

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CONOCIMIENTO SOBRE EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO DE LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REZOLA. CAÑETE. 2019”**

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

LIC. ACUÑA SALAZAR YOLANDA

LIC. MOSCOSO VELASQUEZ WENDY ELIZABETH

LIC. SUAREZ ÑAÑEZ EMAR BLEYMER

Callao, 2019

PERÚ

**“CONOCIMIENTO SOBRE EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO DE LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REZOLA. CAÑETE. 2019”**

AUTOR/ES

- **LIC. ACUÑA SALAZAR YOLANDA**
- **LIC. MOSCOSO VELASQUEZ WENDY ELIZABETH**
- **LIC. SUAREZ ÑAÑEZ EMAR BLEYMER**

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

| | |
|----------------------------------|------------|
| DRA. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA | Presidenta |
| Mg. LUIS ENRIQUE MONCADA SALCEDO | Secretario |
| Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | Vocal |

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE FOLIO:305

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 136 - 2019

Fecha de aprobación de Tesis: 06/12/2019

Resolución de Decanato N° -2019-D/FCS de fecha de del 2019 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

- LIC. ACUÑA SALAZAR YOLANDA
- LIC. MOSCOSO VELASQUEZ WENDY ELIZABETH
- LIC. SUAREZ ÑAÑEZ EMAR BLEYMER

DEDICATORIA

A Dios,
A nuestros padres,
A nuestros hijos,
A nuestros pacientes.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento infinito a:

- Dios por cuidarnos, brindarnos la fuerza y sabiduría para ser mejores personas.
- Nuestros padres, hijos que son los que nos impulsa a seguir adelante y a ser perseverantes en el cumplimiento de nuestros ideales.
- Nuestros profesores por la valiosa enseñanza brindada
- Todas aquellas personas que han contribuido a la realización de este trabajo de investigación en especial al personal del Hospital Rezola de Cañete por prestarnos en algún momento su ayuda, conocimiento y experiencia y por participar en el estudio.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE | |
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INTRODUCCION | 7 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 8 |
| 1.1. Descripción de la realidad problemática | 8 |
| 1.2. Formulación del Problema | 9 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | 10 |
| 1.4. Limitantes de la investigación | 11 |
| II. MARCO TEÓRICO | 12 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 12 |
| 2.2. Bases teóricas | 14 |
| 2.3. Base conceptual | 16 |
| 2.4. Definición de los términos básicos | 30 |
| III. HIPOTESIS Y VARIABLES | 31 |
| 3.1. Hipótesis | 31 |
| 3.2. Definición Conceptual de Variables | 31 |
| IV. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN | 33 |
| 4.1. Tipo y diseño de Investigación | 33 |
| 4.2. Método de investigación | 33 |
| 4.3. Población y Muestra | 33 |
| 4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado | 34 |
| 4.5. Técnicas e instrumento para la recolección de la información | 35 |
| 4.6. Análisis y procesamiento de datos | 36 |
| V. RESULTADOS | 37 |
| 5.1. Resultados Descriptivos | 37 |

| | |
|--|-----------|
| VI. DISCUSION DE RESULTADOS..... | 43 |
| 6.1. Contrastación de los resultados con otros estudios similares. | 43 |
| 6.2. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes. | 45 |
| CONCLUSIONES | 46 |
| RECOMENDACIONES | 48 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 49 |
| ANEXOS | 53 |

ÍNDICE DE TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|-----------------|--|----|
| <i>Tabla 1.</i> | Distribución proporcional de la variable conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 43 |
| <i>Tabla 2.</i> | Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión control de la vía aérea y estabilización de la columna del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 44 |
| <i>Tabla 3.</i> | Distribución proporcional de nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la respiración y ventilación del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 45 |
| <i>Tabla 4.</i> | Distribución proporcional el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión circulación y control de hemorragia del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 46 |
| <i>Tabla 5.</i> | Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión estado neurológico del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 47 |
| <i>Tabla 6.</i> | Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la exposición del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 48 |

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| <i>Gráfico 1.</i> Distribución proporcional según el nivel conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 43 |
| <i>Gráfico 2.</i> Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión control de la vía aérea y estabilización de la columna del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 44 |
| <i>Gráfico 3.</i> Distribución proporcional de nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la respiración y ventilación del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019l..... | 45 |
| <i>Gráfico 4.</i> Distribución proporcional el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión circulación y control de hemorragia del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019. | 46 |
| <i>Gráfico 5.</i> Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión estado neurológico del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 47 |
| <i>Gráfico 6.</i> Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la exposición del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019..... | 48 |

RESUMEN

El **Objetivo** fue determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019; **Metodología** tipo aplicada, enfoque cuantitativo, método Descriptivo, de corte transversal. La técnica empleada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, la población fue conformada por 40 enfermeros(as) que laboraron y laboran en servicio de emergencia; **Resultados** El nivel de conocimiento es de 67.5% nivel medio 12.5% alto y 20% bajo; el nivel de conocimiento se ha dividido en 5 dimensiones: control de la vía Aérea y estabilización Columna Cervical, respiración y ventilación, Circulación y Control de Hemorragia, Evaluación neurológica y exposición del paciente.

Los aspectos que más destacan incluyen beneficio de una vía periférica permeable, inmovilización de la columna cervical, conocimiento de la frecuencia respiratoria normal, pulso más accesible para la exploración del paciente, control rápido de la hemorragia externa, de cristaloides isotónicos como expansores eficaces del volumen, la hipotensión en un trauma abdominal. **Conclusión** Se encuentra que un porcentaje significativo de profesionales de enfermería tienen un nivel de conocimiento medio, lo cual revela que deben de recibir mucha más información e incidir en aprender y mejorar habilidades esenciales en el manejo de pacientes politraumatizados.

Palabras clave: Paciente politraumatizado, conocimiento, evaluación inicial, profesional de enfermería, servicio de emergencia.

ABSTRACT

The objective was to determine the level of knowledge of the nursing professional about the initial evaluation of the polytrauma patient in the emergency service of the Rezola Cañete Hospital 2019; Applied type methodology, quantitative approach, descriptive method, cross-sectional. The technique used was the interview and the instrument a questionnaire, the population was made up of 40 nurses who worked and worked in an emergency service; Results The level of knowledge is 67.5% medium level 12.5% high and 20% low; The level of knowledge has been divided into 5 dimensions: Airway control and stabilization Cervical Column, breathing and ventilation, Circulation and Hemorrhage Control, Neurological evaluation and patient exposure.

Highlights include benefit of a permeable peripheral pathway, immobilization of the cervical spine, knowledge of normal respiratory rate, more accessible pulse for patient exploration, rapid control of external bleeding, of isotonic crystalloids as effective volume expanders, hypotension in abdominal trauma. Conclusion It is found that a significant percentage of nursing professionals have a medium level of knowledge, which reveals that they should receive much more information and have an impact on learning and improving essential skills in the management of polytrauma patients.

Keywords: Polytraumatized patient, knowledge, initial evaluation, nursing professional, emergency service.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en casa país el politraumatismo es considerado una pandemia silenciosa. Un(a) politraumatizado(a) es la persona que sufre de dos o más lesiones traumáticas que debido a la gravedad alteran sus funciones vitales poniendo en peligro su vida, y requiriendo asistencia multidisciplinaria de salud. (1)

El politraumatismo grave es tiempo dependiente, pues 40% de la mortalidad se da dentro de las dos primeras horas luego de surgir la lesión, por lo que su atención es una necesidad de urgencia (2). En la atención de estos casos es imprescindible detectar y tratar oportunamente para salvar la vida del paciente (3), a través de una valoración general que inicia con la valoración de las funciones vitales que son la base de las intervenciones y los cuidados (4); del correcto desarrollo de esta primera etapa depende la vida del paciente, por lo que debe respetarse el orden de prioridad en la valoración ABCDE siguiente: a) vía aérea y estabilización, b) respiración y ventilación, c) circulación y control hemorrágico, d) evaluación neurológica y e) exposición del paciente. (5)

La secuencia descrita previamente, desarrollada por Dr. Styner (1978), permite la evaluación inicial del paciente poli traumatizado según el ATLS (Apoyo Vital Avanzado en Trauma), es un método estandarizado en la atención de politraumatizados. Por ello, el enfermero debe ser capaz de coordinar y optimizar los esfuerzos dirigidos a la atención del paciente politraumatizado, para garantizar el éxito en la recuperación y disminuir la morbimortalidad. (6)

El objetivo de este trabajo es determinar el conocimiento de las enfermeras sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del hospital Rezola Cañete. Esta investigación ayudará a disminuir la mortalidad en los pacientes politraumatizados en el hospital Rezola producto de los accidentes motorizados, hasta la actualidad en aumento por choques o dormir al volante. Es importante la investigación ya que enfermeros emergencistas mejorarán su nivel de conocimiento en la evaluación inicial y la atención eficaz y oportuna en cuanto al paciente politraumatizado.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad, los politraumatismos son la tercera causa de muerte y han desplazado a las patologías infectocontagiosas, convirtiéndose en una pandemia mundial. En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) afirma que las atenciones por accidentes de tránsito representan cerca del 80% del total de admisiones por traumatismos, y se estima que para el 2020 ocuparán los primeros lugares. (6)

Los accidentes de tránsito son la causa principal de defunciones en jóvenes de 15 a 29 años, las secuelas generadas por estos, conllevan a pérdidas de índole económica tanto para la persona afectada, la familia y la nación. Se sabe que el PBI representan del 1% al 3%, en caso de defunciones por traumatismos, al menos el 90% se da en países en vías de desarrollo donde se encuentra el 54% de los vehículos del mundo. (7)

La atención eficiente y eficaz de emergencia inicia en el lugar del accidente, con los testigos y la atención pre hospitalaria, el correcto transporte, y culmina con las acciones desarrolladas en el establecimiento de salud pertinente.

En América Latina la tasa de mortalidad se ha incrementado en países como Brasil, Bolivia, Cuba, Chile, Uruguay y El Salvador. A nivel nacional, según el INEI se han registrado veintidós mil doscientos veinte tres millones de accidentes para el año 2012, que resultó un incremento del 11.7% respecto al año anterior (8)

Los hospitales están organizados según niveles de prioridad para brindar atención inmediata que reduzca el tiempo de atención en los pacientes poli traumatizados. El ejercicio profesional del enfermero(a) es de vital importancia para la supervivencia del politraumatizado y la prevención de secuelas, siendo fundamental su presencia como parte del equipo multidisciplinario, por ser el

responsable de la atención del paciente, fomentar su bienestar, ayudar a restablecer su salud y mejorar su calidad de vida.

Los profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia en los últimos 5 años en el hospital Rezola han ido en aumento los accidentes motorizados muchas veces no aplican un cuidado especializado que requiere un paciente politraumatizado, además una persona en esta situación tiene solo 3 minutos para recibir la atención necesaria que evite la presencia de secuelas o incluso muerte.

Los feriados largos o festividades son muy frecuente los accidentes automovilísticos, por ser una vía de tránsito hacia el sur desde Lima, Cañete, chincha e Ica.

Teniendo en cuenta la nemotecnia del ABCDE, que es el conjunto de acciones ordenadas por prioridad vital para ser realizado por el equipo multidisciplinario y principalmente por el enfermero, como encargado de la recepción del paciente y del inicio de la atención.

1.2. Formulación del Problema

1.1.1. Problema general

¿Cuál es el el nivel de conocimiento sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión de permeabilidad de la vía aérea y estabilización de la columna del paciente poli traumatizado?
- ¿Cuál es el nivel conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión de respiración y ventilación del paciente poli traumatizado?

- ¿Cuál es el nivel conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión de circulación y control de hemorragia del paciente poli traumatizado?
- ¿Cuál es el nivel conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión del estado neurológico del paciente poli traumatizado?
- ¿Cuál es el nivel conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión exposición del paciente politraumatizado?

1.3. Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019

1.2.2 Objetivos específicos

- Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión control de la vía aérea y estabilización de la columna del paciente poli traumatizado.
- Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la respiración y ventilación del paciente poli traumatizado.
- Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión circulación y control de hemorragia del paciente poli traumatizado.
- Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión estado neurológico del paciente poli traumatizado.

- Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la exposición del paciente poli traumatizado.

1.4. Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico: Como limitaciones teóricas tenemos el número limitado de trabajos de investigación relacionados con el problema del estudio no permitió encontrar escenarios donde comparar los resultados obtenidos, se cuenta con una teoría sobre la importancia del conocimiento.

1.4.2 Limitante temporal: Coordinar las citas con el personal encargado del nosocomio y coordinar con los profesionales de enfermería para su encuesta.

