

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



### **Conocimiento, prácticas de la atención inicial del paciente politraumatizado por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de enfermería:

Emergencias y Desastres

#### **Autor:**

Liz Yaneth Flores Macuyama

Karina Perez Mejia

#### **Asesor:**

Mg. Neal Reyes Gastañadaui

Lima, 28 de marzo del 2026

# DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO

## ACADÉMICO

Yo, Neal Reyes Gastañadaui, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS DE LA ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL DE PICHANAKI, 2026”** de las autoras Karen Pilar Rengifo Bernaola y Elia Reyes Garcia tiene un índice de similitud de 16% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 28 días del mes de marzo del año 2026.



---

Mg. Neal Reyes Gastañadaui

**Conocimiento, prácticas de la atención inicial del paciente  
politraumatizado por el profesional de enfermería en el servicio  
de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad  
profesional de enfermería: Emergencias y Desastres



---

Mg. Celeste Abigail Mauricio Esteban

Dictaminador

Lima, 28 de marzo del 2026

## Tabla de Contenido

Resumen .....	1
Planteamiento del Problema .....	2
Formulación del Problema .....	5
Objetivos de la Investigación .....	6
Justificación.....	6
Desarrollo de las Perspectivas Teóricas .....	9
Antecedentes de la Investigación .....	9
Marco Conceptual .....	16
Bases Teóricas.....	26
Definición de Términos.....	27
Metodología.....	29
Descripción del Lugar de Ejecución .....	29
Población y Muestra.....	30
Tipo y Diseño de Investigación .....	31
Formulación de Hipótesis .....	31
Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	35
Proceso de Recolección de Datos .....	37
Procesamiento y Análisis de Datos .....	38
Consideraciones Éticas.....	38
Administración del Proyecto de Investigación.....	40

Referencias Bibliográficas.....	42
Apéndices .....	51

## Resumen

La atención inicial al paciente politraumatizado en el servicio de emergencia exige que el profesional de enfermería actúe con rapidez, juicio clínico y dominio de protocolos como el ABCDE, ya que de sus decisiones depende en gran medida la supervivencia y la reducción de secuelas. Sin embargo, en la práctica se observan vacíos tanto en el conocimiento teórico como en la ejecución de maniobras de estabilización. El objetivo del presente estudio es determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de la atención inicial del paciente politraumatizado por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia de un hospital público de Pichanaki, 2026. Se propone una metodología de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y tipo descriptivo correlacional, con una muestra censal de 90 enfermeras(os) que cumplan los criterios de inclusión. Se utilizarán dos instrumentos estandarizados: el Cuestionario de conocimiento sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado (20 ítems) y la Guía de observación sobre el manejo práctico del paciente politraumatizado (14 ítems), ambos validados por cinco jueces expertos ( $V$  de Aiken = 0,97) y con adecuada consistencia interna ( $KR-20 = 0,80$ ). Los datos se procesarán en un programa estadístico, aplicando estadística descriptiva para caracterizar niveles de conocimiento y práctica, y el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la relación entre ambas variables, considerando  $p < 0,05$ . El estudio respetará los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Palabras clave: Enfermería, conocimiento, atención, politraumatizado.

## **Planteamiento del Problema**

### **Identificación del Problema**

En el servicio de urgencias, el profesional de enfermería enfrenta el desafío de atender al paciente politraumatizado desde el primer momento, por lo que su conocimiento actualizado y la aplicación rigurosa de prácticas estandarizadas resultan fundamentales para reducir la mortalidad y las complicaciones, estudios recientes señalan que la evaluación primaria y secundaria conforme al protocolo ABCDE es central para una atención rápida y eficaz del traumatizado múltiple (Pinheiro et al., 2021). Asimismo, investigaciones muestran que las intervenciones de enfermería especializadas, que incluyen inmovilización adecuada, monitoreo constante y protocolos integrados, mejoran no solo los resultados clínicos, sino también la experiencia del paciente (Padinha et al., 2025). Dada la alta vulnerabilidad de este tipo de pacientes, es imprescindible analizar de qué manera los profesionales de enfermería aplican su conocimiento, implementan prácticas y brindan atención inicial para garantizar una respuesta humanizada, eficiente y basada en evidencia

