UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA E INTERDISCIPLINARIAS

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2022

Tesis para optar el título profesional

SEGUNDA ESPECIALIDAD INTERDISCIPLINARIA, CON MENCIÓN EN:

EMERGENCIAS Y DESASTRES

DIANA KAROL NIEVES SEGURA

Pucallpa – Perú

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA E INTERDISCIPLINARIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS MODALIDAD VIRTUAL

En Pucallpa, a los **dieciséis (16)** días del mes de **Mayo** de **2024**, siendo las **11:30** horas y de acuerdo a lo señalado en el Reglamento Interno de Título de Segunda Especialidad de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunió el Jurado Calificador, conformado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE : **Dra. Otília Hernandez Panduro**
MIEMB RO : **Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas**
MIEMBRO : **Mg. Aida Natividad Paredes Pérez**

Para proceder a la evaluación de la sustentación pública de la Tesis titulada:

"CONOCIMIENTO Y PRACTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN INMOVILIZACION DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2022"

Presentada por los Profesionales:
Lic. Enf. DIANA KAROL NIEVES SEGURA

Teniendo en calidad de Asesora a: **Dra. Isabel Ramírez Chumbe (ORCID 0000-0003-3797-8566) (DNI 00095257)**

Finalizada la sustentación de la misma, se procedió a realizar la evaluación respectiva, llegando a la siguiente conclusión: La tesis ha sido: .....APROBADO - BUENO.....

Quedando la profesional expeditas para que se les otorgue el Título de Segunda Especialidad interdisciplinaria, con mención en: **EMERGENCIAS Y DESASTRES**

Siendo las 13:00 horas del mismo día se dio por concluido el acto académico.

Pucallpa, **dieciséis (16) de mayo de 2024**

Dra. Otília Hernandez Panduro
PRESIDENTE

Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas
MIEMBRO

Mg. Aida Natividad Paredes Pérez
MIEMBRO

La tesis titulada: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVCIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2022** fue aprobada por los miembros del Jurado Calificador, conformado por:

Dra. Otilia Hernández Panduro
Presidente

Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas
Miembro

Mg. Aida Natividad Paredes Pérez
Miembro

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

Nº **V/0118-2023**.

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe final de tesis, titulado: "**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2022**"

Autor(es)	:	**NIEVES SEGURA, DIANA KAROL**
Facultad	:	**CIENCIAS DE LA SALUD**
Programa	:	**SEGUNDA ESPECIALIDAD INTERDISCIPLINARIAS, CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**
Asesor(a)	:	**Dra. RAMIREZ CHUMBE, ISABEL**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud 8%.**

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se firma y se sella la presente constancia

Fecha: 06/03/2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI Dirección General de Producción Intelectual

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, DIANA KAROL NIEVES SEGURA

Autor de la tesis titulada : "CONOCIMIENTO Y PRACTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN INMOVILIZACION DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2022."

Sustentada el año 2024

Asesor(a): Dra. ISABEL RAMIREZ CHUMBE

Facultad: CIENCIAS DE LA SALUD

Programa : SEGUNDA ESPECIALIDAD INTERDISCIPLINARIA

Mención: EMERGENCIAS Y DESASTRES

Autorizo la publicación:

PARCIAL ☐ TOTAL ☒

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 16 / 05 / 2024

Email: dikanise@hotmail.com Firma:

Teléfono: 954673042 DNI: 44025539

www.repositorio.unu.edu.pe
repositorio@unu.edu.pe

DEDICATORIA

Con mucho amor y cariño a mi hijo Leónidas Granados Nieves, por ser el motivo de mi constante superación.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Nacional de Ucayali, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Escuela Profesional de Enfermería, y del programa de segunda especialidad, quienes hacen posible el crecimiento académico y desarrollo profesional de los de licenciados en enfermería.

A mi asesora de tesis, Dra. Isabel Ramírez Chumbe, por sus conocimientos y experiencia compartida en el desarrollo de la investigación.

A las autoridades y a los profesionales que se desempeñan en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, quienes brindaron las facilidades para la ejecución del trabajo de investigación.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a la realización y culminación del estudio.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue establecer la relación entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022. Metodología; fue ejecutado considerando el diseño no experimental; de un nivel relacional, de tipo transversal y prospectivo; con una población muestral de 35 profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa; como técnica se utilizó la encuesta y la observación; y como instrumentos un cuestionario y una guía de observación. Resultados; respecto a las características, el 62.9% (22) se encuentran en el grupo etario de 30 a 40 años; en cuanto a la condición laboral, el 65.7% (23) son nombrados; y el 88.5% (31) asistieron a algún curso de capacitación en atención del paciente politraumatizado. El nivel de conocimiento sobre la inmovilización del paciente politraumatizado, en el 65.7% (23) es alto; y el 34.3% (12) califican de conocimiento medio; y ninguno calificó en el nivel de conocimiento bajo. Respecto a la práctica sobre la inmovilización del paciente politraumatizado, el 54.3% (19) realizó muy buena práctica; el 45.7% (16) realizó practica buena; y ninguno en la categoría de práctica deficiente. Conclusiones; existe relación significativa entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, el cual se determinó mediante el estadístico de prueba de correlación Tau b de Kendall, con un nivel de significancia $\alpha = 5\%$ ($\alpha = 0,05$), donde se obtuvo un p valor = 0,01.

Palabras clave: conocimiento, práctica, inmovilización, politraumatizado.

ABSTRACT

The objective of the study was to establish the relationship between knowledge and practice of the nursing professional in immobilization of the polytraumatized patient in the emergency service of the Regional Hospital of Pucallpa, 2022. Methodology; it was executed considering the non-experimental design; of a relational level, of a transversal and prospective type; with a sample population of 35 nursing professionals from the emergency service of the Regional Hospital of Pucallpa; as a technique the survey and observation were used; and as instruments a questionnaire and an observation guide. Results; Regarding the characteristics, 62.9% (22) are in the age group of 30 to 40 years; Regarding the labor condition, 65.7% (23) are appointed; and 88.5% (31) attended a training course in polytraumatized patient care. The level of knowledge about the immobilization of the polytraumatized patient, in 65.7% (23) is high; and 34.3% (12) qualify as medium knowledge; and none qualified at the low level of knowledge. Regarding the practice on the immobilization of the polytraumatized patient, 54.3% (19) performed very good practice; 45.7% (16) carried out a good practice; and none in the poor practice category. Conclusions; there is a significant relationship between knowledge and practice of the nursing professional in immobilization of the polytraumatized patient in the emergency service of the Regional Hospital of Pucallpa, which was determined by the Kendall Tau b correlation test statistic, with a significance level α = 5% (α = 0.05), where a p value = 0.01 was obtained.

Key words: knowledge, practice, immobilization, polytraumatized.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTO vii
RESUMEN viii
ABSTRACT ix
ÍNDICE x
INTRODUCCIÓN xiii
CAPÍTULO I 15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 15
1.1. Fundamentación del problema de investigación 15
1.2. Justificación 18
1.3. Propósito o importancia 19
1.4. Formulación del problema de investigación 20
1.4.1. Problema general 20
1.4.2. Problemas específicos 20
1.5. Objetivos 21
1.5.1. Objetivo General 21
1.5.2. Objetivos específicos 21
CAPÍTULO II 22
MARCO TEÓRICO 22
2.1. Antecedentes de investigación 22
2.1.1. A nivel internacional 22
2.1.2. A nivel nacional. 25
2.2. Bases teóricas 30
2.2.1. Conocimiento sobre inmovilización. 30
2.2.2. Inmovilización del paciente politraumatizado. 33
2.2.3. Práctica de inmovilización. 41
2.4. Hipótesis, variables y operacionalización de variables 48
2.4.1. Hipótesis 48
2.4.3. Operacionalización de las variable 50
CAPÍTULO III 52
METODOLOGÍA 52
3.1. Ámbito de estudio. 52

3.2. Población 52
3.3. Muestra 52
3.4. Nivel y tipo de estudio. 53
3.5. Diseño de investigación. 53
3.6. Técnicas e instrumentos 54
3.7. Procedimiento y plan de tabulación 55
3.8. Análisis de los datos 57
CAPÍTULO IV 58
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 58
4.1. Resultados y discusión 58
4.2. análisis inferencial: 65
CONCLUSIONES 67
RECOMENDACIONES 68
BIBLIOGRAFÍA 69
ANEXOS 74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variable …….46

Tabla 2. Grupo etario del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022 …….54

Tabla 3. Condición laboral del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022 …….55

Tabla 4. Asistencia a curso de capacitación en atención del paciente politraumatizado del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022…….56

Tabla 5. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022…….56

Tabla 6. Práctica del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022……...58

Tabla 7. Relación entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022……..59

INTRODUCCIÓN

La adecuada inmovilización del politraumatizado tiene especial importancia debido a que tiene por objetivo estabilizar lesiones existentes y evitar lesiones secundarias que agravarían aún más su estado y dificultarían su posterior recuperación.

Para la elección de los distintos materiales y técnicas de inmovilización de una víctima se debe tener en cuenta: la localización del paciente y accesibilidad a la víctima (características propias del lugar del incidente). Si se trata de un accidente vehicular: tipo de vehículo, mecanismo del accidente, deformidades, riesgos añadidos. Número de víctimas, posición que ocupan y situación clínica. Número de sanitarios disponibles en la intervención. Disponibilidad de materiales especiales de rescate.

En estos casos, proceda a una correcta inmovilización con los materiales disponibles, sin olvidar que algunos de ellos no garantizan la ausencia de movimientos por lo que, además, deben estar controlados por las manos del personal de salud.

Una de las funciones como profesional de enfermería en el servicio de emergencia es inmovilizar al paciente cuando sea necesario. El objetivo es estabilizar las lesiones que puedan presentar y así evitar otras que puedan empeorar su estado. Esta técnica es fundamental para que éstas no empeoren y para asegurar que él mismo no realiza ningún movimiento perjudicial. Además, durante el traslado al hospital en ambulancia se pueden producir movimientos, mediante la inmovilización evitaremos todas

estas amenazas; situación que condujo a formular la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?