1.4.3 Limitante espacial: El hospital de Rezola se encuentra ubicado en la provincia de San Vicente de Cañete Av. San Martín 105, Lima, Perú, esto significa que los investigadores deberán acudir continuamente al hospital recolectar los datos necesarios.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Cartagena D, en Ecuador – 2015, Realizó el estudio “Atención de enfermería a pacientes poli traumatizados”, El cual tuvo como objetivo realizar un protocolo de atención, para mejorar el manejo de poli traumatizados en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez. El método fue descriptivo, de tipo aplicada por ofrecer una propuesta factible para la institución. Los resultados demuestran que los enfermeros no tienen una adecuada capacitación, ni entrenamiento en el manejo de pacientes politraumatizados. (9)

Guevara Bolaños GE (2016) investigó sobre el “Conocimiento y aplicación en la evaluación inicial al paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Básico Cayambe” mediante un estudio descriptivo y transversal. Los resultados evidencian que el 60% de los encuestados conocen el procedimiento correcto en hemorragias, pero desconocen y no realizan la atención inicial de la vía aérea (70%); el 40% de las enfermeras priorizan la secuencia “ABCDE”, y el 30% verifica la permeabilidad de la vía aérea. Conclusión: es importante que el enfermero(a) adquiera conocimientos que pueda aplicar en la atención de los politraumatizados. (10)

Rodríguez Lazo M, Ada Eworo GM, Esono Nchama MF (2017) publicaron un artículo titulado “Atención de enfermería al paciente politraumatizado, Hospital Regional de Bata, 2017”; tuvieron como objetivo evaluar los cuidados de enfermería en la atención de politraumatizados, a través de un estudio descriptivo prospectivo longitudinal en 20 profesionales de enfermería Resultados: el 95% de los participante prepara el servicio antes de las atenciones, el 90% aplica medidas de protección y el 100% evalúa los pacientes previamente; un 85% da importancia a la posición adecuada, el 90%

aspira la cavidad bucal y broncopulmonar, el 95% coloca sonda nasogástrica y vesical, e 90% cura heridas, el 80% aseca al paciente y el 95% educa al paciente y su familia. Conclusiones: Es eficiente el desempeño de las(os) enfermas(os), pues cumplen con los cuidados de manera correcta. (11)

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Polloqueri Chambi S. (2019), realizó su investigación sobre el Nivel de conocimiento sobre manejo del paciente politraumatizado en estudiantes del vii y viii ciclo de enfermería Universidad Nacional del Altiplano, Puno – 2018, con objetivo de conocer el nivel de conocimientos de 1406 estudiantes en el manejo de pacientes politraumatizados, mediante un estudio descriptivo y transversal. Resultados: Más de la mitad (55.7%) de los participantes tienen conocimientos deficientes sobre manejo de pacientes politraumatizados, y solo un 3.8% conoce bien los pasos de la atención. Respecto a la vía aérea y protección de la columna cervical el 59.4 % tiene conocimientos deficientes; obteniendo conocimiento regular en: respiración y ventilación (67.9%), circulación y control de hemorragia (65.1%), evaluación neurológica (45.3%), y exposición al medio ambiente y prevención de la hipotermia el conocimiento (46.2%). Se concluye que el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre manejo de pacientes politraumatizados es entre deficiente y regular. (12)

Quispe Churapa M, Vilca Coila ZJ (2018), realizó el estudio titulado Conocimientos del Manejo inicial del paciente politraumatizado y engagement, Enfermeras Servicio de Emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017, para relacionar el conocimiento del manejo inicial del politraumatizado y el Engagement en 26 profesionales de enfermería emergencistas. Resultados: En la vía aérea, el 53.8% tienen nivel medio; en la ventilación, exposición del paciente y circulación el 50.0% tienen nivel medio; y en la evaluación neurológica el 65.4%; es decir, la mayoría (53,8%) tiene nivel medio en el manejo de politraumatizados. Respecto al Engagement la mayoría

(42,3%) tuvo mediano nivel. Conclusión: si existe relación entre el manejo inicial del politraumatizado y el Engagement. (13)

Ñañez Huapaya M. y Vilca Coila ZJ (2017) realizaron el estudio titulado Nivel de conocimientos en estudiantes del 4to. año de enfermería sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito prehospitalario Lima -Perú; investigación de nivel aplicativo, ya que permitió estudiar y contribuir a un problema en este caso, fue descriptivo y transversal. Los resultados permiten observar que de los 55 estudiantes (100%) encuestados, el 45% (25) presenta conocimiento medio, seguido por 31% (17) que tienen conocimiento alto, y por último un 24% (13) poseen un bajo. De los 55 estudiantes, 48 (87%) son mujeres y 7 (13%) de sexo masculino. Las edades fluctúan entre 20 a 25 años (93%) y solo el 7% tienen más de 25 años, situándolos en la etapa de vida adulto joven. (14)

Podemos deducir que el contar con protocolos de atención de enfermería, y capacitación permanente, facilita el trabajo en forma ordenada, de lo contrario no se podrá brindar una atención adecuada.

2.2. Bases teóricas

Modelo del cuidado de Benner

La base teórica del presente trabajo de investigación tiene como fundamento el modelo del Cuidado de Benner.

Según este modelo, la autora describe las diferencias entre conocimiento teórico y práctico, y sostiene que incluso este último puede desarrollarse antes que la teoría, ayudando a ampliarla.

Para ella el cuidado está dentro de la práctica, enriqueciendo el conocimiento y comprensión del paciente. La teoría de Benner se enfoca en “el conocimiento presente en la práctica descubre e interpreta la teoría, se anticipa a ella o la amplía, sintetiza y adapta la teoría a la asistencia de

enfermería; además el conocimiento aumenta en el tiempo con el ejercicio de una disciplina aplicada, la cual le permitirá adquirir la habilidad basada en las situaciones clínicas reales”

Benner en su obra sobre la adquisición de habilidades en enfermería, adaptó el Modelo Dreyfus, desarrollaron el modelo de adquisición y desarrollo de habilidades, evidenciando la existencia de cinco grados de competencia:

- **Principiante:** Se utiliza la experiencia específica, enfermeros que inician su carrera profesional, al no tener experiencia relacionada requiere normas que regulen su actividad, son incapaces de modificar su comportamiento sin ello.
- **Principiante avanzado:** su análisis profesional se rige por las normas institucionales, el enfermero cuenta con experiencia previa, reconoce aspectos de la situación que puede cambiar las reglas, sus intervenciones son flexibles y aceptables.
- **Competente:** el enfermero ha desarrollado durante algún tiempo las mismas labores, puede planificar intervenciones enfocadas en conseguir objetivos a largo plazo, es capaz de considerar aspectos de la situación actual y futura, y planifica en base a un contexto abstracto del problema.
- **Eficiente:** pasa de ser observador a implicarse totalmente, el enfermero percibe la situación en todos sus aspectos y actúa de manera global, su percepción se basa en la experiencia significativa que le da el tiempo ejerciendo la misma labor.
- **Experto:** valora la situación, los enfermeros expertos no toman decisiones basadas exclusivamente en guías clínicas, su gran experiencia les permite planificar intervenciones centrada en aspectos relevantes del problema.

Es solo en este grado de competencia, donde la enfermera conoce al paciente, es capaz de identificar sus problemas, sin derroche de tiempo y actuar de acuerdo al saber global que tiene de la persona. Conocer las

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

Para el presente proyecto, se debe considerar a la Enfermera con experiencia en Emergencias que desarrolla un papel importante en esos momentos cruciales al iniciar la atención del paciente para la actuación correspondiente en el paciente Politraumatizado.

Según este modelo, es en el ejercicio de las intervenciones donde el profesional de enfermería demuestra su conocimiento y experiencia, de las que depende la seguridad y hasta la vida del paciente. Solo el dinamismo multidisciplinario en la práctica permitirá el desarrollo de esta área, siendo necesario generar habilidades en el trabajo de equipo, toma de decisiones oportunas y resolución de conflictos, para la práctica armónica y la atención satisfactoria del paciente.

Es de gran importancia la labor que desarrolla la enfermera, pues la atención al paciente en esta área produce altos niveles de estrés debido a la presión de la situación clínica del paciente y la inestabilidad de las condiciones emocionales de la familia. El desarrollo de una práctica tranquila, eficiente, eficaz en un entorno dinámico tendrá un impacto positivo en la calidad de la atención y desenlace en la atención del paciente Poli traumatizado. (15)

2.3. Base conceptual

Clasificación del politraumatismo

Según el manual ATLS (Soporte vital avanzado en trauma) la clasificación del politraumatismo es (18):

- **Leve:** lesiones superficiales
- **Moderado:** lesiones que generan incapacidad funcional mínima.
- **Severo o grave:** lesiones graves con riesgo alto de muerte, de atención urgente.

Causas de muerte en el politraumatizado

La mortalidad es trimodal, con tres picos:

1. Muerte inmediata (minutos siguientes al siniestro) por rotura de grandes vasos, lesión de órganos, obstrucción de vía aérea, trauma torácico, etc. Mal pronóstico.
2. Hasta de 3-4 horas luego del accidente, debido a hematomas o hemorragias en el cerebro, rotura de vísceras (bazo, hígado), hemo-neumotórax y lesiones causantes de grandes hemorragias. Son susceptibles al tratamiento y requieren de asistencia adecuada inmediata.
3. Muerte tardía, se dan días o semanas luego del accidente, por sepsis o fallo multiorgánico.

Esto permite identificar la “hora dorada”, el tiempo de atención de máxima eficacia y la mínima mortalidad, en la cual se debe cumplir los siguiente:

- Inicio inmediato de asistencia y tratamiento, esto minimiza el tiempo de espera requerido para la atención especializada en un establecimiento.
- Transporte apropiado y con personal calificado y competente. (16)

Evaluación inicial del paciente politraumatizado

Los pacientes se evalúan y se establece el tratamiento según se requiera. La valoración primaria inicia con una visión global o simultánea, del estado respiratorio, circulatorio y neurológico del paciente para identificar problemas en la oxigenación, circulación, hemorragia o grandes deformidades. (17)

Se aplica el proceso “ABCDE” de la atención del trauma para proteger la vida, mediante esta secuencia:

- Vía aérea y estabilización de la columna cervical
- Respiración y ventilación
- Circulación con control de la hemorragia
- Evaluación neurológica
- Exposición del paciente

A. Control de la vía aérea y estabilización de la columna cervical

La capacidad de valorar la vía aérea es necesaria para poder manejarla con eficacia. Un paciente que esta alerta y hablando tiene una vía aérea abierta y permeable. Pero cuando el nivel de consciencia del paciente se reduce, es esencial valorar meticulosamente la vía aérea, antes de continuar con la evaluación de otras lesiones. Durante la valoración primaria, se debe valorar:

Posición del paciente y su vía aérea: Observar la posición, los pacientes en decúbito supino tienen riesgo de obstrucción (caída de la lengua). Quienes tengan signos de disminución de conciencia deberán ser monitoreados y tener un dispositivo auxiliar que mantenga la vía aérea abierta. En pacientes con traumatismos faciales masivos y hemorragia activa mantener la posición en la que fueron hallados de preferencia, no colocar en decúbito supino para evitar una obstrucción de la vía aérea y una posible aspiración. En tales casos, si el paciente tiene una vía aérea permeable, el mejor curso de acción es dejarles que continúen haciéndolo.

Explorar la vía aérea en busca de obstrucción: observar la presencia de cualquier material extraño en la boca y retirar lo encontrado.

Observar elevación del tórax: la elevación limitada del tórax, el uso de musculatura accesoria y la sensación de un aumento del esfuerzo respiratorio puede significar una obstrucción y/o compromiso de la vía aérea. (17)

1. Manejo de la Vía Aérea

- **Control de la vía Aérea:** la permeabilidad de la vía aérea es la prioridad uno del tratamiento y reanimación, siendo lo más importante de una adecuada valoración. El uso de los métodos para su control requiere la estabilización manual simultanea de la columna cervical, en posición neutral, hasta la inmovilización completa del paciente. Las maniobras manuales que pueden emplearse son la elevación del mentón o el levantamiento mandibular.

En la apertura bucal, revisar el interior de la boca para detectar cuerpos extraños (prótesis dentales, dientes fracturados, chicle) y retirarlos inmediatamente; en caso de secreciones (sangre, saliva, regurgitación) debe emplearse sistemas de aspiración para aclarar la vía aérea. Nunca hacer barrido digital a ciegas en niños, debido al riesgo de impacto del cuerpo extraño, sólo retirar cuerpos extraños bajo visualización directa en este grupo etario. (17)

- **Selección del Dispositivo Auxiliar:** ante algún problema en la vía aérea identificado durante la valoración, el profesional de la asistencia pre hospitalaria debe conseguir una vía aérea permeable, una vez realizado, se debe utilizar un dispositivo auxiliar para mantener la vía aérea abierta y favorecer el pronóstico del paciente. Es esencial una cuidadosa valoración de la vía aérea previa a la selección de un dispositivo auxiliar para la vía aérea. (17)

Complementos básicos: ante maniobras manuales infructuosas se debe mantener la vía aérea abierta mediante una vía aérea artificial.