En el ámbito global, las lesiones intencionadas o no intencionadas cobran aproximadamente 4,4 millones de vidas al año, lo que representa cerca del 8 % de todas las muertes a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

Además, los pacientes con politraumatismos constituyen alrededor del 25 % de las admisiones por traumatismos mayores, y enfrentan una severidad de lesión y mortalidad superior al resto (Baik et al., 2024). Pese a esta carga, se observa una deficiencia notable en el conocimiento del personal de enfermería en urgencias sobre evaluación temprana, inmovilización adecuada y protocolos estandarizados para el politraumatizado. Esta brecha

de saber compromete la efectividad del profesional de enfermería para brindar una atención inicial de calidad al paciente múltiple traumatizado.

Por otro lado, en diversos estudios se evidencia que menos del 50 % de los profesionales de enfermería tienen un nivel satisfactorio de conocimientos sobre el “tertiary trauma survey” y apenas aproximadamente 32 % logran prácticas óptimas en este contexto (Thies et al., 2024). En entornos europeos y asiáticos se observa que, aunque la mortalidad por politrauma ha bajado en las últimas décadas, aún persiste un reto sustancial en estandarizar las prácticas de enfermería en la fase de atención inicial (Padinha et al., 2025).

Esta problemática trae como consecuencia que la primera intervención profesional, especialmente del enfermero en urgencias, pueda estar incompleta o no ajustada a la evidencia, lo que repercute en tiempos de respuesta, complicaciones asociadas y en última instancia en los resultados del paciente politraumatizado.

En América del Norte, las lesiones traumáticas representan una carga considerable: en los Estados Unidos, las lesiones intencionadas o no alcanzaron unas 300 900 muertes en 2023, con una tasa de 89,8 por cada 100 000 habitantes (National Center for Health Statistics, 2023).

A pesar de ello, diversos estudios denuncian que entre el personal de enfermería de emergencia existe una deficiencia significativa de conocimientos sobre la atención inicial al paciente politraumatizado, lo cual repercute directamente en la calidad del cuidado. Por ejemplo, se ha observado que la implementación de cursos específicos de manejo del trauma incrementa el nivel de conocimiento entre enfermeras del personal clínico (Dahbi et al., 2025). Esta brecha de conocimientos limita que el profesional de enfermería aplique

prácticas estandarizadas y oportunas en la fase crítica de atención inicial, poniendo en riesgo la supervivencia y la recuperación del paciente politraumatizado.

En Centro y Sur América también se identifican problemas estructurales: una revisión sistemática señala que en 21 países de la región se reportaron barreras clave como la formación profesional (37 de 57 estudios), la falta de protocolos (29/57) y la escasez de personal especializado en trauma (Kinder et al., 2021). Dichas barreras afectan las prácticas del profesional de enfermería en el servicio de emergencia, incluida la evaluación primaria, la priorización del ABCDE y la inmovilización adecuada; lo que genera un desfase entre el conocimiento teórico y su aplicación clínica; es así como la consecuencia es una atención inicial fragmentada, que puede incrementar el tiempo hasta la intervención correcta, agravar complicaciones y prolongar la estancia hospitalaria del paciente politraumatizado.

En el Perú, se estima que la prevalencia de pacientes politraumatizados atendidos en servicios de emergencia puede alcanzar hasta un 62 % en algunos hospitales, de los cuales el 22,1 % son casos de grado grave; sin embargo, a pesar de esta elevada carga asistencial, los profesionales de enfermería frecuentemente manifiestan deficiencias importantes en conocimientos técnicos sobre protocolos de atención inicial, como la evaluación ABCDE del traumático múltiple y la inmovilización oportuna; esta falta de conocimiento especializado se traduce en prácticas inconsistentes o incompletas, lo que potencialmente limita la capacidad del enfermero para ofrecer una atención inicial adecuada y oportuna al paciente politraumatizado, afectando su supervivencia y recuperación (Medina, 2022).

Además, aunque los servicios de emergencia en tres ciudades peruanas reportaron una disponibilidad limitada de recursos humanos, físicos y organizativos para el manejo del trauma, aún no se ha explorado suficientemente cómo estas condiciones repercuten en las

prácticas específicas del personal de enfermería, el resultado es una brecha entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica, ocasionando que la atención inicial, fase crítica para la estabilización, no se logra cumplir los estándares esperados, lo que genera mayor riesgo de complicaciones, prolongación de la estancia hospitalaria y disminución en la calidad del cuidado del paciente politraumatizado (Rosales-Mayor et al., 2020).

