁾

Son principios en el manejo de una emergencia médica:⁽⁴²⁾

- Responder con rapidez al paciente.
- Diagnosticar y tratar los problemas funcionales y anatómicos (síndromes y estados fisiopatológicos)
- No desviar la atención hacia aquellos problemas que no sean de urgencia ni peligren la vida.
- Seguir un orden de evaluación y de prioridades en el tratamiento.
- No descuidar la seguridad del equipo médico y del paciente.
- No investigar de inicio la causa nosológica (puede hacerse por evidencia clínica; pero no es la prioridad).
- La meta es mantener la vida y solucionar o mejorar el problema de urgencia.
- Proporcionar una asistencia eficiente e inmediata (restablecer una ventilación adecuada, lograr una oxigenación suficiente y conservar una perfusión apropiada).
- Reevaluar frecuentemente los signos vitales y el estado de conciencia. Modificar la conducta de acuerdo a la situación presente y previendo la del futuro.
- Tratar al paciente y no a lo que muestran los equipos.

- Utilice equipos para la monitorización, pero no pierda la observación clínica.
- El trabajo coordinado en equipo ofrece las mejores posibilidades.
- Traslado rápido del paciente a la institución más adecuada

2.3. Definiciones de términos básicos:

Nivel de conocimiento: Son parámetros y estándares que miden la capacidad humana de un individuo. Por otro lado conocimiento es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón.

Atención de emergencia: Toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura, debe ser inmediata e impostergable. Ninguna Institución de salud puede negarle a un paciente la atención rápida a una urgencia vital ni exigir un cheque o documento en garantía para otorgarla. La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave deberá ser certificada por un médico cirujano de la unidad de urgencia pública o privada en que la persona sea atendida.

Servicio de emergencia: Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día

a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños. Este servicio cuenta con Triage, sala de shock trauma, tópico de emergencia, sala de observación. Este último es un área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes que no debe exceder de 12 horas.

Personal de salud: Son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud» (Informe sobre la salud en el mundo 2006). Los trabajadores de los sistemas de salud de todo el mundo están sometidos a una amplia y compleja gama de fuerzas que están generando una tensión e inseguridad crecientes. Los personales de salud tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia

Desempeño: Es el nivel de ejecución alcanzado por el trabajador en el logro de las metas dentro de la organización en un tiempo determinado. El desempeño es eficacia del personal que trabaja dentro de las organizaciones.

III.VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Variables de la investigación :

3.1.1. Variables identificadas

- **Variable independiente: Conocimiento**

Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia. Para el efecto se utilizó un cuestionario auto informado tipo test de evaluación, evaluando una serie de dimensiones, los resultados serán evaluados mediante una escala vigesimal .

- **Variable dependiente : Desempeño**

Implica el nivel de capacidad que tienen los profesionales de enfermería para manejar toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave. Para el efecto se utilizará la técnica de la observación, que mediante una ficha de cotejo se

evaluará el desempeño del personal de enfermería, teniendo en cuenta los indicadores.

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
INDEPENDIENTE	El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia. Para el efecto se utilizó un cuestionario auto informado tipo test de evaluación, evaluando una serie de dimensiones, los resultados serán evaluados mediante una escala vigesimal.	Conocimiento en atención de Emergencias cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica el paro cardiorrespiratorio - N° de compresiones en el masaje cardiaco - Identifica las complicaciones de las compresiones torácicas. - Identifica el objetivo de la oxigenoterapia. 	Escala Ordinal	Deficiente: 0 – 10 Regular: 11-14 Bueno: 15-17 Muy Bueno: 18-20
Conocimiento en el manejo de emergencias de prioridad I.		Conocimiento en atención de traumatismo encéfalo craneano (TEC).	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica los signos y síntomas del traumatismo encéfalo craneano. - Describe las intervenciones en traumatismo encéfalo craneano. - Describe la valoración del diagnóstico del paciente con escala de GLASGOW. 		
DEPENDIENTE	Implica el nivel capacidad que tiene los profesionales de enfermería para manejar toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave. Para el efecto se utilizará la técnica de la observación, que mediante una ficha de cotejo se evaluará el desempeño del personal de enfermería, teniendo en cuenta los indicadores.	Valoración	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza examen físico. - Identifica los signos de alarma de una emergencia prioridad I. 	Escala ordinal	Desempeño: Deficiente Regular. Óptimo.
Desempeño en el manejo de emergencias de prioridad I		Diagnostico Metas y objetivos Intervención Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostica y maneja la emergencia de prioridad I. - Describe las intervenciones de emergencia de prioridad I. - Realiza la intervención conforme a los protocolos establecidos 		

			- Evalúa los resultados de la intervención en forma adecuada		
--	--	--	--	--	--

3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.3 Hipótesis:

General:

Hi: El nivel de conocimiento tiene influencia significativa en el desempeño, de los profesionales de Enfermería en el manejo de emergencias de prioridad I.

Ho: El nivel de conocimiento no tiene influencia significativa en el desempeño de los profesionales de Enfermería en el manejo de emergencias de prioridad I.

Específicos:

H1: El nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería, sobre el manejo de emergencias de prioridad I, se relaciona con su experiencia y especialidad que ostenta.

H2: El desempeño de los profesionales de enfermería, sobre el manejo de emergencias de prioridad I es deficiente, y se relaciona con su experiencia y especialidad que ostenta

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación:

Cuantitativa-Aplicada- Descriptiva-Correlacional.

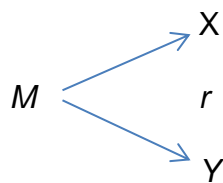
El enfoque cuantitativo según Hernández et al., usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer con exactitud los resultados de los patrones de comportamiento en una población. Vargas, Z. citado por Murillo, sostiene que “La investigación aplicada recibe el nombre de investigación práctica o empírica, se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ellas se deriven”.⁶⁰ Esta investigación busca conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar, le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial antes que el desarrollo de un conocimiento de valor universal.

Burns, N. y Grove, S. sostienen que el diseño correlacional puede examinar la relación de las variables de una situación que ya se ha producido o se está produciendo. No se intenta controlar o manipular la situación.

4.2. Diseño de la investigación.

No experimental de corte transversal, porque la recolección de información se realiza en un solo momento. De acuerdo al período y secuencia del estudio, pertenece a un estudio transversal. CANALES et al.,

(1994), sostiene que “El estudio es transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este caso, el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos.



M = muestra

X = Conocimiento

r = posible relación

Y = desempeño

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población muestral

La población muestral de estudio para el presente trabajo de investigación, estuvo constituido por 20 profesionales de enfermería que laboran en los servicios de emergencia del Centro Salud San Juan Bautista Ayacucho 2017.

Criterios de inclusión:

- Todos los profesionales de enfermería, que laboran en el servicio de emergencia y los servicios asistenciales del Centro Salud San Juan Bautista.
- Profesionales de Enfermería que deseen participar de manera activa y voluntariamente en el estudio.

Criterio de exclusión.

- Todos los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Centro Salud San Juan Bautista que no deseen participar de manera activa y voluntariamente en la aplicación de la respectiva investigación.

Unidad de análisis.

Un(a) profesional de enfermería.

4.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos :

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta auto informado y la observación.

El instrumento utilizado fue: Cuestionario y lista de cotejo.

