

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES



**Nivel de conocimiento y capacidad de respuesta del
profesional de Enfermería frente a emergencias con
trauma, Hospital Vitarte 2017**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Educación con
Mención en Docencia Universitaria e Investigación Pedagógica

Autor: Palomino Márquez, Santiago Nicolás

Asesor: Dr. Angeles Morales, Julio César

Chimbote – Perú

2018

Palabras Clave

Tema	Conocimiento del trauma, capacidad de respuesta
Especialidad	Enfermería: Manejo del trauma
Línea de investigación	Educación general (Capacitación Pedagógica)

Keyword

Topic	Knowledge of trauma, responsiveness
Specialty	Nursing: Trauma management
Research line	General education (Pedagogical Training)

Línea de Investigación: Educación General

**Nivel de conocimiento y capacidad de respuesta del profesional de enfermería
frente a emergencias con trauma. Hospital Vitarte 2017**

**Level of knowledge and response capacity of the nursing professional in the face
of trauma emergencies. Hospital Vitarte 2017**

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
PALABRAS CLAVES	ii
TITULO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I INTRODUCCIÒN	1
1.1. Antecedentes y fundamentación científica	1
1.1.1 Antecedentes	2
1.1.2 Fundamentación científica	6
1.1.2.1 Conocimiento sobre trauma	6
1.1.2.2 Capacidad de respuesta	12
1.2. Justificación de la investigación	15
1.3. Problema de investigación	16
1.3.1 Problema general	16
1.3.2 Problemas específicos	16
1.4. Definición conceptual y operacional	17
1.4.1. Conocimiento sobre trauma	17
1.4.2. Capacidad de respuesta	19
1.5. Hipótesis	20
1.5.1 Hipótesis general	20
1.5.2 Hipótesis específicas	20
1.6. Objetivos	21
1.6.1 Objetivo general	21
1.6.2 Objetivos específicos	21
II METODOLOGIA	22
2.1 Tipo y diseño	22
2.2 Población y muestra	23
2.3 Técnica e instrumento de recolección de datos	23

	2.4 Procesamiento y análisis de la información	26
III	RESULTADOS	27
IV	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	42
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
	5.1 Conclusiones	50
	5.2 Recomendaciones	51
VI	AGRADECIMIENTOS	52
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
VIII	APÉNDICES Y ANEXOS	55
	8.1 Anexo N° 1 Matriz de consistencia	56
	8.2 Anexo N° 2 Cuestionario	58
	8.3 Anexo N° 3 Base de datos	62
	8.4 Anexo N° 4 Juicio de expertos	63
	8.5 Anexo N° 5 Presentación de resultados para cada dimensión e indicador	67
	8.6 Anexo N° 6 Propuesta de capacitación como intervención científica	75

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017. Se desarrolló un estudio de investigación de tipo descriptivo correlacional y transversal para alcanzar los objetivos, se aplicó un cuestionario a 20 enfermeros que laboran en el área de emergencia, con una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.895. Entre sus resultados, encontramos que no existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento del trauma y la capacidad de respuesta (P-value=0.07411), también describe que no existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma y la capacidad de respuesta (P-value=0.5272), por otro parte también determinó que no existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares y la capacidad de respuesta (P-value=0.6002), el mismo estudio determinó que no existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre caídas y la capacidad de respuesta (P-value=0.1255). En conclusión, se estableció con un 95% de confianza que, no existe asociación significativa entre las variables nivel de conocimiento y capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017 (P-value=0.52).

ABSTRACT

The main objective of the research was to determine the relationship between the level of knowledge and the capacity of the nursing professional to respond to emergencies with trauma at Hospital Vitarte, Lima, August - September 2017. A correlational descriptive study was developed. and transversal to reach the objectives, a questionnaire was applied to 20 nurses who work in the emergency area, with a reliability of Cronbach's Alpha of 0.895. Among its results, we found that there is no significant association between the level of knowledge of trauma and the ability to respond (P-value = 0.07411), it also describes that there is no significant association between the level of knowledge about trauma kinematics and the ability of response (P-value = 0.5272), on the other hand also determined that there is no significant association between the level of knowledge about vehicle collisions and the response capacity (P-value = 0.6002), the same study determined that there is no significant association between the level of knowledge about falls and the response capacity (P-value = 0.1255). In conclusion, it was established with a 95% confidence that, there is no significant association between the variables level of knowledge and response capacity of the nursing professional in the face of emergencies with trauma in Hospital Vitarte, Lima August - September 2017 (P-value = 0.52).

I. INTRODUCCIÓN

El manejo oportuno y protocolizado de pacientes que han padecido algún tipo de trauma con compromiso de la vida, deja algún tipo de secuela el cual afecta el desarrollo de su quehacer diario, nos motiva a entrenar a un equipo de salud, que busca conocer y atender este tipo de situaciones del trauma, al mismo tiempo obtener una valoración de la capacidad de respuesta al trauma.

Benítez y Ramírez (2007), hace referencia que los traumatismos como eventos que han acompañado al hombre desde su apareció en la tierra. Hipócrates (460-377 a.c), es considerado un pionero en el tratamiento de lesiones de cráneo; en su tratado titulado: Sobre heridas en la cabeza» se observa un típico ejemplo de cómo el método hipocrático llevó a la observación exacta de la anatomía del cráneo y lesiones.

Uribe, et al (2011) refieren que en el nivel hospitalario la primera atención del paciente con trauma debe incluir la llamada “evaluación inicial”, que se caracteriza por un examen clínico rápido y minucioso, incluye manejo de la vía aérea y control de la columna cervical, las características de la respiración - ventilación, del estatus circulatorio, estado neurológico y exposición completa del paciente, previniendo la hipotermia, lo que constituye el ABCDE del manejo inicial del trauma. En caso de que se pesquisen alteraciones lesionales que pongan en peligro la vida del paciente, éstas deben ser tratadas a la brevedad; tal es el caso del neumotórax a tensión, taponamiento cardiaco y condiciones de compromiso circulatorio extremo que precisen toracotomía de reanimación.

1.1 Antecedentes y fundamentación científica

Hemos realizado consulta a expertos, así como, búsqueda bibliografía física en bibliotecas, consultando libros, artículos, revistas científicas, y buscadores virtuales, como Lilacs, Chocrane, PabMedic, encontrándose trabajos relacionados con la investigación propuesta, considerando las siguientes fuentes.

1.1.1 Antecedentes

Polo (2016) en su tesis titulada: *Score De Trauma Revisado Como Predictor De Mortalidad en Pacientes con Traumatismos Graves del Servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo –Perú*, cuyo objetivo fue determinar la eficacia del Score de Trauma. Para lo cual utilizó una metodología de estudio tipo aplicada, prospectivo, observacional y analítica, población de estudio 68 pacientes con diagnóstico de trauma grave, en tanto los resultados: Del 100% de los pacientes ingresados con un TRS de 5 puntos o menos y riesgo de muerte de 95% o más fallecieron; a medida que aumentaba la puntuación del TRS y disminuía el porcentaje del riesgo de muerte, la mortalidad se reducía proporcionalmente el valor predictivo positivo fue de 90,9%, en conclusión el Score de Trauma Revisado es eficaz como escala de predicción de mortalidad.

García y Samanés (2016) en su tesis titulada: *Nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia hospital belén de Trujillo - Perú 2016*, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia, utilizaron la metodología descriptiva, correlacional, transversal, la muestra constituida por 25 enfermeras. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 56% de enfermeras presentó nivel de conocimiento medio, el 36% nivel alto y el 8% nivel bajo; así mismo en relación con la calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto, el 56% fue adecuado y el 44% inadecuado, llegando a la conclusión que no existe relación entre nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial, dado que el coeficiente de validez y significancia fue corroborado con la prueba estadística Gamma (valor-p > 0,05).

Murillo (2015) en su tesis titulada: *Aplicación del protocolo de atención del apoyo vital avanzado en trauma (ATLS) en la revisión primaria y secundaria*

en pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de emergencia del hospital Roberto Calderón Gutiérrez. Nicaragua 2015, cuyo objetivo fue evaluar el cumplimiento en la aplicación del protocolo de Atención del Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS), utilizo una metodología observacional, descriptivo, retrospectivo, con muestra No Probabilística de 60 pacientes, dando como resultados que del 100% evaluado, el 65% tienen una edad promedio de 15 a 35 años, presencia del sexo masculino en 81.7%; el trauma predominante es el cerrado con un 93.3%, que la revisión primaria predomino en un 80% y mejor pronóstico de vida en 85% a los pacientes en cumplir el ATLS, concluyendo que los pacientes politraumatizados donde se realizó minuciosamente la revisión primaria y secundaria presentaron mejor pronóstico de vida e insta a describir en la historia clínica los pasos del protocolo del ATLS y realizar programas educativos.

Marengo (2015) en su tesis titulada: *Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Médicos Especialistas, Residentes, Médicos General del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez Sobre la Valoración Primaria en Politraumatismo según "Apoyo Vital Avanzado en Trauma" en el Periodo 2014 – enero 2015, Nicaragua*, en cuyo objetivo fue describir los conocimientos y actitudes y prácticas que presentan los médicos especialistas, residentes y médicos general, utilizo la metodología tipo descriptivo, observacional de corte transversal, muestra el 65% fueron médicos residentes, 22% médicos de base, 13% médico general. Para el caso de los médicos de base se agruparon por su especialidad de la siguiente manera: 40% fueron de ortopedia, 20% cirugía, 20% medicina de emergencia, 20% maxilo facial y para los médicos residentes 33% fueron de ortopedia, 33% de cirugía, 20% de maxilo facial, 14% emergencias, resultados los médicos que participaron en el estudio tienen conocimientos y actitudes que no se relacionan con su práctica en la valoración primaria del politraumatizado. Concluye instaurar programas de educación dirigida a todo el personal de salud de nuestra unidad hospitalaria involucrados en la atención de pacientes con trauma.

Borja y Collaguazo (2014) en su tesis titulada: *Evaluación de conocimiento y prácticas de enfermería en el manejo de pacientes con trauma torácico, servicio de emergencia del hospital Eugenio espejo Quito 2014*, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos y prácticas del profesional de Enfermería en el manejo de pacientes con trauma torácico en el servicio de emergencia, utilizo la metodología descriptiva transversal, se conformó un grupo de 35 profesionales sometidos a evaluación de conocimiento teórico; de ellos, 30 fueron evaluados en sus prácticas, de acuerdo a protocolos de manejo de trauma torácico (ATLS), encontrando como resultados que en la evaluación del conocimiento teórico en el manejo de trauma torácico muestra que el 54% se encuentra según la escala de evaluación en el grupo catalogado como bueno, el 29% alcanza una evaluación de Insuficiente y solo el 17% obtiene una calificación de muy buena, con un promedio general de adecuación del 83.55% catalogando a la práctica como muy buena, se concluye que el nivel de conocimientos tiene una categoría catalogada como Buena; y el nivel de prácticas se encuentra en una categoría Muy Buena.

Hermenejildo y Yagual (2013) en su investigación titulada: *Atención de enfermería en pacientes Politraumatizados en el área de emergencia del hospital Liborio panchana Sotomayor. Ecuador*, cuyo objetivo fue analizar la atención de enfermería en pacientes politraumatizados en el área de emergencia cuya metodología de investigación fue descriptiva, cuantitativo y transversal, con una población de 10 enfermeras, resultado el 60% de las enfermeras conocen sobre el proceso de atención de enfermería, pero no lo ejecutan, las actividades que realizan son de forma mecánica y rutinaria, el 60% manifiesta que no tienen estandarizado protocolos de enfermería, motivo por el cual no proporcionan una atención oportuna eficaz y eficiente, en conclusión es necesario implementar el protocolo de atención de enfermería en politraumatizados que contribuirá a mejorar la calidad de atención de enfermería.

Tafur y Tulcanaza (2012) realizaron una investigación titulada: *Rol del profesional de enfermería en el manejo temprano de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencias en base a protocolos de atención en el Hospital San Luis de Otavalo. Ecuador*, cuyo objetivo fue conocer cuál es el rol del profesional de Enfermería en la atención que se brinda en el servicio de emergencia. La metodología de tipo descriptiva – prospectiva, la recolección de datos fue mediante encuestas a 53 usuarios tomadas como muestra y al profesional de enfermería que labora en dicha casa de salud en el servicio de emergencia, los resultados revelaron que, los conocimientos y los cuidados que brinda el profesional de enfermería al momento de atender a un paciente politraumatizado, no tienen sustento de algún instrumento que le ayude a brindar una mejor atención, concluyen que la utilización de la guía de protocolos podría ayudar a disminuir complicaciones y prevenir oportuna los riesgos que se presentan por un mal manejo en la atención.

Bonilla, Crespo y Yugsi (2012) realizaron una investigación titulada: *Nivel de conocimientos de las enfermeras(os) sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugenio espejo Quito*, cuyo objetivo fue capacitar a las enfermeras(os) sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, e implementar protocolos de atención de enfermería, la metodología de tipo descriptiva, analítico transversal, muestra de 70 pacientes que presentaron T.C.E. grave, en cuanto a los resultados el 100% de las enfermeras no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente, llegaron a la conclusión que el personal de enfermeras(os) que laboran en el servicio de emergencias no poseen perfil para el manejo inicial del paciente con traumatismo cráneo encefálico grave, lo que podría ocasionar

complicaciones inmediatas, mediatas, y elevarían costos y estancia hospitalaria.

1.1.2 Fundamentación científica

1.1.2.1 Conocimiento sobre trauma

La atención inicial del paciente con trauma requiere destrezas y habilidades, sustentado en el conocimiento y capacitación constante en su atención en las unidades de emergencia, es muy necesario que el personal de salud debe estar preparado para atender este tipo de situaciones críticas, más aún el profesional de enfermería que participa en el abordaje y evaluación inicial y posteriores cuidados del paciente.