Por lo que, el presente informe se ha diseñado teniendo en cuenta el reglamento general de grados y títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, y se estructura en cuatro capítulos, distribuidos de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Planteamiento del problema de investigación; en este capítulo, se describe el problema de investigación, se realiza la formulación del problema y los objetivos.

CAPITULO II: Marco teórico; comprende los antecedentes internacionales, nacionales y locales de la investigación, la base teórica y el marco conceptual.

CAPÍTULO III: Metodología; se describe el ámbito, la población, la muestra, el tipo y nivel de estudio, el diseño y el análisis de los datos.

CAPÍTULO IV: Resultados y discusión; se muestran los resultados y discusión de los resultados, la comparación con los hallazgos de otros investigadores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES; se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas después del proceso del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema de investigación

El 7 de diciembre de 2018 en Ginebra, Suiza, la OMS emite un nuevo informe y destaca que los progresos han sido insuficientes en abordar la falta de seguridad en las vías de tránsito, ya que, a nivel mundial, los peatones y ciclistas representan el 26% de todas las muertes por accidentes de tráfico, con esa cifra tan alta como el 44% en África y el 36% en el Mediterráneo oriental. Los conductores y pasajeros de motocicletas representan el 28% de todas las muertes por accidentes de tráfico, pero la proporción es mayor en algunas regiones, por ejemplo. 43% en el sudeste asiático y 36% en el pacífico occidental (1)

Ya que cerca del 60% de todos los pacientes politraumatizados corresponden a eventos posteriores a un accidente de tránsito, con una alta tasa de mortalidad, por ello ha desplazado a otras patologías tales como enfermedades infectocontagiosas, y el trauma ha pasado del noveno lugar hasta un tercer o cuarto lugar entre las causas de muerte en la estadística global, convirtiéndose realmente en una pandemia mundial (2)

El impacto social de esta nueva pandemia es tan grave que produce, aproximadamente 3,5 millones de muertes y alrededor de 50 millones de lesionados anualmente a nivel mundial, con daños que pueden ser lesiones leves o llegar a presentar secuelas severas con discapacidad importante sin contar con el severo daño psicológico que sufren los sobrevivientes al trauma, cerca del 90% de muertes o lesionados se dan en países en vías de desarrollo, impactando seriamente en la dinámica familiar y de la sociedad que muchas veces no está preparada para la atención de este tipo de pacientes (2)

Por todo lo anterior a nivel mundial se están generando políticas de estado que incidan en la disminución sustancial de este daño, la mortalidad y la morbilidad secundaria a los traumas por eventos de tránsito, estas políticas de estado que deberían de ser multisectoriales deben de enfocar al trauma desde sus tres factores epidemiológicos: huésped, agente y medio ambiente y proponer acciones específicas para cada uno de estos factores y así poder conseguir objetivos concretos, reducir la mortalidad; sabiendo que hasta el 25% de los pacientes que sufren politraumatismo por accidentes de tránsito tienen un desenlace fatal debido a un manejo inadecuado, el sistema de salud y sus integrantes deben de estar preparados en el manejo de este tipo de situaciones, tener conocimientos, herramientas, equipos proceso para el adecuado control de daños en el momento de asistir a un paciente que ha

sufrido un politraumatismo y así poder ofrecerle mejores oportunidades de sobrevivencia (3)

En el Perú, durante el 2011, se registró 8,929 accidentes de tránsito a causa del consumo de alcohol, según cifras publicadas por el Ministerio de Salud (MINSA), que refiere que el número de muertes por siniestros viales en el país es uno de los más altos en América Latina; y esto representa cerca del 1,5% del PBI (4)

El instituto nacional de rehabilitación, atendió 159 pacientes por traumatismos causados por accidentes de tránsito, de los cuales, 56% ocasionaron daños en la médula espinal, 35% traumatismo encefalocraneano y 2,5% amputaciones, entre otros. Un 60% de los casos presentaron deficiencias musculo esqueléticas y viscerales, seguidas de las deficiencias generalizadas, psicológicas y del lenguaje, el grupo etéreo afectado con mayor frecuencia fue el grupo comprendido entre los 20 y 64 años (población económicamente activa). Según etiología el 41% fueron pasajeros, 35% peatones y 20% Conductores (5)

En Ucayali, los indicadores de salud muestran algunos de los determinantes y causas de la incidencia de politraumatismo ocurridos por accidentes de tránsito al 95 %, haciendo un total de 1683 casos según indicadores publicado en el ASIS – DIRESA 2016, el alto costo biológico y económico que genera la atención del trauma, no solamente en el tratamiento del estado agudo sino en la

rehabilitación, obliga a un manejo inicial coordinado y disciplinado por parte del equipo de salud (6)

En la ciudad de Pucallpa, es bastante frecuente los accidentes de tránsito sobre todo en feriados largos o días festivos, por lo que en el servicio de emergencia es frecuente observar alta demanda de pacientes que sufren accidentes de tránsito ocurrido por motos lineales, y moto taxi que son los medios de transporte más utilizados de la zona. Así mismo, la demora en la atención de los pacientes con politraumatismos en el servicio de emergencia está relacionada al déficit de un sistema y de procesos que aún no son de calidad, ya que se observa collarín cervical mal colocado, lentitud en la colocación de tabla espinal, traslado del paciente sin la colocación de correas de fijación, evidenciando el poco conocimiento y la falta de práctica del profesional de enfermería para la atención del paciente politraumatizado.

1.2. Justificación

La OMS, estimó que los pacientes politraumatizados o politraumatismo es un problema de salud pública en el mundo, con 4 millones de muertes y de 50 millones de lesionados, con secuelas graves irreversibles y con presencia de discapacidades; asimismo, el 90% de estos casos se dan con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo, y solo un 10% se presentan en los países en desarrollo; por ende, los profesionales de enfermería deben estar preparadas en el manejo adecuado, con habilidades y destrezas

para ofrecer mayores probabilidades de sobrevivencia y salvar vidas (1).

Por ende, el profesional de enfermería emergencista por su actuación es un factor de supervivencia y mitigación de secuelas al paciente; debe estar capacitado continuamente contribuyendo en la mejora continua de la calidad asistencial en pacientes politraumatizados; conllevando que su capacidad de respuesta sea muy oportuna y eficaz (2).

Por todo ello, la inmovilización espinal en pacientes politraumatizados debe ser realizada por profesionales de enfermería emergencistas altamente capacitados, para ello y en el mismo sitio del accidente; por tanto, es preciso la implementación de programas de enseñanza específicamente al personal sanitario, así como todo aquel personal que pueda estar en contacto con un enfermo de esta índole (3).

1.3. Propósito o importancia

El propósito del estudio fue establecer la relación entre el conocimiento y la práctica del profesional de enfermería en la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, para generar estrategias que permitan desarrollar las competencias conceptuales, procedimentales y como no decir actitudinales del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado, y

evitar así secuelas graves producidas por la inadecuada inmovilización, así como reducir los días de estancia hospitalaria.

Se convierte en un referente para futuras búsquedas del conocimiento, para la mejora continua de la profesión de enfermería.

1.4. Formulación del problema de investigación

1.4.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?.

1.4.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?
- ¿Cuál es el nivel de práctica del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Establecer la relación entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

1.5.2. Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.
- Valorar el nivel de práctica del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. A nivel internacional

Yucajvi L. Conocimiento y práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado, 2017. Objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería en el cuidado al paciente politraumatizado en sus factores valoración neurológica, valoración respiratoria y valoración hemodinámica, el cual se ubica en una investigación correlacionar de campo, descriptiva de corte transversal cuya población está conformada por 40 enfermeros técnicos y licenciados de la Emergencia de Adulto del Hospital Pablo Acosta Ortiz de los cuales se tomó una muestra de 19 enfermeros que representan el 45.5% de la población, la recolección de la información se obtuvo mediante la aplicación de cuestionario constituido en 2 partes la primera compuesta por los datos sociolaborales y la segunda parte por 31 ITESM con cuatro opciones de respuestas aunado a esto se aplicó una observación directa de 29 ITEMS tipo dicotómico (SINO) los mismos fueron sometidos a proceso de validación mediante juicio de experto y cuya confiabilidad se realizó a través de

una prueba piloto aplicada a 10 elementos muéstrales con las mismas características del personal de la emergencia pero en otro centro hospitalario, la prueba estadística aplicada fue T Student para medir si hay relación entre el conocimiento y la práctica, cuyos resultados arrojaron una diferencia promedio de 6,42 puntos a favor del conocimiento con respecto a la puntuación de la practica ejecutada, diferencia significativa ($p < 0,00001$) por lo que las variables tienen una diferencia marcada entre si no se relacionan, concluyéndose que no hay relación entre el conocimiento y la practica ejecutada, esta situación podría estar influenciada por la ausencia de formación especializada, una carente educación en servicio para el cuidado del paciente crítico en los aspectos neurológicos, respiratorios y hemodinámicos y programas de capacitación teórico practico específicos para el cuidado del paciente politraumatizado en las unidades de urgencias, recomendándose la aplicación de programas de educación en servicios enfocados en las debilidades que presentan el personal de enfermería de la emergencia de adulto en la atención al politraumatizado, de igual forma motivar al personal a realizar especialización y maestría en dirigidos al cuidado del pacientes críticos (7). Tafur K. y Tulcanaza D. 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”. Metodología, la recolección de datos fue realizada mediante la aplicación de encuestas a 53 usuarios tomadas como muestra y al profesional de enfermería que labora en dicha casa de salud en el Servicio de Emergencia. Conclusiones, la investigación realizada demuestra que, en relación a género, el grupo masculino son quienes acuden con más frecuencia al Servicio de Emergencia lo cual hace evidente que es la población más vulnerable en el proceso salud enfermedad, en presentar problemas politraumáticos. Se evidencia que los problemas más comunes son los traumatismos en miembros superiores, seguido de traumatismo cráneo-encefálicos, traumatismos de miembros inferiores, lo que significa que los profesionales de enfermería deben estar actualizados para brindar atención de calidad y calidez. El estudio permitió determinar que el nivel de conocimientos del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital San Luis de Otavalo es regular lo que amerita la actualización y capacitación en forma permanente. El equipo de salud del Hospital San Luis de Otavalo del Servicio de Emergencia, en sus actividades diarias la mayor parte del profesional dan cumplimiento a cada uno de los cuidados que se debe brindar en la atención del paciente

politraumatizado, sin la aplicación de instrumentos de apoyo con sustento científico (8)