- **Cánula Orofaríngea (COF):** vía aérea artificial más utilizada que se introduce de forma directa o inversa. Indicada en pacientes incapaces de mantener permeable la vía y evitar que muerdan el tubo ET. Contraindicado en pacientes inconsciente o semiinconscientes. Se debe tener en cuenta que puede producir arcadas, vómitos y laringoespasma en los pacientes conscientes porque estimula el reflejo nauseoso.
- **Cánula Nasofaríngea (CNF):** dispositivo blando de goma (látex) que ingresa por una narina y sigue la curva de la pared posterior de la nasofaringe y orofaringe. Indicada para quienes no puedan mantener permeable su vía aérea de manera autónoma. Debe considerarse la hemorragia una de las complicaciones provocadas durante su introducción

2. Control de la Columna Cervical

Es el segundo componente de este primer paso, el cual se logra con la inmovilización con un collarín rígido; para tal efecto, existen varias alternativas que, aunque unas mejores que otras, tienen el mismo objetivo.

Aunque la inmovilización cervical manual no es la más efectiva, permite valorar prontamente la vía aérea y la calidad de la ventilación; sin embargo, debería ser reemplazado prontamente por un método físico como el Collar cervical; para tal efecto, existen diferentes opciones de collares cervicales, que básicamente son de tres tipos:

- **Collares blandos:** fabricados con materiales poco rígidos (espuma, tela) con capacidad de inmovilización muy baja, contraindicados en politraumatizados, impide visualizar estructuras del cuello (parte anterior) en caso de requerir un acceso rápido a una vía aérea cricoidea o traqueal. Imposibilita la toma de algunos signos vitales (pulso carotídeo) y la inspección de equimosis o edema cervical que puedan hacer pensar tempranamente en un compromiso aéreo o vascular. Se limita a las terapias de rehabilitación.
- **Collares semirígidos “Collar de Thomas”:** el más común y, está conformado por dos partes (anterior y posterior) que se ajustan al cuello del paciente. (17)
- **Collares Rígidos “Collar de Philadelphia” – “Collar Stifneck”:** conservan mejor la posición anatómica del cuello, pueden tener dos piezas (anterior y posterior) o una sola pieza; tienen 4 puntos de apoyo: 2 anteriores (mentoniano y esternal) y 2 posteriores (occipital y cervicodorsal).
Permiten valorar el pulso carotídeo, inspeccionar continuamente el enfisema o edema cervical. Favorecen el acceso a la zona anterior del cuello para la realización de cricotiroidotomías de urgencia. La colocación requiere la participación de al menos 2 personas (para la inmovilización manual y colocación del collar), previa inspección y palpación de la zona en busca de deformidades, sangrado, enfisema, dolor o anomalías que deban considerarse durante la inmovilización.

No hay dispositivos que logren la inmovilización en un 100%; sin embargo, con un collar de tamaño adecuado y una buena fijación se logrará una notable minimización de los movimientos cervicales, evitando así complicaciones medulares; y restringiendo los movimientos de rotación y lateralización. (17)

Considerar lo siguiente:

- ✓ Un collar demasiado pequeño, da una sensación de falsa seguridad y permite la flexión cervical involuntaria.
- ✓ Un collar muy grande genera una extensión cervical involuntaria.
- ✓ El cierre excesivo del collar provoca incomodidad, dolor y estricción respiratoria.
- ✓ El cierre inadecuado puede desprenderse y permitir la pérdida de la inmovilidad, causada por maniobras de extracción vehicular.

Finalmente, se tiene que considerar que la inmovilización debe complementarse con la sujeción corporal del paciente a una superficie rígida, lo que permite garantizar la estabilidad de la columna cervical.

B. Respiración y ventilación

Un aporte de oxígeno insuficiente genera hipoxia celular, causada por la falta de oxígeno en la sangre arterial. Es primordial oxigenar al 100% en la persona con politraumatismo.

Lo primero es valorar la respiración, de no respirar se aplicará el algoritmo de parada cardiorrespiratoria (RCP); si respira, comprobar la frecuencia y el trabajo respiratorio.

Se debe comprobar primero la presencia de heridas o contusiones en el cuello, buscar señales de posibles neumotórax u otros daños (enfisema subcutáneo, crepitación laríngea, desviación traqueal, ingurgitación yugular), y en el tórax observar elevación asimétrica de ambos hemitórax y el movimiento torácico paradójico. Debemos palpar y auscultar el tórax buscando dolor, crepitación, etc.

En casos de ventilación espontánea colocar mascarilla con reservorio; de no ser así, brindar apoyo ventilatorio con el sistema MVB o el tradicional “Ambú”, para brindar oxígeno al 100% hasta garantizar la vía aérea definitiva.

La Valoración en esta fase debe estar dirigida a identificar con prontitud lesiones con riesgo inminente de muerte, tales como:

- **Tórax Inestable:** exposición de la zona torácica por fractura de costillas, impidiendo la inspiración y espiración normal (movimiento paradójico), lo que merma la capacidad vital, aumenta del trabajo respiratorio, genera dolor y contusión pulmonar subyacente, requiriendo asistencia ventilatoria con MVB, o intubación.
- **Neumotórax Abierto:** Se iguala las presión atmosférica e intratorácica. Si el defecto en la pared torácica tiene al menos 2/3 del diámetro de la tráquea, con cada esfuerzo inspiratorio el aire entrará por la herida al espacio pleural. Se requiere el aporte de oxígeno y oclusión del defecto (un lado del parche se deja libre, favoreciendo la salida del aire e interrumpiendo su entrada).
- **Neumotórax:** El espacio pleural se llena de aire y el pulmón colapsa. Si la presión del espacio pleural es mayor a la atmosférica, el mediastino (corazón y grandes vasos) se desplaza hacia el lado opuesto; se dificulta la ventilación, aumenta la presión intratorácica, baja el retorno venoso y el gasto cardiaco dando inicio al shock. La clínica evidencia: dificultad respiratoria, cianosis, taquipnea, taquicardia, ingurgitación yugular (por mayor presión intratorácica), hipotensión, enfisema subcutáneo, ausencia de ventilación en un hemitórax (auscultación), ansiedad extrema (si está consciente). La ocasional desviación traqueal aparece en forma tardía. Insertar un catéter venoso (12 ó 14) en el 2° espacio intercostal (línea medioclavicular, borde superior de la 3° costilla) para la descompresión.
- **Taponamiento Cardíaco:** Se da en traumatismos penetrantes donde el pericardio se llena de sangre (200-300 ml), se incrementa la presión intrapericárdica dificultando el llenado ventricular y dando lugar al shock. Es

típico el pulso paradójico (caída de la P.A. +10 o 15 mm Hg en la inspiración) con ingurgitación yugular y tonos cardiacos apagados. El traslado rápido es fundamental y la realización de una pericardiocentesis previa a la cirugía. (17)

C. Manejo inicial de la circulación y control de la hemorragia

Se debe evaluar el compromiso del sistema circulatorio. La oxigenación de los glóbulos rojos sin liberación de oxígeno a otras células no sirve, por ello se debe identificar y controlar la hemorragia externa. Se debe estimar el gasto cardiaco y del estado de perfusión. La hemorragia tanto interna como externa, es la causa más común de una muerte prevenible por trauma.

• Control de la Hemorragia

La hemorragia externa se identifica y controla en la evaluación inicial. El control de la hemorragia se incluye en la evaluación de la circulación porque si no se controla un sangrado importante lo más pronto posible, aumenta de manera drástica el potencial de muerte del paciente. Los tres tipos de sangrado externo son:

- El capilar: las abrasiones rompen los capilares, y se debe detener antes de la llegada del personal pre hospitalario.
- El venoso: procede de un tejido más profundo y puede ser controlado con presión directa suave. Generalmente no ocasiona riesgo vital.
- El arterial: Es la más difícil de controlar, debido a la salida pulsátil de sangre roja brillante que puede provocar un riesgo vital. El control de la hemorragia es una prioridad, ya que cada hematíe es importante. El control rápido es el principal objetivo en un paciente poli traumatizado.

Antes de la valoración inicial se debe controlar la hemorragia. De existir hemorragia externa, en su mayor parte se logrará controlar mediante la aplicación de presión directa hasta que el personal de atención pre hospitalaria pueda transportar al paciente a un hospital que tenga disponible un quirófano y el equipo adecuado. El control de la hemorragia se inicia durante la evaluación inicial y se mantiene durante todo el camino al hospital.

El profesional de atención pre hospitalaria puede requerir de ayuda para lograr tanto la ventilación como el control del sangrado.

La hemorragia se controla mediante:

- Presión directa: Con un apósito se aplica presión sobre el lugar del sangrado (p. ej., una gasa de 10x10 cm) o compresas. Esto requiere toda la atención profesional, quien lo realice no puede participar en otros aspectos de la atención. Si la asistencia es limitada, se puede colocar una cobertura con presión con compresas y un vendaje (elástico o triangular). Si no se controla el sangrado, la circulación no mejorará.
- Torniquetes: es una técnica de último recurso. La experiencia militar y el uso rutinario y seguro de los torniquetes, ha llevado a reconsiderar este abordaje. Se ha dejado de recomendar el uso de "elevación" y presión sobre "puntos de presión", por no haber suficientes datos de su efectividad. Los torniquetes, son muy efectivos en el control de hemorragias graves y se debe usar en caso de que presión directa o un vendaje compresivo no logren controlar la hemorragia en una extremidad. Los primeros sitios de hemorragia interna masiva son el tórax, el abdomen (cavidad peritoneal), el espacio retroperitoneal y los huesos largos (fémur). Ante una hemorragia interna, exponer e inspeccionar el tórax, abdomen, pelvis y muslos con rapidez. Estas causas se controlan antes de la llegada al hospital, que consiste en dar celeridad a una unidad equipada con el personal entrenado para un control rápido de la hemorragia en el quirófano. (22)

- **Perfusión**

Se puede determinar el estado circulatorio general del paciente revisando el estado mental, pulso, color, temperatura y humedad de la piel. Evaluar la perfusión puede ser un reto en los pacientes pediátricos o ancianos o aquellos que están bien condicionados o en determinados medicamentos.

- Pulso: se valora la presencia, calidad y regularidad del pulso. La presencia de pulso periférico palpable supone también una estimación aproximada de

la presión arterial. Revela la presencia de taquicardia, bradicardia o un ritmo irregular, y aporta información de la P.A. sistólica. Si no se palpa pulso radial en una extremidad ilesa, es señal de descompensación del shock, un signo tardío del estado crítico del paciente. En la valoración inicial no es necesaria una determinación de la frecuencia exacta del pulso. En su lugar se realiza una estimación rápida aproximada y la evaluación se concentra en otros aspectos importantes. Si no se palpa pulso carotideo o femoral, el paciente se halla en parada cardiorrespiratoria.

- Piel: La piel puede revelar mucho del status circulatorio del paciente.
- Color: Una perfusión adecuada produce una coloración sonrosada de la piel. La piel palidece cuando la sangre se desvía de esta región. La palidez se asocia a una mala perfusión. Una coloración azulada indica una oxigenación incompleta. El color azulado se debe a la ausencia de sangre o de oxígeno en esa región del cuerpo. La pigmentación de la piel puede interferir con esta valoración.
- Temperatura: es influida por el ambiente, la piel fría indica una perfusión disminuida. Se debe evaluar la temperatura de la piel tocando al paciente con el dorso de su mano, ya que con los guantes puestos puede ser difícil obtener una valoración precisa. La temperatura normal de la piel es templada a la palpación, ni fría ni demasiado caliente. En condiciones normales los vasos sanguíneos no están dilatados y no transmiten calor corporal a la superficie de la piel.
- Humedad: La piel seca indica buena perfusión, caso contrario (humedad) se asocia a shock. la disminución de la perfusión indica que la sangre se deriva a los órganos vitales generando vasoconstricción de los vasos periféricos. (19)

- **Acceso vascular**

La necesidad de obtener con rapidez un acceso vascular en las Emergencias Pre hospitalarias y Hospitalarias en las que una vía venosa

periférica no se obtiene en un corto período de tiempo, ha convertido al acceso intraóseo en una alternativa.

Para su realización se debe palpar la vena, determinar su trayecto, movilidad, diámetro, fragilidad y resistencia a la punción. Esta técnica permite acceder a una vía permanente del árbol vascular con fines terapéuticos y obtener muestras de sangre (fines diagnósticos).