Velasco (2014) cita a la Organización Mundial de la Salud, para definir el trauma como una lesión corporal a nivel orgánico, intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infligida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica.

Sobre el paciente Politraumatizado, Velasco (2014), cita a la OMS, y lo define como todo herido que presenta dos o más heridas traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas y asociadas, que conllevan a un compromiso respiratorio, circulatorio y neurológico que signifique una exposición de riesgo vital para algún órgano o para su vida.

El Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos (1993) define al trauma como una herida o lesión que se caracteriza por una alteración estructural o fisiológico como resultado de la exposición aguda o violenta a alguna forma de energía mecánica, térmica, eléctrica, o química, o resultante de la ausencia de calor y oxígeno.

Asimismo, el Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, citado por Espinoza (2011) refiere que la cinemática del trauma estudia el origen de las fuerzas que producen deformaciones mecánicas y sus

respuestas fisiológicas que causan una lesión anatómica o un cambio funcional en el organismo del paciente traumatizado, la cinemática nos ayuda a entender el mecanismo del trauma y el tipo de lesión en el órgano expuesto, por tanto, cuáles son las lesiones más frecuentes según sea el caso. El paciente con trauma debe ser atendido en forma inmediata por un equipo multidisciplinario, que se inicia en la atención pre hospitalario y continúa a un nivel de atención de mayor complejidad en el nivel hospitalario.

Akerlund (2005) refiere que es necesario tener el conocimiento de cómo fue el mecanismo que dio origen a la producción del trauma, siendo importante y necesario saber sobre la cinemática del trauma, que es esencial en la atención inicial del paciente con trauma donde se puede sospechar el mecanismo lesional. Una historia completa mediante una observación exacta y detallada del incidente traumático con una adecuada interpretación de la información permite predecir más del 90% de las lesiones en los pacientes traumatizados, antes de su abordaje.

Marín (2005), considera importante la identificación de los mecanismos de producción del trauma, ya que permite recordar, evaluar y descartar las lesiones que se asocian comúnmente con los diferentes mecanismos. Así mismo la cinemática del trauma o biomecánica explica los tipos de lesiones causadas por caídas, heridas por arma corto-punzantes, heridas por arma de fuego, accidentes automovilísticos y lesiones por explosivos.

La cinemática se basa en los principios fundamentales de la física, como la primera ley de Newton sobre el movimiento dice que un cuerpo en reposo permanecerá en reposo y un cuerpo en movimiento permanecerá en movimiento a menos que sea detenido por alguna fuerza externa. Un segundo principio, es la ley de conservación de la energía que dice que la energía no se crea ni se destruye, solo puede ser transformada.

Los mecanismos de producción del trauma más frecuentes en los accidentes automovilísticos que puede ser por:

Impacto frontal: Se denomina así a la colisión que ocurre entre el vehículo en movimiento y un objeto en frente y por lo cual el causando que el vehículo se detenga o reduzca su velocidad abruptamente. Por lo tanto, los vehículos y sus ocupantes, y los órganos se mueven a la misma velocidad hasta la colisión. En este momento el vehículo desacelera, pero los ocupantes continúan desplazándose a la misma velocidad hasta que su movimiento es detenido por la colisión con otro objeto, a menudo el timón, o el espaldar del asiento delantero y el cuerpo que encierra los órganos; al moverse los ocupantes del vehículo hacia delante lo hacen en dos diferentes patrones definidos.

- ✓ **Arriba y sobre:** Siendo la cabeza el punto más sobresaliente y la que primero choca y en el momento en que choca con el parabrisas produciéndose el ojo de buey o el espaldar del asiento delantero se detiene, pero el torso no, ocasionando lesiones como el síndrome de latigazo en la columna cervical, cabeza y tórax.

- ✓ **Abajo y debajo:** La tibia o la rodilla son el punto donde se produce el mayor impacto, entonces el fémur ejerce resistencia sobre la tibia produciendo luxación de la rodilla y daño a los vasos poplíteos. Si el fémur es el punto de mayor impacto, entonces la pelvis presenta resistencia a la cabeza del fémur generando luxación posterior de cadera o fractura de fémur o del acetábulo o trauma de torso (tórax y abdomen).

Asimismo, como el tórax y el abdomen chocan contra el timón, están predispuestos a que puedan presentarse lesiones serias. Al chocar el tórax contra el timón, el marco esquelético recibe el cambio de energía inicial

resultando en fracturas costales, tórax inestable, fractura de esternón, hemo neumotórax, o contusión pulmonar. La compresión también puede ocasionar lesión al corazón, cuando el cuerpo se detiene, el corazón y la aorta ascendente siguen moviéndose hacia delante, pero la aorta descendente por estar fija a la pared torácica posterior no, ocasionándose un desgarro de la aorta en la unión del arco y la aorta descendente.

Entonces si el abdomen choca, la compresión causa traumatismos cerrados y lesiones al bazo, páncreas, hígado y riñón, la presión incrementada en la cavidad abdominal puede causar ruptura del diafragma, cuando el cuerpo se detiene, los órganos continúan moviéndose hacia delante causando desgarros en los puntos de fijación de los mismos; típicamente se desgarran de ésta manera el hígado, los riñones, el intestino (delgado y grueso) y el bazo.

- **Impacto posterior en un accidente automovilístico:** Ocurre cuando un vehículo estacionado o en menor velocidad es golpeado por otro que lo golpee por detrás y que discurra a una velocidad mayor, esta colisión genera una aceleración del vehículo golpeado, movilizándolo el cuerpo con altas posibilidades de lesión de la columna cervical, si el descansa -cabezas no está presente, o está mal ubicado, la cabeza es forzada inicialmente hacia atrás en hiperextensión, a lo que sigue una flexión forzada, pudiendo causar lesión tipo desgarro por estiramiento de los ligamentos y músculos del cuello; llamada lesión por latigazo. Así mismo las fracturas de columna y lesión de médula por este mecanismo, son poco comunes. Siendo la aceleración inicial seguida por una desaceleración brusca, similar a lo que ocurre en el mecanismo de lesión por impactos frontales.

- **Impacto lateral en un accidente automovilístico:** Tiene dos componentes típicos: primero dentro del compartimiento del pasajero causando lesión en el miembro superior, la parte proximal del fémur,

la pared lateral del tórax y el hombro; el segundo componente es el movimiento lateral del vehículo. Aquí puede presentar lesión por desgarro de la aorta resultante de la aceleración lateral de la aorta descendente debido a su fijación a la columna vertebral y carencia relativa de movimiento inicial del corazón y del arco aórtico, también desgarro en riñón o bazo; ya que el centro de gravedad de la cabeza es anterior y superior al punto de pivote de la cabeza con el cuello, entonces cuando el torso es acelerado lateralmente resulta en que la cabeza es fuertemente flexionada lateralmente y rotada hacia el impacto; tiende a abrir y luego rotar y dislocar la vértebra, finalmente fijando las facetas del lado contralateral al impacto.

- **Volcamiento:** Este es un tipo de accidente en donde los ocupantes que no lleven puesto el cinturón de seguridad sufrirán traumatismos múltiples y complejos al chocar con la parte interna del vehículo o con otros ocupantes, además existen el riesgo de eyección. Los ocupantes que tienen el cinturón de seguridad puesto están menos expuestos a lesionarse, pero esto dependerá en gran parte del terreno por el cual se produce el Volcamiento y las salientes y objetos contra los cuales el automóvil se golpee en ese proceso; así, el rango de lesiones es extenso, desde traumas mínimos hasta lesiones severas y mortales.
- **Eyecciones/proyecciones:** Los ocupantes eyectados sufren lesiones durante el proceso de eyección y también en el momento del choque contra el objeto o superficie que los detiene. La eyección puede ser completa o parcial, es en la eyección parcial, en la que una parte del cuerpo queda por fuera del vehículo y otra parte dentro del vehículo, se pueden producir ablaciones, amputaciones, aplastamientos o traumatismos severos de la parte que esta por fuera del vehículo. La eyección total incrementa el riesgo de muerte hasta seis veces y hasta un 8% de las víctimas eyectadas tendrán lesión de columna vertebral,

es tan significativa la morbilidad en un paciente eyectado que se considera criterio de remisión a un tercer nivel de los otros integrantes del mismo vehículo de donde fue eyectado el ocupante, pese a la aparente ausencia de lesiones importantes en los mismos.

- **Las caídas:** Son consideradas como la causa más común de lesiones no fatales y la segunda causa de lesiones neurológicas, pueden catalogarse como una forma de trauma cerrado, en el cual la lesión es causada por un cambio brusco en la velocidad, y la severidad del trauma estará relacionado con las características de la derivada de la velocidad y la superficie de contacto.

La magnitud de la lesión por desaceleración depende de:

1. La derivada de la velocidad con relación a la distancia.
2. El área de contacto del cuerpo donde ocurre la transmisión de energía.
3. Las propiedades de viscosidad y elasticidad de los tejidos que reciben el impacto.
4. Características de la superficie de contacto.

Hay que tener en cuenta la posición y parte anatómica de la persona que recibe el trauma al momento de la caída, determina el mecanismo de transmisión de energía y, con frecuencia permite predecir el tipo de lesión. Por ejemplo, si la persona cae sobre sus pies, transmite la energía de choque sobre su esqueleto axial con lesión de calcáneos, tibia, cuello femoral y fracturas vertebrales por aplastamiento. Algunos órganos intra abdominales podrán sufrir desgarros en sus zonas de fijación.

Por último, si la persona cae sobre su espalda, la distribución de la energía se hará sobre un área mayor, causando un daño menos significativo. La sobrevida está íntimamente ligada a la altura de caída. Se ha calculado que

la altura de caída a la cual el 50% de la población podría morir es de 14.5 mt., y la altura a la cual morirían el 90% de la población es de 25 m.

1.1.2.2 Capacidad de respuesta

La respuesta a emergencias en la atención inicial del paciente traumatizado por el personal de salud en la etapa hospitalaria, es secuencial y detallada:

- **Evaluación Inicial:** En la prevención de la función del tiempo que es esencial, la atención debe aplicarse en forma sistemática e integrada en la que deba ser fácilmente revisada y practicada, la misma que incluye:
 - ✓ Preparación del servicio de emergencia.
 - ✓ Proceso de triaje, en la cual se realiza la selección o clasificación.
 - ✓ Evaluación Primaria, donde se realiza el ABCDE del trauma.
 - ✓ Resucitación, de acuerdo al mecanismo lesional.
 - ✓ Adyuvantes a la evaluación primaria y resucitación, para evitar complicaciones en la medida de lo posible mediante intervención precoz.

Reevaluación pos-resucitación.

La atención y cuidados, se da en las fase pre-hospitalaria y hospitalaria, en esta parte trataremos los cuidados en la fase intrahospitalaria, que corresponden a la competitividad e idoneidad de los recursos humanos y equipamiento de las ambulancias y de los recursos materiales preparados para tal fin, también debemos tener convenios hechos previamente en casos de necesidad de transferencia de pacientes a otros centros de atención y resolución del trauma.

El Triage, juega un papel muy importante, desde ordenar por prioridades de atención a los pacientes de acuerdo a las necesidades del mecanismo lesional para su tratamiento y ordenamiento de los recursos disponibles para proveerles de tratamiento adecuado. El tratamiento se realiza de acuerdo a las prioridades del ABC del trauma:

- A: Vía Aérea con protección de la columna cervical.

- B: Respiración, considerando la ventilación.
- C: Circulación con control de la hemorragia.
- D: Estado neurológico o déficit neurológico.
- E: Exposición, evitando la hipotermia.

En cuanto a la evaluación primaria, los pacientes con trauma son valorados sin demora y priorizando el tratamiento establecido basándose en sus injurias, el mecanismo de las mismas, para lo cual deben establecerse prioridades en el tratamiento de acuerdo a la evaluación y valoración del paciente. Dicho manejo consiste en una rápida evaluación primaria, restauración (resucitación), hacia un mayor y detallado segundo examen, y finalmente, la iniciación del tratamiento definitivo. Este proceso constituye el ABCDE del cuidado del traumatizado, identificando injurias que ponen en peligro la vida, siguiendo esta secuencia protocolizada:

A: Vía Aérea con protección de la columna cervical: Constituye el primer esfuerzo en la atención inicial, debe estar dirigido a identificar un pronto compromiso de la vía aérea, asegurando una vía aérea definitiva, seguidamente con protección de la columna cervical, este principio es fundamental en el manejo del trauma grave. Asimismo, debemos asumir injuria de la columna cervical en todo paciente con trauma multisistémico, con especial cuidado al que cuadro que cursa con alteración del nivel de conciencia o trauma cerrado por encima de la clavícula. Debemos recordar que puede producirse falla en el equipamiento, dificultad al intubar, injuria oculta de la vía aérea y progresiva pérdida de una vía aérea permeable.

B: Respiración: Hay que considerar que una vía aérea permeable “NO” asegura una buena y adecuada ventilación y oxigenación, debemos prestar atención e identificar injurias que conlleven de forma aguda alterar la ventilación: como el neumotórax a tensión, la contusión

pulmonar, el hemotórax masivo y el neumotórax abierto, podemos tener dificultades de y tener en claro que puede producirse problemas de la vía aérea relacionado con problemas de la ventilación, como por ejemplo: paciente taquipneico y disneico, asumir que se debe a una inadecuada vía aérea, cuando en realidad podría tratarse de un neumotórax hipertensivo. Debemos tener presente siempre que la intubación y ventilación manual puede provocar lesiones iatrogénicas, por eso posterior a la intubación se debe tomar una radiografía de tórax.