Para evaluar el nivel de conocimientos en el manejo inicial de pacientes en emergencias de prioridad I, se utilizó un cuestionario auto informado tipo test de evaluación, el cual evalúa una serie de dimensiones, los resultados son evaluados mediante una escala vigesimal, que arroja los siguientes valores:

- Conocimiento deficiente.
- Conocimiento regular.
- Conocimiento bueno.
- Conocimiento muy bueno.

Para evaluar el desempeño en el manejo inicial de pacientes en emergencias de prioridad I, se utilizó la técnica de la observación, que

mediante una ficha de cotejo se evaluará el desempeño del personal de enfermería, teniendo en cuenta los indicadores:

- Realiza la valoración en forma adecuada.
- Formula el diagnóstico en forma adecuada.
- Formula las metas y objetivos de la atención.
- Realiza la intervención conforme a los protocolos establecidos.
- Evalúa los resultados de la intervención en forma adecuada

Los resultados son evaluados mediante una escala ordinal, mediante una ficha de cotejo, teniendo como valor final lo siguiente:

- Desempeño deficiente
- Desempeño regular.
- Desempeño óptimo.

La fiabilidad de los instrumentos utilizados, fueron determinados por la

Formula N° 20 de Kuder-Richarson:

$$r_{k-R} = \frac{K}{K-1} \frac{[1 - \sum p_i^2]}{ST^2}$$

Dando como resultado lo siguiente:

Kuder-Richarson	N de elementos
0.8	10

Los resultados demuestran un alto nivel de confiabilidad del instrumento, en razón que el Kuder-Richarson es mayor a 0.8 y con mayor aproximación a la unidad.

4.5 Procedimiento de recolección de datos :

A través de una solicitud hacia a la Gerencia del Centro de Salud San Juan Bautista, para la respectiva autorización correspondiente de todo personal de salud que labora actualmente, que nos permitió establecer la relación con objeto o sujeto de investigación para obtener la información y la aplicación de nuestro instrumento necesaria para dar respuesta a la pregunta de la investigación, serán: la guía de observación (lista de cotejo) y encuesta (test de conocimiento), sobre el manejo inicial de emergencias.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos :

Una vez recabada la información en función de la muestra definitiva se procedió a la creación de una base de datos en la hoja de cálculo Excel, seguidamente los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS versión 20 y presentados en cuadros estadísticos y gráficos de acuerdo a los objetivos del estudio.

V. RESULTADOS

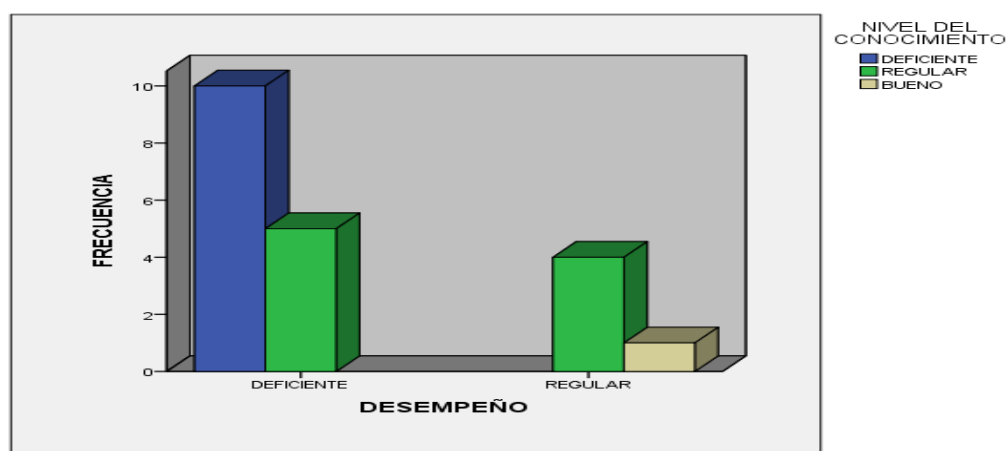
TABLA 5.1

DESEMPEÑO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO. 2017.

DESEMPEÑO	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	DEFICIENTE		REGULAR		BUENA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DEFICIENTE	10	50	6	30	0	0	16	80
REGULAR	0	0	3	15	1	5	4	20
TOTAL	10	50	9	45	1	5	20	100

Fuente: Cuestionario y ficha de cotejo valorada en el EE.SS.

GRAFICO 5.1



Del total de los profesionales de enfermería con conocimiento deficiente, que asciende a un 50%, en su totalidad muestran un desempeño deficiente; del 45% de profesionales con un nivel de conocimiento regular, el 30% muestra un deficiente desempeño y el 15% muestra un desempeño regular. Solo el 5% posee un nivel de conocimiento bueno, y todos ellos muestran un desempeño regular. En general aplicando la prueba de chí cuadrado se establece un nivel de dependencia entre ambas variables y un alto nivel de significación ($P < 0.05$).

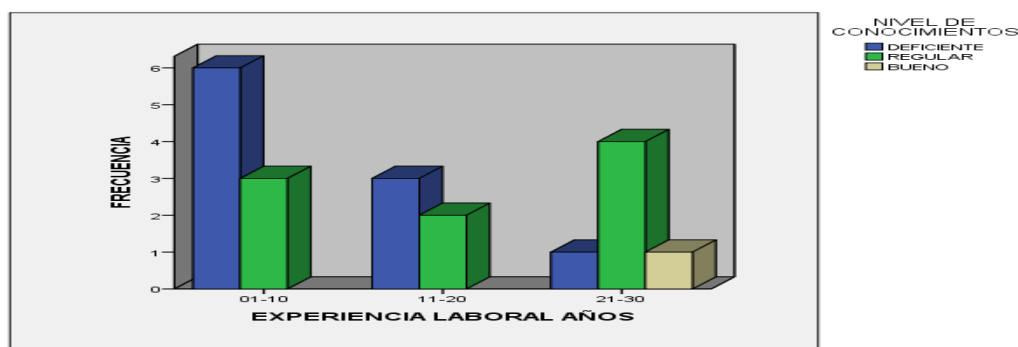
TABLA 5.2

TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL Y ESPECIALIZACION SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA .CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

CONDICIÓN	SUB CATEGORIAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
		DEFICIENTE		REGULAR		BUENA		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
EXPERIENCIA	01-10 AÑOS	6	30	3	15	0	0	9	45
	11-20 AÑOS	3	15	2	10	0	0	5	25
	21-30 AÑOS	1	5	4	20	1	5	6	30
	TOTAL	10	50	9	45	1	5	20	100
ESPECIALIDAD	NO	5	25	5	25	0	0	10	50
	CRED	1	5	1	5	0	0	2	10
	EMERGENCIA	1	5	1	5	0	0	2	10
	OTRAS ESPEC.	3	15	2	10	1	5	6	30
	TOTAL	10	50	9	45	1	5	20	100

Fuente: Cuestionario y ficha de cotejo valorada en el EE.SS.