2.1.2. A nivel nacional.

Jancachagua C., y Salome N. Conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019. Metodología, investigación de tipo cuantitativa no experimental, de corte transversal debido a que se realiza en un tiempo determinado y prospectivo debido a que los datos se obtuvieron en tiempo presente, el diseño elegido fue el descriptivo, la muestra se obtuvo del tipo de muestreo censal y la conformaron 25 enfermeros. Resultados revelaron que el 48% de los enfermeros tenían un nivel de conocimiento medio; y el 68% de ellos tiene prácticas adecuadas acerca de la atención de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki. Finalmente, el presente estudio concluye en términos generales, que el nivel de conocimiento de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados fue intermedio, debido a que obtuvieron entre 11 a 20 puntos en el cuestionario aplicado, de otro lado el tipo de práctica que realizaron los enfermeros es el adecuado, esto porque obtuvieron en primera instancia un puntaje de 16 a 30 puntos de la escala de valoración

planteada. Enseguida se recomendó al Hospital desarrollar programas de capacitación hacia el personal, que contemplen el incremento del nivel de conocimiento personal a la atención de pacientes politraumatizados (9)

Paucar J., Desarrollo el estudio sobre: Conocimiento y prácticas de la enfermera (o) en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén, 2019. La presente investigación de tipo descriptiva correlacional se realizó con la finalidad de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de la enfermeras(os) en el manejo del paciente poli-traumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Chepén 2018, en una población muestral de 22 enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión a quienes se les aplico un instrumento para medir el nivel de conocimiento y una lista de cotejo donde se observó las prácticas de la enfermera en el manejo del paciente poli-traumatizado, para medir la correlación utilizando la prueba estadística de independencia de criterios chi cuadrado, llegando a las siguientes conclusiones: El 46 por ciento de enfermeras tiene un deficiente nivel de conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Chepen, el 36 por ciento regular y solo el 18 por ciento bueno. El 64 por ciento de las enfermeras muestran malas prácticas y el 33 por

ciento buenas prácticas en el manejo del paciente politraumatizado. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de las enfermeras en el manejo del paciente politraumatizado $p< 0.001$ (10).

Quispe M., y Vilca Z. Conocimientos del manejo inicial del paciente politraumatizado y engagement, enfermeras servicio de emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017. Metodología, estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional La población estuvo conformada por 26 Enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa. Resultados, en la variable conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado factor: vía aérea, la mayoría de las Enfermeras en estudio tienen mediano nivel (53.8%), ventilación (50.0%), circulación (50.0%) evaluación neurológica (65.4%), exposición del paciente (50.0%), y a nivel global (53,8%) la mayoría de Enfermeras muestran nivel medio en su dominio seguido del alto nivel (38,5%). Con relación a la variable Engagement en el factor vigor (42,3%), factor dedicación (61.5%), factor absorción (46,2%) y a nivel global (46,2%) la mayoría de la población mostro mediano nivel seguido del alto nivel con el 42,3% y solo el 11,5% tienen bajo nivel. Con la aplicación del estadístico no paramétrico del χ^2: con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del

5% se encontró elevada significancia estadística (0.001), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado con el nivel de Engagement (11)

Ñañez M. Nivel de conocimientos en estudiantes del 4to. año de enfermería sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito prehospitalario Lima - Perú 2017. Metodología nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método Descriptivo, de corte transversal. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, la población estuvo conformada por el total de 55 estudiantes. Resultados, el nivel de conocimiento es de 45% nivel medio (45%) 31% alto y 24% bajo; el nivel de conocimiento se ha dividido en 5 dimensiones: apertura de la vía aérea y control de la columna cervical, ventilación y oxigenación, circulación y control de hemorragia, evaluación neurológica y exposición del paciente con prevención de la hipotermia. Los aspectos que más destacan incluye la inmovilización de la columna cervical, conocimiento de la frecuencia respiratoria normal, características del pulso, control rápido de la hemorragia externa, uso de cristaloides isotónicos como expansores eficaces del volumen, parámetros que incluyen la Escala de Glasgow, y las acciones para evitar la hipotermia. Conclusión Se encuentra que un porcentaje significativo de estudiantes

de Enfermería poseen un nivel de conocimiento medio, lo cual revela que deben de recibir mucha más información e incidir en aprender y mejorar habilidades esenciales en el manejo de este tipo de pacientes (12)

Coronel L., y Marrufo G. Cuidado enfermero a pacientes politraumatizados en estado crítico en el servicio de emergencia del Hospital Docente Las Mercedes 2016. Metodología, la población estuvo conformada por todas las enfermeras que laboran en el tópico de Cirugía y la muestra constituida por la población muestral; la recolección de datos se realizó mediante entrevistas abiertas a profundidad, guía de observación y análisis documental; en todo momento se tuvieron en cuenta los principios éticos y de rigor científico. De los resultados emergieron la siguiente categoría: Cuidando la dimensión biofísica del paciente politraumatizado condicionado por factores de cuidado vital, cuidando la dimensión psicosocial e interpersonal espiritual del paciente politraumatizado y con limitaciones del entorno para el cuidado del paciente politraumatizado. Llegando a la consideración final que las enfermeras enfatizan el cuidado biofísico priorizando el mantenimiento de la vida, a través del cuidado de la vía aérea, ventilación, circulación, neurológico, y exposición del paciente; sin embargo el cuidado transpersonal como lo señala Watson no se evidencia, pero

se reconoce la importancia del cuidado espiritual y apoyo a la familia; así como la necesidad de provisión de apoyo del entorno: apoyo tecnológico y de insumos para el cuidado oportuno del paciente politraumatizado (13)

2.1.3. A nivel local.

Luego de hacer la búsqueda en las principales instituciones dedicadas a realizar investigación, se concluye que no existe trabajo de investigación relacionado a la variable dentro de los últimos cinco años.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento sobre inmovilización.

Conocimiento:

Bertrand R., plantea que el conocimiento es el conjunto de informaciones que posee el hombre como producto de su experiencia, de lo que ha sido capaz de interferir a partir de estos (14)

Según Bunge M., el conocimiento, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificándole en conocimiento científico y vulgar, el científico es

racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago, inexacto, limitado por la observación (15)

De lo expuesto por los dos autores, se puede considerar que el conocimiento es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados sobre hechos, verdades o de información almacenado a través de la experiencia o del aprendizaje mediante el ejercicio de las facultades mentales.

Tipos de conocimiento:

Alavi M. y Leidner D., en su libro "Taxonomía del Conocimiento" Clasifican el conocimiento en: (16)

Tácito: Conocimiento enraizado en las acciones, experiencias y Contextos específicos.

Explícito: Conocimiento articulado y generalizado

Individual: Conocimiento creado por e inherente al individuo

Social: Conocimiento creado por e inherente a la colectividad y a las acciones de grupo.

Generación del Conocimiento.

Para Nonaka I. y Takeuchi H., la generación del conocimiento se realiza en cuatro fases: (17)

Socialización: de compartir experiencias e ideas personales del conocimiento tácito personal al conocimiento colectivo.

Externalización: del paso del conocimiento tácito colectivo al Explícito

Combinación: en la que se efectúa el intercambio de conocimientos explícitos, documentos compartidos por diferentes modalidades, principalmente electrónicas y virtuales.

Interiorización o de aprendizaje: en la que el conocimiento explícito colectivo se transforma en tácito individual.

Conocimientos y conductas de salud.

Cutipa C., señala que, para promover medios de vida sanos, habrá que conocer los motivos del comportamiento que causa o previene la enfermedad, existen diversos tipos de pensamientos y sentimientos, los cuales están modulados por nuestros conocimientos, creencias, actitudes y valores que determinan nuestro comportamiento. En las comunidades existen diversos tipos de comportamiento que promueven la salud, evitan enfermedades y contribuyen a la curación y

rehabilitación, los cuales deben identificarse y fomentarse (18)

Los conocimientos proceden a menudo de la experiencia, pero también de la información proporcionada por nuestros padres, maestros, amigos, etc. En tanto, las actitudes muestran nuestros gustos y aversiones, proceden también de nuestras experiencias.

El modelo de conocimiento-acción establece, que, habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje (18)

2.2.2. Inmovilización del paciente politraumatizado.

Luego de producido el trauma y por tanto el daño en el sujeto, se inicia un periodo de tiempo en el cual se producen cambios fisiológicos que buscan recuperar la homeostasis del organismo, en algunos personas esto es imposible por la magnitud de la lesión, en otros estos mecanismos son los suficientes como para proporcionar un poco más de tiempo que le permita alguna oportunidad de supervivencia, sin

embargo estos cambios no se pueden mantener por mucho tiempo, a lo largo del último siglo los conflictos bélicos, los desastres y ahora los traumas civiles debido a los accidentes de tránsito han servido como “un laboratorio” para entender esto y aplicar una filosofía en el manejo de este tipo de situaciones aplicando la “hora dorada” planteado por el colegio americano de cirujanos, para lo cual debemos de tener un sistema de soporte pre hospitalario eficiente, que cumpla con los principios básicos del manejo: valoración rápida, manejo apropiado de la vía aérea, control eficiente de la hemorragia, estabilización de fracturas, iniciación de reemplazo de volumen sanguíneo perdido y una evacuación rápida y segura a un centro hospitalario (19)

Tipos de politraumatismo:

Es de suma importancia para el personal que apoyará en el manejo inicial del politraumatizado, ya que es el que se realiza en el lugar donde se produjo el evento y a poco tiempo de ocurrido, por lo que se debe de determinar principalmente de qué tipo de politrauma se trata en función de la gravedad, es decir realizar el triaje:

a) Politraumatismo leve: Paciente cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas.

b) Politraumatismo moderado: Con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.

c) Politraumatismo severo o grave: Pacientes con alguna de las siguientes condiciones:

- Muerte de cualquier ocupante del vehículo
- Eyección de paciente de vehículo cerrado
- Caída mayor a dos veces la altura del paciente
- Impacto a gran velocidad > 50 Km./h
- Compromiso hemodinámico: presión sistólica < 90 mmHg
- Bradipnea frecuencia respiratoria < 10 o taquipnea > 30
- Trastorno de conciencia, Glasgow < 13
- Fracturas de dos o más huesos largos
- Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle
- Si la extracción desde el vehículo dura más de 20 min. o ha sido dificultosa.