C: Circulación con control de la hemorragia: La hemorragia en la causa más común de muerte pos-trauma, es prevenible y controlable con rápido reconocimiento, diagnóstico y tratamiento; que se evidencia por una valoración precoz, rápida, segura y primordial del estado hemodinámico, los elementos que aportan importante información en segundos son el nivel de conciencia, color de la piel y temperatura, pulso arterial, frecuencia cardíaca y características del pulso, si la hemorragia es externa debe identificarse y controlarse durante la evaluación primaria y es manejada con compresión manual directa sobre la herida; si la hemorragia es interna se deben de valorar mediante los signos de shock e hipoperfusión tisular, el sangrado oculto producido por el trauma cerrado es menos obvio y más frecuente; cuando este se produce en la cavidad torácica y cavidad abdominal, en los tejidos blandos alrededor de huesos largos fracturados, en el espacio retroperitoneal proveniente de una fractura de pelvis o como resultado de una injuria penetrante en el torso son las principales fuentes de pérdida oculta de sangre. Debemos recordar que los niños, ancianos, atletas y otros pacientes portadores de condiciones médicas crónicas no responden a la pérdida de volumen de manera similar o normal.

D: Evaluación neurológica o déficit neurológico: Una rápida evaluación neurológica se hace al final de la evaluación primaria, estableciendo el

nivel de conciencia del paciente (mini escala neurológica rápida AVDI: A: paciente alerta, V: paciente que responde al estímulo verbal, D: paciente que responde al dolor, I: paciente inconsciente) o en su lugar realizar la escala de Glasgow considerando la apertura ocular, verbal y motora a escala de puntuación de 4, 5 y 6 respectivamente a un puntaje total de 15, observando además el tamaño pupilar y su respuesta a la luz. Frente a un deterioro en el nivel de conciencia, reevaluar ABC. Una vez descartadas la hipoxia e hipovolemia, los cambios en el nivel de conciencia son atribuidos a trauma cerebral. El deterioro neurológico puede producirse rápidamente, la reevaluación neurológica minimiza el problema.

E. Exposición y control del ambiente que rodea al paciente: Debemos exponer completamente desvestido y examinado en la parte frontal y posterior del paciente, previniendo la hipotermia. Los líquidos a infundir deben ser calentados previamente a 39°C y debe mantenerse caliente la temperatura ambiente. Es más importante la temperatura del paciente que el confort del equipo tratante. La sangre, plasma y soluciones que contengan glucosa NO pueden calentarse en hornos de microondas. La resucitación agresiva y el manejo de injurias que comprometen la vida son esenciales para maximizar la supervivencia de los pacientes traumatizados. (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva 2015)

1.2 Justificación de la investigación

La investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017, debido a lo trascendental en el incremento de la morbilidad de personas que sufren trauma por lo tanto tiene importancia su aplicación en el campo de la salud. Se justifica a nivel teórico – metodológico por la

necesidad de documentar el nivel de la atención que se brinda, para la toma de acciones en favor del crecimiento de los profesionales de la salud y el crecimiento institucional, elaborando un plan de capacitación anual y elevar su estándar de atención basada en la atención de calidad. A nivel práctico se justifica puesto que los profesionales de enfermería son responsables directos en los cuidados especializados, evitar complicaciones, disminuir la mortalidad y elevar la calidad de vida. Este ejercicio profesional de atención tiene una base metodológica y científica, puesto de manifiesto en el conocimiento y ejecutado en la práctica. A su vez las buenas prácticas y cuidados basados en proceso de atención de enfermería tendrán relevancia en el plano social en la reinserción en el plano económico familiar, por tanto, habrá un posicionamiento en la comunidad que será trascendente por los aportes al conocimiento científico tecnológico.

1.3 Problema de investigación

1.3.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la capacidad de respuesta del profesional de enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017?

1.3.2 Problemas específicos

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre trauma en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en

el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017?

4. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre caídas en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017?

1.4 Definición conceptual y operacional

1.4.1 Conocimientos sobre trauma: Es aquel conocimiento científico - teórico de las ciencias de la salud aplicada a Enfermería, sobre el conocimiento del trauma, cinemática del trauma, colisiones vehiculares y caídas.

Definición operacional de conocimientos sobre trauma	
Dimensión	Indicadores
Trauma	1.- Considera al trauma como una lesión Corporal a nivel orgánico, intencional. 2.- Considera al trauma como una lesión Corporal a nivel orgánico, no intencional. 3.- El trauma se produce por la transmisión de energía, que provoca distintos tipos de lesiones.
Cinemática	4.- La cinemática se basa en los principios fundamentales de la física. 5.- Se considera a la energía cinética dependiente de la velocidad.
Colisiones vehiculares	6.- La colisión frontal ocurre cuando un vehículo en movimiento impacta contra un objeto por reducción abrupta de su velocidad. 7.- En la colisión frontal incluyen en esta categoría choque con otro vehículo en movimiento o contra un objeto estacionario. 8.- La colisión posterior ocurre cuando un vehículo estacionario o en menor velocidad es golpeado por otro que lo golpee por detrás y que discurra a una velocidad mayor.

	<p>9.- El impacto posterior genera aceleración del vehículo golpeado, movilizándolo el cuerpo con posibilidad de lesión de la columna cervical.</p> <p>10.- El impacto posterior puede causar desgarro por estiramiento de los ligamentos y músculos del cuello.</p> <p>11.- En el impacto posterior la aceleración inicial es seguida por una desaceleración brusca, similar a la que ocurre en el mecanismo de lesión por impactos frontales</p> <p>12.- El impacto lateral resulta de la colisión perpendicular a la dirección frontal de su movimiento.</p> <p>13.- En el impacto lateral existe la posibilidad de lesión contra las partes del vehículo y de los pasajeros entre sí.</p> <p>14.- En la colisión lateral el pasajero más cercano a la zona de impacto podrá tener lesión de clavícula, costillas, pelvis y de órganos sólidos.</p> <p>15.- El Impacto por volcamiento puede producir traumas mínimos hasta lesiones severas</p> <p>16.- En el volcamiento los ocupantes que no lleven cinturón de seguridad; sufrirán múltiples traumas.</p> <p>17.- Al volcarse chocan contra el interior de vehículo en varios puntos, y contra los otros ocupantes.</p> <p>18.- Los ocupantes que tienen el cinturón de seguridad puesto están menos expuestos a lesionarse.</p>
Caídas	<p>19.- Considera las lesiones por caídas son la causa más común de lesiones no fatales.</p> <p>20.- Considera las lesiones por caídas es la segunda causa de lesiones neurológicas.</p> <p>21.- La posición de la persona que recibe el trauma al momento de la caída, permite predecir el tipo de lesión.</p>

1.4.2 Capacidad de respuesta: Es la puesta en práctica del conocimiento teórico, que se pone de manifiesto en la atención del paciente que ingresa por trauma al servicio de emergencia haciendo la evaluación y atención primaria basada en el A, B, C, D y E.

Definición operacional de capacidad de respuesta	
Dimensión	Indicadores
A: Vía aérea y control de la columna cervical	<ul style="list-style-type: none"> - A tenido problemas para permeabilizar la vía aérea - A tenido dificultad para retirar cuerpos extraños - A tenido inconvenientes al realizar la restricción del movimiento espinal - A tenido dificultades al colocar la cánula de guedell - A realizado el procedimiento teniendo en cuenta que hay una lesión de columna cervical
B: Oxigenación – ventilación	<ul style="list-style-type: none"> - A tenido inconvenientes al valorar la mecánica ventilatoria - Se le ha hecho difícil determinar la frecuencia y profundidad de las respiraciones - A tenido problemas al evaluar el patrón respiratorio - Le ha sido difícil colocar el oxímetro de pulso - Se le ha presentado inconvenientes al brindar la oxigenoterapia
C: Circulación y control de hemorragias	<ul style="list-style-type: none"> - A tenido dificultad al evaluar las constantes vitales - A tenido dificultad al identificar fuentes de hemorragia externa o interna - A tenido problemas al realizar la compresión en sitios de hemorragia - A tenido dificultad al canalizar 2 vías IV con catéteres de gran calibre. - Se le ha complicado la administración de fluidoterapia
D: Déficit neurológico	<ul style="list-style-type: none"> - A tenido dificultades al evaluar el nivel de conciencia - A tenido dificultades al evaluar la escala de coma de Glasgow

	<ul style="list-style-type: none"> - A tenido dificultades al evaluar la reactividad del tamaño de las pupilas. - A tenido dificultades al evaluar la movilidad de miembros superiores e inferiores - A tenido dificultades al Evaluar la triada de Cushing
E: Exposición	<ul style="list-style-type: none"> - Se le es fácil desvestir al paciente - A tenido dificultad posteriormente abrigar al paciente - A tenido inconvenientes al individualizar la unidad de atención del paciente - A tenido inconvenientes al prevenir la hipotermia - Considera usted de mayor importancia la temperatura del paciente que el confort del equipo tratante

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

1.5.3 Hipótesis Específicas

1. El nivel de conocimiento sobre trauma se relaciona significativamente a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.
2. El nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.
3. El nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares se relaciona significativamente a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.

4. El nivel de conocimiento sobre caídas se relaciona significativamente a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

1.7.2 Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre trauma en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.
3. Determinar el nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.
4. Determinar el nivel de conocimiento sobre caídas en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.

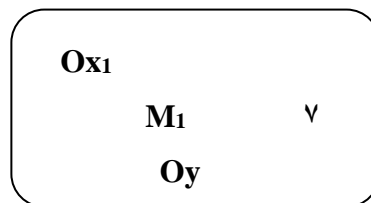
II METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño

Tipo de investigación: Correlacional, puesto que el objetivo fue evaluar si existe relación entre las variables de estudio capacidad de respuesta (Y) y nivel de conocimiento (X).

Diseño de la investigación: Diseño cuantitativo y no experimental, donde el sujeto de estudio se trató como un ente pasivo, y no se intervino en las respuestas del personal de enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, de corte transversal y correlacional, se recolectaron datos a través de un cuestionario, para describir la relación entre variables en un periodo determinado (agosto – septiembre 2017).

Diseño de investigación: Representación gráfica del método descriptivo correlacional.



M_1 : O_{x1}

Donde:

M_1 : Muestra de sujeto.

O_{x1} : Observación de la variable independiente:

- Nivel de conocimiento del trauma.

v : Índice de correlación.

O_y : Observación de la variable dependiente:

- Capacidad de respuesta del trauma.

2.2 Población y muestra

Estarán conformados 20 Enfermeros que se encuentren laborando en el servicio de emergencia del Hospital Vitarte. Por ser una población pequeña no se ha considerado muestra. Se usará el tipo de muestreo no probabilístico intencionado.

No Probabilístico porque responderá al interés e intencionalidad del investigador. Intencionado referido al procedimiento mediante el cual el investigador elegirá premeditadamente los puntos de muestreo que respondieron al interés de su investigación.

Criterios de inclusión

- Personal profesional de Enfermería que labora en Emergencia con una antigüedad igual o mayor 3 meses.

2.3 Técnica e instrumento de recolección de datos

Para ejecutar la investigación la técnica propuesta será una encuesta, y el instrumento será un cuestionario estructurado de acuerdo a los objetivos de la investigación, que consta de tres partes:

La primera parte: Datos generales, conformado cinco preguntas libres.

La segunda parte: La variable independiente: Nivel de conocimiento sobre trauma por el Profesional de Enfermería en el Servicio de emergencias del Hospital Vitarte, contiene 4 preguntas, subdividida en 21 ítems con valoración de:

- 1: Nunca
- 2: Rara vez
- 3: Algunas veces.
- 4: Frecuentemente.
- 5: Con mucha frecuencia.

La tercera parte: La variable dependiente: Capacidad de respuesta frente a las emergencias con trauma, contiene cinco preguntas, con un total de 25 ítems con valoración de:

1: Siempre

2: A veces

3: Nunca

Procedimientos: Se solicitará el permiso y autorización al Director del Hospital Vitarte MC Pablo Samuel Córdova Ticse, la obtención de los datos se realizará durante la programación de los turnos, previa orientación antes de su aplicación, se contará con la colaboración de 01 colaborador durante el desarrollo del cuestionario.

Juicio de expertos

Experto N° 1. Coordinador de la Escuela de Posgrado de la USP -Filial Lima

- Magister en educación con mención en administración educativa
- Bachiller en educación.

Experto N° 2. Coordinador de la Clínica Los Próceres EsSalud. Instructor de la Escuela de Emergencia de EsSalud.

- Doctor en gestión en salud
- Magíster en gestión educativa
- Bachiller en enfermería
- Licenciado en enfermería
- Segunda especialidad profesional de enfermería

Baremación:

En el cuestionario establecido para cada una de las dimensiones se obtuvieron baremos en escala ordinal, Los baremos consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la persona que la obtiene) en relación con los que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas.

Para esto se definió diferentes rangos para cada una de las puntuaciones, en las cuales se utilizó el criterio de los percentiles de 25 y 50.

Variable N° 01: Nivel de conocimiento sobre trauma

<i>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRAUMA (X)</i>	
<81	Nivel bajo
[81-97>	Nivel medio
>=97	Nivel alto

Variable N° 02: Capacidad de respuesta sobre trauma

<i>CAPACIDAD DE RESPUESTA (Y)</i>	
<52	Nivel bajo
[52-62>	Nivel medio
>=62	Nivel alto

Fiabilidad del instrumento: Alfa de Crombach

Todo cuestionario tiene como finalidad medir una variable o conjunto de variables de interés a través de un determinado número de preguntas. La confiabilidad de un instrumento de medida se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto produce resultados iguales o similares. En la práctica es imposible que una medición sea perfecta ya que generalmente se tiene cierto grado de error. Es por esto que existen diversos métodos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición.

Fórmula de Confiabilidad de Crombach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

K = Número de preguntas

Si2 = Sumatoria de la varianza de cada pregunta

Se utilizó el Coeficiente Alfa Cronbach para hallar la Confiabilidad del instrumento como medida que cumpla el objetivo del estudio.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de ítems
0,895	46

El presente estudio cuenta con 46 ítems para lo cual, se evidencia un alfa de 0.895, lo cual representa una confiabilidad alta en que el instrumento sirva para medir la asociación de la capacidad de respuesta frente a las emergencias con trauma y del nivel de conocimiento que presentan hacia las mismas, el profesional de enfermería que labora en el servicio de emergencia del hospital Vitarte, Lima agosto – septiembre 2017.