La venopunción permite:

- Rápida acción del medicamento (efecto inmediato).
- Administrar grandes cantidades de medicación, líquidos o soluciones.
- Cuidar a los tejidos de sustancias que podrían irritarlos.

- **Reanimación con volumen**

Actualmente no hay soluciones capaces de transportar oxígeno (excepto la sangre). Por ello, en el ámbito pre-hospitalario se habla de reposición de volumen (sin incremento de oxígeno a tejidos). Se debe iniciar la fluidoterapia de inmediato. (23)

No intentar normalizar las constantes vitales con exceso de fluidos, para evitar la coagulopatía dilucional, el enmascaramiento del shock (constantes normales sin oxígeno) y el fenómeno “pop the clot”, con nuevo sangrado interno al “desprenderse el coágulo”. Se recomienda hipotensión permisiva con un límite máximo de TA sistólica de 90 mmHg (con pulso radial palpable) como guía en reposición de fluidos en traumatismo cerrado sin afectación craneoencefálica.

Existen diferentes fluidos a utilizar, aunque sin garantizar la oxigenación. Se diferencian en la expansión de volumen, permanencia en el espacio intravascular y en los efectos adversos.

- Cristaloides/Ringer lactato: Es seguro y barato, permanece un 33% en el compartimento intravascular y se requieren grandes volúmenes.

- Coloides: Permanecen más tiempo en el compartimento intravascular y se requieren menores volúmenes. Hoy el más recomendado es HEA 6% (hidroxietil almidon, Voluven®). Dosis máxima diaria: 50 ml/kg.
- Salino hipertónico 7,5%: particularmente beneficioso en TCE. Mejora la perfusión disminuyendo el edema cerebral, la presión intracraneal, pero en lesiones vasculares puede aumentar el sangrado (ósmosis).
- Transportador de oxígeno. Se trata de una hemoglobina artificial purificada de origen bovino HBOC-201. (24)

D. Evaluación neurológica

Después de la evaluación y corrección de la vía aérea, la ventilación y la circulación, se evalúa el nivel de conciencia del paciente, las pupilas y signos de lateralización o focalidad grosera, su disminución indica:

- ✓ Reducción del oxígeno en el cerebro (hipoxia o hipoperfusión).
- ✓ Sistema nervioso central afectado
- ✓ Toxicidad (alcohol o drogas).
- ✓ Trastornos metabólicos (diabetes, convulsiones, parada cardiaca, etc.)

Para la valoración se empleará la Escala del Coma de Glasgow (GCS) y el tamaño y reactividad pupilar.

Escala del Coma de Glasgow

La GCS, por sus siglas en inglés “Glasgow Coma Score”, es una escala diseñada para la evaluación del nivel de conciencia en quienes han sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE). Aporta una referencia a partir de evaluaciones neurológicas repetidas. (25)

Tiene tres parámetros: apertura ocular, respuesta verbal y motora (26). Se debe asignar una puntuación al paciente según la mejor respuesta en cada uno de los parámetros, siendo el principal factor pronóstico en el politraumatizado:

Lesión leve: 13 a 15, paciente consciente y sin discapacidad

Lesión moderada: 9 a 12.

Lesión grave: 3 a 8

La Escala Coma de Glasgow nos proporciona:

- ✓ Una graduación de la profundidad del coma.
- ✓ Mínimo error entre diferentes observadores.
- ✓ Estimación del riesgo de secuelas y de muerte.
- ✓ Forma parte de las escalas riesgo-mortalidad.
- ✓ No aporta información tronco cerebral. (27)

Tener en cuenta que se debe vigilar y reevaluar constantemente, puede modificarse según el estado de ventilación y circulación.

Tamaño y reactividad pupilar

Tamaño pupilar: es normal de 1 a 4 mm, pudiendo encontrar:

- ✓ Midriasis: pupilas dilatadas
- ✓ Miosis: pupilas con diámetro reducido.
- ✓ Isocóricas: pupilas de igual tamaño.
- ✓ Anisocoria: pupilas de distinto tamaño.

Normalmente las pupilas son “mióticas” en presencia de luz, y en su ausencia “midriáticas”. De aumentar más de lo normal es indicio de shock, hemorragia severa o drogas (cocaína o anfetaminas). De ser mióticas sugiere consumo de narcóticos.

Las pupilas anisocóricas indican gravedad en un TEC a consecuencia de una probable hipertensión craneal por lesión ocupante de espacio (LOE).

Un Glasgow \leq a 8 con anisocoria y/o focalidad neurológica, o una disminución \geq 2 puntos en el GCS, indica posible herniación cerebral, lesión de Riesgo Inminente de Muerte (RIM). En estos casos tenemos se debe optimizar al máximo la vía aérea, oxigenar, ventilar y garantizar una buena circulación.

Reactividad: valora el reflejo fotomotor, si las pupilas responden o no al estímulo de luz directa. Unas pupilas isocóricas y normoreactivas indican integridad de la vía aferente (II par craneal) y de la eferente (III par) en el sistema nervioso central. Un estado de coma presenta alteración de pupilas y afectación del reflejo foto motor. (28)

E. Exposición del paciente

Uno de los primeros pasos en el proceso de valoración es retirar la ropa del paciente porque la exposición del paciente de trauma es crítica para el contraste de lesiones. La expresión: "La parte del cuerpo que no se expone es la parte con la lesión más grave", puede no ser cierta, pero casi siempre es suficientemente verdadera como para garantizar una exploración completa del cuerpo. Además, la ropa puede acumular y absorber sangre sin que se note. Después de observar el cuerpo completo del paciente, se debe cubrir de nuevo para conservar calor corporal.

Si bien es importante exponer el cuerpo, con la finalidad de completar una valoración efectiva, solo se debe exponer lo necesario al ambiente exterior para prevenir la hipotermia (problema grave).

En la ambulancia se puede explorar al paciente cuidando su intimidad, de ser necesario retirar la ropa durante la evaluación según las condiciones o heridas halladas y determinar la presencia o ausencia de lesión. La exploración adecuada evita el dejar pasar lesiones que ponen en riesgo su vida, y tratarlas oportunamente. Por ejemplo, algunos pacientes presentan múltiples lesiones, experimentando un choque en vehículo luego de un disparo.

Una vez que el paciente ha sido expuesto para terminar la evaluación primaria, cualquier parte de la piel que se haya destapado debe cubrirse de nuevo en un esfuerzo por mantener la temperatura corporal. Una vez que el paciente ha sido colocado en la ambulancia, el compartimiento del cuidado del paciente debe mantenerse tibio. Mantener la temperatura del cuerpo es más importante que la comodidad del equipo de atención pre hospitalaria. (19)

2.4. Definición de los términos básicos

Conocimientos del profesional de enfermería: Es toda aquella información que refieren tener los enfermeros sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado para asegurar la calidad de vida del paciente.

Evaluación inicial: Son todos aquellos procedimientos iniciales que realiza el enfermero(a) respecto a la vía aérea, oxigenación, circulación, evaluación neurológica, y exposición del paciente. La evaluación inicial puede presentar al darnos un diagnóstico, posibilitando reconocer los recursos, potencialidades y dificultades del proceso de aprendizaje.

Paciente Poli traumatizado: persona con lesiones múltiples visibles y no visibles causados por un mecanismo externo que pone en riesgo la vida al comprometer órganos vitales.

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Debido a que esta investigación será de tipo descriptiva, no se plantearon hipótesis.

3.2. Definición Conceptual de Variables

Variable de investigación: Conocimiento

Conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante las experiencias o adquisición de conocimiento o a través de la observación. (29)

3.2.1 Operacionalización de variable

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | RESULTADO |
|----------------------|---|--|--|--|---|
| V .1 CONOCIMIENTO | Conjuntos de representaciones abstractas que se almacenan mediante las experiencias o adquisición de conocimiento o a través de la observación. | Es el conjunto de información formal e informal que posee el profesional de enfermería sobre el manejo inicial que recibe el paciente politraumatizado como alto, medio y bajo según el cuestionario, utilizado como instrumento | EVALUACION PRIMARIA 1.- control de la vía aérea y estabilización de la columna 2.- respiración y ventilación 3.- la circulación y control de la hemorragia 4.- evaluación neurológica 5.- exposición del paciente. | - Valoración de la vía área - Manejo de la vía área - Control de la columna -Aporte de oxígeno -Monitoreo de la frecuencia respiratoria -Control de hemorragia -Perfusión (pulso, color, temperatura y humedad) -Acceso vascular (canalización de vía) -Reanimación con volumen (administración de soluciones) -Escala de Glasgow -Tamaño y reactividad pupilar. -Riesgo de hipotermia -Desvestir completamente al paciente. | Escala de estacionones BAJO Menor a 10 puntos MEDIO entre 11 a 15 puntos ALTO Mayor de 16 puntos |

IV. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de Investigación

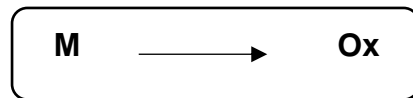
4.1.1. Tipo de investigación

Este presente trabajo corresponde a una investigación de enfoque cuantitativo ya que nos permitió cuantificar los datos de manera científica, descriptivo, porque se analizará los resultados de un cuestionario como instrumento y se valorarán sus resultados.

Es de corte Transversal, ya que determina el nivel de conocimiento que tienen el profesional de enfermería en un determinado momento.

4.1.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación es de tipo No experimental ya que es descriptivo.



Dónde:

M: muestra con quien vamos a realizar el estudio

O: información de la muestra

X: conocimiento

4.2. Método de investigación

El método es cuantitativo porque los datos serán procesados y representados numéricamente

4.3. Población y Muestra

4.3.1 Población

En el caso de la presente investigación, la población de estudio fueron los profesionales de enfermería que laboraron y laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola Cañete. Tratándose de 40 profesionales.

4.3.2. Muestra

La muestra fue de 40 profesionales de enfermería por el cual no se realizó el muestreo por ser una población pequeña, constituyendo esta la unidad muestra como población de estudio. La muestra fue obtenida con el fin de investigar, a partir del conocimiento y sus características particulares de la población. Para definir la muestra de la presente investigación, fueron utilizados criterios de inclusión y exclusión, que son los siguientes:

Criterios de inclusión

- Profesional de enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia
- Profesional de enfermería que trabajaron como mínimo 6 meses a más en el servicio de emergencia del hospital Rezola.
- Profesional de enfermería que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Profesional de enfermería en periodo de vacaciones
- Profesional de enfermería en periodo de licencia
- Profesional de enfermería que no desees participar en la encuesta

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

La investigación se realizó en el Hospital Rezola de Cañete, es un establecimiento que oferta sus servicios de salud a demanda, ya que no cuenta con población asignada, acreditado de acuerdo a su nivel de complejidad como un Hospital Nivel II-2; ubicado a 144 km al sur de Lima y por lo que se constituye como el único Hospital Referencial de la zona. Con dirección en Av. San Martín 105.

El servicio de emergencia se encuentra en la puerta 1 del hospital el cual al ingreso, podemos observar el Área de Triage que no cuenta con personal exclusivo, en el servicio de emergencias solo se cuenta con 2 licenciados de enfermería y 2 técnicos de enfermería para los ambientes de tópicos de medicina que cuenta con 2 camillas, tópicos de cirugía con 2 camillas, tópicos de pediatría con 1 camilla; cuenta con una sala de observación con 8

camillas aproximadamente, una unidad de shock trauma que cuenta con 2 camillas. Para el desarrollo de la recolección de datos se escogió un turno de doce horas en el transcurso del día del mes de mayo del año 2019.

4.5. Técnicas e instrumento para la recolección de la información

4.5.1 Técnica

Conocimiento: La técnica a utilizar en esta investigación fue la encuesta una técnica que consiste en obtener información acerca de un grupo.

4.5.2 Instrumento

Conocimiento: El instrumento que se utilizó fue un cuestionario, Dicho instrumento cuenta con las siguientes partes:

1. **Introducción;** donde se presenta el trabajo de investigación y el objetivo del mismo.
2. **Datos Generales;** aquí se consigna la Edad y el Sexo de los participantes, tiempo de servicio, tiempo de servicio en emergencia, condición laboral, estudios de segunda especialidad, estudios postgrado.
3. **Instrucciones;** donde se dan las pautas de llenado correcto del instrumento y por último.
4. **Datos Específicos;** donde encontramos 20 preguntas que responden a las 5 Dimensiones planteadas: comprendida 5 preguntas control de vía aérea y estabilización de la columna, 3 pregunta, Ventilación y Respiración, 5 preguntas Circulación y Control de la Hemorragia, 4 preguntas Evaluación Neurológica y 3 preguntas Exposición, prevención de hipotermia del Paciente poli traumatizado.