GRAFICO 5.2



Del total de Profesionales en Enfermería, el 50% posee un nivel de conocimiento deficiente, el 45% nivel de conocimiento regular y el 5% posee un nivel de conocimiento bueno. Respecto a la experiencia laboral, el 45% tiene experiencia laboral menor a 10 años, 25% entre 11 a 20 años, mientras el 30% entre 21 a 30 años. De los profesionales con conocimientos deficientes el 30% tienen una experiencia laboral menos a 10 años, mientras en aquellos con regular experiencia el 20% tienen una experiencia laboral entre 21 a 30 años. Respecto a la especialidad que ostentan, el 50% de los profesionales de enfermería no cuenta con especialidad alguna, el 10% cuenta con especialidad en CRED y en emergencias, mientras el 30% cuenta con otras especialidades.

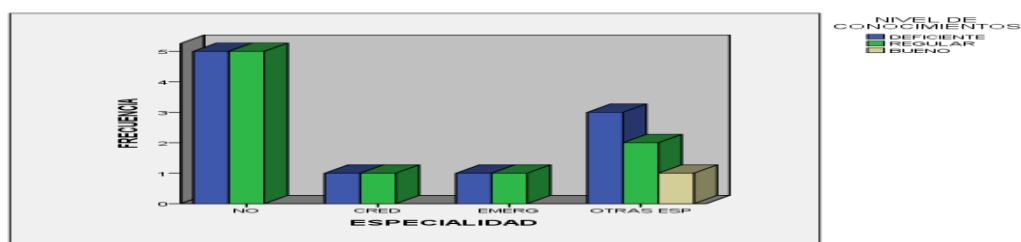
TABLA 5.3

TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL Y ESPECIALIDAD SEGUN NIVEL DE DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA . CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA-AYACUCHO, 2017.

CONDICIÓN	SUB CATEGORIAS	NIVEL DE DESEMPEÑO				TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
TIEMPO DE EXPERIENCIA	01-10 AÑOS	9	45	0	0	9	45
	11-20 AÑOS	4	20	1	5	5	25
	21-30 AÑOS	3	15	3	15	6	30
	TOTAL	16	80	4	20	20	100
ESPECIALIDAD	NO	8	40	2	10	10	50
	CRED	10	1	0	0	2	10
	EMERGENCIA	1	5	1	5	2	10
	OTRA ESPECIALID.	5	25	1	5	6	30
	TOTAL	16	80	4	20	20	100

Fuente: Cuestionario y ficha de cotejo valorada en el EE.SS.

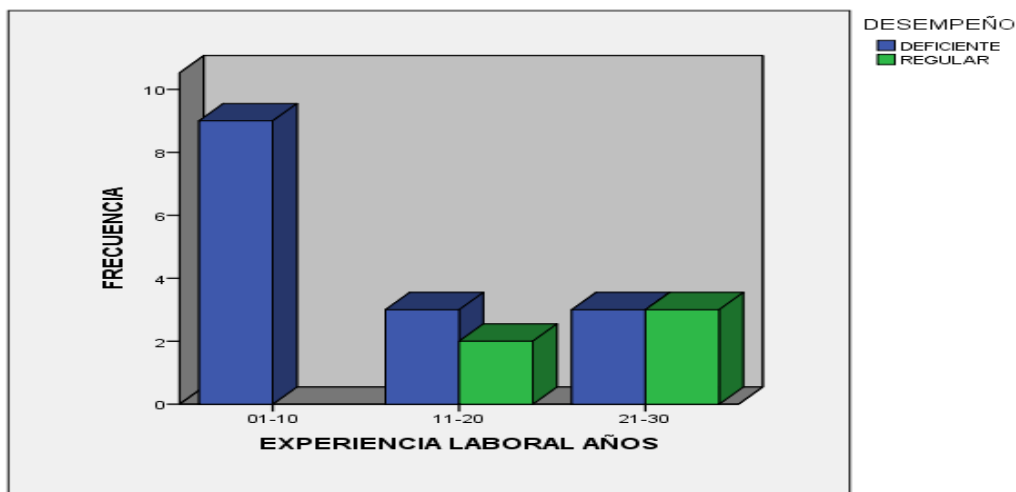
GRAFICO 5.3



Del 100% de profesionales abordados en el establecimiento de salud, el 80% muestra deficiente desempeño sobre el manejo de emergencias de prioridad I, y el 20% expresa un desempeño regular. De acuerdo al tiempo de experiencia, el 45% tiene una experiencia menor a 10 años, de los cuales todos muestran un nivel de desempeño deficiente; el 25% tiene un tiempo de experiencia entre 11 a 20 años, de los cuales el 20% muestra un desempeño deficiente y un 05% un desempeño regular; el 30% de los profesionales de enfermería, tiene un tiempo de experiencia entre 21 a 30 años, de los cuales 15% muestra un nivel de desempeño deficiente y un desempeño regular respectivamente. En relación a la especialidad, del 80% de profesionales de enfermería que muestra un desempeño deficiente, el 40% no cuenta con especialidad alguna, 25% muestra diferentes especialidades y un 05% cuenta con la especialidad en emergencia. En general el nivel de desempeño es independiente al tiempo de experiencia y la especialidad que ostenta los profesionales de enfermería ($P > 0.05$).

GRAFICO 5.4

DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, SEGÚN TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA .CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA-AYACUCHO, 2017.

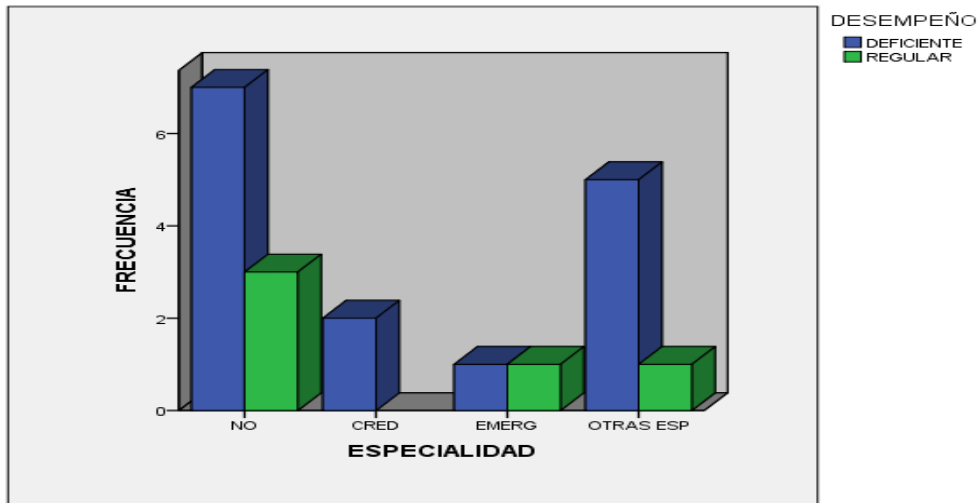


Fuente: Cuestionario y ficha de cotejo valorada en el EE.SS.

En gráfico 5.4, de acuerdo al tiempo de experiencia, el 45% tiene una experiencia menor a 10 años, de los cuales todos muestran un nivel de desempeño deficiente; el 25% tiene un tiempo de experiencia entre 11 a 20 años, de los cuales el 20% muestra un desempeño deficiente y un 5% un desempeño regular; el 30% de los profesionales de enfermería, tiene un tiempo de experiencia entre 21 a 30 años, de los cuales 15% muestra un nivel de desempeño deficiente y un desempeño regular respectivamente. En relación a la especialidad, del 80% de profesionales de enfermería que muestra un desempeño deficiente, el 40% no cuenta con especialidad alguna, 25% muestra diferentes especialidades y un 05% cuenta con la especialidad en emergencia. En general el nivel de desempeño es independiente al tiempo de experiencia que ostenta los profesionales de enfermería ($P>0.05$).