2.4 Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de resultados y análisis del presente estudio se procedió a utilizar el test de Spearman la cual es una medida de correlación no paramétrica entre variables ordinales, pues se analizó los niveles jerárquicos del nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre el trauma y los niveles jerárquicos sobre la capacidad de respuesta que evidenciaron los mismos. Así, mismo se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programa estadístico desarrollado en la Universidad de Chicago, versión 23.

III RESULTADOS

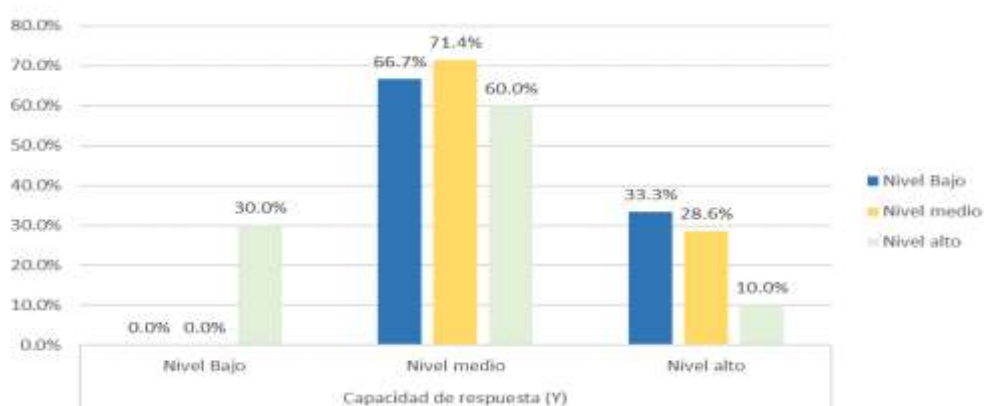
Tabla 1:

Nivel de conocimiento sobre trauma y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017

Nivel de conocimiento del trauma	Total		Capacidad de respuesta					
			Bajo		Medio		Alto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	3	15.0%	0	0.0%	2	66.7%	2	33.3%
Medio	7	35.0%	0	0.0%	5	71.4%	1	28.6%
Alto	10	50.0%	3	30.0%	6	60.0%	1	10.0%
Total	20	100.0%	3	15.0%	13	65.0%	4	20.0%

Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Gráfico 1: Nivel de conocimiento sobre trauma y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017



Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Comentario: Los resultados evidencian que de todos los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017 y obtuvieron un nivel bajo en el nivel de conocimientos del trauma (3), el 66.7% presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio de conocimiento del trauma (7), el 71.4% presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta. Asimismo, se observa que del total de profesionales que obtuvieron un nivel alto de conocimientos del trauma (10), el 65% lo conforman los que presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta.

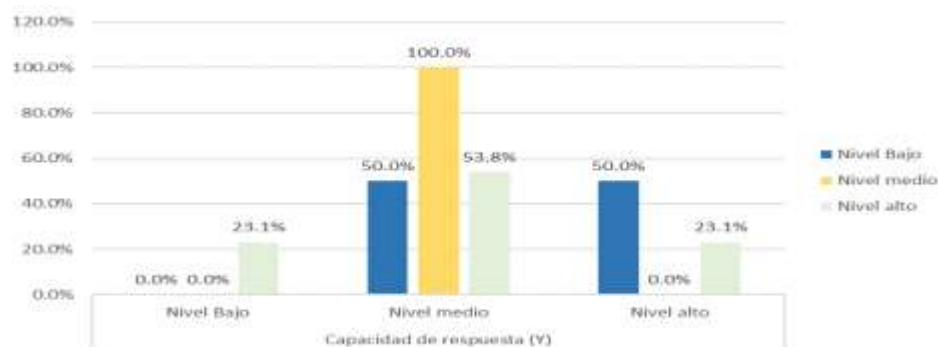
Tabla 2:

Nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017

Nivel de conocimiento de la cinemática del trauma	Total		Capacidad de respuesta					
			Bajo		Medio		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	2	10.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%
Medio	5	25.0%	0	0.0%	5	100.0%	0	0.0%
Alto	13	65.0%	3	23.1%	7	53.8%	3	23.1%
Total	20	100.0%	3	15.0%	13	65.0%	4	20.0%

Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Gráfico 2: Nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017



Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Comentario: Los resultados evidencian que de todos los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del hospital Vitarte, Lima agosto – septiembre 2017 y obtuvieron un nivel bajo en el nivel de conocimientos de la cinemática del trauma (2), el 50% presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta y un 50% un nivel alto en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio de conocimiento de la cinemática del trauma (5), el 100.0% presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta. Asimismo, se observa que del total de profesionales que obtuvieron un nivel alto de conocimientos en la cinemática del trauma (13), el 65% lo conforman los que presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta.

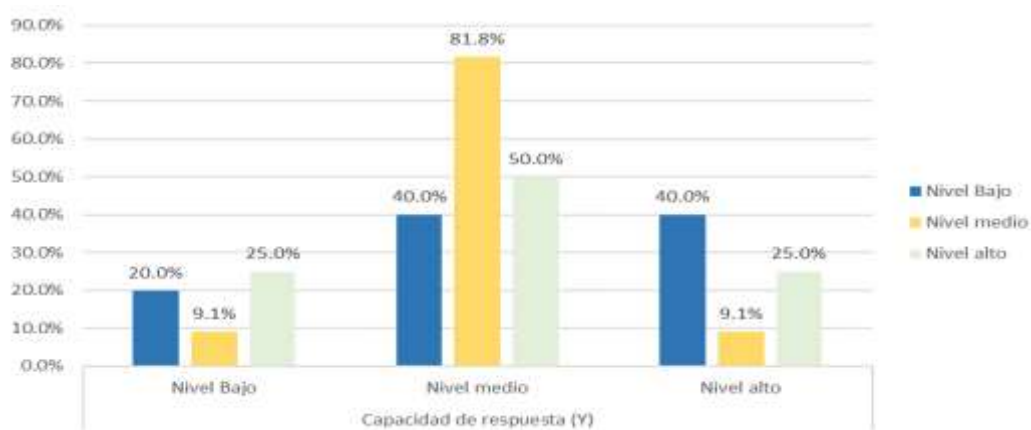
Tabla 3:

Nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017

Nivel de conocimiento de las colisiones vehiculares	Total		Capacidad de respuesta					
			Bajo		Medio		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	5	25.0%	1	20.0%	2	40.0%	2	40.0%
Medio	11	55.0%	1	9.1%	9	81.8%	1	9.1%
Alto	4	20.0%	1	25.0%	2	50.0%	1	25.0%
Total	20	100.0%	3	15.0%	13	65.0%	4	20.0%

Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Gráfico N° 03: Nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017



Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Comentario: Los resultados evidencian que de todos los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del hospital Vitarte,

Lima agosto – septiembre 2017 y obtuvieron un nivel bajo en el nivel de conocimientos de las colisiones vehiculares (5), el 40% presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta y un 40% un nivel alto en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio de conocimiento de las colisiones vehiculares (11), el 81.8% presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta. Asimismo, se observa que del total de profesionales que obtuvieron un nivel alto de conocimientos en las colisiones vehiculares (4), el 50.0% lo conforman los que presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta y un 25% un nivel alto en la capacidad de respuesta.

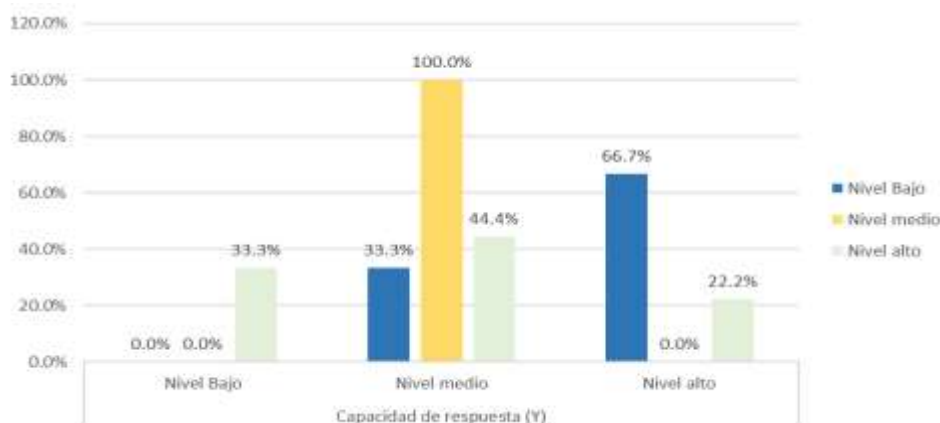
Tabla 4:

Nivel de conocimiento sobre caídas y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017

Nivel de conocimiento sobre caídas	Total		Capacidad de respuesta					
			Bajo		Medio		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	3	15.0%	0	00.0%	1	33.3%	2	66.7%
Medio	8	40.0%	0	0.0%	8	100.0%	0	0.0%
Alto	9	45.0%	3	33.3%	4	44.4%	2	22.2%
Total	20	100.0%	3	15.0%	13	65.0%	4	20.0%

Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Gráfico 4: Nivel de conocimiento sobre caídas y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017



Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Comentario: Los resultados evidencian que de todos los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del hospital Vitarte,

Lima agosto – septiembre 2017 y obtuvieron un nivel bajo en el nivel de conocimientos de las caídas (3), el 66.7% presentaron un nivel alto en la capacidad de respuesta y un 33.3% un nivel medio en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio de conocimiento de las caídas (8), el 100.0% presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta. Asimismo, se observa que del total de profesionales que obtuvieron un nivel alto de conocimientos en las caídas (9), el 44.4% lo conforman los que presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta y un 33.3% un nivel bajo en la capacidad de respuesta.

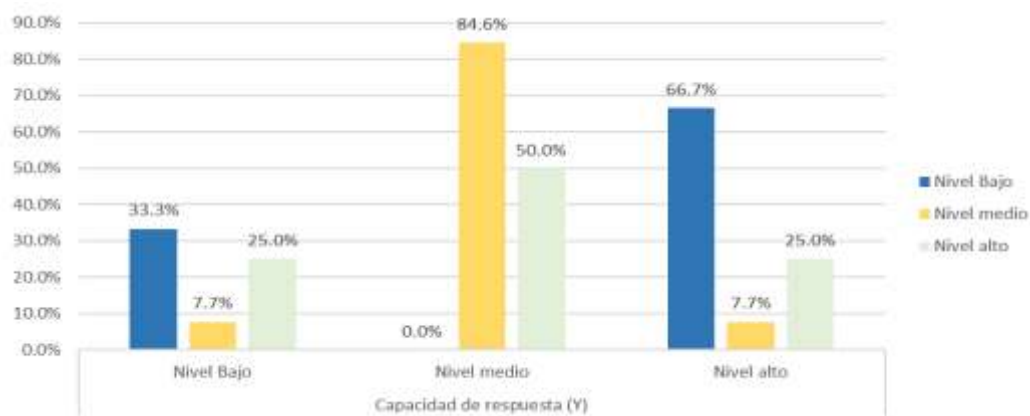
Tabla 5:

Relación entre el nivel de conocimiento y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017

Nivel de conocimiento	Total		Capacidad de respuesta					
			Bajo		Medio		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	3	15.0%	1	33.3%	0	0.0%	2	66.7%
Medio	13	65.0%	1	7.7%	11	84.6%	1	7.7%
Alto	4	20.0%	1	25.0%	2	50.0%	1	25.0%
Total	20	100.0%	3	15.0%	13	65.0%	4	20.0%

Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Gráfico 5: Relación entre el nivel de conocimiento y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017



Fuente: Hospital Vitarte: Profesionales de Enfermería del Servicio de emergencias agosto – setiembre 2017.

Comentario: Los resultados evidencian que de todos los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del hospital Vitarte, Lima agosto – septiembre 2017 y obtuvieron un nivel bajo en el nivel de conocimientos (3), el 66.7% presentaron un nivel alto en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio de conocimiento (13), el 84.6% presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta. Asimismo, se observa que del total de profesionales que obtuvieron un nivel alto de conocimientos (4), el 65% lo conforman los que presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta.

Contrastación de hipótesis

Hipótesis 1:

1.- Planteamos las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis Nula (H_0)

$$H_0: r_{XY} = 0$$

El nivel de conocimiento sobre trauma no se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

Hipótesis Alternativa (H_1)

$$H_1: r_{XY} \neq 0$$

El nivel de conocimiento sobre trauma se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

2.- Usando un nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

3.- Regla de decisión:

Si P-value $< 0,05$ rechazamos H_0 .

Si P-value $> 0,05$, se acepta H_0 .

Tabla 6: Prueba de Rho Spearman: Nivel de conocimiento sobre trauma según capacidad de respuesta.

		Correlación	P-value
Rho de Spearman	1872.7	-0.4080	0.0741
Intervalo de confianza	Lím. Inferior	-0.6944	
95%	Lím.	0.0000	
	Superior		

Con un 95% de confianza se puede afirmar que no existe una asociación significativa (P-value=0.07411), entre el nivel de conocimiento sobre trauma y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.

Hipótesis 2:

1.- Planteamos las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis Nula (H_0)

$$H_0: r_{XY} = 0$$

El nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma no se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

Hipótesis Alternativa (H_1)

$$H_1: r_{XY} \neq 0$$

El nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma se relaciona significativamente con capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

2.- Usando un nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

3.- Regla de decisión:

Si P-value < 0,05 rechazamos H_0 .

Si P-value > 0,05, se acepta H_0 .

Tabla 7: Prueba de Rho Spearman: Nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma según capacidad de respuesta.

	Value	Correlación	P-value
Rho de Spearman	1529.8	-0.1502382	0.5272
Intervalo de confianza 95%	Lím.	-0.5813155	
	Inferior		
	Lím. Superior	0.3103534	

Con un 95% de confianza se puede afirmar que no existe una asociación significativa (P-value=0.5272), entre el nivel de conocimiento de la cinemática del trauma y la capacidad de respuesta del profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – septiembre 2017.