Este instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos conformado por 6 personas (3 especialistas de Emergencias y desastres, 2 médicos internista, 1 especialista en cuidados intensivos) Posteriormente se realiza la Prueba de Validez.

Los datos fueron recopilados por los mismos investigadores en el servicio de Emergencia en los turnos rotativos del personal profesional de enfermería.

4.6. Análisis y procesamiento de datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó continuando el proceso siguiente:

1. **Seriación:** Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.
2. **Codificación:** Se elaboró un libro de códigos, donde se asignó un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.
3. **Tabulación:** Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo se realizó la tabulación extrayendo la información ordenándola en cuadros simples.
4. **Graficación:** Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en graficas circulares

Todo este proceso sirvió para llevar los resultados, al análisis e interpretación de los mismos y a su vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variable de investigación y así logramos obtener una conclusión y recomendación para mejorar la problemática.

Para la medición de la variable se utilizó la escala de Estanones valorado en nivel de conocimiento alto (mayor de 16 puntos), medio (entre 11 y 15 puntos) y bajo (menor de 10 puntos).

V. RESULTADOS

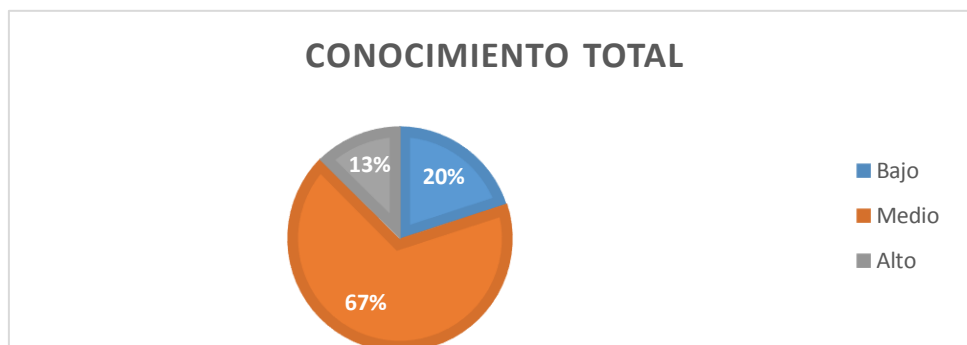
5.1. Resultados Descriptivos

Tabla 1. Distribución proporcional de la variable conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019.

| CONOCIMIENTO TOTAL | N° | % |
|--------------------|-----------|---------------|
| Bajo | 8 | 20.0% |
| Medio | 27 | 67.5% |
| Alto | 5 | 12.5% |
| TOTAL | 40 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

Gráfico 1. Distribución proporcional según el nivel conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019



Interpretación:

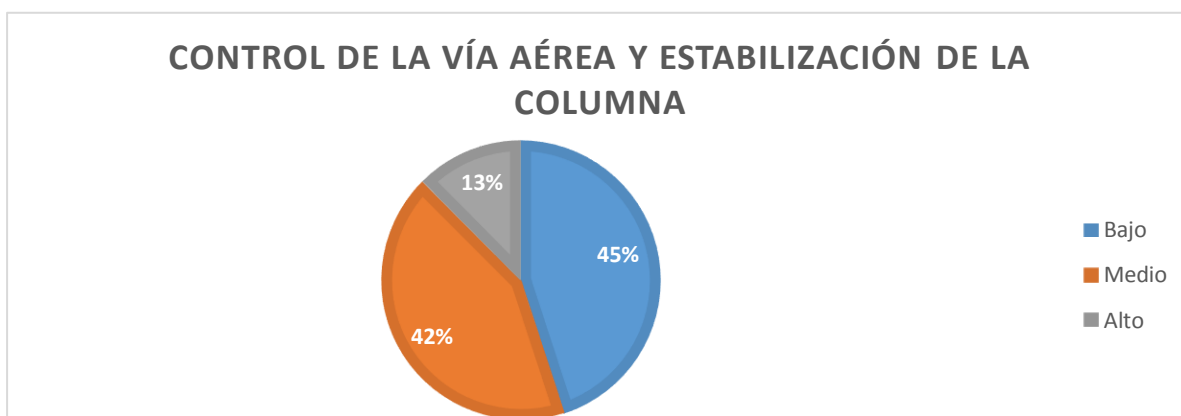
Respecto a la evaluación inicial del Paciente Politraumatizado podemos observar que de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: 67% (27) presenta un nivel de conocimiento medio, seguido por 20% (8) tienen nivel de conocimiento bajo, y por último un 12.5% (5) poseen nivel de conocimiento alto. En cuanto al nivel medio del profesional de enfermería en la evaluación inicial del paciente politraumatizado es por el desconocimiento en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión circulación y control de la hemorragia, donde presentaron mayor conocimiento.

Tabla 2. Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión control de la vía aérea y estabilización de la columna del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019.

| CONTROL DE LA VÍA AÉREA Y ESTABILIZACIÓN DE LA COLUMNA | N° | % |
|---|-----------|---------------|
| Bajo | 18 | 45.0% |
| Medio | 17 | 42.5% |
| Alto | 5 | 12.5% |
| TOTAL | 40 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

Gráfico 2. Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión control de la vía aérea y estabilización de la columna del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019



Interpretación:

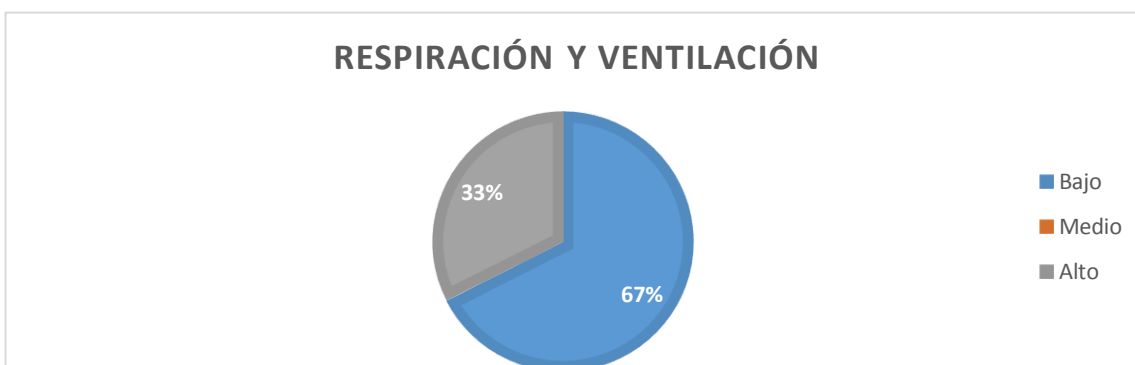
Sobre Evaluación Inicial de la Vía Aérea y estabilización de la Columna Cervical podemos observar que de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: 45% (18) presenta un nivel de conocimiento bajo, seguido por 42.5% (17) tienen nivel de conocimiento medio, y por último un 12.5% (5) poseen nivel de conocimiento alto. En cuanto al nivel bajo el profesional de enfermería es por el desconocimiento de técnicas de abordaje y desactualización en cuanto a vía aérea y columna cervical.

Tabla 3. Distribución proporcional de nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la respiración y ventilación del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019

| RESPIRACIÓN Y VENTILACIÓN | N° | % |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| Bajo | 27 | 67.5% |
| Medio | 0 | 0.0% |
| Alto | 13 | 32.5% |
| TOTAL | 40 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

Gráfico 3. Distribución proporcional de nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la respiración y ventilación del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019



Interpretación:

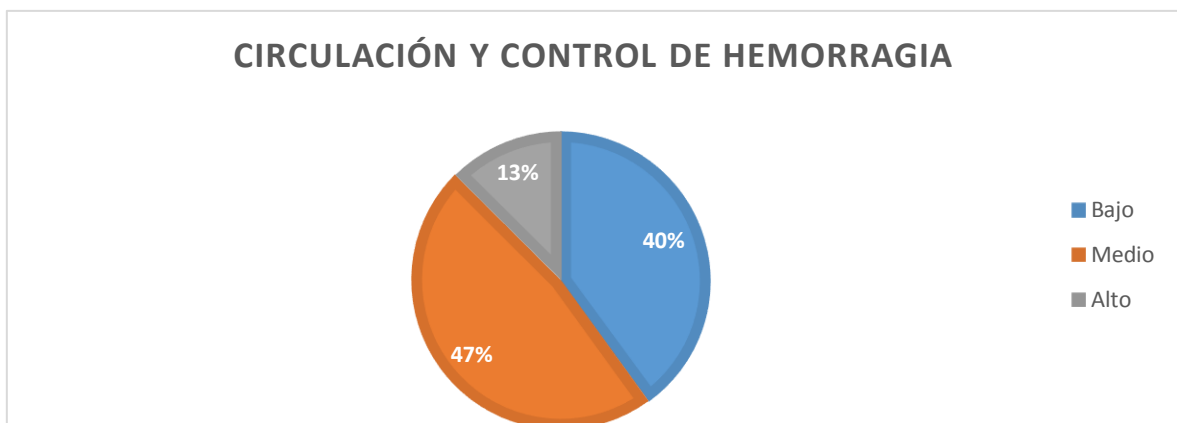
Sobre la Evaluación Inicial de la Respiración y Ventilación podemos observar que de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados, el 67.5% (27) presenta un nivel de conocimiento bajo, seguido por 32.5% (13) tienen nivel de conocimiento alto y por último un 0% poseen nivel de conocimiento medio. En cuanto al nivel bajo el profesional de enfermería es por el desconocimiento de técnicas de abordaje y desactualización en la valoración y mantenimiento del aporte de oxígeno y el adecuado monitoreo de la frecuencia respiratoria.

Tabla 4. Distribución proporcional el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión circulación y control de hemorragia del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019.

| CIRCULACIÓN Y CONTROL DE HEMORRAGIA | N° | % |
|--|-----------|---------------|
| Bajo | 16 | 40.0% |
| Medio | 19 | 47.5% |
| Alto | 5 | 12.5% |
| TOTAL | 40 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

Gráfico 4. Distribución proporcional el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión circulación y control de hemorragia del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019.



Interpretación:

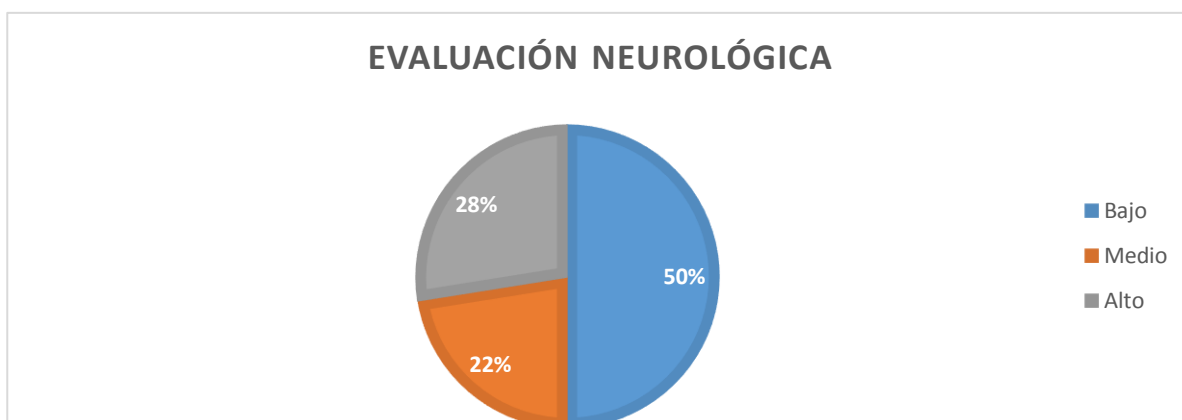
Sobre Evaluación inicial de la Circulación y Control de las Hemorragias podemos observar que de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: el 47% (19) presenta un nivel de conocimiento medio, seguido por un 40% (16) que tienen nivel de conocimiento bajo y por último un 12.5 % (5) poseen un nivel de conocimiento alto. En cuanto al nivel medio el profesional de enfermería es por el desconocimiento o desactualización en el control de hemorragia, la evaluación y mantenimiento de la perfusión, la realización del acceso vascular y volumen sanguíneo.

Tabla 5. Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión estado neurológico del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019.

| EVALUACIÓN NEUROLÓGICA | N° | % |
|-------------------------------|-----------|---------------|
| Bajo | 20 | 50.0% |
| Medio | 9 | 22.5% |
| Alto | 11 | 27.5% |
| TOTAL | 40 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

Gráfico 5. Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión estado neurológico del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019.