En el servicio de emergencia donde se realizará el estudio, la atención al paciente politraumatizado se vive siempre a contrarreloj y, en medio de esa presión, se hacen visibles varias debilidades en el conocimiento y en la práctica del profesional de enfermería. A menudo, la valoración inicial no sigue de manera ordenada los pasos del ABCDE, se omiten datos importantes en la evaluación primaria y no siempre se prioriza al paciente según la gravedad real de sus lesiones. También se observan errores en la inmovilización, en el manejo de la vía aérea y en el control rápido de hemorragias, lo que muestra que la teoría aprendida no se aplica de forma consistente en la práctica. Esta combinación de vacíos conceptuales y fallas técnicas genera retrasos en las decisiones críticas y puede aumentar el riesgo de complicaciones en una fase en la que cada minuto cuenta. Frente a este escenario, surge la necesidad de comprender mejor cómo estos déficits de conocimiento y práctica se relacionan con la calidad de la atención inicial que recibe el paciente politraumatizado en el servicio de emergencia.

## **Formulación del Problema**

### ***Problema General***

¿Cuál es la relación entre conocimiento con la atención inicial del paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026?

### ***Problemas Específicos***

¿Cuál es el nivel de conocimiento con la atención inicial del paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026?

¿Cuál es la atención inicial del paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026?

### **Objetivos de la Investigación**

#### ***Objetivo General***

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del personal de salud y la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público de Pichanaki, 2026.

#### ***Objetivos Específicos***

Determinar el nivel de conocimiento con la atención inicial del paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026.

Determinar la atención inicial del paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026.

### **Justificación**

#### ***Justificación Teórica***

La atención adecuada del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia es crucial para mejorar los resultados clínicos y reducir la mortalidad; sin embargo, esta atención eficaz depende en gran medida del nivel de conocimiento y de la calidad de la atención inicial que brinda el personal de salud ante situaciones críticas. Evaluar ambas

variables permite comprender de manera integral no solo lo que el personal sabe, sino también cómo actúa en la práctica clínica inmediata, especialmente en los primeros minutos tras el ingreso del paciente.

En este contexto, la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 1993), resulta relevante porque permite analizar el conocimiento del profesional de salud como un componente clave en la toma de decisiones clínicas que garanticen la estabilidad del paciente. Por otro lado, el modelo de atención centrado en competencias clínicas, como el propuesto por Patricia Benner (Benner, 1984), proporciona un marco adecuado para valorar la capacidad del personal de salud para actuar de manera competente y oportuna ante un paciente politraumatizado. Estas teorías, junto con las guías clínicas como el protocolo ABCDE (DPS y psiconecta, 2020), sustentan el enfoque del estudio al relacionar conocimiento teórico y acción inmediata.

### ***Justificación Metodológica***

Para este estudio se optará, por un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo– correlacional, porque me permite medir de manera objetiva la relación entre salud mental, resiliencia y afrontamiento en las enfermeras que atienden a pacientes oncológicos. Además, el uso de instrumentos estandarizados y validados aporta rigor y reduce el sesgo de mi propia interpretación, se presentan cuestionarios con análisis factorial previo es clave, ya que garantiza que realmente están midiendo las dimensiones teóricas que dicen medir. De esta manera, los resultados tendrán mayor credibilidad científica y podrán servir como base sólida para diseñar intervenciones posteriores.

### ***Justificación Práctica y Social***

La presente investigación tiene relevancia práctica y social porque se centra en el papel clave que desempeña el personal de enfermería en la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del hospital de Pichanaki. En la práctica, los resultados permitirán identificar el nivel real de conocimiento y la calidad de las intervenciones respiratorias, circulatorias y neurológicas que se realizan, aportando evidencia para diseñar programas de capacitación, actualizar protocolos y optimizar el uso de recursos. Al mismo tiempo, el estudio tiene un impacto social directo, ya que los politraumas afectan con frecuencia a personas en edad productiva y generan profundas consecuencias para sus familias y la comunidad. Mejorar la respuesta de enfermería en los primeros minutos puede reducir la mortalidad, las secuelas y los costos asociados a la discapacidad, contribuyendo a una atención más segura, equitativa y humanizada para la población que depende de este establecimiento de salud.