- O que presenten alguna de las siguientes características como agravante: Edad > 60 años, embarazo, y patología grave preexistente (20)

Tipos de eventos fatales en paciente politraumatizado:

Los eventos fatales en paciente politraumatizado se pueden distribuir en tres tiempos o picos claramente definidos, a esto se le denomina la distribución tri modal de la muerte por accidentes: (21)

a) **Inmediato:** Etapa en la que fallecen el 50% de los pacientes que sufren el evento, estos fallecen en forma instantánea luego de sucedido el evento o inmediatamente después, esto generalmente es consecuencia de lesiones muy severas y que eran muy poco probable que hubieran respondido a algún tratamiento de rescate.

Lesiones cardiacas o de grandes vasos

Lesiones severas vertebro medulares a nivel alto (21)

b) **Precoz**: Fallecen el 30% de todos los pacientes que sobreviven a la etapa previa y estos fallecimientos ocurren minutos u horas posteriores al evento y pueden deberse a:

Traumatismo encéfalo craneano

Lesiones de viscerales, Hígado, bazo, riñón

Traumatismo toráxico, hemotórax, neumotórax, taponamiento cardiaco (21)

c) **Tardío**: Fallecen el 20% de los pacientes que llegan a esta etapa y estos pacientes fallecen luego de presentar infecciones severas, shock séptico o disfunciones orgánicas múltiples (21)

Atención pre hospitalaria del paciente politraumatizado.

Cuando se llega al lugar donde se produjo el evento, se debe de recolectar la mayor cantidad de datos sobre este y proceder a evaluar a la persona en forma inmediata, datos como cuánto tiempo ha transcurrido desde el evento, si es conductor, es pasajero o peatón, cómo ocurrió el accidente, son de vital importancia para poder identificar el tipo de lesión más probable (22)

A (airway). Vía aérea con protección de la columna cervical: La vía aérea, es la parte más importante de la evaluación inicial, el solo permeabilizar la vía aérea removiendo cuerpos extraños de la vía aérea superior puede llegar a disminuir hasta en un 20% la mortalidad del individuo.

Monitoreo del nivel de conciencia, con la escala de Glasgow sería suficiente, y si ésta disminuye a valores < 8

puntos, se debe permeabilizar la vía aérea en forma artificial, bastaría solo con un tubo orofaringeo, siempre evitando el que se produzca efecto nauseoso, y si el paciente está inconsciente (EGC < 8) o presenta algún tipo de lesión en el cuello como hematoma, se debe de plantear la intubación orotraqueal, ya que en el caso del trauma cervical, este podría tratarse de un hematoma y éste aumentar produciendo la obstrucción mecánica de la vía aérea y sería más difícil realizarlo posteriormente.

La protección y estabilización de la columna cervical se debe de realizar en forma manual hasta que se cuente con un collarín cervical, el punto clave sería que se debe de asumir que todo paciente que sufre de un politraumatismo tiene potencialmente un trauma cervical. Toda la maniobra de permeabilización de vía aérea debe de realizarse protegiendo la columna cervical (22)

B (breathing). Control de la ventilación y respiración: Debemos de evaluar si el paciente respira, qué frecuencia y amplitud tiene cada respiración, si el tórax se moviliza simétricamente, se debe de realizar la palpación del tórax buscando fracturas costales o enfisema, ya que esto nos daría idea de la presencia de un neumotórax. Siempre se debe de administrar oxígeno suplementario por máscara Venturi o

bolsa de reservorio para asegurar una adecuada oxigenación tisular (22)

C (circulation). Control de las hemorragias y soporte circulatorio: El objetivo es evitar la hipovolemia por hemorragias, condicionando perfusión sistémica con las complicaciones subsiguientes, la evaluación del pulso en las grandes arterias es un indicativo del estado hemodinámico de los pacientes, la forma siguiente es una guía rápida de obtener datos:

- Pulso radial no es palpable con sistólica por debajo de 80 mmHg.
- Pulso femoral no es palpable con sistólica por debajo de 70 mmHg.
- Pulso carotídeo no es palpable con sistólica por debajo de 60 mmHg.

Buscar el origen de las hemorragias y detenerlas con medidas hemostáticas mecánicas, compresiones directa con gasas o apósitos o torniquetes aplicados en forma intermitente por sobre el miembro afectado, y procediendo siempre a realizar la canalización de dos vías periféricas con catéteres gruesos N° 16 o 18 G° con la finalidad de realizar la reposición de pérdidas de volumen sanguíneo efectivo, generalmente se acepta que la infusión de rescate se debe de realizar con solución salina o

lactato de Ringer, aproximadamente 1,000 CC en los primeros 10 minutos y luego mantener una infusión continua (22)

D. (disability). Examen neurológico: Se evaluará el nivel de conciencia, este debe ser realizado con la escala de Glasgow, el monitoreo nos dará idea según sea el compromiso de lesión neurológica, recordando que este puede ser alterado por otras razones no neurológicas (22)

E. (exposition, examination). Se debe de exponer la mayor parte del cuerpo en las que se sospeche exista algún tipo de lesión para realizar un completo examen en forma adecuada, siempre teniendo en cuenta que se debe de evitar la hipotermia y mantener siempre el respeto al pudor del sujeto (22)

Trasporte del paciente politraumatizado

El paciente debe de ser transferido en forma inmediata luego de la estabilización, recordando el principio de la “hora de oro”, la estabilización y el trasporte no deben de tomar más tiempo del planteado, si en el transporte del paciente se presenta algún tipo de inestabilidad, se debe proceder a reevaluar al paciente aplicando siempre el ABCD en forma secuencial, el seguimiento de esta secuencia disminuirá la posibilidad de presentarse algún error u omisión en el manejo del paciente. Al momento de iniciar el transporte se debe de asegurar que el hospital al que se está refiriendo el paciente esté en

conocimiento de la situación de salud del paciente y se encuentre en expectativa todas las especialidades que participarán en el manejo hospitalario, para ello se debe establecer una línea abierta entre la unidad médica y el servicio de emergencia del hospital en referencia (23)

2.2.3. Práctica de inmovilización.

Collarín cervical tipo Philadelphia

Realice una valoración inicial ABC para descartar lesiones en el cuello que no puedan ser valorados tras colocar el collarín: lesiones traqueales, desviaciones de la tráquea, enfisema subcutáneo, ingurgitación yugular, ausencia de pulso carotídeo, heridas, hematomas en el cuello.

Coloque la columna cervical en posición neutral, salvo en los casos en que se produzca dolor, bloqueos o déficit neurológicos en la movilización a esta posición, donde no será posible la colocación del collarín.

Elija el tamaño del collarín adecuado.

Ayúdese con otro rescatador que sujetará firmemente la cabeza

Retire el pelo, la ropa o adornos que puedan interferir en la colocación del collarín

Tape las heridas del cuello con cobertura aséptica, previamente, a la colocación del collarín.

Fije el collarín con las sujeciones intentando no comprimir en exceso el cuello del paciente (24)

Inmovilizador Cefálico

Dispositivo complementario al collarín cervical que se usa de manera conjunta con la camilla de cuchara o el tablero espinal para la completa inmovilización cervical (movimientos laterales de la cabeza) en pacientes politraumatizados, con sospecha de trauma cervical y/o traumatismo craneoencefálico, durante su movilización y traslado. Permite observar en todo momento el pabellón auditivo para objetivar la presencia de otorragia (24)

Inmovilización con tabla espinal tipo Kendrick

Dispositivo espinal para extracción del paciente en posición sentada con inmovilización de columna vertebral (24)

Realice una valoración ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión en cuello, tórax y abdomen que pueden quedar ocultos con el dispositivo.

Uno de los sanitarios deberá sujetar, continuamente, la cabeza del paciente con el collarín hasta la colocación total del dispositivo.

Introduzca la férula espinal entre el paciente y el respaldo del asiento hasta el final de éste.

Libere las cintas del arnés. Evite liberar el resto de las cintas torácicas.

Pase las alas laterales del dispositivo correspondientes al tronco, dejando los brazos fuera.

Abroche y tense las cintas del arnés, y posteriormente, las cintas torácicas por colores (puede comenzar con las centrales, y luego las inferiores y superiores).

Coloque las alas superiores a ambos lados de la cabeza, rellenando el hueco entre el occipucio y la férula espinal con la almohadilla al efecto.

Sujete las alas cefálicas con los barbuquejos en la frente y el mentón, o bien con un vendaje con la misma disposición.

Para la extracción de la víctima proceda, junto con otro sanitario, a la rotación de ésta en bloque, considerando la mejor opción en función de las características del habitáculo, lesiones de la víctima y número de rescatadores disponibles.

Recline el asiento y tumbe al paciente sobre la camilla de cuchara para su extracción por la parte posterior en vehículos con portón trasero, o cuando las circunstancias del accidente no hagan posible otra vía.

Coloque a la víctima, una vez extraída, en decúbito sobre la camilla de cuchara, y ésta sobre la camilla de la ambulancia.

Desabroche los correajes para favorecer los movimientos respiratorios del paciente y para la valoración secundaria de éste (24)

Inmovilización con chalecos y extricación.

El dispositivo Kendrick de extricación (dispositivo de desprendimiento de KED) es un dispositivo de inmovilización de rescate médico de emergencia, que proporciona medios para inmovilizar y extirpar a los pacientes de accidentes automovilísticos o espacios confinados, ofrece inmovilización para pacientes adultos o pediátricos con sospecha de lesiones medulares.