Interpretación:

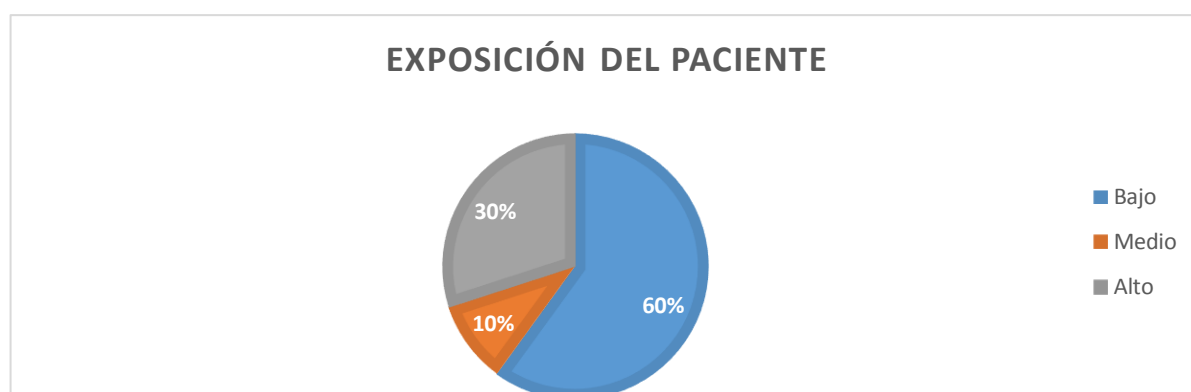
Sobre la Evaluación inicial Neurológica podemos observar que de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: 50% (20) presenta un nivel de conocimiento bajo, seguido por un 27.5 % (11) que tienen nivel de conocimiento alto y por último un 22 % (9) poseen un nivel de conocimiento medio. En cuanto al nivel bajo el profesional de enfermería es por el desconocimiento de técnicas de abordaje y desactualización en la evaluación neurológica a través de escala Glasgow, el tamaño y reacción pupilar.

Tabla 6. Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la exposición del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019

| EXPOSICIÓN DEL PACIENTE | N° | % |
|-------------------------|-----------|---------------|
| Bajo | 24 | 60.0% |
| Medio | 4 | 10.0% |
| Alto | 12 | 30.0% |
| TOTAL | 40 | 100.0% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

Gráfico 6. Distribución proporcional del nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la exposición del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Rezola Cañete 2019.



Interpretación:

Sobre Exposición del paciente y evitar la Hipotermia, podemos observar que de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: el 60% (24) presenta un nivel de conocimiento bajo, seguido por un 30% (12) que poseen nivel de conocimiento alto, y por último un 10% (4) tienen nivel de conocimiento medio., En cuanto al nivel bajo el profesional de enfermería es por el desconocimiento de técnicas de abordaje y desactualización en cuando al riesgo de hipotermia.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

En relación con la investigación sobre nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del hospital Rezola de cañete 2019, se encontró el siguiente resultado, que el Conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial del paciente poli traumatizado en el servicio de emergencia del hospital Rezola fue Medio con un total de 27 encuestadas que da como resultado el 67.5%. Teniendo en cuenta las dimensiones; sobre el Conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial de la vía aérea y estabilización de la columna del paciente fue Bajo con el 45%, sobre el Conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial de la respiración y ventilación del paciente fue Bajo 67.5%, sobre el Conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial de la circulación y control de hemorragia del paciente fue Medio con el 47.5%, sobre el Conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial neurológica del paciente fue bajo con el 50.0%, y el Conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial de la exposición del paciente fue Bajo con el 60.0%.

En cuanto a las similitudes de estudios realizados encontramos a Roldan (2013), realizó su investigación donde obtuvo que el conocimiento de las enfermeras (os) del programa SAMU fue de: 51% no conoce, siendo el 78% de sexo femenino los encuestados. Además, Tarazona (2008), realizó el estudio en enfermeras asistenciales donde obtuvo como resultado 62.5% que cuentan con conocimiento medio, siendo 68.7% de sexo femenino los encuestados. (16). Asimismo, Nañez 2017, en su investigación obtuvo que el 45% de estudiantes presentó un nivel de conocimiento medio (25). Por lo tanto, para poder mejorar la atención del profesional de enfermería se debe de enfatizar en la *eficacia y eficiencia de la intervención de enfermería en el manejo del paciente poli traumatizado se logra con un equipo en el cual cada*

miembro tiene funciones definidas, con el propósito de evitar la duplicación de actividades y la subutilización de los recursos. Las funciones de la enfermera en el manejo del trauma deben ser enseñadas en el programa de inducción en el momento del ingreso al servicio de urgencias y deben ser fijadas en un lugar visible en la sala. Así mismo, las enfermeras deben recibir capacitación en el manejo del paciente poli traumatizado. (29)

En cuanto a los estudios sin similitudes que llegan a resultados distintos en relación a nuestra investigación encontramos a Roldan (2013), realizó su investigación en Lima – Perú, y nuestra población obtuvo el 74% (30) tienen entre 25 – 29 años de edad, y como años de servicio 37% (15) entre 5 – 9 años. Además, similar a Tarazona (2008), nuestra población tiene 26 a 30 años de edad, siendo este grupo distribuido en 5 (31.6%). Asimismo, Cartagena D, en Ecuador – 2015, Realizó el estudio “Atención de enfermería a pacientes poli traumatizados”, Los resultados alcanzados con esta investigación reflejan que el personal de enfermería, no cuenta con la debida capacitación y entrenamiento para el manejo de pacientes con trauma, no reciben capacitaciones permanentes referentes al tema; NOMBRAMIENTO 3 personas que equivale al 10% y contrato 27 enfermeras que equivale al 90%;

Además, Guevara Bolaños GE (2016) encontró que el 60% de enfermeras no cumplen con un conocimiento total sobre la evaluación inicial, infiriendo entonces que tampoco conocen los procedimientos en el tratamiento inicial al paciente politraumatizado. Asimismo, Rodríguez Lazo Marizol. Atención de enfermería al paciente politraumatizado, Hospital Regional de Bata, 2017 en el Servicio de Urgencias y Cirugía del Hospital Regional de Bata de Enero - mayo del 2017. De las 20 enfermeras que se les aplicó la guía de observación el 90%, cumplía con los cuidados de enfermería que se deben aplicar a los pacientes politraumatizado en sus respectivos servicios. Por lo tanto, Los cuidados de enfermería en la atención al paciente politraumatizado en el servicio de urgencias y cirugía, en su generalidad se ejecutan de manera correcta. Existe inestabilidad de recursos básicos en los servicios y en la capacitación del personal enfermería.

6.2. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.

En nuestra investigación se ha respetado la opinión de cada uno de los usuarios encuestados se consideró los principios éticos de anonimidad y confidencialidad con acciones dirigidas de hacer el bien. Se le recordara el principio de libre participación y los datos obtenidos serán exclusivamente para nuestra investigación.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos del profesional de Enfermería sobre la evaluación inicial del Paciente Politraumatizado en el servicio de emergencia del hospital Rezola de Cañete es en su mayoría de nivel medio, de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: 67% (27) presenta un nivel de conocimiento medio. Dentro de los aspectos más resaltantes incluye la circulación y control de hemorragia, el conocimiento de la frecuencia respiratoria normal, las características del pulso, el control rápido de la hemorragia externa, el uso de cristaloides isotónicos como expansores eficaces del volumen.
2. En cuanto a los conocimientos del profesional de Enfermería sobre la evaluación inicial del Paciente Politraumatizado en el servicio de emergencia del hospital Rezola de Cañete en la dimensión control de la vía Aérea y estabilización de la columna protección la mayoría presenta un nivel de conocimiento bajo, de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: 45% (18) presenta un nivel de conocimiento bajo; encontrando pobre en la acción para asegurar la permeabilidad de la vía aérea utilizando el collarín cervical como también colocación de la cánula orofaríngea solo en pacientes inconscientes ,resaltando el uso de collarín(inmovilizador cervical) para la estabilización de la columna cervical.
3. Respecto al nivel de conocimiento sobre el manejo de la Ventilación y Oxigenación encontramos que la mayoría presenta un nivel de conocimiento bajo, de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados, el 67.5% (27) presenta un nivel de conocimiento bajo resaltando el desconocimiento en apoyo ventilatorio de un paciente politraumatizado.
4. Sobre el nivel de conocimiento de la evaluación de la Circulación y Control de Hemorragias vemos que la mayoría presenta un nivel de conocimiento medio, de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: el 47% (19) presenta un nivel de conocimiento medio haciendo

énfasis en el reconocimiento el uso de Cristaloides Isotónicos como expansores eficaces de volumen en el ámbito hospitalario, también el beneficio de acceso vascular al paciente

5. Acerca de los conocimientos sobre la Valoración Neurológica la mayoría presenta un nivel de conocimiento bajo de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: 50% (20) presenta un nivel de conocimiento bajo en cuanto al conocimiento de los parámetros de la Escala de Glasgow y en menos porcentaje signo de gravedad que nos indica las pupilas anisocóricas en reconocimiento de un paciente crítico no es óptimo.
6. En cuanto al nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre la exposición del paciente y la prevención de la hipotermia la mayoría presenta un nivel de conocimiento bajo, de los 40 profesionales de enfermería (100%) encuestados: el 60% (24) presenta un nivel de conocimiento bajo, nos es óptimo en los aspectos relacionados a conocimiento desconoce las acciones para evitar la hipotermia.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos, consideramos necesario la realización y adaptación de un protocolo de atención de paciente en situación de emergencia (politraumatizado), así como también la capacitación periódica del personal de enfermería en la atención inicial del paciente.

- El departamento de enfermería debe promover e incentivar capacitaciones periódicas, concientizar y capacitar a los enfermeros sobre el uso adecuado de los recursos materiales que poseen.
- Sugerir sobre la utilización de un protocolo de atención en pacientes politraumatizados.
- Asesorar a los jefes del área de emergencia, la importancia de la capacitación sobre PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support).
- Incentivar el interés de los enfermeros sobre recibir información y capacitación para desarrollar su tarea de forma oportuna.
- Gestionar las acciones necesarias para elaborar un protocolo de atención de, “manejo de paciente politraumatizado”.

Se recomienda a los líderes del servicio fomentar en el personal de enfermeras/os, la importancia de actualizar los conocimientos para garantizar el trabajo diario.

- ✚ Implementar y mantener procesos de evaluación continuo, para que los cambios logrados a corto, mediano o largo plazo, tengan efectividad.
- ✚ Trabajar con protocolos de atención de enfermería para mejorar la calidad de atención en pacientes politraumatizado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Llontop Guevara P. Evaluación de la probabilidad en pacientes Politraumatizados ingresados a la UCI del Hospital María Auxiliadora 1999-2002
2. Balliu, A.; Balmaseda, A.; Barbas, C.; Barreiro, J.; Bernàrdez, X.; Borràs, S.; [Et al]. Guia d'actuació infermera d'urgències i emergències prehospitalàries. Sistema d'Emergències Mèdiques, SA (SEM) [Internet].2015 [Citado 16 noviembre 2015]; primera edición. Disponible en: <http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/guia-dactuacio-infermera-sem.pdf>
3. Doris F, Esteban M. Cuidado Integral del Paciente Critico” España. 2008. p.170.
4. Atención al paciente Poli traumatizado, Edición. [Internet]: Martínez A, Borrueal Aguilar J. Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco Teruel; Pág. 1-3. [citado el 10 de octubre del 2016] Disponible en: <https://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosariopr/fichas/pdf/20.ATENCIONALPOLITRAUMATIZADO.pdf>
5. José M, Javier R, Xavier J, Enfermo Critico y Emergencias”. España: ElSevier; 2011. p.230.
6. Ministerio de Salud. Análisis Epidemiológico de las lesiones causadas por accidente de tránsito en el Perú- 2013. 2016 [citado 29 de noviembre del 2016]. pp.4-5. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/salud_vial/matcom/analisis_epidemiologico.pdf
7. Organización Mundial de la salud [Internet]. [Consultado el 25 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>