## **Desarrollo de las Perspectivas Teóricas**

### **Antecedentes de la Investigación**

#### ***Antecedentes Internacionales***

Zoghby et al. (2021) realizó una investigación con el objetivo de evaluar el conocimiento y la práctica del personal de enfermería sobre la hora dorada en el servicio de urgencias. Diseño: Se utilizó un diseño descriptivo exploratorio. Muestra: Una muestra de conveniencia de todo el personal de enfermería disponible (50 personas) de ambos sexos que trabajaban en el servicio de urgencias. Ámbito: Servicio de urgencias del Hospital General de Helwan. Herramientas: La herramienta (I) consistió en un cuestionario de autoevaluación para enfermeras, dividido en dos partes. La primera parte recabó información sobre las características demográficas de las enfermeras (género, edad, sexo, nivel educativo, años de experiencia y cursos de capacitación sobre la primera hora crítica del trauma). La segunda parte evaluó sus conocimientos sobre la primera hora crítica del trauma (definición, tipos, rol de la enfermera de trauma, triaje, etc.). La herramienta (II) fue una lista de verificación observacional para evaluar el nivel de práctica de enfermería. Resultados: El 68% de las enfermeras participantes presentó un nivel de conocimientos insuficiente y el 64% mostró incompetencia en la atención de pacientes traumatizados. Además, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas de las enfermeras y sus conocimientos y prácticas. Conclusión: La experiencia y la formación de las enfermeras en la atención de pacientes traumatizados son deficientes e inadecuadas, y se requiere el desarrollo de estándares de atención para mejorar sus conocimientos y prácticas. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el nivel total de conocimientos y el nivel total de prácticas de las participantes.

Recomendación: Se deben planificar programas educativos continuos de forma regular para el cuidado de pacientes traumatizados por parte del personal de enfermería de urgencias, con el fin de mejorar sus conocimientos y prácticas y lograr una atención de alta calidad.

Kim y Roh (2024) realizaron un estudio con el objetivo, de determinar los niveles y las relaciones entre la importancia percibida y el desempeño de la competencia básica de enfermería de trauma, así como la competencia colaborativa interprofesional y las barreras asociadas, entre el personal de enfermería de centros regionales de trauma de Corea.

Métodos: Esta encuesta transversal, descriptiva y correlacional incluyó una muestra de conveniencia de 190 enfermeros de centros de trauma de Corea. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario web de autoevaluación sobre la importancia percibida y el desempeño de la competencia básica de enfermería de trauma, así como la competencia colaborativa interprofesional y las barreras asociadas. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, correlación de Pearson y análisis de regresión múltiple (método Enter). Resultados El desempeño percibido y la importancia de la competencia colaborativa interprofesional, la importancia percibida de la competencia básica de enfermería de traumatología y las barreras percibidas para acceder a recursos, formación, competencia e interés afectaron significativamente el desempeño de la competencia básica de enfermería de traumatología, representando el 64,5 % de la varianza. Conclusiones Se necesitan programas de formación para mejorar las competencias colaborativas básicas e interprofesionales de las enfermeras de traumatología. Los enfoques individuales, de equipo y organizacionales son esenciales para abordar las barreras percibidas. Se deben validar los efectos de los programas de formación en la competencia básica de las enfermeras de traumatología.

Zoghby et al. (2021) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar la efectividad de dicho programa de capacitación para mejorar el nivel de conocimientos sobre la atención de trauma entre las enfermeras de planta. Métodos: El estudio utilizó un modelo cuasi experimental de un grupo. El estudio incluyó a 50 enfermeras de urgencias en los Emiratos Árabes Unidos. Resultados Los hallazgos del estudio revelaron que la mayoría de los participantes tenían un conocimiento moderado ( $\bar{x} = 26,18$ ) antes de la implementación del Curso Básico de Gestión de Enfermería en Trauma. La mayoría de los participantes desarrollaron un conocimiento alto ( $\bar{x} = 36,56$ ) después del programa de capacitación. La prueba t de muestra dependiente reveló que existe una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de conocimiento de las enfermeras de planta sobre la atención de enfermería en trauma antes y después del programa de capacitación. Conclusión El estudio concluyó que el curso básico de gestión de enfermería en traumatología es eficaz para mejorar los conocimientos del personal de enfermería.