Características: incluye chaleco envolvente, rodillo de cuello ajustable- almohadilla, dos correas de cabeza y maletín de transporte. Manijas integradas permiten a los rescatistas obtener un agarre firme en el paciente y K.E.D como una unidad. Se adapta a una férula de

cadera y pélvica por simple inversión. Los lados ajustables y plegables permiten un fácil acceso al pecho del paciente. Puede utilizarse para múltiples tamaños de pacientes, incluidos niños y mujeres embarazadas. Cinturones de seguridad codificados con colores y hebillas de seguridad para una rápida y fácil aplicación. Eficaz en la inmovilización de pacientes pediátricos. Ideal para inmovilizar y extirpar a los pacientes de accidentes automovilísticos o espacios confinados. No interfiere con la aplicación de pantalones antichoque (24)

Inmovilización con correas de fijación

Sistema de correas tipo araña, es un sistema de correas con 10 puntos de fijación que proporciona una máxima seguridad e inmovilización del paciente. El gancho permite el ajuste durante la fijación/separación de las correas del tablero. El undécimo punto de fijación permite liberar al paciente de las correas y que permanezcan sujetas al tablero espinal.

Correas multitejido impermeables a fluidos y termorresistentes; se limpian con facilidad con una solución de agua y lejía.

Características; exclusivo sistema de correaje tipo araña 5 correas ajustables para torso/extremidades

con cinturón central regulable, correas de nailon y lengüetas EZ peel, fácil plegado para almacenamiento, cierres con banda adhesiva, ajustable a tamaño adulto y pediátrico Varios colores (24)

Inmovilización con Férulas

Dispositivo de inmovilización para fracturas de miembro inferior que realiza una tracción mediante una rueda de enganche, utilizando como puntos de apoyo el tobillo y la sínfisis del pubis.

Indicaciones: fracturas diafisarias de fémur y de tibia, éstas últimas de tercio medio y proximal. Se puede utilizar en la mayoría de pacientes mayores de ocho años y en adultos, con una altura no superior a 2,08 m (24)

2.3. Definición de términos básicos

- **Accidente**; Suceso eventual que altera el orden regular de las cosas. Suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas.
- **Accidente de tránsito;** Un accidente es un acontecimiento violento que ocurre inintencionadamente, por obra de la casualidad y que provoca un daño, sin poder controlarse. Los llamados

accidentes de tránsito en muchos casos habrían podido impedirse si se hubieran tomado las medidas preventivas necesarias, y solo son accidentales por el hecho de no ser dolosos sino acaecidos por mera negligencia.

- **Colisión;** Encuentro violento de dos o más cuerpos, de los cuales al menos uno está en movimiento, es denominado también como choque.
- **Fractura**; Rotura violenta de una cosa sólida, especialmente de un hueso del cuerpo.
- **Herida**; Lesión, normalmente sangrante, que se produce en los tejidos exteriores del cuerpo como consecuencia de un corte, un disparo, una presión, un roce, entre otros.
- **Inmovilización**; procedimiento o técnica que limita el desplazamiento de un hueso o de una articulación lesionada mediante la utilización de una ortesis (férulas, yeso, vendas, etc.), se utiliza en los primeros auxilios con diversos tipos de heridas, fracturas o lesiones, para mantener al paciente sin movimiento en la lesión hasta que lo atienda el personal sanitario.
- **Politraumatizado**; Es aquel paciente traumatizado, llamado también, trauma múltiple, que ha sufrido

lesiones múltiples graves y potencialmente letales en distintas partes del cuerpo.

- **Trauma**; situación con daño físico al cuerpo. En medicina, sin embargo, se identifica por lo general como paciente traumatizado a alguien que ha sufrido heridas serias que ponen en riesgo su vida y que pueden resultar en complicaciones secundarias tales como shock, paro respiratorio y muerte.

2.4. Hipótesis, variables y operacionalización de variables

2.4.1. Hipótesis

Hipótesis de investigación (Hi):

Existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

Hipótesis Nula (Ho):

No existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

2.4.2. Variables

Variable independiente:

Conocimiento sobre inmovilización del paciente politraumatizado

Variable dependiente:

Práctica de inmovilización del paciente politraumatizado

2.4.3. Operacionalización de las variables

Tabla 1. Cuadro de operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo y escala de medida	Valor final
Conocimiento sobre inmovilización del paciente politraumatizado	Saberes que posee el profesional de enfermería sobre el procedimiento para limitar el desplazamiento de un hueso o de una articulación lesionada	La variable conocimiento sobre inmovilización será medido mediante un cuestionario de 30 item´s con alternativas múltiples.	Conocimiento sobre inmovilización con collarín cervical	Valoración inicial ABC - Estabilización de forma manual la cabeza y el cuello - Elección del collarín adecuado - Sujeta la cabeza del paciente manteniendo su alineación - Fijación del collarín	Categórico/ordinal	Conocimiento alto: 21 a 30 puntos Conocimiento medio: 11 a 20 puntos Conocimiento bajo: 0 a 10 puntos
			Conocimiento sobre el inmovilizador cefálico	-Realiza la valoración previa de ambos oídos -Evalúa y ejecuta la inmovilización de la cabeza - Solicita apoyo para inmovilizar al paciente - Control cervical hasta su completa fijación - Fijación en el tablero espinal a ambos lados de la cabeza - Colocación de la otra correa sobre la frente		
			Conocimiento sobre el inmovilizador con tabla espinal	- Valoración ABC - Elección de la tabla rígida - Colocación de la tabla espinal - Traslado del paciente		
			Conocimiento sobre inmovilización con chalecos y extricación	-Elección del dispositivo para la inmovilización - Colocación de las cintas de fijación o correas de sugestión torácica. - Colocación de las cintas de fijación para la cabeza frontal y de mentón - Uso de los dispositivos de inmovilización para una estabilidad de las cinturas óseas - Uso de la almohadilla		
			Conocimiento sobre inmovilización con correas de fijación	Fija al paciente a la tabla espinal y los dispositivos de inmovilización a la camilla - Utiliza las cintas de fijación - Inmoviliza por completo el eje cabeza- cuello		

Práctica de inmovilización del paciente politraumatizado	Procedimiento realizado para limitar el desplazamiento de un hueso o de una articulación lesionada mediante la utilización de una ortesis (férulas, yeso, vendas, etc.), para mantener al paciente sin movimiento en la lesión.	La variable práctica d inmovilización será evaluado mediante una guía de observación de 30 item´s con alternativas múltiples.	Conocimiento sobre inmovilización con férulas	pleo de férulas - Evalúa la férula - Quitar la ropa apretada - Alinear las extremidades - Valorar pulsos periféricos (tibial posterior y poplíteo	Categórico/ordinal	Práctica Muy buena 21 a 30 puntos Práctica buena: 11 a 20 puntos Práctica deficiente: 0 a 10 puntos
			Práctica de inmovilización con collarín cervical	aloración inicial ABC - Estabilización de forma manual la cabeza y el cuello - Elección del collarín adecuado - Sujeta la cabeza del paciente manteniendo su alineación - Fijación del collarín		
			Práctica de inmovilización cefálico	Realiza la valoración previa de ambos oídos - Evalúa y ejecuta la inmovilización de la cabeza - Solicita apoyo para inmovilizar al paciente - Control cervical hasta su completa fijación - Fijación en el tablero espinal a ambos lados de la cabeza		
			Práctica de inmovilización con tabla espinal	Colocación de la otra correa sobre la frente loración ABC - Elección de la tabla rígida - Colocación de la tabla espinal - Traslado del paciente		
			Práctica de inmovilización con chalecos y extricación	lección del dispositivo para la inmovilización - Colocación de las cintas de fijación o correas de sugestión torácica. - Colocación de las cintas de fijación para la cabeza frontal y de mentón - Uso de los dispositivos de inmovilización para una estabilidad de las cinturas óseas - Uso de la almohadilla		
			Práctica de inmovilización con correas de fijación	Fija al paciente a la tabla espinal y los dispositivos de inmovilización a la camilla - Utiliza las cintas de fijación - Inmoviliza por completo el eje cabeza- cuello		
			Práctica de inmovilización con férulas	leo de férulas - Evalúa la férula - Quitar la ropa apretada - Alinear las extremidades - Valorar pulsos periféricos (tibial posterior y poplíteo)		

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Ámbito de estudio.

El ámbito donde se desarrolló el estudio fue en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, el mismo que se encuentra ubicado en la Ciudad de Pucallpa capital del departamento de Ucayali.

3.2. Población

La población estuvo conformada por el total de profesionales de enfermería que laboraron en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa durante el primer trimestre del año 2022, haciendo un total de 35 profesionales de enfermería.

3.3. Muestra

Para una mayor precisión en los resultados, y por tratarse de una población pequeña se analizó al total de elementos de la población, estando conformada por 35 profesionales de enfermería, aplicando los criterios de inclusión y exclusión para responder a los objetivos planteados.

Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería que aceptaron voluntariamente participar del estudio.

- Profesionales de enfermería que tenían vínculo laboral con el Hospital regional de Pucallpa y estaban trabajando en el servicio de emergencia por lo menos 3 meses.

Criterio de exclusión:

- No se excluyó a ningún profesional de enfermería.

3.4. Nivel y tipo de estudio.

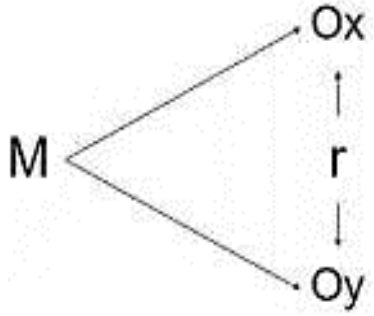
De nivel relacional, ya que se estableció la relación estadística entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa.

Transversal, porque, la recolección de los datos se desarrolló en un solo momento.

Prospectivo, porque, los datos se generaron luego de iniciado el proceso de investigación.

3.5. Diseño de investigación.

Se utilizó un diseño no experimental y los datos se generaron en su contexto natural, representado por el esquema:



M: Muestra

Ox: Conocimiento del profesional de enfermería sobre inmovilización del paciente politraumatizado.

r: Relación

Oy: Práctica del profesional de enfermería sobre inmovilización del paciente politraumatizado.