8. Resolución Ministerial del 26 de diciembre del 2011 con Decreto Supremo N° 017-2011-SA se creó el Programa Nacional denominado I/Sistema Nacional de Atención Móvil de Urgencia -SAMU
9. Cartagena Tiglla DC. "Atención de enfermería a pacientes poli traumatizados, hospital Dr. Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador, 2015". [citado 21 de setiembre de 2016]. Disponible URL:<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/5730/1/PIUAMEQ004-2017.pdf>
10. Guevara Bolaños GE. Conocimiento y aplicación en la evaluación inicial al paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Básico Cayambe, en el periodo de abril a julio 2016 [Titulo de especialidad]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencia Médicas; 2016. Disponible en: www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12221/1/T-UCE-0006-003-2016.pdf
11. Rodríguez Lazo M, Ada Eworo GM, Esono Nchama MF. Atención de enfermería al paciente politraumatizado, Hospital Regional de Bata, 2017. *Enferm Inv.* [Internet]. 2017 abr-Jun [citado 03 May 2019]; 3(2):61-65. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n2.2018.02>.
12. Polloqueri Chambi, Sonia. Nivel de conocimiento sobre manejo del paciente politraumatizado en estudiantes del vii y viii ciclo de enfermería Universidad Nacional del Altiplano, Puno – 2018 [tesis]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería; 2019 [citado 9 de setiembre 2019]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/12209/Polloqueri_Chambi_Sonia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Quispe Churapa M, Vilca Coila ZJ. Conocimientos Del Manejo Inicial Del Paciente Politraumatizado Y Engagement, Enfermeras Servicio De Emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017. Arequipa-Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, Unidad de Segunda especialidad en Enfermería; 2018. Disponible en:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6589/ENSquchm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Ñañez Huapaya, Miguel Ángel. Nivel de conocimientos en estudiantes del 4to. año de enfermería sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito prehospitalario Lima -Perú 2017 [tesis de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de posgrado; 2017. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6752>.
15. Escobar Castellanos, Blanca; Jara Concha, Patricia. Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. Educación [internet]. 2019; 28(54):182-202. Disponible en: scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-94032019000100009&script=sci_arttext <https://dx.doi.org/10.18800/educacion.201901.009>.
16. Ataucuri Linares BE. Calidad de cuidados de enfermería al paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Hospital de apoyo puquio “Felipe Huamán Poma de Ayala” [Tesis]. Chíncha: Universidad Autónoma, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
17. Crespo Ana Lucía, Yugsi Luis Rafael. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneoencefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de Especialidades Eugenio Espejo, julio 2011 a julio 2012.[tesis postgrado en Internet]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2013 [citado 20 de setiembre 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1215/1/T-UCE-0006>
18. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Urgencias y Emergencias Médicas. Lima – Perú; 2001.
19. Prehospital Trauma life Support Committee of the Nacional Association of Emergency Medical Technician sin collaboration with The Committee on

- Trauma of the American College of Surgeons. PHTLS Soporte vital Básico y Avanzado en el trauma prehospitalario. 7ª Ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2010.
20. Parrila Ruiz, F, Aguilar Cruz I, Cardenas Cruz D, et al. Secuencia de intubación rápida. *Emergencias* 2012; 24: 397-409
 21. Ferrada R, Rodríguez A eds. Trauma. 2a edición. Distribuna Editorial y Librería Médica: Bogotá, 2009
 22. Boffard KD. Manejo Quirúrgico del Paciente Politraumatizado. DSTC. 2ª Edición. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009
 23. Revell M, Porter K and Greaves I. Fluid resuscitation in prehospital trauma care: a consensus view *Emerg Med J* 2002; 19:494-498.
 24. Cohnheim RL and Haras BA Haemoglobin therapeutics in hemorrhagic shock. *Current Opinion in Criti-cal Care* 1998; 4:442-446.
 25. Waterhouse C. The Glasgow Coma scale and other neurological observations. *Nurs stand* 2005; 19(33):55-64.
 26. Palmer R, Knight J. Assessment of altered conscious level in clinical practice. *Br J Nurs* 2006; 15(22):1255-1259.
 27. Majidi S, Siddiq F, Qureshi AI. Prehospital neurologic deterioration is independent predictor of outcome in traumatic brain injury: analysis from National Trauma Data Bank. *American Journal of Emergency Medicine* 2013; 31:1215-1219.
 28. Quesada A, Rabanal JM. Actualización en el manejo del trauma grave. Madrid: Ed. Ergon; 2006.

LINKOGRAFIA

29. <https://conceptodefinicion.de/conocimiento/>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “CONOCIMIENTO SOBRE EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2019”

| PROBLEMA | OBJETIVOS | OPERACIONALIZACIÓN | METODOLOGÍA | POBLACIÓN Y MUESTRA | TÉCNICAS E INSTRUMENTO |
|--|--|--|---|---|---|
| Cuál es el nivel conocimiento sobre evaluación inicial del paciente politraumatizado de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Rezola. Cañete. 2019 | Determinar el nivel de conocimiento sobre evaluación inicial del paciente politraumatizado de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Rezola. Cañete. 2019 | EVALUACION PRIMARIA | Tipo: Aplicativo Cuantitativo Descriptivo Prospectivo Transversal | POBLACIÓN: La población de estudio fueron los profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Rezola Cañete. Tratándose de 40 profesionales. | TÉCNICA: La técnica a utilizar en esta investigación fue la encuesta una técnica que consiste en obtener información acerca de un grupo. |
| PROBLEMAS ESPECIFICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | | Diseño: No Experimental Descriptivo. M → OX M: Muestra O: Observación X: Variable (conocimiento) | MUESTRA: La muestra fue de 40 profesionales de enfermería por el cual no se realizó el muestreo por ser una población pequeña, constituyendo esta la unidad muestra como población de estudio | INSTRUMENTO: El instrumento que se utilizo fue un cuestionario, Dicho instrumento cuenta con las siguientes partes: 1-Introducción 2-Datos Generales 3-Instrucciones; 4- Datos Especificos |
| ¿Cuál es el nivel conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión de permeabilidad de la vía aérea y estabilización de la columna del paciente poli traumatizado? | Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión control de la vía aérea y estabilización de la columna del paciente poli traumatizado. | 1.- Control de la vía aérea y estabilización de la columna | | | |
| ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el equipo de salud en la dimensión de respiración y ventilación del paciente poli traumatizado? | Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión respiración y ventilación del paciente poli traumatizado. | 2.-Respiración y ventilación | | | |
| ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión de circulación y control de hemorragia del paciente poli traumatizado? | Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión circulación y control de hemorragia del paciente poli traumatizado. | 3.- La circulación y control de la hemorragia | | | |
| ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión del estado neurológico del paciente poli traumatizado? | Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión estado neurológico del paciente poli traumatizado. | 4.-Evaluación neurológica | | | |
| ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión exposición del paciente politraumatizado? | Especificar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en la dimensión la exposición del paciente poli traumatizado | 5.- Exposición del paciente | | | |

Anexo 2: Instrumento

CUESTIONARIO ESTRUCTURADO

I. INTRODUCCION

Buen día estimado (a):

El presente cuestionario es **ANÓNIMO**, tiene por objetivo principal determinar el Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia en el Hospital Rezola. Se le solicita su participación y responder lo más objetivo y veraz el presente instrumento.

Le agradezco su valiosa colaboración.

II. DATOS GENERALES:

Edad

- a) menor de 29 años
- b) 30 años- 50 años
- c) 50 años a más

Sexo:

- Femenino ()
- Masculino ()

Tiempo de servicio:

- a) menor de 1 año
- b) 1 año – 5 años
- c) 6 años - 10 años
- d) mayor de 10 años

Tiempo de servicio en emergencia

- a) menor de 1 año
- b) 1 año – 5 años
- c) 6 años a 10 años
- d) mayor de 10 años

Condición laboral

- a) Nombrado
- b) Cas
- c) Tercero

Estudios de segunda especialidad

- a) Estudios concluidos
- b) Título de especialidad
- c) Ninguno

Estudios posgrado

- a) Maestría concluida
- b) Grado maestro
- c) Doctorado concluido
- d) Grado académico doctorado
- e) Ninguno

III. INSTRUCCIONES

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

IV. DATOS ESPECIFICOS

1.- ¿Qué acción definitiva se debe realizar para asegurar la permeabilidad de la vía aérea en el paciente poli traumatizado?

- a) La hiperextensión del cuello
- b) La colocación de cánula orofaríngea
- c) La aspiración de secreciones
- d) Colocación de collarín cervical
- e) No se

2.- Para realizar la Evaluación rápida y detectar signos de obstrucción de la vía aérea se debe buscar cuerpos extraños y:

- a) Fracturas faciales mandibulares o de la tráquea y/o laringe
- b) Fractura de la columna cervical
- c) Presencia de secreciones, vómitos y/o sangre
- d) Evaluar las características de la respiración
- e) No se

3.- ¿Qué maniobra se debe realizar para establecer un Vía aérea permeable en un paciente politraumatizado?

- a) Maniobra de Sellick
- b) Hiperextensión del cuello con elevación del mentón
- c) Elevación del mentón
- d) Tracción mandibular
- e) No se

4.- La selección del dispositivo auxiliar para mantener la vía aérea abierta para conseguir el mejor pronóstico del paciente:

- a) Cánula Orofaríngea, Cánula Nasofaríngea
- b) Cánula Nasofaríngea
- c) Cánula Orofaríngea
- d) No es necesaria para una vía aérea complementaria.
- e) No se

5.- En un paciente politraumatizado la inmovilización de columna cervical debe realizarse cuando presente:

- a) Lesión penetrante en abdomen sin alteración del nivel de conciencia
- b) Hemorragias profusas y sin poder controlarlas
- c) Traumatismo craneoencefálico con alteración del nivel de conciencia
- d) Falla cardíaca y respiratoria
- e) No se

6.- ¿Qué características debemos buscar en la respiración durante la evaluación inicial del paciente poli traumatizado?

- a) Frecuencia, ruidos respiratorios anómalos
- b) Frecuencia, profundidad y simetría
- c) Ausencia de la respiración o respiración apneica
- d) Ritmo, frecuencia y asimetría
- e) No se

7.- La frecuencia respiratoria normal por minuto en un adulto es de:

- a) 10 a 12 por minuto
- b) 12 a 20 por minuto
- c) 20 a 30 por minuto
- d) 8 a 10 por minuto
- e) No se

8.-En un paciente politraumatizado que necesita apoyo ventilatorio le pondremos:

- a) Cánula binasal
- b) Mascara reservorio
- c) Cánula orofaríngea
- d) ventilación bolsa válvula mascara o bolsa Ambu
- e) No se

9.- ¿Qué aspectos debemos buscar para precisar el estado hemodinámico del paciente politraumatizado?

- a) Disminución del nivel de conciencia, valorar hematuria y gasto cardiaco
- b) Llenado capilar, coloración de la piel y temperatura corporal
- c) Identificar fuentes exanguinantes de hemorragia, pulso, color de piel
- d) Presión arterial, signos de taponamiento cardiaco e ingurgitación yugular
- e) No se

10.- La hemorragia se controla de las siguientes formas:

- a) La presión directa es sobre el lugar del sangrado
- b) Los torniquetes El uso de "elevación" y presión sobre "puntos de presión"
- c) La presencia de pulso periférico palpable supone también una estimación aproximada de la presión arterial.
- d) La cateterización venosa es una técnica invasiva que permite disponer de una vía permanente de acceso al árbol vascular del paciente.
- e) No se

11.- ¿Cuál es el pulso más accesible para la exploración del paciente poli traumatizado?

- a) El carotideo y el poplíteo
- b) El braquial y el carotideo
- c) El poplíteo y el braquial
- d) El femoral y el carotideo
- e) No se

12.- ¿Cuál es el beneficio de una vía periférica permeable?

- a) acción no rápida de los medicamentos
- b) administración de pequeñas cantidades

- c) acceso al sistema vascular al paciente
- d) es una técnica no invasiva
- e) No se

13.- Son soluciones compuestas por electrolitos y actúa como expansores eficaces de volumen durante un periodo breve:

- a) Cristaloides isotónicos
- b) Coloides sintéticos
- c) Sustitutos de la sangre
- d) Cristaloides hipotónicos
- e) No se

14.- ¿Cuántos puntos según escala de Coma de Glasgow espero encontrar en un paciente para deducir que requiere una colocación de vía aérea definitiva (Tubo endotraqueal)?

- a) Menor o igual a 7
- b) Menor o igual a 9
- c) Menor o igual a 10
- d) Menor o igual a 8

15.- ¿Cuáles son los parámetros que incluyen en la Escala de Glasgow para la evaluación de un paciente politraumatizado?

- a) Apertura ocular, Respuesta verbal, Respuesta motora y tamaño pupilar
- b) Apertura ocular, Respuesta verbal, Respuesta motora y evaluación neurológica.
- c) Apertura ocular, Respuesta verbal y Respuesta motora
- d) Apertura ocular, Respuesta verbal, Respuesta motora y nivel de conciencia
- e) No se

16.- Si en la evaluación neurológica inicial del paciente poli traumatizado se obtiene una puntuación menor de 7 puntos, ello indica:

- a) Lesión grave, considerar manejo definitivo de la vía aérea
- b) Lesión leve, considerar transporte inmediato
- c) Lesión cervical y colocación de collarín rígido
- d) Postura de descerebración
- e) No se

17.- ¿Las pupilas anisocóricas son un signo de gravedad que indica?