GRAFICO 5.5

DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, SEGÚN ESPECIALIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA . CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.



Fuente: Cuestionario y ficha de cotejo valorada en el EE.SS.

En gráfico 5.5 desempeño en manejo de emergencias de prioridad I, según especialidad del profesional de enfermería . Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho, 2017, el 80% de profesionales de enfermería muestra un desempeño deficiente, el 40% no cuenta con especialidad alguna, 25% muestra diferentes especialidades y un 5% cuenta con la especialidad en emergencia. En general el nivel de desempeño es independiente a la especialidad que ostenta los profesionales de enfermería ($P > 0.05$).

TABLA 5.4

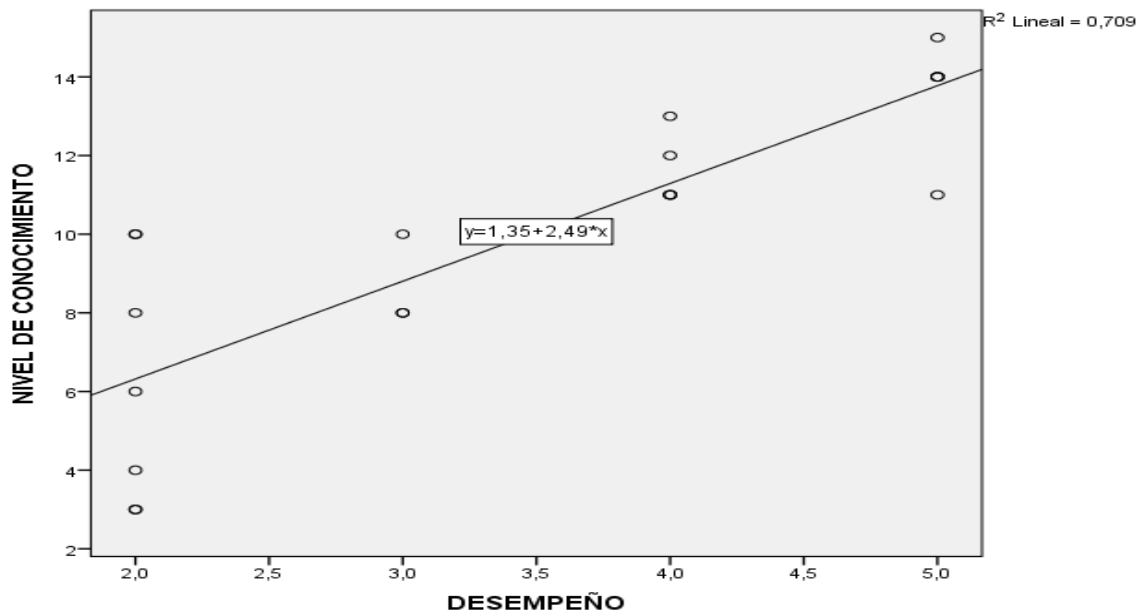
NIVEL DE CORRELACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.

PRUEBA	VARIABLES		CONOCIMIENTO	DESEMPEÑO
Rho de Spearman	CONOCIMIENTO	Coefficiente de correlación	1,000	0,895**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	20	20
	DESEMPEÑO	Coefficiente de correlación	0,895**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	20	20

En la tabla 5.4 , se observa el nivel de correlación del conocimiento en el desempeño sobre el manejo de emergencias de prioridad I, en los profesionales de enfermería, del Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho 2017; para determinar el nivel de correlación entre las dos variables, se utilizó la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, obteniendo como resultado un valor de 0.895, determinándose un alto nivel de correlación y alto nivel de significación $P < 0.001$, es decir los resultados demuestran que a mejor nivel de conocimientos, mejora el desempeño en manejo de emergencias de prioridad I en los profesionales de enfermería del Centro de Salud de San Juan Bautista.

GRAFICO 5.6

NIVEL DE CORRELACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I, EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO, 2017.



En el gráfico 5.6, se observa el nivel de correlación del conocimiento en el desempeño sobre el manejo de emergencias de prioridad I, en los profesionales de enfermería, del Centro de Salud de San Juan Bautista Ayacucho. 2017; para determinar el nivel de correlación entre las dos variables, se utilizó la prueba no paramétrica de Rho de Spearman, obteniendo como resultado un valor de 0.895, determinándose un alto nivel de correlación y alto nivel de significación $P < 0.001$, es decir los resultados demuestran que a mejor nivel de conocimientos, mejora el desempeño en manejo de emergencias de prioridad I en los profesionales de enfermería

VI. Discusión de resultados

6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados

El objetivo principal del estudio, fue determinar la influencia del conocimiento, en el desempeño del profesional de Enfermería en manejo de emergencias de prioridad I en el Centro de Salud de San Juan Bautista-Ayacucho.2017.

La primera hipótesis específica (H1) del estudio, estuvo orientado a que el mayor porcentaje de profesionales de enfermería, poseen conocimientos deficientes sobre el manejo de emergencias de prioridad I (cardiovasculares, traumatismo encéfalo craneano (TEC) y politraumatismos) y está relacionado al tiempo de experiencia y nivel de especialización, en el Centro de Salud de San Juan Bautista-Ayacucho.2017.

Prueba Chí cuadrado

Chi-cuadrado de Pearson	Valor	Gl	P
	7,500 ^a	2	0,024

La hipótesis anterior se contrasta con los resultados de la tabla N° 02, donde el 50% del total de los profesionales de enfermería posee un nivel de conocimiento deficiente sobre el manejo de emergencias de prioridad I (cardiovasculares, traumatismo encéfalo craneano (TEC) y politraumatismos), el 45% un nivel de conocimiento regular y el 05% posee un nivel de conocimiento bueno. Por otro lado el 45% tiene experiencia

laboral menor a 10 años, 25% entre 11 a 20 años, mientras el 30% entre 21 a 30 años. De los profesionales con conocimientos deficientes el 30% tienen una experiencia laboral menos a 10 años, mientras en aquellos con regular experiencia el 20% tienen una experiencia laboral entre 21 a 30 años.

Prueba Chí cuadrado

CATEGORIAS	Valor	gl	P
EXPERIENCIA	5,193 ^a	4	0,268
ESPECIALIDAD	2,593 ^a	6	0,858

Respecto a la especialidad que ostentan, el 50% de los profesionales de enfermería no cuenta con especialidad alguna, el 10% cuenta con especialidad en CRED y en emergencias, mientras el 30% cuenta con otras especialidades. En general aplicando la prueba de chí cuadrado se establece un nivel de independencia entre ambas variables y un bajo nivel de significancia ($p > 0.05$), es decir el nivel de conocimiento es independiente al tiempo de experiencia y especialidad que ostenta, de esta manera se acepta la hipótesis específica y se rechaza la hipótesis nula.

Prueba de chí cuadrada

CATEGORIAS	Valor	gl	P
EXPERIENCIA	5,625 ^a	2	0,060
ESPECIALIDAD	1,667 ^a	3	0,644

La segunda hipótesis específica (H_2) del estudio, estuvo proyectado, a que el mayor porcentaje de profesionales de enfermería, poseen desempeño deficiente en manejo de emergencias de prioridad I, y no está

relacionado al tiempo de experiencia y nivel de especialización, en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017.