3.6. Técnicas e instrumentos

Técnica:

La técnica utilizada para la recolección de datos en la presente investigación fueron las siguientes:

- Encuesta, permitió una relación directa con el encuestado y así se obtuvo los datos reales en función al estudio que se planteó.
- Observación, se utilizó la técnica de la observación directa participante que fue aplicada de forma individual a cada profesional de enfermería al momento que ejecutaba el procedimiento de inmovilización al paciente politraumatizado en el servicio de emergencia.

Instrumentos:

Los instrumentos utilizados fueron:

El cuestionario de conocimiento sobre inmovilización del paciente politraumatizado, el cual tenía 30 item´s con alternativas múltiples y de asignación de valor, mediante el cual se estableció las siguientes categorías:

- Conocimiento alto : 21 a 30 puntos

- Conocimiento medio: 11 a 20 puntos
- Conocimiento bajo : 0 a 10 puntos

Y para la medición de la práctica sobre inmovilización del paciente politraumatizado se aplicó una ficha de observación, el cual tenía 30 item´s con alternativas múltiples y de asignación de valor, mediante el cual se estableció las siguientes categorías:

- Práctica muy buena: 21 a 30 puntos
- Práctica buena: 11 a 20 puntos
- Práctica deficiente: 0 a 10 puntos

Los instrumentos fueron sometidos a validez por 03 expertos y para medir la confiabilidad se aplicó una prueba piloto a 15 profesionales de enfermería que laboraban en el servicio de emergencia del Hospital Amazónico de Yarinacocha, y luego fue sometido al estadístico de prueba Alfa de Cronbach.

3.7. Procedimiento y plan de tabulación

Procedimiento:

Para la ejecución del estudio se desarrolló los siguientes procedimientos:

Se realizó los trámites formales que correspondían para solicitar el permiso al director del Hospital Regional de Pucallpa, así mismo, se coordinó con el jefe de enfermeros del servicio de emergencia para identificar a las unidades de análisis y proceder a la recolección de los datos.

La recolección de los datos, estuvo a cargo de la responsable de la investigación con el apoyo de 2 asistentes quienes fueron capacitados para la aplicación de los instrumentos de medición, el cual se realizó en las fechas programadas, previa coordinación, en los turnos de mañana (8:00 a 13:00 horas) y tarde (14:00 a 19:00 horas), y tuvo una duración aproximada de 15 minutos por instrumento, haciendo un total de 30 minutos.

El cuestionario fue auto administrado, lo que significa que se le entregó el cuestionario y pasado los 15 minutos se procedió a recoger.

La ficha de observación, fue desarrollado por la investigadora y los asistentes, para la recolección de esta información se tuvo que permanecer durante el turno a la espera de que llegue un paciente politraumatizado y proceder a recolectar la información en un tiempo aproximado de 15 minutos.

Plan de tabulación

Previo control de calidad de la información recolectada, los instrumentos fueron codificados, luego se procedió a la elaboración de una base de datos, el procesamiento de la información se realizó haciendo uso del programa estadístico Excell para luego ser importados al programa estadístico SPSS versión 26.

3.8. Análisis de los datos

Procedimiento:

Para el análisis de los datos se hizo uso de la estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes, para responder a los objetivos mediante tablas de frecuencia y gráficos; y la estadística inferencial para comprobar la hipótesis mediante el estadístico de prueba Tau b de Kendall por ser ambas variables de prueba de tipo categórico y escala de medida ordinal con tres categorías cada una.

Los datos se presentan en tablas y gráficos estadísticos.

La discusión de los resultados se realizó considerando los resultados publicados en otros estudios que fueron recopilados en el segmento de antecedentes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y discusión

Tabla 2. Grupo etario del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

Grupo etario	N°	%
Menor de 30 años	04	11.4
De 30 a 40 años	22	62.9
Mayor de 40 años	09	25.7
Total	35	100.0

Fuente; Cuestionario aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022

Del total de elementos analizados (35); en cuanto al grupo etario, el 62.9% (22) se encuentran en el grupo etario de 30 a 40 años; el 25.7% (09) se encuentran en el grupo etario mayor de 40 años; y el 11.4% (04) se encuentran en el grupo menor a 30 años.

El grupo etario de profesionales que predomina en el servicio de emergencia se encuentra entre las edades de 30 a 40 años.

Cutipa C., señala que, para promover medios de vida sanos, habrá que conocer los motivos del comportamiento que causa o previene la enfermedad, existen diversos tipos de pensamientos y sentimientos, los cuales están modulados por nuestros conocimientos, creencias, actitudes y valores que determinan nuestro comportamiento. En las comunidades

existen diversos tipos de comportamiento que promueven la salud, evitan enfermedades y contribuyen a la curación y rehabilitación, los cuales deben identificarse y fomentarse (18).

Tabla 3. Condición laboral del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022

Condición laboral	N°	%
Nombrado	23	65.7
Contratado	12	34.3
Total	35	100.0

Fuente; Cuestionario aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022

En cuanto a la condición laboral, del total de elementos analizados (35), el 65.7% (23) son nombrados; y el 34.3% (12) son contratados.

La condición laboral del profesional de enfermería que predomina en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, es la de nombrado, el recurso humano es el principal activo y pilar importante de toda organización, en tanto la condición laboral armoniza con las funciones que desempeña, con efectividad y eficiencia en la atención al usuario, aflorando el bagaje de conocimiento y destreza práctica.

Tabla 4. Asistencia a curso de capacitación en atención del paciente politraumatizado del profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

Asistencia a curso de capacitación en atención del paciente politraumatizado	N°	%
Si	31	88.5
No	04	11.5
Total	35	100.0

Fuente; Cuestionario aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022

En cuanto a la asistencia a curso de capacitación en atención del paciente politraumatizado, del total de elementos analizados (35), el 88.5% (31) si recibieron capacitación; y el 11.5% (04) no recibieron capacitación.

En cuanto a la asistencia a curso de capacitación en atención al paciente politraumatizado, el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, se encontró que si reciben capacitación.

El profesional enfermero(a) ante el usuario de salud politraumatizado representa un agente importante en la merma de secuelas y supervivencia siendo este primordial dentro del equipo, con una adecuada actuación holística basada en conocimientos ejecutados de manera metódica y protocolizada, con el fin de evitar omisiones en los cuidados requeridos.

Tabla 5. Nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022

Nivel de conocimiento	Nº	%
Alto	23	65.7
Medio	12	34.3
Bajo	00	0.0
Total	35	100,0

Fuente; Cuestionario aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022

Respecto al nivel de conocimiento sobre la inmovilización del paciente politraumatizado, el 65.7% (23) califican de conocimiento alto; el 34.3% (12) califican de conocimiento medio; y ninguno califica en el nivel de conocimiento bajo.

Resultado distinto a lo publicado por Jancachagua C., y Salome N., quienes en su trabajo titulado: Conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019, encontraron que el 48% de los enfermeros tenían un nivel de conocimiento medio, por lo que el presente estudio concluye en términos generales, que el nivel de conocimiento de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados fue intermedio, debido a que obtuvieron entre 11 a 20 puntos en el cuestionario aplicado (9).

Así mismo, es resultado es distinto a lo publicado por Paucar J., quien en su estudio titulado: Conocimiento y prácticas de la enfermera (o) en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén, 2019, encontraron que el 46 por ciento de enfermeras tiene un deficiente nivel de conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Chepen, el 36 por ciento regular y solo el 18 por ciento bueno (10).

Tabla 6. Práctica del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

Practica sobre inmovilización	Nº	%
Práctica muy buena	19	54.3
Práctica buena	16	45.7
Práctica deficiente	00	0.0
Total	35	100,0

Fuente; Guía de observación aplicado al profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022

Respecto a la práctica sobre la inmovilización del paciente politraumatizado, el 54.3% (19) realizó muy buena práctica; el 45.7% (16) realizó practica buena; y ninguno en la categoría de práctica deficiente.

Resultado similar a lo publicado por Jancachagua C., y Salome N. quienes en su trabajo titulado: Conocimiento y práctica de la enfermera en la

inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019, encontraron que el 68% de ellos tienen prácticas adecuadas acerca de la atención de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki, por lo que concluyen en términos generales, que el tipo de práctica que realizaron los enfermeros es el adecuado, esto porque obtuvieron en primera instancia un puntaje de 16 a 30 puntos de la escala de valoración planteada (9).

Sin embargo, el resultado es distinto a lo publicado por Paucar J., quien en su estudio titulado: Conocimiento y prácticas de la enfermera (o) en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén, 2019, encontraron que el 64 por ciento de las enfermeras muestran malas prácticas y el 33 por ciento buenas prácticas en el manejo del paciente politraumatizado (10).

Tabla 7. Relación entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

	Práctica en inmovilización		
Conocimiento sobre inmovilización	Práctica buenas	Práctica buena	Práctica deficiente
Alto	18	05	00
Bajo	00	00	00
Total	19	16	00

Fuente: Tabla 04 * tabla 05.

Respecto a la relación entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado; se observa que, de 35 elementos analizados, predomina (23) el nivel de conocimiento alto, de los cuales 18 realizaron práctica muy buena.

Por lo que, se concluye de que el nivel de conocimiento se relaciona con la práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa. El resultado es similar a encontrado por Paucar J., quien en su estudio titulado: Conocimiento y prácticas de la enfermera (o) en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén, 2019, quién encontró que el 46 por ciento de enfermeras tiene un deficiente nivel de conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Chepen, el 36 por ciento regular y solo

el 18 por ciento bueno; el 64 por ciento de las enfermeras muestran malas prácticas y el 33 por ciento buenas prácticas en el manejo del paciente politraumatizado. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de las enfermeras en el manejo del paciente politraumatizado p< 0.001 (10).

4.2. análisis inferencial:

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Paso 1: Formulación de hipótesis de investigación:

Hipótesis de investigación (Hi):

Existe relación significativa entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022

Hipótesis nula (Ho):

No existe relación significativa entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, 2022.

Paso 2: Selección del nivel de significancia

El nivel de significancia para contrastar esta hipótesis de investigación es α = 5% (α = 0,05)

Paso 3: Elección del estadístico de prueba

Prueba de correlación Tau b de Kendall, por ser amabas variables de tipo categórico y escala de medida ordinal con tres baremos o categorías cada una de las variables.