- a) Traumatismo encéfalo craneal
- b) Intoxicación por órganos fosforados
- c) Trauma abdominal
- d) Neumotórax
- e) No se

18.- La hipotensión de origen desconocido en un paciente poli traumatizado, se debe asumir que es el resultado de:

- a) Trauma abdominal
- b) Amputación traumática
- c) Lesión espinal

- d) Neumotórax a tensión
- e) No se

19.- ¿Durante la Evaluación Inicial que acciones se deben realizar para evitar que la exposición del paciente se complique en el paciente politraumatizado?

- a) Cerrar las ventanas y evitar corrientes de aire en el ambiente
- b) Cubrir al paciente con cobertores tibios, evitar mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre
- c) Calentar las soluciones endovenosas antes de administrarlas
- d) Debe encontrarse en camilla rígida y ser desvestido
- e) No se

20.- ¿Qué acciones se deben realizar para facilitar el examen y una evaluación completa del paciente?

- a) Debe encontrarse en camilla rígida y ser desvestido.
- b) Debe ser desvestido solo la parte necesaria, para prevenir la hipotermia.
- c) Debe ser expuesto según las lesiones que presente.
- d) Debe ser desvestido totalmente.
- e) No se

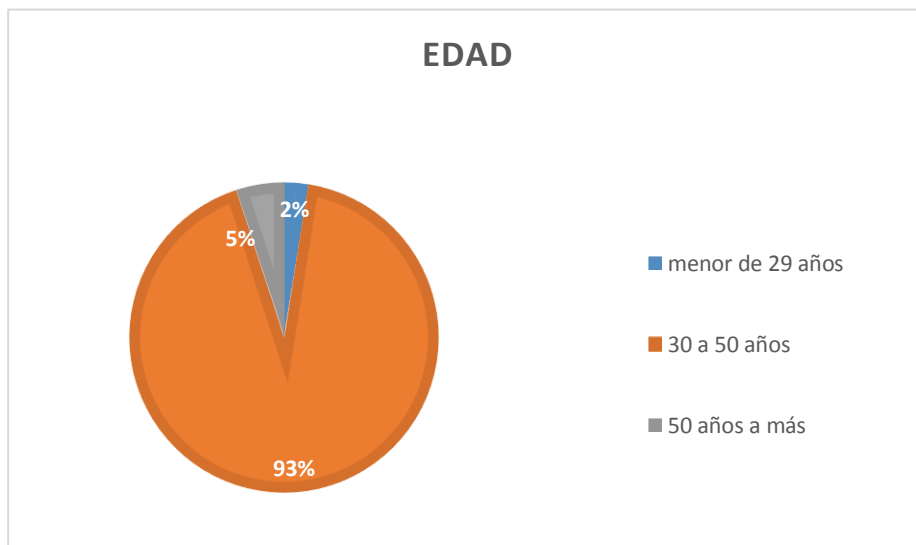
ANEXOS 4: OTROS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2019

| CARACTERÍSTICAS GENERALES | n = 40 | |
|---------------------------|--------|-------|
| 1. EDAD | N° | % |
| menor de 29 años | 1 | 2.5% |
| 30 a 50 años | 37 | 92.5% |
| 50 años a más | 2 | 5.0% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

El presente cuadro (Cuadro N° 1) muestra que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia tienen una edad comprendida entre 30 a 50 años ocupando el 92,5%, siguiendo el grupo que está entre 50 a más años con un 5%, para los menores de 29 años y finaliza la distribución de la edad con el 2,5%. Por lo que puede afirmarse que la mayoría son adultos, con un criterio formado en base al profesionalismo y la experiencia, aunque no necesariamente en el servicio de emergencia.

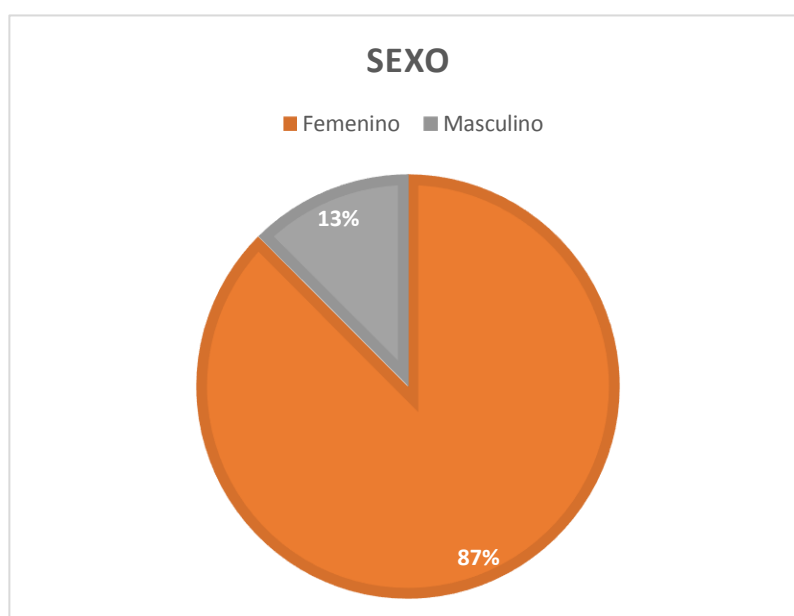


CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2019

| 2. SEXO | N° | % |
|-----------|----|-------|
| Femenino | 35 | 87.5% |
| Masculino | 5 | 12.5% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

En cuanto al sexo, en los resultados observados, predominó el personal de enfermería del sexo femenino con un 87,5%, y en minoría con el 12, % restante del sexo masculino. (Cuadro N 2). Esta situación difiere de lo que se presume, por ser la enfermería una profesión en su mayoría femenina, pues en este caso la mayoría de los profesionales que laboran en el servicio de emergencia en el hospital Rezola son mujeres.

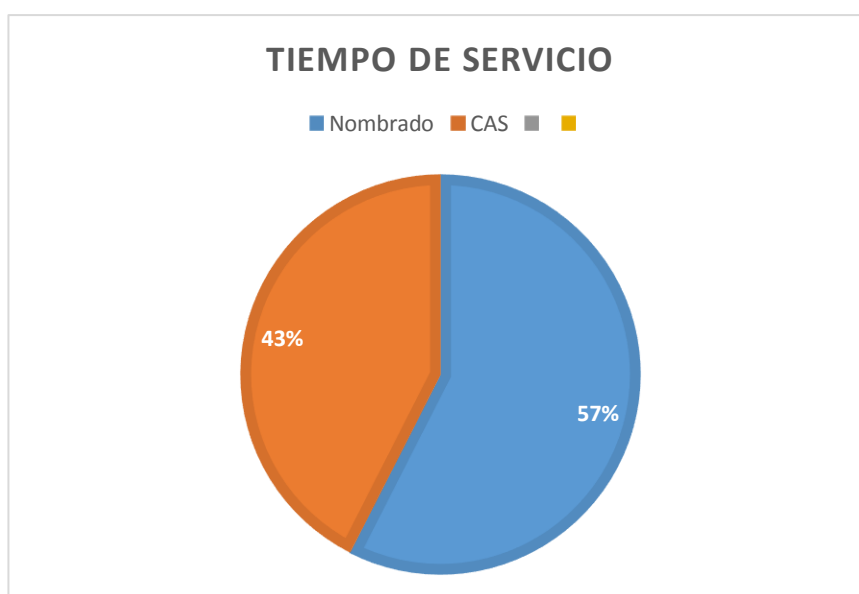


CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2019

| 1. TIEMPO DE SERVICIO | N° | % |
|------------------------------|-----------|----------|
| menor de 1 año | 10 | 25.0% |
| 1 a 5 años | 6 | 15.0% |
| 6 a 10 años | 4 | 10.0% |
| mayor de 10 años | 20 | 50.0% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

En cuanto al tiempo de servicio en los resultados observados predominó; Mayor de 10 años en un 50.0 %, siguiendo menor de 1 año con un 25.0%, de 1 a 5 años 15% y de 6 a 10 años 10% (cuadro N° 3). El 60% tiene un tiempo de servicio superior a los 5 años, lo que garantiza la experiencia profesional en la atención de pacientes, garantizando así el cuidado de calidad a los pacientes.



CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2019

| 2. TIEMPO DE SERVICIO EN EMERGENCIA | N° | % |
|-------------------------------------|----|-------|
| menor de 1 año | 20 | 50.0% |
| 1 a 5 años | 1 | 2.5% |
| 6 a 10 años | 8 | 20.0% |
| mayor de 10 años | 11 | 27.5% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

En cuanto al tiempo de servicio en emergencia en los resultados observados predominó, Menor de 1 año en un 50.0 %, siguiendo mayor de 10 años con un 27.5%, de 6 a 10 años 20.0% y de 1 a 5 años 2.5% (cuadro N° 4). El 47.5% tiene un tiempo de servicio superior a los 5 años, lo que garantiza la experiencia profesional especializada en la atención de la persona en situación de urgencia y emergencia, garantizando así la calidad del cuidado en los pacientes que acuden a la emergencia del Hospital Rezola.

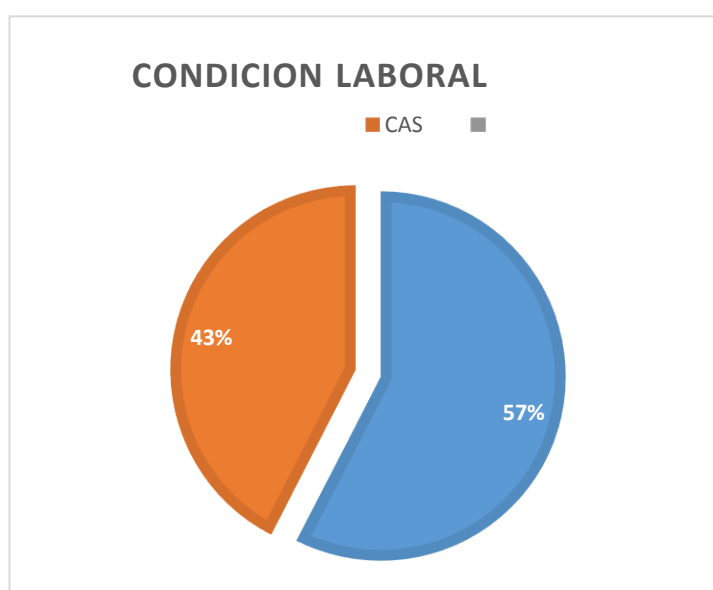


CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2019

| 3. CONDICIÓN LABORAL | N° | % |
|----------------------|----|-------|
| Nombrado | 23 | 57.5% |
| CAS | 17 | 42.5% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

En cuanto a la condición laboral muestra que la mayoría de los profesionales de enfermería es nombrada con un 57.5% y el siguiente grupo CAS con un 42.5% (cuadro N° 5). Lo que demuestra que no todos los profesionales trabajan en las mismas condiciones salariales ni de beneficios, siendo el personal contratado como CAS quienes presentan una inestabilidad laboral, pudiendo ser cambiados de servicio en cualquier momento o en el peor de los casos no volver a ser contratados.



CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2019

| 4. SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL | N° | % |
|--|-----------|----------|
| Estudios concluidos | 20 | 50.0% |
| Título de especialidad | 17 | 42.5% |
| Ninguno | 3 | 7.5% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

En cuanto a la segunda especialidad muestra que la mayoría de los profesionales de enfermería tienen estudios concluidos en un 50.0% y el siguiente con título de especialidad con un 42.5% y ninguno con 7.5% (cuadro N° 6). Aunque más del 90% de los profesionales tiene conocimientos especializados para la atención al paciente en situación de emergencia, la mitad solo ha concluido sus estudios, sin haberse titulado como corresponde; además hay 3 profesionales que no están capacitados en brindar una atención adecuada ni oportuna a este tipo de pacientes.



CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2019

| 5. ESTUDIOS DE POSGRADO | N° | % |
|-------------------------|----|-------|
| Maestría concluida | 8 | 20.0% |
| Grado de Maestro | 11 | 27.5% |
| Doctorado concluido | 0 | 0.0% |
| Grado de Doctor | 0 | 0.0% |
| Ninguno | 21 | 52.5% |

Fuente: Cuestionario aplicado a profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Rezola de Cañete, mayo del 2019.

En cuanto a estudios de posgrado muestra que la mayoría de los profesionales de los resultados observados ninguno en un 52.5% grado de magister en un 27.5% maestría concluida 20.0% grado de doctor 0% (cuadro N° 7). Más de la mitad no cuenta con estudios de posgrado, ninguno ha desarrollado estudios de doctorado, y los estudios realizados solo son a nivel de maestría, pero no todos los que han iniciado han concluido con la obtención del grado de maestro y solo han terminado sus estudios correspondientes. Esto puede deberse al poco interés en el conocimiento que tienen los enfermeros a otros niveles, por ser consumidos por la labor diaria además de la carga familiar por la que atraviesan.