La hipótesis señalada, fue contrastada con los resultados de la tabla N° 03, donde el 80% de los profesionales de enfermería, que representa el mayor porcentaje, muestra un deficiente desempeño sobre el manejo de emergencias de prioridad I, y el 20% expresa un desempeño regular. En general, si bien el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería poseen un nivel de desempeño deficiente, esta condición, es independiente al tiempo de experiencia, y la especialidad que ostenta los profesionales de enfermería ($P>0.05$), de esta manera se acepta la segunda hipótesis específica.

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

Tabla 5.2 conocimiento en manejo de emergencias de prioridad i, según tiempo de experiencia laboral y especialidad del profesional de

enfermería .Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho, 2017. Al contrastar con el estudio Osorio Y. (2013), en la tesis titulada “Conocimiento sobre reanimación en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Sergio Bernales, 2013, se determinó que el mayor porcentaje de profesionales de enfermería conocen sobre definición, secuencia de RCP básico y avanzado, relación entre compresión torácica y ventilación, técnica de apertura de vía aérea en pacientes con trauma cervical, la técnica del RCP, colocación de palas y energía de descarga; mientras que los aspectos que no conocen están dados por la cadena de supervivencia, muerte clínica y biológica, adrenalina y desfibrilación.¹⁵ lo que tiene relación con el estudio realizado y el de Osorio.

En el estudio realizado por Roldan del Castillo, J, con el objetivo de determinar los conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado por accidente de tránsito. Lima – Perú. 2013, se estableció que el 51%(21) del total de profesionales de enfermería, desconoce sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado por accidente de tránsito y el 49% (20) si conoce. En la dimensión evaluación primaria 51% (21) conoce y 49% (20) no conoce; y en la dimensión evaluación secundaria, 41% (17) conoce y 59% (24) no conoce.¹⁶

Debe señalarse que la población de estudio en la primera referencia, pertenece a un servicio de emergencia de un hospital de alta complejidad, mientras el segundo corresponde a un Sistema de Atención Médica Móvil de Urgencia, que es un servicio médico integral que permite a todas las personas, recibir asistencia de manera oportuna y con calidad, cuando se represente una urgencia o emergencia, en el lugar donde se encuentre de manera rápida, eficiente y gratuita (<http://www.minsa.gob.pe/samu>). Entonces el personal asistencial que labora en estos centros, cuenta con el perfil y las competencias exclusivas para atender emergencias, mientras la población de estudio corresponde a un establecimiento de salud, que pertenece al primer nivel de atención, donde se realiza labores diversas y gran parte de ellos no cuentan con la capacidad necesaria, para el manejo inicial de pacientes en emergencias de prioridad I.

Estudios diversos contrastan la relación entre el nivel de conocimiento y el desempeño o la práctica correcta, es así que en la tesis realizado por Gamboa B. y Huamanchoque H. (2013), titulada: Nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos con tubo oro traqueal en la Clínica Good Hope, el 50% tuvo un nivel excelente de conocimientos acerca del cuidado de la vía aérea. La práctica del cuidado de la vía aérea fue, del mismo modo, de nivel excelente en un 50%. En conclusión según la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson, se encontró relación significativa

entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las enfermeras en pacientes críticos en la Clínica Good Hope. ¹⁴

El presente estudio ha demostrado que a mejor nivel de conocimientos, mejora el desempeño sobre el manejo inicial de pacientes en emergencias de prioridad I en los profesionales de enfermería, pero el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería poseen conocimientos y desempeño deficientes en el manejo inicial de pacientes en emergencias de prioridad I.

Debe señalarse que los servicios de salud, cual fuese su nivel de complejidad, debe responder en forma adecuada a las expectativas de los usuarios, más aun en los servicios de emergencia, que de acuerdo a su naturaleza demanda de personal de salud y de enfermería altamente calificado, caracterizado por una atención en forma oportuna, inmediata y de forma eficaz, al respecto Mejía, DDS. y Rivera, OS. Realizaron el estudio nivel de satisfacción sobre el cuidado enfermero de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2016, donde se concluye que el 25% de los pacientes consideran aceptable su satisfacción del cuidado enfermero lo que evidencia que la gran mayoría (75%) demanda que los cuidados de enfermería requieren ser mejorados.(9). Estos resultados ameritan continuar los estudios para determinar que otros factores interviene en el nivel de desempeño del personal de enfermería.

Navarro, VR. y Rodríguez, G. señalan que la atención de una emergencia, amerita la atención adecuada de un enfermo grave, y ello debe procederse en forma colectiva, recurso humano altamente calificado. El personal de salud que efectúan maniobras de reanimación debe contar con el entrenamiento y el equipamiento necesario para enfrentarse a la situación muchas veces cambiante y elegir un procedimiento específico en circunstancias apremiantes. Por ello, deben tener habilidades y conocimientos en reanimación cardiopulmonar, del monitoreo de las funciones vitales, de las técnicas de mantenimiento y de la terapéutica inicial y mediata de las principales patologías y síndromes que ponen en peligro la vida y de los factores desencadenantes y predisponentes de estos. La reanimación reta a los encargados de la atención a tomar decisiones rápidas, bajo presión y en escenarios a veces dramáticos.

Bajo este contexto, el parel de la enfermería a lo largo de las últimas décadas, ha logrado incorporar funciones y roles diversos. Su labor es imprescindible en actividades fundamentales como son la recepción, la evaluación, manejo, organización, capacitación, relación apropiada.

Durante la recepción, el enfermero clasificador, se ubica en un lugar estratégico en el área de urgencia, es la primera persona que recibe, clasifica al paciente y dirige su atención por prioridades, para ello, debe tomar las medidas vitales inmediatas y desencadenar la alarma ante una emergencia. En la evaluación, es responsable del arribo o a la llegada en

una ambulancia de evaluar todos aquellos síntomas y signos que refiere el paciente y realizar un diagnóstico preliminar, también del monitoreo y seguimiento de los casos una vez estabilizados. En el manejo, dependiendo de su capacidad y calificación, puede ejecutar acciones por prioridades vitales, reanimación, procedimientos e incluso instituir tratamiento medicamentoso según protocolos básicos y avanzados.

Otra de las funciones de los enfermeros es la organización, cuya responsabilidad es mantener el local, la ambulancia, los equipos médicos listos para la recepción del paciente que recibirá los primeros auxilios, esto incluye los medios y recursos necesarios para brindar la primera actuación de urgencia, a todo ello se agrega la relación enfermero paciente, en ese sentido los enfermeros deciden la satisfacción, porque son los primeros o uno de los primeros en contactar con el paciente, son los que más tiempo están con ellos, son los que cumplen las indicaciones médicas que decidirán el resultado técnico, son los que más roce tienen con el paciente y su familia, por lo que podrán conocer más fácilmente sus insatisfacciones e incomprendiones. Finalmente participa en la labor docente de pregrado y postgrado y en especial en la replicación de los cursos y entrenamientos en apoyo vital.

VII. Conclusiones

1. El nivel de conocimiento y desempeño en manejo de emergencias de prioridad I es deficiente en un 50% de los profesionales de enfermería del Centro de Salud San Juan Bautista.