Reyes (2021) el estudio tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento que poseen los profesionales de enfermería sobre la atención del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital General Delfina Torres de Concha, en Esmeraldas, mediante un diseño cuantitativo, descriptivo y transversal. Para ello se aplicó un cuestionario estructurado a 50 licenciados en enfermería y se utilizó una guía de revisión documental para recopilar datos estadísticos de los pacientes ingresados con politraumatismo. Los resultados mostraron que la mayoría del personal presenta un nivel de conocimiento considerado “bueno”, ubicado entre el 61 y el 80 %, lo que evidencia una base aceptable, pero al mismo tiempo resalta la importancia de reforzar de forma continua las competencias mediante programas de capacitación basados en evidencia, como los

cursos de Soporte Vital Básico y Avanzado en Trauma (BTLS o ATLS), Soporte Vital del Trauma Prehospitalario (PHTLS) y PALS en el caso pediátrico, con el fin de optimizar la calidad del cuidado, garantizar una atención segura y reducir el riesgo de generar complicaciones adicionales que pongan en peligro la vida del paciente politraumatizado.

Shehade et al. (2023) desarrollaron en Palestina un estudio con el propósito de analizar el nivel de conocimientos y las prácticas de las enfermeras de cuidados críticos en la atención de pacientes con trauma, específicamente trauma craneoencefálico, en hospitales de la Cisjordania;. El estudio fue transversal, cuantitativo y no experimental, la muestra estuvo integrada por 165 profesionales de enfermería y la información se obtuvo mediante tres cuestionarios de autoaplicación. Los resultados mostraron que aproximadamente dos tercios de las participantes presentaban un nivel de conocimiento insuficiente y que más de dos tercios evidenciaban prácticas deficientes en el cuidado de estos pacientes. No se identificó asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento y las características sociodemográficas, pero sí se observó relación entre la experiencia laboral y el desempeño práctico. Los autores concluyen que la mayoría de las enfermeras no cuentan con conocimientos ni prácticas adecuadas para la atención del paciente con trauma, lo que pone de relieve la necesidad de implementar programas sistemáticos de capacitación para mejorar la calidad del cuidado.

### ***Antecedentes Nacionales, Regionales y Locales***

En el estudio de Jeri et al. (2023), realizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Huancayo, Perú, se buscó establecer la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de cuidado de enfermería dirigidas al paciente politraumatizado. Se desarrolló una investigación cuantitativa, de diseño no

experimental, descriptivo correlacional y de corte transversal, con una muestra de 52 profesionales de enfermería. La información se recopiló mediante un cuestionario de 20 ítems para valorar el conocimiento y una guía de observación de 19 ítems para evaluar las prácticas, procesándose los datos con el programa SPSS versión 26. Los hallazgos evidenciaron que el 53,8 % del personal presentaba un nivel de conocimiento medio y el 46,2 % un nivel alto, mientras que el 100 % mostró prácticas calificadas como buenas en el cuidado del paciente politraumatizado. El análisis de correlación arrojó un coeficiente de  $R = -0,180$  entre conocimiento y práctica, lo que indica una relación negativa muy baja; los autores concluyen que, pese a la adecuación de las prácticas observadas, no existe una correspondencia lineal con el nivel de conocimiento, por lo que se requieren estrategias de actualización continua que articulen mejor la teoría con el desempeño clínico.

Ojeda y Vigo (2023) ha realizado un estudio en la unidad de emergencias del Hospital Cayetano Heredia de Lima, se propusieron determinar la relación entre el nivel de conocimiento teórico y la práctica de atención al paciente politraumatizado en el personal de enfermería. Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, transversal, de diseño no experimental y alcance correlacional, con una muestra de 60 licenciadas(os) en enfermería. La información se recogió mediante un cuestionario estructurado para evaluar el conocimiento y una lista de cotejo para valorar la práctica clínica, procesándose los datos en Excel y SPSS versión 23. Los resultados mostraron que el 58,3 % del personal presentaba un nivel alto de conocimiento, el 35 % un nivel medio y solo el 6,7 % un nivel bajo; en cuanto a la práctica, el 73,3 % evidenció un desempeño adecuado, frente a un 26,7 % calificado como inadecuado. El análisis de correlación indicó una asociación positiva y significativa entre conocimiento y práctica, lo que llevó a concluir que mayores niveles de

saber teórico se vinculan con mejores cuidados al paciente politraumatizado, destacándose la importancia de mantener procesos de capacitación continua para el personal de enfermería.