Hipótesis 3:

1.- Planteamos las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis Nula (H_0)

$$H_0: r_{XY} = 0$$

El nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares no se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

Hipótesis Alternativa (H_1)

$$H_1: r_{XY} \neq 0$$

El nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

2.- Usando un nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

3.- Regla de decisión:

Si P-value < 0,05 rechazamos H_0 .

Si P-value > 0,05, se acepta H_0 .

Tabla N 8: Prueba de Rho Spearman: Nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares según capacidad de respuesta

	Value	Correlación	P-value
Rho de Spearman	1495.9	-0.1247556	0.6002
Intervalo de confianza 95%	Lím. Inferior	-0.6383106	
	Lím. Superior	0.4082483	

Con un 95% de confianza se puede afirmar que no existe una asociación significativa (P-value=0.6002), entre el nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.

Hipótesis 4:

1.- Planteamos las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis Nula (H_0)

$$H_0: r_{XY} = 0$$

El nivel de conocimiento sobre caídas no se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

Hipótesis Alternativa (H_1)

$$H_1: r_{XY} \neq 0$$

El nivel de conocimiento sobre caídas se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

2.- Usando un nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

3.- Regla de decisión:

Si P-value < 0,05 rechazamos H_0 .

Si P-value > 0,05, se acepta H_0 .

Tabla 9: Prueba de Rho Spearman: Nivel de conocimiento de las caídas según capacidad de respuesta

	Value	Correlación	P-value
Rho de Spearman	1801	-0.3541328	0.1255
Intervalo de confianza 95%	Lím. Inferior	-0.7885808	
	Lím. Superior	0.1639799	

Con un 95% de confianza se puede afirmar que no existe una asociación significativa (P-value=0.1255), entre el nivel de conocimiento sobre caídas y capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.

Hipótesis General:

1.- Planteamos las siguientes hipótesis de trabajo:

Hipótesis Nula (H_0)

$$H_0: r_{XY} = 0$$

El nivel de conocimientos no se relaciona con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

Hipótesis Alternativa (H_1)

$$H_1: r_{XY} \neq 0$$

El nivel de conocimientos se relaciona con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

2.- Usando un nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

3.- Regla de decisión:

Si P-value < 0,05 rechazamos H_0 .

Si P-value > 0,05 , se acepta H_0

Tabla 10: Prueba de Rho Spearman: Nivel de conocimiento según capacidad de respuesta.

	Value	Correlación	P-value
Rho de Spearman	1533.3	-0.1528361	0.52
Intervalo de confianza 95%	Lím. Inferior	-0.7590721	
	Lím. Superior	0.5371980	

Con un 95% de confianza se puede afirmar que no existe una asociación significativa (P-value=0.52), entre el nivel de conocimiento y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte Lima agosto – setiembre 2017.

IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se realizó el análisis de la información y contraste con la literatura donde se evidencian las diferencias en el resultado en cuanto al conocimiento de trauma, y la relación en la capacidad de respuesta en pacientes que hayan padecido algún tipo de trauma, teniéndose en cuenta las definiciones de la Organización Mundial de la Salud, el Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos (1993 y 2016), como de otros teóricos, también de quienes realizaron tesis que fueron necesarias como antecedentes.

Tabla y gráfico N° 1: Nivel de conocimiento sobre trauma y capacidad de respuesta del profesional de enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto - setiembre 2017, obtuvieron nivel bajo en el nivel de conocimientos del trauma (3), el 66.7% presentaron nivel medio en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron nivel medio de conocimiento del trauma (7), el 71.4% presentaron nivel medio en la capacidad de respuesta. Asimismo, se observa que del total de profesionales que obtuvieron nivel alto de conocimientos del trauma (10), el 65% lo conforman los que presentaron nivel medio en la capacidad de respuesta. Así mismo con 95% de confianza se puede afirmar que no existe asociación significativa ($P\text{-value}=0.07411$), entre conocimiento sobre trauma y capacidad de respuesta de los profesionales de enfermería.

Al contrastar con Murillo sostiene que se debe aplicar un protocolo de atención en la revisión primaria y secundaria en pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de emergencia, además concluye que dichos pacientes que se les cumplió el protocolo presentaron mejor pronóstico de vida. recomienda realizar programas educativos (Clases decentes, cursos sobre la aplicación del ATLS y el manejo del paciente poli traumatizado). Así mismo se insta a describir en el expediente clínico los pasos del protocolo del ATLS.

Por otro lado, comparando el estudio de Marengo, sostiene que los médicos que participaron en su estudio tienen conocimientos y actitudes que no corresponde a la valoración primaria del paciente poli traumatizado, recomienda instaurar programas de educación dirigida a todo el personal de salud involucrados en la atención de pacientes con trauma, teniendo un patrón de conducta similar al estudio planteado que urge la necesidad de un programas de mejora continua en la atención de este tipo de pacientes.

Borja, al evaluar el conocimiento y práctica de Enfermería en el manejo de pacientes con trauma torácico en un servicio de Emergencia, en la evaluación del conocimiento teórico que el manejo de Trauma Torácico muestra que 54% del grupo catalogado como bueno, el 29% alcanza una evaluación de Insuficiente y solo el 17% obtiene una calificación de muy buena. Con ello, se puede afirmar con certeza, que todo profesional enfermero que labora en el área de emergencia, debería ser capacitado específicamente en el tema, para que pueda conocer a profundidad, y aplicar protocolos de manejo internacionalmente estandarizados, de igual forma este autor coincide en aspectos de capacitación al personal.

En cuanto a García al evaluar el nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano en un servicio de emergencia, concluyo al igual que el presente estudio que no existe relación entre nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial, dado que el coeficiente de validez y significancia fue corroborado con la prueba estadística Gamma (valor-p > 0,05), existe la necesidad de asociar las variables con el fin de fortalecer el cuidado con sustento científico.

Tabla y gráfico N° 2: Nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma y capacidad de respuesta del profesional de enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto - setiembre 2017, se determinó a un 95% de confianza que, no existe una asociación significativa (P-

value=0.5272), obtuvieron nivel bajo en conocimientos de la cinemática del trauma (2), el 50% presentaron nivel medio en la capacidad de respuesta y 50% nivel alto en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron nivel medio de conocimiento de la cinemática del trauma (5), el 100.0% presentaron nivel medio en la capacidad de respuesta. Asimismo, se observa que del total de profesionales que obtuvieron nivel alto de conocimientos en la cinemática del trauma (13), el 65% lo conforman los que presentaron nivel medio en la capacidad de respuesta.

Del mismo modo los teóricos citados anteriormente para valorar el conocimiento del trauma podemos volver a citarlos para el conocimiento de la cinemática ya que literalmente están asociadas lo que si no están asociadas es a la capacidad de respuesta, lo que nos lleva profundizar más en temas de manejo del paciente con trauma e implementar un plan de capacitación continuo y fortalecer las capacidades de cada uno de sus integrantes realizando situaciones donde se simule el ingreso de pacientes, valoración y manejo, ya que los resultados hacen referencias a un conocimiento no consolidado y en la repetición de los eventos con trauma evidencian una respuesta en proceso de consolidación. Se insta a los gestores implementar un plan tipo módulos calificados de capacitación hasta fortalecer las capacidades y se optimicen los perfiles del profesional de enfermería en el manejo del paciente crítico.

Borja el 2014 contrasta que esta disparidad observada entre el conocimiento teórico y el conocimiento práctico, podría ser explicada porque la adquisición del conocimiento teórico es un proceso intelectual bastante más complejo. Muchas veces, los profesionales saben desenvolverse apropiadamente en su ámbito de trabajo, aunque les haga falta el sustento teórico que respalda sus prácticas.

Es importante tener en cuenta las definiciones conceptuales del conocimiento de la cinemática del trauma según OMS, Espinoza, el Comité de Trauma del

Colegio Americano de Cirujanos y Akerlund, que hacen referencia a las fuerzas que producen deformaciones mecánicas y sus respuestas fisiológicas que causan una lesión anatómica o un cambio funcional en el organismo del paciente traumatizado, nos ayuda a entender el mecanismo del trauma y el tipo de lesión en el órgano expuesto, es importante el conocimiento acerca de los mecanismos de producción del trauma y la cinemática del trauma muy esencial en la atención del paciente con trauma, elaborar una historia completa y exacta de un incidente traumático con una adecuada interpretación de la información permite predecir más del 90% de las lesiones en los pacientes traumatizados.

Tabla y gráfico N° 3: Nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares y capacidad de respuesta del profesional de enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto - setiembre 2017; se determinó con 95% de confianza que, no existe asociación significativa ($P\text{-value}=0.6002$), siendo las colisiones vehiculares factores de fuerza en la gravedad del paciente crítico es por ello que se valoró también aquí el conocimiento encontrándose que existe nivel bajo en el nivel de conocimientos de las colisiones vehiculares (5), el 40% presentaron nivel medio en la capacidad de respuesta y 40% nivel alto en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron nivel medio de conocimiento de las colisiones vehiculares (11), el 81.8% presentaron nivel medio en la capacidad de respuesta. Se observa que del total de profesionales que obtuvieron nivel alto de conocimientos en las colisiones vehiculares (4), el 50.0% lo conforman los que presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta y un 25% un nivel alto en la capacidad de respuesta.

Estudios que precisen sobre cuanto conocen sobre colisiones vehiculares no hay, pero podemos valernos de los estudios antes mencionados, que hacen referencia a la falta de fortalecimiento del conocimiento con la práctica, el camino es el mismo a seguir plan de capacitación y monitoreo continuo sobre cuanto conoce y como es el abordaje del paciente con trauma. Los programas

de capacitación constante serán de mucha utilidad para brindar atención de calidad que recibirá el paciente que ingrese a las unidades de emergencia del hospital.

Otro aspecto importante son las colisiones vehiculares como el Impacto frontal; referida a la colisión que ocurre entre el vehículo y un objeto en frente del vehículo en movimiento y por lo cual el vehículo se detiene o reduce su velocidad abruptamente. Impacto posterior en un accidente automovilístico: Éste ocurre cuando un vehículo estacionario o en menor velocidad es golpeado por otro que lo golpee por detrás y que discurra a una velocidad mayor. Esta colisión genera una aceleración del vehículo golpeado, movilizándolo el cuerpo con posibilidad de lesión de la columna cervical. Impacto lateral en un accidente automovilístico: Tiene dos componentes: primero la intrusión dentro del compartimiento del pasajero causando lesión a el miembro superior, la parte proximal del fémur, la pared lateral del tórax y el hombro; el segundo componente es el movimiento lateral del vehículo. (Marín, 2005).

Tabla y gráfico N° 4: Nivel de conocimiento sobre caídas y capacidad de respuesta del profesional de enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto - setiembre 2017, se determinó con 95% de confianza que, no existe asociación significativa ($P\text{-value}=0.1255$), en cuanto a los resultados obtuvieron un nivel bajo en el nivel de conocimientos de las caídas (3), el 66.7% presentaron un nivel alto en la capacidad de respuesta y un 33.3% un nivel medio en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio de conocimiento de las caídas (8), el 100.0% presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta. Asimismo, se observa que del total de profesionales que obtuvieron un nivel alto de conocimientos en las caídas (9), el 44.4% lo conforman los que presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta y un 33.3% un nivel bajo en la capacidad de respuesta.

Las caídas es la causa más común de lesiones no fatales y la segunda causa de lesiones neurológicas, pueden catalogarse como una forma de trauma cerrado el cual es causada por un cambio brusco en la velocidad, y la severidad del trauma estará relacionado con las características derivada de la velocidad y la superficie de contacto. (Marín, 2005).

Aunque tampoco hay precisión sobre este tipo de estudio, todos los resultados obtenidos nos llevan por mismo camino, programas de capacitación, así mismo, sensibilizar y aplicar protocolos y guías en el manejo de paciente que acude a emergencia y ha padecido algún tipo de trauma, como refiere Murillo el 2015 en su estudio y recomienda realizar programas educativos. Lo mismo sugiere Marengo el 2015, en su estudio instaurar programas educativos dirigidos a todo el personal de salud de nuestra unidad hospitalaria involucrados en la atención de pacientes con trauma. Borja el 2015, hace hincapié en su estudio sobre programas de capacitación específicos al personal involucrado en la atención de este tipo de paciente; a la vez refiere la poca relación entre el conocimiento y la práctica, ya que los profesionales saben desenvolverse apropiadamente en su ámbito de trabajo, aunque les haga falta el sustento teórico que respalda sus prácticas.

Tabla y gráfico N° 5: Relación entre el nivel de conocimiento y capacidad de respuesta del profesional de enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto - setiembre 2017, los resultados evidencian variabilidad en los hallazgos, los cuales obtuvieron nivel de conocimientos bajo (3), el 66.7% presenta nivel alto en la capacidad de respuesta. Además del total de profesionales que obtuvieron nivel medio de conocimiento (13), el 84.6% presentaron nivel medio en la capacidad de respuesta. Asimismo, se observa que del total de profesionales que obtuvieron nivel alto de conocimientos (4), el 65% lo conforman los que presentaron un nivel medio en la capacidad de respuesta. Se establece con 95% de confianza que, no existe una asociación significativa ($P\text{-value}=0.52$).

Para evidenciar el nivel de conocimiento del trauma citamos a la Organización Mundial de la Salud, el Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, Espinoza, Akerlund y Marín, con la finalidad de evaluar el conocimiento propiamente dicho del trauma, de la cinemática del trauma, de las colisiones vehiculares y el conocimiento de las caídas respectivamente. Para evidenciar la capacidad de respuesta dicha evaluación se realizó usando el ABCDE. A: Vía Aérea con protección de la columna cervical. B: Respiración. C: Circulación con control de la hemorragia. D: Déficit neurológico y E: Exposición (SATI, 2015), con el sustento de los diferentes expertos en tesis del plano nacional e internacional. En cuanto a la relación de variables se utilizó el test de Spearman la cual es una medida de correlación no paramétrica entre variables ordinales, pues se analizó los niveles jerárquicos del nivel de conocimiento sobre el trauma y los niveles jerárquicos sobre la capacidad de respuesta que evidenciaron los profesionales de enfermería, la cual estableció una no asociación.