2. El desempeño profesional en el manejo de emergencias de prioridad I es deficiente en un 80% en los profesionales de enfermería del Centro de Salud San Juan Bautista, resultado que es independiente al tiempo de experiencia y la especialidad que poseen los profesionales de enfermería

3. Existe un alto nivel de correlación del conocimiento en el desempeño sobre el manejo de emergencias de prioridad I, en los profesionales de enfermería, del Centro de Salud de San Juan Bautista (Rho de Spearman: 0.895; $P < 0.001$), aceptándose la hipótesis de investigación.

VIII. Recomendaciones

1. A la Red de Salud Huamanga y a la Gerencia del CLAS San Juan Bautista, gestionar un programa de fortalecimiento de capacidades, e implementación de protocolos y/o guías de atención en el manejo de emergencias de prioridad I, dirigido a los Profesionales de

Enfermería y al personal de salud del Centro de Salud San Juan Bautista.

2. Al MINSA y a las Direcciones Regionales de Salud a fin implementar políticas de incentivos al personal de salud del primer nivel de atención, porque el manejo de emergencias de prioridad I, es fundamental independiente el nivel de complejidad del establecimiento de salud y crear instrumentos para evaluación del desempeño en forma periódica,
3. Continuar realizando estudios similares para poder comparar resultados con investigaciones futuras.
4. A las Universidades que cuentan Escuelas Profesionales de Enfermería y aquellas que desarrollan programas de especialidad, a fin de incluir en sus planes curriculares de estudios con el propósito de desarrollar competencias para el manejo de emergencias de prioridad I.

IX.Referencias Bibliográficas

1. OMS. Informe mundial sobre prevención de emergencias. oms. 2012.
2. OMS. emergencias de prioridad I. 2015.
3. MINSA P. MINSA. [Online].; 2017 [cited 2017 Diciembre 216. Available from:

https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2.

4. Labarca A. "Modelo de medición de desempeño en unidades de urgencias". Tesis para optar al grado de Magíster en Control de Gestión. Santiago: Universidad de Chile, Postgrado de Economía y Negocios; Octubre 2015.
5. Arenas Fernandez Garcia. ¿Están quemados los médicos de urgencia de hospitales de Alicante?. 292659th ed.: Semergen.; 2003.
6. Georgievskiy, et al. Using Computer Simulation Modeling to Reduce Waiting Times in Emergency Departments.; 2008.
7. Mayuri, Et Al. Nivel de conocimiento en Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral en el Centro nacional de cirugía. Cuba. 2010. [Online].; 2010 [cited 2017 julio 2.
8. Fernández, B. Atención de Enfermería en urgencias y emergencias. Primera Edic. ed. Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2004.
9. Mejía, D. Nivel de satisfacción sobre el cuidado enfermero de los pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente las Mercedes. Tesis para optar el título profesional. Perú: Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Señor de Sipan, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
10. OMS. Enfermedades cardiovasculares (ECV). Organizacion Mundial de la Salud. 2015.
11. García, A. "Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión".I. Revista de Calidad Asistencial. Julio 2015 - Agosto 2015..
12. López, JA. Evaluación de competencias del profesional de enfermería que labora en hospitales públicos y privados. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 27, 1-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1551>. 2014.

13. Basilio, D. y Villalobos J. Nivel de conocimiento y cuidado que brinda la Enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades de cuidados críticos del Hospital Belén de Trujillo – 2013”. Tesis. 2013 junio.
14. Gamboa B. y Huamanchoque H. Nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de la vía aérea que realizan las Enfermeras en pacientes críticos con tubo oro traqueal en la clínica Good Hope”.. tesis. 2013 julio.
15. Osorio, Y. Conocimiento sobre reanimación en las enfermeras del servicio de emergencia del hospital nacional sergio bernaes, 2013”. tesis. 2013.
16. Roldan del Castillo J. Conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluación inicial al paciente politraumatizado por accidente de tránsito Lima – Perú.. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana.; 2013.
17. Mc Millan J.H. Teoría del conocimiento. Lima – Perú; 2008.
18. Bunge. La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte; 1997.
19. Enfoque teórico de la investigación. [Online].; 2016 [cited 2017 Diciembre 16. Available from: <https://elcomunicativo.files.wordpress.com/2012/07/enfoque-tec3b3rico-de-la-investigacic3b3n.pdf>.
20. Andreu, R.S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje; 2000.
21. Martinez, RF. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. [Online].; 2006 [cited 2017 Diciembre 16. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/101>.

22. Grajales, A. y Negri, N. Manual de introducción al pensamiento científico [Internet]. [Online].; 2017 [cited 2017 Diciembre 15. Available from: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/60315/Documento_completo__pdf-PDFA.pdf?sequence=3.
23. Chiavenato I. Administración de recursos humanos: el capital humano de las organizaciones. Mexico: McGraw HILL; 2007.
24. Murphy KR. Job performance and productivity psychology in organizations: Integrating science and practice, 157-176.; 1990.
25. Robbins S,yJT. Comportamiento Organizacional. México; 2013.
26. Ghiselli. Administración de Personal.1998.
27. Labarca A. Modelo de medición de desempeño en unidades de urgencias,. Tesis para optar al grado de Magíster en Control de Gestión.. Santiago: Universidad de Chile, Postgrado de Economía y Negocios; Octubre 2015.
28. Labra, R. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Toledo: Saned; 2010.
29. Fernández, B. Atención enfermera en urgencias y emergencias. 4. Primera Edic. ed. Ediciones DAE (Grupo Paradigma).; 2004.
30. Francisco Javier Montero Perez. La organización de la cadena asistencial urgente en España o la búsqueda de los eslabones perdidos. Emergencias.; 2008; 20: 5-7.
31. Astursalud.. [Online].; 2013 [cited 2017 Diciembre 14. Available from: www.astursalud.es.
32. Oterino, D. Impacto en Asturias de las urgencias de atención primaria sobre las hospitalarias. Un análisis de cointegración de series temporales. Rev Esp Salud Pública. 2007; 81: 191-200.
33. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Madrid: msps.; 2010.

34. MINSA Perú. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia, NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01.. 2006..
35. Martha. Raile. Modelos y Teorías de Enfermería.. 8th ed. España Elsevier. ; 2015.
36. Ortega, A. Humanización en atención urgente. ¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia? Emergencias. 161216th ed.; 2004.
37. Txagorritxu, U. Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería. Comunidad Autónoma Vasca: H. Txagorritxu.; 2004.
38. Emergencias Sededuy. Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. Recomendación científica. SEEUE. 2003.
39. Jhosep. Gomez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. Emergencias. 2006; 18: 156-64..
40. Manchester. GEdT. Triage de Urgencias Hospitalarias. Manchester: BMJ. 2004..
41. Fernández, B. Atención enfermera en urgencias y emergencias.: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2004.
42. Navarro, V. Abordaje inicial al paciente con una emergencia médica. Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos. 2006.; Vol. 11, No. Especial 1.
43. MINSA. Norma técnica de los servicios de emergencia de hospitales del sector salud.. Lima Perú 2004..
44. Karla Olvera Estrada. Evaluación de los conocimientos en urgencias y emergencias médicas en estudiantes de licenciatura en enfermería". [Online].; 2014 [cited 2017 junio 20].
45. Moya, J. "Conocimiento y práctica que tiene el personal de Enfermería sobre las medidas de prevención de las infecciones

asociadas a la atención en la salud en la sala de UCI del Hospital Escú. tesis. 2016 junio.