En el estudio de Mamani (2022), desarrollado en el servicio de emergencia del Hospital III Yanahuara en Arequipa, se buscó determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el manejo inicial del paciente politraumatizado y el grado de engagement del personal de enfermería. Se trató de una investigación cuantitativa, de tipo correlacional y diseño transversal, en la que participaron 38 enfermeras. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario diseñado para valorar el conocimiento del manejo inicial del paciente politraumatizado y una escala de engagement laboral; la información obtenida fue procesada estadísticamente. Los resultados evidenciaron que la mitad de las participantes presentaba un nivel de conocimiento medio, el 36,8 % un nivel alto y el 13,2 % un nivel bajo. En cuanto al engagement, el 81,6 % mostró un nivel alto y el 18,4 % un nivel medio. El análisis inferencial indicó que no existía relación significativa entre el conocimiento del manejo inicial y el nivel de engagement, por lo que se concluye que el compromiso laboral no se asocia de manera directa con el grado de comprensión teórica sobre el cuidado inicial del paciente politraumatizado.

En el estudio de Burga y Oblitas (2023), desarrollado en el Centro de Salud I-4 Amazonas, se buscó determinar el nivel de conocimiento que posee el equipo de salud sobre la atención de personas politraumatizadas graves como consecuencia de accidentes de tránsito. Se trató de una investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, en la que participaron los 30 profesionales del establecimiento, conformando una muestra censal. La información se recolectó mediante un cuestionario estructurado de 16 ítems, validado

por juicio de expertos y prueba piloto, y posteriormente analizada con técnicas estadísticas. Los hallazgos evidenciaron que casi la mitad del personal presentaba un conocimiento clasificado entre regular y deficiente, mientras que solo una quinta parte alcanzaba un nivel excelente; además, en los aspectos de valoración inicial y tratamiento de emergencia predominó el nivel de conocimiento insuficiente. Se observó que la mayoría de los médicos alcanzaba un conocimiento excelente, en contraste con el personal de enfermería, en el que prevalecía el nivel deficiente. Las autoras concluyen que esta situación constituye un riesgo para la seguridad y la vida de los pacientes politraumatizados atendidos en dicho servicio, por lo que plantean la necesidad de medidas inmediatas de capacitación y mejora de la atención.

En el estudio de Raymundo y Yañac (2022), realizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, se planteó como propósito determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el cuidado de enfermería brindado al paciente politraumatizado. Se desarrolló una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, diseño correlacional y corte transversal, con una población de 30 enfermeras(os) que laboraban en dicho servicio. La información se obtuvo mediante encuestas aplicadas de forma presencial, utilizando una guía de observación de los cuidados de enfermería y un cuestionario estructurado de preguntas previamente validadas; la selección de participantes se efectuó mediante muestreo no probabilístico intencional y con consentimiento informado. Los resultados evidenciaron una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y los cuidados de enfermería al paciente politraumatizado, con un valor de  $p = 0,000$ , lo que llevó a concluir que un mayor dominio teórico se relaciona con una mejor calidad de cuidado en este contexto asistencial.

## **Marco Conceptual**

### ***Paciente Politraumatizado***

Paciente politraumatizado a la persona que, tras un único evento de alta energía (como un accidente de tránsito o una caída de gran altura), presenta lesiones graves en dos o más regiones corporales y, al mismo tiempo, signos de inestabilidad fisiológica como hipotensión, alteración del estado de conciencia, acidosis o coagulopatía, las definiciones actuales proponen, de forma operativa, combinar lesiones con puntuación AIS  $\geq 3$  en al menos dos regiones junto con uno o más factores fisiológicos de riesgo para identificar a los pacientes con mayor mortalidad y uso de recursos (Driessen et al., 2021).