Al contraste con Murillo el 2015, sostiene que un mejor pronóstico de vida está asociado con el uso de protocolos como el ATLS en la revisión primaria y secundaria en pacientes con trauma y recomienda realizar programas educativos, de igual manera Marengo el 2015, al realizar su estudio con profesionales médicos encontró conocimientos y actitudes que no correspondían con la valoración primaria del paciente poli traumatizado, recomienda instaurar programas de educación dirigida a todo el personal de salud de la unidad hospitalaria involucrados en la atención de pacientes con trauma.

En cuanto a Borja el 2014, encontró que la disparidad observada entre el conocimiento teórico y el conocimiento práctico, podría ser explicada porque la adquisición del conocimiento teórico es un proceso intelectual bastante más complejo, donde los profesionales saben desenvolverse apropiadamente en su ámbito de trabajo, aunque les haga falta el sustento teórico que respalda sus

prácticas. Por otro lado, Hermenejildo 2012, sostiene que es necesario implementar un protocolo de atención de enfermería en pacientes politraumatizados que contribuirá a mejorar la calidad de atención de enfermería, para Tafur 2012, sostiene que con la utilización de la guía de protocolos se espera ayudar a disminuir las posibles complicaciones y prevenir con una intervención oportuna los riesgos que se presentan por un mal manejo en la atención de dichos pacientes.

En contraste con Crespo 2012, encontró que del 100 % de las enfermeras (os) no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente, por lo que concluye que el personal de enfermeras(os) que laboran en el servicio de emergencias no poseen perfil para el manejo inicial del paciente con traumatismo craneo encefálico grave, lo que podría ocasionar complicaciones inmediatas, mediatas, y elevarían costos y estancia hospitalaria., Finalmente García 2016, en su estudio concluye que no existe relación entre nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial, dado que el coeficiente de validez y significancia fue corroborado con la prueba estadística Gamma (valor-p > 0,05). Todos los estudios mencionados de alguna forma guardan relación con el presente estudio, demostrando que es necesario el trabajo conjunto del equipo de salud, a la vez que es necesario planes de capacitación que perfilen una atención de calidad del paciente con algún tipo de trauma.

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se pudo determinar a un 95% de confianza que, no existe una asociación significativa ($P\text{-value}=0.07411$), entre el nivel de conocimiento sobre trauma y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.
2. Se determinó a un 95% de confianza que, no existe una asociación significativa ($P\text{-value}=0.5272$), entre el nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.
3. Se determinó a un 95% de confianza que, no existe una asociación significativa ($P\text{-value}=0.6002$), entre el nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.
4. Se determinó a un 95% de confianza que, no existe una asociación significativa ($P\text{-value}=0.1255$), entre el nivel de conocimiento sobre caídas y capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.
5. Se pudo establecer a un 95% de confianza que, no existe una asociación significativa ($P\text{-value}=0.52$), entre el nivel de conocimiento y capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, Lima agosto – setiembre 2017.

5.2 Recomendaciones

- 1.** Se recomienda al director de Hospital y jefatura de enfermería, optimizar las políticas educativas al personal de enfermería de emergencia de manera periódica mediante módulos que fortalezcan las capacidades cognitivas y asistenciales en la atención de paciente con trauma.
- 2.** Se recomienda al director de Hospital y al equipo de gestión de enfermería, considerar la ubicación estrategia del centro hospitalario y dotar de simuladores especializados sobre cinemática y atención del trauma.
- 3.** Al jefe de emergencia capacitar al personal asistencial sobre la atención del trauma mediante simuladores a pacientes han sufrido distintos tipos de trauma por colisiones vehiculares.
- 4.** Al jefe de área enfermería, fortalecer y concientizar al personal de Enfermería sobre la atención de paciente que ha sufrido un trauma.
- 5.** Al personal médico y enfermería realizar estudios mediante la aplicación de protocolos y guías de atención, hasta obtener estándares de calidad de atención acorde a las necesidades del paciente, en vista de la disociación entre el conocimiento y la capacidad de atención, donde no solo basarnos en la experiencia de la práctica; sino que se debe dotar del sustento teórico.

VI AGRADecIMIENTOS

- A mi familia por su apoyo incondicional.
- A la Universidad San Pedro, por darme la oportunidad de perfeccionar mi formación profesional como Maestro en sus claustros universitarios.
- A los profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte, por las facilidades otorgadas para la ejecución del presente estudio.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benítez, L., y Ramírez, F. (2007). *Estrategias de diagnóstico y tratamiento para el manejo del traumatismo craneoencefálico en adultos*. Medigraphic Arsenisa. Trauma, Vol. 10, Núm. 2, pp 46-57.
- Borja, J., y Collaguazo, C. (2014). *Evaluación de conocimiento y prácticas de enfermería en el manejo de pacientes con trauma torácico, servicio de emergencia del hospital Eugenio espejo Quito 2014*. Universidad Central del Ecuador.
- Canabal, R., García, A., Marina, L., Jiménez, J. (2014). *Código trauma de Castilla – La Mancha. Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias*. Capítulo 58. GUETS – SESCAM.
- Bonilla, J., Crespo, A., Yugsi, (2012). *Nivel de conocimientos de las enfermeras(os) sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del hospital de especialidades Eugenio espejo Quito 2011 - 2012*. Universidad Central del Ecuador
- Espinoza, J. (2011). *Atención básica y avanzada del politraumatizado*. Acta Médica Peruana. versión On-line ISSN 1728-5917. Acta méd. peruana v.28 n.2.
- García, M., y Samanés, S. (2016). *Nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia hospital belén de Trujillo - Perú 2016*. Universidad Privada Antenor Orrego.
- Hermenejildo, B., Yagual, G. (2013). *Atención de enfermería en pacientes Politraumatizados en el área de emergencia del hospital Liborio Panchana Sotomayor*. Ecuador 2013. Universidad Estatal Península de Santa Elena
- López, L. (2013). *Cinemática del trauma. Medicina Intensiva y de Emergencias*. UNICEF.

- Marenco, P. (2015). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Médicos Especialistas, Residentes, Médicos General del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez Sobre la Valoración Primaria en Politraumatismo según “Apoyo Vital Avanzado en Trauma” en el Periodo 2014 – enero 2015*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Murillo, J. (2015). *Aplicación del protocolo de atención del apoyo vital avanzado en trauma (ATLS) en la revisión primaria y secundaria en pacientes politraumatizados atendidos en el servicio de emergencia del hospital Roberto Calderón Gutiérrez. Nicaragua 2015*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Polo, J. (2016). *Score De Trauma Revisado Como Predictor De Mortalidad en Pacientes con Traumatismos Graves del Servicio de Emergencia del Hospital Belén de Trujillo –Perú*. Universidad Nacional de Trujillo
- Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (2015): *El ABCDE, del manejo del trauma*. Volumen 31 - N° 3 - 2014 • SYLLABUS
- Tafur, K., y Tulcanaza, D. (2012). *Rol del profesional de enfermería en el manejo temprano de pacientes poli-traumatizados en el servicio de emergencias en base a protocolos de atención en el Hospital San Luis de Otavalo. Ecuador 2012*. Universidad Técnica del Norte
- Uribe, M., Heine, C., y Cavalleiri, S. (2011). *Manejo inicial y conceptos en trauma: vía aérea, reposición de volumen, toracotomía de urgencia*. Revista Médica Clínica Las Condes. Volume 22, Issue 5.
- Velasco (2014). *Manejo inicial del paciente Politraumatizado ATLS: Definiciones conceptuales de trauma y traumatismo*. Tomado de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/EduardoVelasco3/manejo-inicial-del-politraumatizado-atls>

VIII APÉNDICES Y ANEXOS

8.1 Anexo N° 1 Matriz de consistencia

Título: Nivel de conocimiento y capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el servicio de emergencia del Hospital Vitarte

	Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
General	Nivel de conocimiento y capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, 2017	Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, 2017	Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la capacidad de respuesta del profesional de enfermería frente a las emergencias con trauma en el Hospital Vitarte, 2017	Nivel de conocimiento del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma: Conocimiento del trauma. Conocimiento de cinemática. Colisiones vehiculares: Impacto frontal. Impacto posterior. Impacto lateral. Caídas	Tipo Investigación descriptiva de relación aplicada, de corte transversal. Representación Gráfica M1 : Ox1 Donde: M1 : Muestra de sujeto. Ox1 : Observación de la variable independiente.

Específicos	¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte?	Determinar el nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte.	El nivel de conocimiento sobre cinemática del trauma se relaciona significativamente con la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte.	Capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma: Evaluación: A: Vía aérea y control de la columna cervical: B: Respiración: C: Circulación: D: Déficit neurológico: E: Exposición del paciente	- Nivel de conocimiento del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma v : Índice de correlación. O y : Observación de la variable dependiente. - Capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma Población y Muestra: 20 enf.
	¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre trauma en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte?	Determinar el nivel de conocimiento sobre trauma en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte.	El nivel de conocimiento sobre trauma se relaciona significativamente a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte.		
	¿Cuál es el nivel de	Determinar el nivel de conocimiento	El nivel de conocimiento sobre		

	<p>conocimiento sobre colisiones vehiculares en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte?</p>	<p>Determinar el nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte.</p>	<p>El nivel de conocimiento sobre colisiones vehiculares se relaciona significativamente a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte.</p>		<p>Muestreo No probabilístico intencionado.</p> <p>Técnicas e instrumentos de investigación Técnica propuesta fue una encuesta, y el instrumento un cuestionario</p>
	<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre caídas en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte?</p>	<p>Determinar el nivel de conocimiento sobre caídas en relación a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte.</p>	<p>El nivel de conocimiento sobre caídas se relaciona significativamente a la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte.</p>		

8.2 Anexo N° 2 Cuestionario

Estimado(a) Licenciado (a), reciba mi saludo respetuoso y cordial, la presente encuesta es anónima, tiene por finalidad llevar a cabo un trabajo de investigación que lleva por título **Nivel de conocimiento y capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma en el servicio de emergencia del hospital vitarte. 2017**, para obtener el título de Maestro en Educación con mención en Docencia Universitaria e Investigación Pedagógica.

A continuación, tiene una serie de preguntas con diferentes alternativas, sírvase contestar cada una de ellas y marque la respuesta que usted crea conveniente, agradeciendo su gentil colaboración.

I. Datos generales

1. **Género:** Masculino: () Femenino: ()
2. **Edad:** _____
3. **Estado Civil:** Soltero(a) () Casado (a) () viudo (a) () Divorciado (a) ()
4. **Nivel de formación:** Con especialidad () Sin especialidad ()
5. **Nivel académico:** Con Maestría () Sin Maestría ()

II. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería frente a las emergencias con trauma

6. Conocimiento de Trauma, cinética, colisiones vehiculares y caída.

N°	Ítems	1	2	3	4	5
1	1.- Considera al trauma como una lesión Corporal a nivel orgánico, intencional.					
2	2.- Considera al trauma como una lesión Corporal a nivel orgánico, no intencional.					
3	3.- El trauma se produce por la transmisión de energía, que provoca distintos tipos de lesiones.					
4	4.- La cinemática se basa en los principios fundamentales de la física.					

5	5.- Se considera a la energía cinética dependiente de la velocidad.					
6	6.- La colisión frontal ocurre cuando un vehículo en movimiento impacta contra un objeto por reducción abrupta de su velocidad.					
7	7.- En la colisión frontal incluyen en esta categoría choque con otro vehículo en movimiento o contra un objeto estacionario.					
8	8.- La colisión posterior ocurre cuando un vehículo estacionario o en menor velocidad es golpeado por otro que lo golpee por detrás y que discurra a una velocidad mayor.					
9	9.- El impacto posterior genera aceleración del vehículo golpeado, movilizándolo el cuerpo con posibilidad de lesión de la columna cervical.					
10	10.- El impacto posterior puede causar desgarro por estiramiento de los ligamentos y músculos del cuello.					
11	11.- En el impacto posterior la aceleración inicial es seguida por una desaceleración brusca, similar a la que ocurre en el mecanismo de lesión por impactos frontales					
12	12.- El impacto lateral resulta de la colisión perpendicular a la dirección frontal de su movimiento.					
13	13.- En el impacto lateral existe la posibilidad de lesión contra las partes del vehículo y de los pasajeros entre sí.					
14	14.- En la colisión lateral el pasajero más cercano a la zona de impacto podrá tener lesión de clavícula, costillas, pelvis y de órganos sólidos.					
15	15.- El Impacto por volcamiento puede producir traumas mínimos hasta lesiones severas					
16	16.- En el volcamiento los ocupantes que no lleven cinturón de seguridad; sufrirán múltiples traumas.					
17	17.- Al volcarse chocan contra el interior de vehículo en varios puntos, y contra los otros ocupantes.					
18	18.- Los ocupantes que tienen el cinturón de seguridad puesto están menos expuestos a lesionarse.					
19	19.- Considera las lesiones por caídas son la causa más común de lesiones no fatales.					
20	20.- Considera las lesiones por caídas es la segunda causa de lesiones neurológicas.					