46. Claudia Quesada O. y Otros . “Nivel de conocimientos sobre emergencias médicas en estudiantes de medicina de universidades peruanas”. tesis. 2011.
47. Maria Alarcon, Shirley. Rubinos Conocimientos y Prácticas en la Prevención de Riesgos Biológicos de las enfermeras del Hospital Belén – Lambayeque 2012.. TESIS. 2012.
48. Porto JP. Define conocimientos. revista. 2017 enero.
49. Homero. Nivel de conocimiento son parámetros. In homero. conocimientos. buenos aires; 2014. p. 53.
50. Robbins SC. nivel organizacional y la medición del desempeño laboral. desempeño laboral en personal de salud. 2013 agosto.
51. CTO. Manual CTO Enfermería. Recomendaciones de RCP del ERC. 2014 5ta edición CTO. Editorial, Madrid. España 2013. CTO. 2014.



ANEXO N° 01

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

A N E X O - A

TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I

A.- DATOS GENERALES:

Fecha:..... Hora:..... Servicio:..... Sexo
:..... Edad : 30 a 45 a () 46 a más a () Años de experiencia
:

Especialidad: si () no ().....

B.- CONOCIMIENTOS SOBRE EMERGENCIAS PRIORIDAD I:

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de preguntas a fin de que Ud. responda marcando con un X la respuesta que considere correcta:

1. Cuando Ud, encuentra persona en estado de inconsciencia, y sospecha presuntivamente paro cardio-respiratorio. En este caso quiere comprobar si existe circulación, ¿la verificación del pulso de preferencia se deberá realizar a nivel:
 - a. Femoral
 - b. Carotideo
 - c. Radial
 - d. Sólo b y c son correctas.

2. El masaje cardiaco/insuflación en un adulto es:
 - a. 10 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
 - b. 15 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
 - c. 20 compresiones seguidas de 2 respiraciones.
 - d. 30 compresiones seguidas de 2 respiraciones

3. El punto del masaje cardiaco y ritmo de las compresiones torácicas es:
 - a. 2 dedos debajo del apéndice xifoides y 2 compresiones por segundo
 - b. 3 dedos encima del apéndice xifoides y 100 compresiones por minuto
 - c. Colocar las manos sin retraso en el centro del pecho, entre los pezones de la víctima y 100 compresiones por minuto

- d. 2 dedos a la izquierda del apéndice xifoides y 50 – 60 compresiones por minuto.

4. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas en un RCP inadecuado es:

- a. Neumotórax
- b. Fractura costal
- c. Laceración hepática
- d. Laceración esplénica

5. ¿En qué consiste la maniobra de frente – mentón?

- a. Hiperextensión de la cabeza y tracción del mentón junto con abertura de la boca.
- b. Hiperextensión del cuello y tracción del mentón junto con abertura de la boca.
- c. Hiperextensión de la cabeza y cuello para permitir la apertura de la boca.
- d. Sólo a y b son correctas

6. ¿Cuál es el propósito de la maniobra de frente – mentón?

- a. Separar la base de la lengua que estaba en contacto con la pared posterior de la laringe para que el aire puede pasar sin dificultad y llegar hasta los pulmones.
- b. Permeabilizar la vía aérea en pacientes inconscientes.
- c. Facilitar la percepción del pulso carotídeo.
- d. Ninguna es correcta.

7. La maniobra de "tracción o de empuje mandibular, está indicado en pacientes con:

- a. Lesión cervical
- b. Asfixia
- c. Atragantamiento
- d. Todas las anteriores

8. Los sólidos que se observan en la boca del paciente con PCR, se debe:

- a. Extraerse con el dedo índice a manera de gancho
- b. Extraerse con un apósito estéril.
- c. Extraerse mediante aspiración.
- d. Limpiarse con un pedazo de tela.

9. Cada insuflación de aire, en la respiración boca a boca, deberá

durar:

- a. 1 segundo de duración.
- b. 2 segundos de duración.
- c. 3 segundos de duración.
- d. 4 segundos de duración.

- 10. En la respiración boca – boca, las insuflaciones deberán:**
- a. Distender (ascender y descender) el tórax de la víctima.
 - b. Ser regulares y consistentes.
 - c. Aportar oxígeno a los pulmones.
 - d. Garantizar la supervivencia de la víctima.
- 11. Cuando una paciente presenta insuficiencia respiratoria por padecer problemas cardiacos con que objetivo se administra oxigenoterapia marque la respuesta correcta :**
- a. Tratar la hipoxia
 - b. Disminuir el trabajo respiratorio
 - c. Disminuir el trabajo del miocardio
 - d. Todas son correctas.
- 12. ¿Qué signos y síntomas indican que hay lesión y/o traumatismo de la cabeza :**
- a. Heridas en el cuero cabelludo, sangrado en el oído, amoratamiento..
hinchazón, secreción nasal, cuello rígido.
 - c. Ninguna es correcta.
 - d. A y B son correctas.
- 13. Al Centro de salud llega de emergencia paciente adulto varón inconsciente, familiar refiere que sufrió traumatismo en la cabeza ¿Qué intervenciones realizaría en el paciente?**
- a. Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas, control de signos vitales..
 - b. Valoración del nivel de conciencia utilizando escala de GLASGOW, observar función pupilar
 - c. Solo A es correcta
 - d. Ninguna es correcta.
- 14. Paciente adulto acude al servicio presentando traumatismo por empalamiento (objeto punzocortante incrustado en el cuerpo que**

primeros auxilios brindarías:

- a. Ocluir la herida con un apósito
- b. Retirar el objeto del cuerpo
- c. Inmovilizar el objeto para que no cause daño, controlar el shock y referir..
- d. Ninguna es correcta.

15. Paciente de sexo femenino es traído al servicio por un familiar, refiere que sufrió golpe fuerte en la cabeza, a la evaluación presenta sangrado superficial en cuero cabelludo, vómitos, perdida de equilibrio, visión borrosa, evaluación con GLASGOW ; 8 ¿Qué diagnostico considera usted?

- a. Traumatismo encéfalo craneano grave.
- b. Traumatismo encéfalo craneano leve.
- c. Traumatismo encéfalo craneano moderado.
- d. Ninguna de las anteriores.

16. Si una persona sufre traumatismos en un accidente de tránsito, al evaluarle, mueve las manos pero no realiza ni un mínimo movimiento de los dos miembros inferiores ¿Qué sospecharía usted?

- a. Paro cardiorrespiratorio
- b. Fractura de fémur,
- c. Fractura del cuello
- d. Fractura de la columna dorsal.

17. Para movilizar a un paciente con diagnostico presuntivo de fractura de columna vertebral lo primero se debe :

- a. Inmediatamente levantarlo a la camilla.
- b. Tratar de enderezar al paciente
- c. Inmovilizar antes de cambiar de lugar
- d. Inmediatamente con apoyo de cuatro personas cargar a la ambulancia.

18. En una hemorragia externa abundante del pie derecho, que medida de primera intención tomaría Ud.

- a. Aplicar torniquete para evitar la muerte.
- b. Compresión digital de la arteria principal que suministra sangre al sitio de la herida.
- c. Cualquiera de las anteriores.
- d. Acostar al paciente con pies ligeramente levantados, aflojar

cinturón, ligaduras y detener la hemorragia por compresión directa sobre la herida.