Paso 4: Lectura del p- valor

Valor de p = 0,01

Paso 5: Toma de decisiones – Interpretación

Con un error del 0,01 se confirma que el conocimiento se relaciona con práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa.

Interpretación:

El conocimiento si tiene relación (p=0,01) con la práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado; por lo que se acepta la hipótesis de investigación planteada y se rechaza la hipótesis nula.

CONCLUSIONES

- Las características de los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, destaca: grupo etario que predomina es de 30 a 40 años, de condición laboral nombrados; y la gran mayoría expresa que asistieron a algún curso de capacitación en atención del paciente politraumatizado.
- El nivel de conocimiento del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, es alto.
- La práctica del profesional de enfermería sobre la inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, más de la mitad realizó muy buena práctica.
- Existe relación significativa entre conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, el cual se determinó mediante el estadístico de prueba de correlación Tau b de Kendall, con un nivel de significancia $\alpha = 5\%$ ($\alpha = 0,05$), donde se obtuvo un p valor = 0,01.

RECOMENDACIONES

- Al director del Hospital Regional de Pucallpa:

  Elaborar y ejecutar planes para fortalecer los conocimientos sobre inmovilización del paciente politraumatizado en los profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, solo cerca de dos tercios calificaron de nivel de conocimiento alto.

  Así mismo, se recomienda desarrollar talleres para mejorar la práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, los resultados muestran que solo la mitad de ellos realizó muy buena práctica.

- A los directivos de la facultad de Ciencias de la Salud y carrera profesional de enfermería de la Universidad Nacional de Ucayali.

  Promover estudios de investigación que desarrollen los docentes, alumnos de pre grado y pos grado, para ahondar las variables analizadas en el presente estudio, y cuyos resultados pueda concluirse en publicaciones de revistas de alto impacto.

- A los estudiantes de los programas de segunda especialidad en emergencias y desastres:

  Seguir desarrollando trabajos de investigación respecto a las variables conocimiento y práctica del profesional de enfermería en inmovilización del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Pucallpa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Nuevo informe sobre seguridad vial. Ginebra - Suiza el 7 de diciembre de 2018. [Intenet]. Consultado 26 de diciembre 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1 4857:new-who-report-highlights-insufficient-progress-to-tackle-lack-of- safety-on-the-world-s-roads&Itemid=1926&lang=es
2. OMS. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial. 2012. [internet]. Consultado 26 de diciembre 2019. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/es/
3. Espinoza J. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta méd. Peruana. [Internet]. Acta méd. peruana v.28 n.2 Lima abr./jun. [citado 2019 Dic 29] ; 28(2): 105-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007&lng=es
4. Ministerio de transporte y tránsito. Informe Anual de Accidentalidad 2018. [Internet] [citado 2019 Dic 29]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/es/secretaria-de-movilidad/observatorio-de-movilidad/incidentes-y-victimas-por-hechos-de-transito/?utm_source=chatgpt.com
5. MINSA. Registro nacional de los accidentes de tránsito Perú 2016. [citado 2019 Dic 29]. Disponible en: https://www.runt.com.co/registros-runt/rnat

6. DIRESA – Ucayali. Análisis de Situación de Salud de Ucayali. Dirección de Epidemiología. Pucallpa; 2018; Supl 1:10.
7. Yucajvi L. Conocimiento y práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado, 2017. [Internet]. Universidad de Carabobo. Fecha de publicación 2019. [citado 2019 Dic 29]. Disponible en: http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/5536/1/ycousin.pdf
8. Tafur K. y Tulcanaza D. 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”. [Internet]. Universidad Técnica del Norte (Ecuador). Fecha de publicación 2016. [citado 2019 Dic 29]. Disponible en: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2824/1/06%20enf%20595%20tesis.pdf
9. Jancachagua C., y Salome N. Conocimiento y práctica de la enfermera en la inmovilización de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital de Apoyo de Pichanaki 2019. [Internet]. Universidad Nacional del Callao. Fecha de publicación 2019. [citado 2019 Dic 29]. Disponible en: https://repositorio.unac.edu.pe/item/e1b28fd3-daec-49b4-b11e-92b83961dbe8
10. Paucar J., Desarrollo el estudio sobre: Conocimiento y prácticas de la enfermera (o) en el manejo del paciente politraumatizado Hospital de Apoyo Chepén, 2019. [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo. Fecha de publicación 2019. [citado 2019 Dic 29]. Disponible en:

https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14980/2E%20620.p df?sequence=1&isAllowed=y

11. Quispe M., y Vilca Z. Conocimientos del manejo inicial del paciente politraumatizado y engagement, enfermeras servicio de emergencia Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2017. [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Fecha de publicación 2017. [citado 2019 Dic 30]. Disponible en: https://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6589
12. Ñañez M. Nivel de conocimientos en estudiantes del 4to. año de enfermería sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado en el ámbito prehospitalario Lima - Perú 2017. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Fecha de publicación 2017. [citado 2019 Dic 30]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6752/%C3%91a%C3%B1ez_hm.pdf?sequence=2&isAllowed=y
13. Coronel L., y Marrufo G. Cuidado enfermero a pacientes politraumatizados en estado crítico en el servicio de emergencia del hospital docente las mercedes 2016. [Internet]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Fecha de publicación 2016. [citado 2019 Dic 30]. Disponible en: http://repositorio.unprg.edu.pe/
14. Bertrand R., “El conocimiento humano”. 5° ed. Editorial Touros S.A. España, 1998.
15. Bunge M., “La investigación científica”. 3° ed. Editorial Ariel, Barcelona – España, 2004.

16. Alavi M., y Leidner D. Taxonomia del conocimiento. Knowlegde and Knowlegde Management Systems. [On line]. Consultado el 10 de enero. 2020. Disponible en: https://aisel.aisnet.org/cais/vol1/iss1/7/?utm_source=chatgpt.com
17. Nonaka I., y Takeuchi H., The Knowlegde creating company. USA: Oxford University Press. [On line]. Consultado el 10 de enero 2020. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=B-qxrPaU1-MC&oi=fnd&pg=PA3&dq=nonaka+i.+and+takeuchi+h.+(1995).&ots=XhSMqvymh0&sig=yu_uog91xGkWHJ4BiEbP3kyBaok#v=onepage&q&f=false
18. Cutipa K., “Conocimientos y conductas en salud en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino”. [Intenet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [citado 2020 Ene 10]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1141
19. Blog. Politrauma. Inmovilización de paciente con politrauma. [Internet]. Fecha de publicación 2017. [citado 2019 Dic 31]. Disponible en: https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/606_06.htm
20. Jiménez L. y Montero F. Protocolos de Actuación en Medicina de Urgencias. Edit. Harcourt, Brace.
21. Perales N. y Rodríguez V. Avances en Emergencias y Resucitación, tomo II y III 2008 Edida Med. [Internet]. Fecha de publicación 2008. [citado 2019 Dic 31]. Disponible en:

https://www.margenlibros.com/libro/avances-en-emergencias-y-resucitacion-ii_206853

22. Manual de Asistencia al Paciente Politraumatizado. Grupo de Trabajo de Medicina de Urgencias. Santander. Editorial ELA., 2004.
23. Colegio Americano de Cirujanos. Comité de Trauma. Curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma. Colegio Americano de Chicago, 2004.
24. Montalván K. Características Clínicas, epidemiológicas y resultados del manejo quirúrgico de los pacientes con traumatismo encéfalo craneano (TEC) que fueron operados en el Hospital Belén de Trujillo. [Internet] [tesis de grado]. Consultado el 31 de Dic de 2019. Disponible en: ttp://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/295/MontalvanMu%C 3%B1oz_K.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. El comercio. Cifras oficiales: 85% de accidentes de tránsito son por negligencia. Perú 2014. [Internet] [Acceso 14 de diciembre de 2017] Disponible en: https://elcomercio.pe/sociedad/lima/cifras-oficiales-85-accidentes-transito-son-negligencia-noticia-1645666?utm_source=chatgpt.com
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Accidentes de tránsito. Perú 2015. [Internet] [Acceso 16 de diciembre de 2017] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/traffic-accidents/
27. Hernandez S. Metodología de la investigación 6° edición. 2014. [internet]. Recuperado 31 de Dic de 2019.

ANEXOS

ANEXO 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA E INTERDISCIPLINARIAS

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE INMOVILIZACIÓN

PRESENTACIÓN

Estimado Lic. en enfermería, soy estudiante de la segunda Especialidad de Enfermería e Interdisciplinarias de la Universidad Nacional de Ucayali, en esta oportunidad saludo a usted y a su vez hago de su conocimiento que estoy realizando el estudio titulado: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE

PUCALLPA, 2022, anticipadamente agradezco su colaboración.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta una lista de preguntas a las cuáles usted deberá responder en forma objetiva y marque (x) la alternativa que considere correcto.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: a. Menor de 30años b. De 30 a 40 años c. Mayor de 40 años
2. Condición laboral: a. Contratado. b. Nombrado.
3. En el último año, usted ha asistido a algún curso de capacitación relacionado a la atención del paciente politraumatizado: a. SI b. NO

II. ITEM´S:

1. ¿Cuál es la definición de politraumatismo?

a) Es un conjunto de lesiones a nivel del cuerpo.

b) Según la OMS define politraumatismo como lesión corporal a nivel orgánico intencional o no intencional, resultante de una exposición aguda infringida a cantidades de energía

c) Son lesiones ocasionadas por accidentes no necesariamente por un accidente de tránsito

d) A y b son correctas

e) Ninguna de las anteriores

2. ¿Cómo se clasifica el politraumatismo?

a) Politraumatismo severo

b) Politraumatismo leve

c) Leve, moderado y severo.

d) Solo A es correcto

e) Ninguna de las anteriores

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

a) Cuando las heridas o lesiones no presentan un riesgo en su salud

b) Cuando las heridas son graves

c) Solo B es correcto

d) Ninguna de las anteriores

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

a) Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas inmediatamente.