Además, se reconoce al politrauma como una condición compleja, asociada a respuesta inflamatoria sistémica y falla multiorgánica, que requiere un abordaje especializado y coordinado por el equipo de urgencias para mejorar el pronóstico del paciente (Hardy et al., 2022).

### ***Atención del Paciente Politraumatizado en Emergencia***

**Atención del Paciente Politraumatizado en Emergencia.** Conjunto de acciones organizadas que el equipo de salud realiza desde el primer contacto en el servicio para reconocer y tratar, en minutos, las lesiones que ponen en riesgo inmediato la vida. Incluye un triaje rápido y la aplicación sistemática del método ABCDE y del protocolo ATLS, priorizando asegurar vía aérea, ventilación, circulación y valoración neurológica antes de ocuparse de otras lesiones menos urgentes (Fagundes et al., 2025). Al mismo tiempo, supone monitorización continua, uso adecuado de exámenes de imagen, analgesia oportuna y preparación para cirugía o traslado, todo en trabajo coordinado entre médicos y enfermería. La literatura reciente recuerda que la calidad de este manejo inicial, en la

llamada “hora de oro”, influye directamente en la mortalidad, las complicaciones y la recuperación funcional de las personas con politrauma (Milenković et al., 2024).

### ***Control de Vía Aérea y Estabilización de la Columna***

**Control de la Vía Aérea.** Hace referencia a todo lo que hace el equipo para que la persona pueda respirar de forma segura, desde abrir manualmente la vía aérea y aspirar secreciones, hasta decidir si usar cánulas, bolsa-válvula-mascarilla o intubación orotraqueal, la prioridad no es el “aparato más sofisticado”, sino lograr una buena oxigenación y ventilación con el recurso disponible y personal entrenado, en el contexto prehospitalario, la clave está en elegir la técnica que el equipo domina mejor y monitorizar de cerca al paciente (Carney et al., 2021). A la vez, posicionamientos recientes recuerdan que la vía aérea en trauma es un procedimiento de baja frecuencia, pero alto riesgo, que exige protocolos claros, entrenamiento con simulación y evaluación continua del desempeño (Braithwaite et al., 2022).

**Estabilización de la Columna.** En el paciente politraumatizado, se entiende más como “restricción del movimiento espinal” que como inmovilización rígida para todos. Como estudiante e investigador, lo veo como un equilibrio entre proteger la médula espinal y no retrasar otras maniobras vitales: collar cervical, alineación neutra y sujeción adecuada solo cuando el mecanismo de lesión y la valoración lo justifican, en contextos de pocos recursos, se ha descrito que la aplicación de estos protocolos se ve limitada por falta de formación, insumos y dificultades para usar reglas clínicas de decisión (Geduld et al., 2022). Estudios más recientes muestran además una tendencia a reducir el uso indiscriminado de tablas rígidas y collarines, buscando evitar dolor, úlceras por presión y retrasos innecesarios en la atención inicial (McDonald et al., 2023).

## ***Respiración y Ventilación***

La respiración y ventilación en el paciente politraumatizado constituye el conjunto de acciones que buscan asegurar que el aire llegue de forma efectiva a los pulmones y que el oxígeno se intercambie adecuadamente en los alvéolos, en la fase B del ABCDE se evalúan patrón respiratorio, saturación de oxígeno y tórax, identificando lesiones como neumotórax, hemotórax o tórax inestable que pueden comprometer la vida en minutos (Fagundes et al., 2025). Igualmente, en el trauma torácico se insiste en detectar precozmente la insuficiencia respiratoria y corregirla todavía en la sala de emergencia mediante oxígeno suplementario, descompresión torácica o ventilación asistida, según la gravedad (Caputo et al., 2024).

Desde la perspectiva práctica, la ventilación en el paciente politraumatizado implica elegir la estrategia más segura para mantener una ventilación alveolar eficaz sin agravar las lesiones pulmonares o torácicas preexistentes, se recomienda aplicar principios de ventilación protectora (volúmenes corrientes bajos, presión limitada) y ajustar la PEEP para evitar volutrauma y barotrauma, especialmente en los primeros momentos del manejo del trauma (Richards et al., 2023). En casos de trauma de tórax con insuficiencia respiratoria aguda, la evidencia muestra que la ventilación no invasiva y el oxígeno de alto flujo pueden evitar la intubación en un porcentaje importante de pacientes, siempre que se realice una monitorización estrecha en unidades críticas (Dufraigne et al., 2025).