19. En un accidente traumático, usted al evaluar al víctima encuentra los siguientes signos y síntomas: Dilatación de las pupilas, Aumento del pulso, Hipotensión Arterial, Sed, Piel fría y húmeda.Cuál sería el diagnóstico presuntivo?

- a. Shock neurogénico.
- b. Hipertensión arterial.
- c. Hemorragia interna.
- d. Todas las anteriores es correcta.

20. Si usted encuentra una persona accidentada con fractura del fémur expuesta, contaminados con tierra, ¿Qué intervenciones realizaría?

- a. Limpiar la tierra, tratar de enderezar el muslo, vendar y llevar al hospital.
- b. Limpiar la tierra, tratar de enderezar el muslo, colocar la férula, y evacuar al hospital.
- c. Examinar rápidamente, tratar la hemorragia, inmovilizar el miembro afectado, mantener vía respiratoria permeable y evacuar al hospital
- d. Todas las anteriores es correcta

21.

Puntaje:

Bueno :16 – 20

Regular :11 -15

Malo: 0 – 10

FUENTE: Elaboración propia



ANEXO N° 02

LISTA DE OBSERVACIÓN DE LA INTERVENCION DE ENFERMERIA EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I (Cardiovasculares, traumatismo encéfalo craneano (TEC) y Politraumatismos) “CENTRO SALUD SAN JUAN BAUTISTA”

La presente ficha se administra durante la atención directa que realiza el Enfermero(a), a partir de ello se valora su desempeño.

ENUNCIADO	MAL O	REGUL AR	BUE NO
VALORACION			
1.Realiza lavado de manos y cumple con las medidas de bioseguridad			
2.Realiza el examen físico conforme a los protocolos establecidos			
3.Valora los signos de alarma para determinar la emergencia.			
DIAGNOSTICO			
4.Diagnostica adecuadamente del caso crítico y/o emergencia del paciente			
5.Maneja las emergencias de prioridad I.			
METAS Y OBJETIVOS			
6.Planea las metas de intervención en pacientes de emergencias de prioridad I			
INTERVENCION			
7.Sigue el protocolo y/o la guía de atención en pacientes con problemas cardiovasculares, TEC y Politraumatismos			
EVALUACION			
8.Mejoría del paciente de emergencia			
10.Describe la evaluación del paciente en las notas de enfermería.			

FUENTE: Elaboración propia

Desempeño:

- Deficiente: 0-4
- Regular: 5-7
- Bueno: 8-10

ANEXO N° 03

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO:“CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO EN MANEJO DE EMERGENCIAS DE PRIORIDAD I DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO.2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
Central: ¿Cuál es la relación del nivel de conocimiento y el	General: Determinar la relación del nivel de conocimiento, en el	Hi: El buen nivel de conocimiento se relaciona con	Independiente:	Tipo de investigación: Cuantitativa-

<p>desempeño laboral de los profesionales de Enfermería, en el manejo de emergencias de prioridad I en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017?.</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los profesionales de Enfermería, en el manejo de emergencias de prioridad I (cardiovasculares, traumatismo encéfalo craneano (TEC) y politraumatismos), según tiempo de experiencia y nivel de especialización, en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017? ¿Cuál es el nivel desempeño laboral de los profesionales de Enfermería, en el manejo de emergencias de prioridad I, según tiempo de experiencia y nivel de especialización, en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017? ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento y el desempeño laboral de los profesionales de Enfermería, en el manejo de emergencias de prioridad I en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017?.</p>	<p>desempeño laboral de los profesionales de Enfermería, en el manejo de emergencias de prioridad I en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017.</p> <p>Específicos: Evaluar el nivel de conocimiento de los profesionales de Enfermería, en el manejo de emergencias de prioridad I (cardiovasculares, traumatismo encéfalo craneano (TEC) y politraumatismos), según tiempo de experiencia y nivel de especialización, en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho, 2017.</p> <p>Evaluar el nivel desempeño laboral de los profesionales de Enfermería, en el manejo de emergencias de prioridad I, según tiempo de experiencia y nivel de especialización, en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017.</p> <p>Relacionar el nivel de conocimiento y desempeño con la experiencia y especialidad que ostenta el enfermero.</p>	<p>un buen desempeño laboral, de los profesionales de Enfermería en manejo de emergencias de prioridad I, en el Centro de Salud de San Juan Bautista- Ayacucho.2017.</p> <p>H1 : El buen nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería en manejo de emergencias de prioridad I, se relaciona con su experiencia y especialidad que ostenta.</p>	<p>Conocimiento en manejo de emergencias de prioridad I.</p> <p>Dependiente:</p> <p>Desempeño en manejo de emergencias de prioridad I.</p>	<p>Aplicada- Descriptiva- Correlacional.</p> <p>Diseño: No experimental de corte trasversal.</p> <p>La población estuvo constituido por los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de emergencia del Centro Salud San Juan Bautista Ayacucho 2017.</p> <p>Muestra censal: 20.</p>
---	---	--	---	---



ANEXO N°4

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

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO EXPERTOS

- I. INFORMACION GENERAL
- 1.1 Nombres y Apellidos.....
- 1.2 Lugar de Centro laboral:.....
- 1.3 Cargo que desempeña:

1.4 Instrumento a validar:

1.5 Autores:

.....

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

II. Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

.....

III. Procede su ejecución:

Si ()

No ()

Fecha:/...../...

Firma y sello
N° D.N.I

ANEXO N° 04
ANÁLISIS DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR
CONOCIMIENTOS

Estadísticas de fiabilidad

Kuder-Richarson	N de elementos
0,80	20

Estadísticas de elemento

ITEMS	Media	Desviación estándar	N
UNO	,80	,410	20
DOS	,00	,000	20
TRES	,60	,503	20
CUATRO	,00	,000	20
CINCO	,40	,503	20
SEIS	,70	,470	20
SIETE	,45	,510	20
OCHO	,00	,000	20
NUEVE	,20	,410	20
DIEZ	,85	,366	20
ONCE	,00	,000	20
DOCE	,75	,444	20
TRECE	,55	,510	20
CATORCE	,80	,410	20
QUINCE	,70	,470	20
DIECISEIS	,00	,000	20
DIECISIETE	,90	,308	20
DIECIOCHO	,70	,470	20
DIECINUEVE	,65	,489	20
VEINTE	,85	,366	20

**ANEXO N° 05
ANALISIS DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR
DESEMPEÑO**

Estadísticas de fiabilidad

Kuder-Richarson	N de elementos
0,8	10

Estadísticas de elemento

ITEMS	Media	Desviación estándar	N
PRIM	1,00	,000	20
SEG	,00	,000	20
TERC	1,00	,000	20
CUART O	,00	,000	20
QUINT O	,65	,489	20
SEXTO	,00	,000	20
SEPT	,50	,513	20
OCTAV	,00	,000	20
NOV	,20	,410	20
DEC	,00	,000	20

**ANEXO N° 06
BASE DE DATOS**

EVALUACION DEL CONOCIMIENTO																				EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	CON	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DE S
0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	8	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	8	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	10	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	15	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5
0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	8	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	11	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	10	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	9	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	11	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5
1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5
1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	11	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	11	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5
0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2