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

c) Paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24-72 horas de haber sufrido el accidente.

d) A y B son correctas

e) Ninguna de las anteriores

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

a) Cuando el estado de conciencia Glasgow < 13, presión sistólica < 90 mmHg, Bradipnea frecuencia respiratoria < 10 o taquipnea > 30 y Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle.

b) Cuando el estado de conciencia Glasgow < 14, presión sistólica > 90 mmHg, Bradipnea frecuencia respiratoria < 10 o taquipnea > 30

c) Trastorno de conciencia Glasgow >13 d) Solo A es correcto

e) Ninguna de las anteriores

6. ¿Qué es la inmovilización?

a) Conjunto de maniobras y técnicas que se realizan frente a un paciente con trauma

b) Conjunto de maniobras que se tiene que actuar en el momento

c) Son técnicas que se realiza para inmovilizar

d) Solo B es correcta

e) Todas las anteriores

7. ¿Qué objetivo tiene inmovilizar al paciente politraumatizado?

a) Evitar las lesiones secundarias, aliviar el dolor, estabilizar las lesiones existentes.

b) No aliviar el dolor.

c) Evitar lesiones no existentes

d) Complicar las lesiones e) Ninguna de las anteriores

8. ¿Cuáles son los tipos de inmovilización?

a) De columna vertebral

b) De extremidades

c) De columna vertebral y extremidades

d) Solo a es correcto

e) Ninguna de las anteriores

9. ¿En qué casos está indicado la inmovilización?

a) Accidentes no automovilísticos.

b) Solo por Traumas y arma blanca.

c) Accidentes automovilístico, amputaciones, trauma cráneo encefálico, heridas por arma de fuego, víctimas de explosión.

d) Solo B es correcto

e) Ninguna es correcta

10. ¿Qué es un collarín cervical?

a) Es un inmovilizador de columna cervical que se debe inmovilizar manualmente la cabeza.

b) Aparato ortopédico en forma de collar que, ajustado al cuello, se emplea para inmovilizar las vértebras cervicales.

c) Es un aparato que solo inmoviliza vertebras.

d) Todas las anteriores

e) Ninguna de las anteriores

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

a) Si, se coloca el collar cervical rígido siempre acompañado del inmovilizador cefálico.

b) Si se coloca el collarín cervical, dependiendo del tamaño.

c) No, el cuello y la cabeza deben ser dejados en la posición en que originalmente se encontraron.

d) No se debe colocar.

e) Todas son correctas.

12. ¿Cuantos tipos de collarín existen y cuáles son?

a) 2, Collarín blando y rígido.

b) 1, Collarín semirrígido.

c) 3, Collarín blando, semirrígido y rígido

d) Solo A es correcta.

e) Todas las anteriores.

13. Los inmovilizadores laterales de cabeza, están diseñados para

a) Evitar movimientos laterales de la cabeza.

b) Evitar la flexión de cabeza y cuello.

c) Evitar la flexión lateral de la cabeza.

d) Para flexionar

e) Todas son correctas

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

a) Son 2, tabla espinal corta y tabla espinal larga

b) Solo 1, tabla espinal larga

c) Solo A es correcto

d) Todas las anteriores

e) Ninguna de las anteriores

15. ¿Qué es la Tabla espinal rígida larga?

a) Son camillas rígidas de madera, polietileno o de metal.

b) Tabla larga poco resistente, de cartón prensado y de un solo uso.

c) Tabla de metal, superficie curva y forrada con espuma.

d) Solo B y C son correctas

e) Todas son correctas

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

a) Tabla espinal rígida de madera y de plástico.

b) Solo tablas de madera

c) Solo tablas de plástico

d) Todas son correctas

e) Solo C es correcto

17. ¿Qué es la tabla rígida corta?

a) Son camillas rígidas elaboradas generalmente de madera y otro material.

b) Son camillas semirrígidas elaboradas generalmente en madera u otro material.

c) Son camillas rígidas elaboradas generalmente solo de madera empleado para la inmovilización del paciente o como dispositivo de extricación.

d) Solo A es correcta

e) Todas las anteriores

18. En que situaciones se usa la tabla espinal corta

a) Se usa cuando el accidentado está en una posición en que no es posible comenzar la inmovilización con la tabla larga, como sucede con una persona sentada en el vehículo, o que ha caído doblada fuera de él.

b) Se usa cuando el accidentado no está en una posición que no es posible inmovilizar.

c) Todas son correctas

d) Ninguna de las anteriores

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

a) Dispositivos empleados para inmovilizar al paciente en posición lateral

b) Dispositivos empleados para inmovilizar al paciente en posición sentado para posteriormente ser colocado sobre la tabla larga.

C) Son dispositivos que sirven para inmovilizar

d) Solo A es correcto

e) Ninguna de las anteriores

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

a) Con dos o tres cintas de fijación o correas de sujeción torácicas, cada una de un color específico.

b) Con dos cintas de fijación para la cabeza frontal y de mentón.

c) Con dos asas para el movimiento del paciente en bloque.

d) Todas las anteriores

21. Las correas de fijación son:

a) Son correas que se utilizan para apoyarse en el traslado.

b) Son correas que tiene como función inmovilizar solo miembros superiores.

c) Elementos que se emplean para fijar el paciente a la tabla espinal y los dispositivos de inmovilización a la camilla.

d) Dispositivos de ayuda para la fijación del paciente

e) Ninguna de las anteriores

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

a) Dolor, hemorragia y lesiones posteriores.

b) Adormecimiento, dolor y sincope.

c) Hemorragia y lesiones posteriores.

d) Solo hemorragias

e) Solo dolor

23. ¿Cuáles son las clases de férulas?

a) Rígidas y de tracción.

b) Rígidas, moldeables y de tracción.

c) Moldeables y de tracción.

d) Solo rígidas

e) Todas las anteriores

24. Las férulas rígidas se caracterizan por:

a) Su forma que puede cambiarse y la extremidad afectada se ajusta a su forma.

b) Por su forma que no puede cambiarse y la extremidad afectada debe ajustar a su forma.

c) Su forma que no puede cambiarse y la extremidad afectada no se ajusta a su forma.

d) Por sus tipos y formas de presentación

e) Ninguna de las anteriores

25. ¿Qué son las férulas moldeables?

a) Son moldeadas en diversas formas para ajustarlas a las extremidades y así inmovilizar

b) Son moldeadas en algunas formas para ajustarlas a las extremidades.

c) Son moldeadas en 2 formas para ajustarlas a las extremidades. d) Son férulas que solo para extremidades

e) Todas son correctas

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

a) Están diseñadas para realizar solo la tracción mecánica.

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

c) Solo D es correcta

d) Solo para la inmovilización

e) Ninguna de las anteriores

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

a) Fractura de pelvis.

b) Fractura de cadera.

c) Fractura de fémur.

d) Amputaciones de tobillo

e) Todas las anteriores

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

a) Revisar la férula

b) Antes de utilizar quitar la ropa

c) Se aplica una ligera tracción para alinear la extremidad

d) Todas las anteriores

e) Ninguna de las anteriores

29. ¿Qué tipos de férulas rígidas conoce?

a) De cartón, plástico, metal y neumáticas

b) De madera y plástico

c) Metal

d) Solo A es correcto

e) Ninguna de las anteriores

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

a) El manejo inicial del A,B,C,D ,E

b) Estado de conciencia del paciente

c) Solo el A,B,C

d) Todas las anteriores

e) Ninguna de las anteriores

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA E INTERDISCIPLINARIAS

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Fecha de observación: ……...

ÍTEMS	ALTERNATIVAS
D1: Collarín cervical	
1.-Realiza la valoración inicial ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión en el cuello que no puedan ser valorados tras colocar el collarín: lesiones traqueales, desviaciones de la tráquea, enfisema subcutáneo, ingurgitación yugular, ausencia de pulso carotideo, heridas, hematomas en cuello	**SÍ**
buscando prominencias óseas para que la sujeción sea adecuada.	**SÍ**
3.- Elige la talla adecuada del collarín	**SÍ**
4.- Ayuda al otro profesional para sujetar la cabeza del paciente y manteniendo su alineación.	**SÍ**
5.- Fijan el collarín, pasando en primer lugar la parte que queda en la nuca, y ajustándolo con los sujetadores	**SÍ**
D2. Inmovilizador cefálico	**SÍ**
6.-Realiza la valoración previa de ambos oídos con el fin de descartar la presencia de otorragia.	**SÍ**
7.-Evalua y ejecuta la inmovilización de la cabeza previamente junto con el collarín cervical.	**SÍ**
8.-Ricibe apoyo para inmovilizar al paciente	**SÍ**
9.-Realiza control cervical hasta su completa fijación por parte de uno de los colaboradores.	**SÍ**
10.-colocan las tiras adicionales, que pasan por la frente y el mentón del paciente, mejorando la sujeción de la cabeza	**SÍ**
11.-Se fijan en el tablero espinal a ambos lados de la cabeza con unos velcros	**SÍ**
12.-Luego, coloca la otra correa sobre la frente, cruzándola para fijarla y dejar inmovilizado al paciente.	**SÍ**
D3. Tabla espinal	**SÍ**
13.-Realiza la valoración ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión la evaluación céfalo caudal.	**SÍ**

14.- Elige la tabla rígida adecuada para la inmovilización	**SÍ**
15.- Coloca la tabla espinal protegiendo al paciente	**SÍ**
16.-Pasa las alas laterales del dispositivo correspondientes al tronco, dejando los brazos fuera.	**SÍ**
17.- Realiza el traslado del paciente con tres personas en sospecha de lesión en la columna vertebral	**SÍ**
D4. Chalecos y extricación	**SÍ**
18.-Utiliza el dispositivo para la inmovilización con el apoyo de la otro personal de salud.	**SÍ**
19.-Coloca las dos o tres cintas de fijación o correas de sugestión torácica.	**SÍ**
20.-Coloca las cintas de fijación para la cabeza frontal y de mentón	**SÍ**
21.-Utilización de los dispositivos de inmovilización para una estabilidad de las cinturas óseas	**SÍ**
22.-Utiliza la almohadilla que colocara en el espacio de la cabeza evitando así la flexo extensión cervical	**SÍ**
D5. Correas de fijación	**SÍ**
23.-Fijar el paciente a la tabla espinal y los dispositivos de inmovilización a la camilla	**SÍ**
24.-Utilizamos las cintas de fijación	**SÍ**

¡***Gracias***!