21	21.- La posición de la persona que recibe el trauma al momento de la caída, permite predecir el tipo de lesión.					
----	---	--	--	--	--	--

III. Capacidad de respuesta del profesional de enfermería frente a las emergencias con trauma

N°	A: Sobre la vía aérea y protección de la columna cervical:	Siempre	A veces	Nunca
1	A tenido problemas para permeabilizar la vía aérea			
2	A tenido dificultad para retirar cuerpos extraños			
3	A tenido inconvenientes estabilizar la columna al utilizar el collarín cervical			
4	A tenido dificultades al colocar la cánula de guedell			
5	A realizado el procedimiento teniendo en cuenta que hay una lesión de columna cervical			
N°	B: Sobre la Respiración, ventilación y oxigenación	Siempre	A veces	Nunca
1	A tenido inconvenientes al valorar la mecánica ventilatoria			
2	Se le ha hecho difícil determinar la frecuencia y profundidad de las respiraciones			
3	A tenido problemas al evaluar el patrón respiratorio			
4	Le ha sido difícil colocar el oxímetro de pulso			
5	Se le ha presentado inconvenientes al brindar la oxigenoterapia			
N°	C: Sobre la Circulación y control de hemorragias	Siempre	A veces	Nunca
1	A tenido dificultad al evaluar las constantes vitales			
2	A tenido dificultad al identificar fuentes de hemorragia externa o interna			
3	A tenido problemas al realizar la compresión en sitios de hemorragia			
4	A tenido dificultad al canalizar 2 vías IV con catéteres de			

	gran calibre.			
5	Se le ha complicado la administración de fluidoterapia			
N°	D: Sobre Déficit neurológico	Siempre	A veces	Nunca
1	A tenido dificultades al evaluar el nivel de conciencia			
2	A tenido dificultades al evaluar la escala de coma de Glasgow			
3	A tenido dificultades al evaluar la reactividad del tamaño de las pupilas.			
4	A tenido dificultades al evaluar la movilidad de miembros superiores e inferiores			
5	A tenido dificultades al Evaluar la triada de Cushing			
N°	E: Sobre Exposición/control ambiental	Siempre	A veces	Nunca
1	Se le es fácil desvestir al paciente			
2	A tenido dificultad posteriormente abrigar al paciente			
3	A tenido inconvenientes al individualizar la unidad de atención del paciente			
4	A tenido inconvenientes al previene la hipotermia			
5	Considera usted de mayor importancia la temperatura del paciente que el confort del equipo tratante			

8.4 Anexo N° 4 Juicio de expertos Experto N° 1

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICADORES DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES	
			Redacción clara y precisa		tiene coherencia con la variable		Tiene coherencias con las dimensiones		tiene coherencia con los indicadores			
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería frente a las emergencias con trauma en el servicio de emergencia del hospital vitarte 2017	Trauma	1.- Considera al trauma como una lesión Corporal a nivel orgánico, intencional.	x		x		x		x			
		2.- Considera al trauma como una lesión Corporal a nivel orgánico, no intencional.	x		x		x		x			
		3.- El trauma se produce por la transmisión de energía, que provoca distintos tipos de lesiones.	x		x		x		x			
	Cinemática	4.- La cinemática se basa en los principios fundamentales de la física.	x		x		x		x			
		5.- Se considera a la energía cinética dependiente de la velocidad.	x		x		x		x			
	Colisiones vehiculares	6.- La colisión frontal ocurre cuando un vehículo en movimiento impacta contra un objeto por reducción abrupta de su velocidad.	x		x		x		x			
		7.- En la colisión frontal incluyen en esta categoría choque con otro vehículo en movimiento o contra un objeto estacionario.	x		x		x		x			
		8.- La colisión posterior ocurre cuando un vehículo estacionario o en menor velocidad es golpeado por otro que lo golpee por detrás y que discurra a una velocidad mayor.	x		x		x		x			
		9.- El impacto posterior genera aceleración del vehículo golpeado, movilizándolo el cuerpo con posibilidad de lesión de la columna cervical.	x		x		x		x			
		10.- El impacto posterior puede causar desgarro por estiramiento de los ligamentos y músculos del cuello.	x		x		x		x			
		11.- En el impacto posterior la aceleración inicial es seguida por una desaceleración brusca, similar a la que ocurre en el mecanismo de lesión por impactos frontales	x		x		x		x			
		12.- El impacto lateral resulta de la colisión perpendicular a la dirección frontal de su movimiento.	x		x		x		x			
		13.- En el impacto lateral existe la posibilidad de lesión contra las partes del vehículo y de los pasajeros entre sí.	x		x		x		x			
		14.- En la colisión lateral el pasajero más cercano a la zona de impacto podrá tener lesión de clavícula, costillas, pelvis y de órganos sólidos.	x		x		x		x			
		15.- El Impacto por volcamiento puede producir traumas mínimos hasta lesiones severas	x		x		x		x			
		16.- En el volcamiento los ocupantes que no lleven cinturón de seguridad; sufrirán múltiples traumas.	x		x		x		x			
		17.- Al volcarse chocan contra el interior de vehículo en varios puntos, y contra los otros ocupantes.	x		x		x		x			
		18.- Los ocupantes que tienen el cinturón de seguridad puesto están menos expuestos a lesionarse.	x		x		x		x			
		Caídas	19.- Considera las lesiones por caídas son la causa más común de lesiones no fatales.	x		x		x		x		
			20.- Considera las lesiones por caídas es la segunda causa de lesiones neurológicas.	x		x		x		x		
	21.- La posición de la persona que recibe el trauma al momento de la caída, permite predecir el tipo de lesión.		x		x		x		x			
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICADORES DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES	

			Redacción clara y precisa		tiene coherencia con la variable		Tiene coherencias con las dimensiones		tiene coherencia con los indicadores		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Capacidad de respuesta de los profesionales de enfermería del hospital vitarte 2017	A: Vía Aérea y columna cervical	A tenido problemas para permeabilizar la vía aérea	x		x		x		x		
		A tenido dificultad para retirar cuerpos extraños	x		x		x		x		
		A tenido inconvenientes estabilizar la columna al utilizar el collarín cervical	x		x		x		x		
		Atenido dificultades al colocar la cánula de guedell	x		x		x		x		
		A realizado el procedimiento teniendo en cuenta que hay una lesión de columna cervical	x		x		x		x		
	B: Ventilación, Respiración y oxigenación	A tenido inconvenientes al valorar la mecánica ventilatoria	x		x		x		x		
		Se le ha hecho difícil determinar la frecuencia y profundidad de las respiraciones	x		x		x		x		
		A tenido problemas al evaluar el patrón respiratorio	x		x		x		x		
		Le ha sido difícil colocar el oxímetro de pulso	x		x		x		x		
		Se le ha presentado inconvenientes al brindar la oxigenoterapia	x		x		x		x		
	C: Circulación y control de hemorragia	A tenido dificultad al evaluar las constantes vitales	x		x		x		x		
		A tenido dificultad al identificar fuentes de hemorragia externa o interna	x		x		x		x		
		A tenido problemas al realizar la compresión en sitios de hemorragia	x		x		x		x		
		A tenido dificultad al canalizar 2 vías IV con catéteres de gran calibre.	x		x		x		x		
		Se le ha complicado la administración de fluidoterapia	x		x		x		x		
	D: Déficit neurológico	A tenido dificultades al evaluar el nivel de conciencia	x		x		x		x		
		A tenido dificultades al evaluar la escala de coma de Glasgow	x		x		x		x		
		A tenido dificultades al evaluar la reactividad del tamaño de las pupilas.	x		x		x		x		
		A tenido dificultades al evaluar la movilidad de miembros superiores e inferiores	x		x		x		x		
		A tenido dificultades al Evaluar la triada de Cushing	x		x		x		x		
	E: Exposición/control ambiental	Se le es fácil desvestir al paciente	x		x		x		x		
		A tenido dificultad posteriormente abrigar al paciente	x		x		x		x		
		A tenido inconvenientes al individualizar la unidad de atención del paciente	x		x		x		x		
		A tenido inconvenientes al previene la hipotermia	x		x		x		x		
		Considera usted de mayor importancia la temperatura del paciente que el confort del equipo tratante	x		x		x		x		

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Investigación científica inédita, factible y pertinente de aplicar por la relevancia social y científica.

Chimbote 11 de noviembre del 2017



DNI N° 10018313

Experto N° 2

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICADORES DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES	
			Redacción clara y precisa		tiene coherencia con la variable		Tiene coherencias con las dimensiones		tiene coherencia con los indicadores			
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
Nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería frente a las emergencias con trauma en el servicio de emergencia del hospital vitarte 2017	Trauma	1.- Considera al trauma como una lesión Corporal a nivel orgánico, intencional.	X		X		X		X			
		2.- Considera al trauma como una lesión Corporal a nivel orgánico, no intencional.	x		x		x		x			
		3.- El trauma se produce por la transmisión de energía, que provoca distintos tipos de lesiones.	x		x		x		x			
	Cinemática	4.- La cinemática se basa en los principios fundamentales de la física.	x		x		x		x			
		5.- Se considera a la energía cinética dependiente de la velocidad.	X		X		X		X			
	Colisiones vehiculares	6.- La colisión frontal ocurre cuando un vehículo en movimiento impacta contra un objeto por reducción abrupta de su velocidad.	x		x		x		x			
		7.- En la colisión frontal incluyen en esta categoría choque con otro vehículo en movimiento o contra un objeto estacionario.	x		x		x		x			
		8.- La colisión posterior ocurre cuando un vehículo estacionario o en menor velocidad es golpeado por otro que lo golpee por detrás y que discurra a una velocidad mayor.	x		x		x		x			
		9.- El impacto posterior genera aceleración del vehículo golpeado, movilizándolo el cuerpo con posibilidad de lesión de la columna cervical.	X		X		X		X			
		10.- El impacto posterior puede causar desgarro por estiramiento de los ligamentos y músculos del cuello.	x		x		x		x			
		11.- En el impacto posterior la aceleración inicial es seguida por una desaceleración brusca, similar a la que ocurre en el mecanismo de lesión por impactos frontales	x		x		x		x			
		12.- El impacto lateral resulta de la colisión perpendicular a la dirección frontal de su movimiento.	x		x		x		x			
		13.- En el impacto lateral existe la posibilidad de lesión contra las partes del vehículo y de los pasajeros entre sí.	X		X		X		X			
		14.- En la colisión lateral el pasajero más cercano a la zona de impacto podrá tener lesión de clavícula, costillas, pelvis y de órganos sólidos.	x		x		x		x			
		15.- El Impacto por volcamiento puede producir traumas mínimos hasta lesiones severas	x		x		x		x			
		16.- En el volcamiento los ocupantes que no lleven cinturón de seguridad; sufrirán múltiples traumas.	x		x		x		x			
		17.- Al volcarse chocan contra el interior de vehículo en varios puntos, y contra los otros ocupantes.	X		X		X		X			
		18.- Los ocupantes que tienen el cinturón de seguridad puesto están menos expuestos a lesionarse.	X		X		X		X			
		Caídas	19.- Considera las lesiones por caídas son la causa más común de lesiones no fatales.	X		X		X		X		
			20.- Considera las lesiones por caídas es la segunda causa de lesiones neurológicas.	X		X		X		X		

21.- La posición de la persona que recibe el trauma al momento de la caída, permite predecir el tipo de lesión.

X X X X

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICADORES DE EVALUACIÓN								OBSERVACIONES
			Redacción clara y precisa		tiene coherencia con la variable		Tiene coherencias con las dimensiones		tiene coherencia con los indicadores		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Capacidad de respuesta de los profesionales de enfermería del hospital vitarte 2017	A: Vía Aérea y columna cervical	A tenido problemas para permeabilizar la vía aérea	x		x		x		x		
		A tenido dificultad para retirar cuerpos extraños	x		x		x		x		
		A tenido inconvenientes estabilizar la columna al utilizar el collarín cervical	x		x		x		x		
		Atenido dificultades al colocar la cánula de guedell	x		x		x		x		
		A realizado el procedimiento teniendo en cuenta que hay una lesión de columna cervical	x		x		x		x		
	B: Ventilación, Respiración y oxigenación	A tenido inconvenientes al valorar la mecánica ventilatoria	x		x		x		x		
		Se le ha hecho difícil determinar la frecuencia y profundidad de las respiraciones	x		x		x		x		
		A tenido problemas al evaluar el patrón respiratorio	x		x		x		x		
		Le ha sido difícil colocar el oxímetro de pulso	x		x		x		x		
		Se le ha presentado inconvenientes al brindar la oxigenoterapia	x		x		x		x		
	C: Circulación y control de hemorragia	A tenido dificultad al evaluar las constantes vitales	x		x		x		x		
		A tenido dificultad al identificar fuentes de hemorragia externa o interna	x		x		x		x		
		A tenido problemas al realizar la compresión en sitios de hemorragia	x		x		x		x		
		A tenido dificultad al canalizar 2 vías IV con catéteres de gran calibre.	x		x		x		x		
	D: Déficit neurológico	Se le ha complicado la administración de fluidoterapia	x		x		x		x		
		A tenido dificultades al evaluar el nivel de conciencia	x		x		x		x		
		A tenido dificultades al evaluar la escala de coma de Glasgow	x		x		x		x		
		A tenido dificultades al evaluar la reactividad del tamaño de las pupilas.	x		x		x		x		
		A tenido dificultades al evaluar la movilidad de miembros superiores e inferiores	x		x		x		x		
	E: Exposición/control ambiental	A tenido dificultades al Evaluar la triada de Cushing	x		x		x		x		
		Se le es fácil desvestir al paciente	x		x		x		x		
		A tenido dificultad posteriormente abrigar al paciente	x		x		x		x		
		A tenido inconvenientes al individualizar la unidad de atención del paciente	x		x		x		x		
		A tenido inconvenientes al previene la hipotermia	x		x		x		x		
	Considera usted de mayor importancia la temperatura del paciente que el confort del equipo tratante	x		x		x		x			

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Investigación científica inédita, factible y pertinente de aplicar por la relevancia social y científica.

Chimbote 11 de noviembre del 2017


DNI N° 32818922

8.5 Anexo N° 5 Presentación de resultados para cada dimensión e indicador

Tabla N° 01

Distribución de niveles del nivel de conocimiento según datos personales

Nivel de conocimiento (X)	Total (N=20)		Género				Estado civil							
			F (n=11)		M (n=9)		Soltero (n=14)		Casado (n=6)		Viudo (n=0)		Divorciado (n=0)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Trauma														
Nivel bajo	3	15.0%	3	100.0%	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel medio	7	35.0%	5	71.4%	2	28.6%	5	71.4%	2	28.6%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel alto	10	50.0%	3	30.0%	7	70.0%	7	70.0%	3	30.0%	0	0.0%	0	0.0%
Cinemática														
Nivel bajo	2	10.0%	2	100.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel medio	5	25.0%	2	40.0%	3	60.0%	3	60.0%	2	40.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel alto	13	65.0%	7	53.8%	6	46.2%	10	76.9%	3	23.1%	0	0.0%	0	0.0%
Colisiones vehiculares														
Nivel bajo	5	25.0%	4	80.0%	1	20.0%	4	80.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel medio	11	55.0%	5	45.5%	6	54.5%	6	54.5%	5	45.5%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel alto	4	20.0%	2	50.0%	2	50.0%	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Caídas														
Nivel bajo	3	15.0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel medio	8	40.0%	5	62.5%	3	37.5%	2	25.0%	6	75.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel alto	9	45.0%	4	44.4%	5	55.6%	9	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Comentario: De los Enfermeros (as), en estudio que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Vitarte, Lima 2017 se observa lo siguiente: Respecto al nivel de conocimiento sobre el trauma, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (3), el 100% son de género femenino y el 66.7% son solteras. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (7), el 71.4% corresponde a profesionales de género femenino y además el 71.4% son solteros. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (10), lo conforman el 70% los de género masculino y además el 70% son solteros.

Respecto al nivel de conocimiento sobre la cinemática del trauma, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (2), el 100% son de género femenino y el 50% son solteras. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (5), el 60.0% corresponde a profesionales de género masculino y además el 60.0% son solteros. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (13), lo conforman el 53.8% los de género femenino y además el 76.9% son solteros.

Respecto al nivel de conocimiento sobre las colisiones vehiculares, obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (5), el 80.0% son de género femenino y el 80% son solteros. Del total de Enfermeros que obtuvieron un nivel medio (11), el 54.5% corresponde a profesionales de género masculino y además el 54.5% son solteros. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (4), lo conforman el 50.0% los de género femenino y además el 100.0% son solteros.

Respecto al nivel de conocimiento sobre caídas, obtuvieron un nivel bajo en la (3), el 66.7% son de género femenino y el 100% son solteros. Del total que obtuvieron un nivel medio (8), el 62.5% corresponde a profesionales de género femenino y además el 75.0% son casados. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (9), lo conforman el 55.6% los de género masculino y además el 100.0% son solteros. Además, el 100% de los casos corresponden a profesiones con especialidad.

Tabla N° 02

Distribución de niveles del nivel de conocimiento según datos personales

Nivel de conocimiento (X)	Total (N=20)		Nivel de formación				Nivel académico			
			Con especialidad (n=)		Sin especialidad (n=)		Con Maestría (n=)		Sin Maestría (n=)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Trauma										
Nivel bajo	3	15.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%
Nivel medio	7	35.0%	7	100.0%	0	0.0%	3	42.9%	4	57.1%
Nivel alto	10	50.0%	10	100.0%	0	0.0%	5	50.0%	5	50.0%
Cinemática										
Nivel bajo	2	10.0%	2	100.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%
Nivel medio	5	25.0%	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	100.0%
Nivel alto	13	65.0%	13	100.0%	0	0.0%	7	53.8%	6	46.2%
Colisiones vehiculares										
Nivel bajo	5	25.0%	5	100.0%	0	0.0%	3	60.0%	2	40.0%
Nivel medio	11	55.0%	11	100.0%	0	0.0%	2	18.2%	9	81.8%
Nivel alto	4	20.0%	4	100.0%	0	0.0%	3	75.0%	1	25.0%
Caídas										
Nivel bajo	3	15.0%	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%
Nivel medio	8	40.0%	8	100.0%	0	0.0%	2	25.0%	6	75.0%
Nivel alto	9	45.0%	9	100.0%	0	0.0%	6	66.7%	3	33.3%

Comentario: Del total de profesionales de enfermería, bajo estudio que laboran en el servicio de emergencia del hospital Vitarte, Lima agosto – septiembre 2017 se observa lo siguiente:

Respecto al nivel de conocimiento sobre el trauma, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (3), el 100% no tienen maestría. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (7), el 57.1% corresponde a profesionales sin maestría. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (10), lo conforman el 50% a profesionales con maestría

Respecto al nivel de conocimiento sobre la cinemática del trauma, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (2), el 50% tienen maestría. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (5), el 100.0% corresponde a profesionales sin maestría. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (13), lo conforman el 53.8% a profesionales con maestría.

Respecto al nivel de conocimiento sobre las colisiones vehiculares, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (5), el 60.0% tienen maestría. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (11), el 81.8% corresponde a profesionales sin maestría. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (4), lo conforman el 75.0% profesionales con maestría.

Respecto al nivel de conocimiento sobre caídas, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (3), el 100.0% no tienen maestría. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (8), el 75.0% corresponde a profesionales sin maestría. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (9), lo conforman el 66.7% a profesionales con maestría.

Además, el 100% de los casos corresponden a profesiones con especialidad.

Tabla N° 03

Distribución de niveles de la capacidad de respuesta según datos personales

Capacidad de respuesta (Y)	Total (N=20)		Género				Estado civil							
			F (n=11)		M (n=9)		Soltero (n=14)		Casado (n=6)		Viudo (n=0)		Divorciado (n=0)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Vía aérea y control de la columna cervical														
Nivel bajo	1	5.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel medio	15	75.0%	9	60.0%	6	40.0%	11	73.3%	4	26.7%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel alto	4	20.0%	1	25.0%	3	75.0%	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%
Respiración														
Nivel bajo	4	20.0%	3	75.0%	1	25.0%	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel medio	12	60.0%	7	58.3%	5	41.7%	8	66.7%	4	33.3%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel alto	4	20.0%	1	25.0%	3	75.0%	2	50.0%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%
Circulación														
Nivel bajo	1	5.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel medio	15	75.0%	7	46.7%	8	53.3%	9	60.0%	6	40.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel alto	4	20.0%	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Déficit neurológico														
Nivel bajo	1	5.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel medio	13	65.0%	6	46.2%	7	53.8%	8	61.5%	5	38.5%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel alto	6	30.0%	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Exposición del paciente														
Nivel bajo	1	5.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel medio	13	65.0%	6	46.2%	7	53.8%	8	61.5%	5	38.5%	0	0.0%	0	0.0%
Nivel alto	6	30.0%	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Comentario: Del total de enfermeros, de estudio que laboran en el servicio de emergencia del hospital Vitarte, Lima 2017 se observa lo siguiente:

Respecto a la capacidad de respuesta de la vía aérea y control de la columna cervical, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (1), corresponde a un caso de género femenino y además se encuentra con estado civil soltero. Del total obtuvieron un nivel medio (15), el 60% corresponde al género femenino, conformando un 73.3% los solteros. Del total con nivel alto en sus

respuestas (4), lo conforman la mayoría (75%) los de género masculino, además un 50% lo representan los solteros y el 50% restante los casados.

Respecto a la capacidad de respuesta en la respiración, obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (4), corresponden los de género femenino en la mayoría (75%), y además se encuentra el 100% con estado civil soltero. Del total obtuvieron un nivel medio (12), el 58.3% corresponde a profesionales de género femenino, conformando un 66.7% los solteros. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (4), lo conforman la mayoría los de género masculino (75%), además un 50% lo representan los solteros y el 50% restante los casados.

Respecto a la capacidad de respuesta en la circulación, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (1), corresponden el 100% a los de género masculino, y además el 100% tienen estado civil soltero. Del total obtuvieron un nivel medio (15), el 53.3% corresponde a profesionales de género masculino, conformando un 60.0% los solteros. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (4), lo conforman el 100% de género femenino, además el 100% lo representan los solteros.

Respecto a la capacidad de respuesta en el déficit neurológico, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (1), corresponden el 100% a los de género masculino, y además el 100% tienen estado civil casado. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (13), el 53.8% corresponde a profesionales de género masculino, y además el 61.5% con estado civil soltero. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (6), lo conforman el 83.3% de género femenino, además el 100% lo representan los solteros.

Respecto a la capacidad de respuesta en la exposición del paciente, obtuvieron nivel bajo en la evaluación (1), corresponden el 100% a los de género masculino, y además el 100% tienen estado civil casado. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (13), el 53.8% corresponde a profesionales de género masculino, y además el 61.5% con estado civil soltero. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (6), lo conforman el 83.3% de género femenino, además el 100% lo representan los solteros.

Tabla N° 04

Distribución de niveles de la capacidad de respuesta según datos personales

Capacidad de respuesta (Y)	Total (N=20)		Nivel de formación				Nivel académico			
			Con especialidad (n=20)		Sin especialidad (n=0)		Con Maestría (n=8)		Sin Maestría (n=12)	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Vía aérea y control de la columna cervical										
Nivel bajo	1	5.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
Nivel medio	15	75.0%	15	100.0%	0	0.0%	6	40.0%	9	60.0%
Nivel alto	4	20.0%	4	100.0%	0	0.0%	1	25.0%	3	75.0%
Respiración										
Nivel bajo	4	20.0%	4	100.0%	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%
Nivel medio	12	60.0%	12	100.0%	0	0.0%	5	41.7%	7	58.3%
Nivel alto	4	20.0%	4	100.0%	0	0.0%	1	25.0%	3	75.0%
Circulación										
Nivel bajo	1	5.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
Nivel medio	15	75.0%	15	100.0%	0	0.0%	5	33.3%	10	66.7%
Nivel alto	4	20.0%	4	100.0%	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%
Déficit neurológico										
Nivel bajo	1	5.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
Nivel medio	13	65.0%	13	100.0%	0	0.0%	5	38.5%	8	61.5%
Nivel alto	6	30.0%	6	100.0%	0	0.0%	3	50.0%	3	50.0%
Exposición del paciente										
Nivel bajo	1	5.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
Nivel medio	13	65.0%	13	100.0%	0	0.0%	5	38.5%	8	61.5%
Nivel alto	6	30.0%	6	100.0%	0	0.0%	3	50.0%	3	50.0%

Comentario: Del total de profesionales de enfermería, bajo estudio que laboran en el servicio de emergencia del hospital Vitarte, Lima agosto – septiembre 2017 se observa lo siguiente:

Respecto a la capacidad de respuesta de la vía aérea y control de la columna cervical, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (1), el 100% tienen maestría. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (15), el 60% corresponde a profesionales sin maestría. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (4), lo conforman el 75% los que tienen maestría.

Respecto a la capacidad de respuesta en la respiración, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (4), el 50% corresponden los profesionales con maestría. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel

medio (12), el 58.3% corresponde a profesionales sin maestría. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (4), lo conforman la mayoría (75%), los profesionales sin maestría.

Respecto a la capacidad de respuesta en la circulación, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (1), corresponden el 100% a los profesionales con maestría. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (15), el 66.7% corresponde a profesionales sin maestría. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (4), lo conforman el 50% los que tienen maestría.

Respecto a la capacidad de respuesta en el déficit neurológico, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (1), corresponden el 100% a los profesionales sin maestría. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (13), el 61.5% corresponde a profesionales sin maestría. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (6), lo conforman el 50.0% con maestría.

Respecto a la capacidad de respuesta en la exposición del paciente, los profesionales que obtuvieron un nivel bajo en la evaluación (1), corresponden el 100% a los profesionales sin maestría. Del total de profesionales que obtuvieron un nivel medio (13), el 61.5% corresponde a profesionales sin maestría. Del total de profesionales con nivel alto en sus respuestas (6), lo conforman el 50.0% a los profesionales con maestría. Además, el 100% de los casos corresponden a profesiones con especialidad.

8.6 Anexo N° 6 Propuesta de capacitación como intervención científica

1. Introducción:

El manejo oportuno y protocolizado de pacientes que han padecido algún tipo de trauma y que compromete la vida o deja algún tipo que secuela, que afecta el desarrollo de su quehacer diario, nos motiva proponer un plan de capacitación continua al personal involucrado en la atención de este tipo de pacientes. Dicho plan debe estar enfocado al fortalecimiento de las capacidades cognitivas y asistenciales en el manejo del paciente con trauma.

2. Justificación

Frente a los resultados encontrados es de vital importancia proponer un plan de capacitación para brindar atención de calidad a pacientes que hayan sufrido algún tipo trauma, cuyo propósito fortalecerá las capacidades del conocimiento científico y la capacidad de respuesta del profesional de Enfermería frente a las emergencias con trauma, el presente plan de capacitación se ajusta las necesidades de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Vitarte.

3. Objetivos

Objetivo general:

Proponer un plan anual de capacitación modular y simuladores que fortalezca las capacidades cognitivas y asistenciales al Personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital vitarte.

Objetivo específico:

- Brindar capacitaciones mensuales a través de exposiciones sobre manejo del paciente con trauma.
- Brindar talleres simulados sobre atención del paciente con trauma.
- Realizar evaluaciones modulares al personal involucrado.

- Apoyo en certificaciones externas de capacitación.

-

4. Módulo de capacitación anual

El plan propuesto busca incentivar la capacitación continua y modulada con certificaciones, que sean de utilidad en las evaluaciones semestrales, dichas capacitaciones deben tener carácter de prioridad y obligatoriedad, con el fin de cumplir con los módulos de capacitación propuesto y sobre todo se refleje en el fortalecimiento del cuidado.

Plan de capacitación anual al personal de enfermería: Manejo de trauma y tipos de trauma Multisistemico en la sala de emergencia												
	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Ponencia teórica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Simulación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Evaluación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Certificación			x			x			x			x

5. Evaluación

Realizar evaluaciones trimestrales, semestrales y anuales de los tópicos trabajados. Así mismo quienes cumplan los criterios se les dará la certificación, la misma que enriquecerá su legajo.