**Circulación y Control de Hemorragia.** La circulación y el control de la hemorragia en el paciente politraumatizado se centran en reconocer rápido si la sangre que debería perfundir órganos vitales se está perdiendo y, sobre todo, en detener esa pérdida lo antes posible, se sabe que la hemorragia masiva es una de las principales causas de muerte

prevenible en trauma y que priorizar la “C” de circulación (enfoque CAB) frente a la vía aérea puede disminuir significativamente la mortalidad en pacientes exanguinantes, esto implica valorar signos de shock (llenado capilar, piel fría, pulso débil) al mismo tiempo que se localizan las fuentes de sangrado, se canalizan accesos vasculares y se activa el equipo para una reanimación hemostática temprana (Ferrada et al., 2025; Kim & Kim, 2025).

El control de la hemorragia incluye maniobras muy concretas: presión directa eficaz, uso correcto de torniquetes, empaquetamiento de heridas, estabilización de pelvis, reposición guiada de volumen y activación oportuna de protocolos de transfusión masiva, evitando el exceso de cristaloides que agrava la coagulopatía, las guías y posicionamientos recientes insisten en que todo el personal de urgencias, especialmente enfermería, reciba entrenamiento específico en control de sangrado, porque los retrasos o técnicas inadecuadas pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte en pocos minutos, de este modo, la circulación y el control de hemorragias se convierten en el eje de la atención inicial segura del politraumatizado (Bezati et al., 2025; Day, 2022).

### ***Evaluación Neurológica***

La evaluación neurológica en el paciente politraumatizado forma parte del examen primario (la “D” del ABCDE) y busca identificar de forma rápida cualquier alteración de la conciencia, déficit motor o signo de deterioro cerebral que amenace la vida, el servicio de emergencia, se apoya en escalas estandarizadas como la Glasgow Coma Scale, junto con la observación del comportamiento y la respuesta al dolor, para estimar el nivel de conciencia y orientar decisiones inmediatas de manejo, esta valoración debe ser sistemática y repetida, incluyendo pares craneales, fuerza y sensibilidad, porque pequeños cambios en el examen

neurológico pueden anticipar un empeoramiento súbito en el traumatismo craneoencefálico y otras lesiones graves (Brennan et al., 2024; Viscone et al., 2024).

En este contexto, también se explora signos de compromiso del tronco encefálico mediante la valoración pupilar, observando tamaño, simetría y reactividad a la luz, ya que su combinación con la escala de Glasgow mejora la capacidad para predecir desenlaces en el trauma craneoencefálico (Butt et al., 2021). La incorporación de herramientas como la pupilometría automatizada ofrece medidas más objetivas y reproducibles del reflejo fotomotor, facilitando la detección temprana de hipertensión intracraneal o herniación en pacientes politraumatizados inestables, desde la práctica de enfermería, registrar en forma seriada estos hallazgos y comunicar de inmediato cualquier cambio es clave para activar protocolos, ajustar tratamientos y reducir el riesgo de secuelas neurológicas graves en la atención inicial del politrauma (Hsu & Kuo, 2023).

### ***Exposición del Paciente***

En la atención inicial del paciente politraumatizado, la “E” de la valoración ABCDE se refiere a la exposición completa del cuerpo, es decir, retirar la ropa y revisar de la cabeza a los pies, incluida la espalda, pliegues y zonas menos visibles, para no pasar por alto hemorragias externas, fracturas abiertas, quemaduras u otras lesiones graves, se entiende esta etapa como un barrido ordenado que combina inspección y palpación, siguiendo el principio de “tratar primero lo que mata primero” y apoyándose en algoritmos sencillos para el personal de enfermería, la evidencia sobre el enfoque ABCDE muestra que, cuando se aplica de forma sistemática, mejora la detección precoz de condiciones críticas y la calidad de la atención en urgencias y cuidados intensivos (Bruinink et al., 2024; Schoeber et al., 2022).

Al mismo tiempo, exponer al paciente politraumatizado implica cuidar el ambiente: al cortar o retirar la ropa, la enfermera debe preservar la intimidad, usar mantas térmicas y controlar la temperatura de la sala, porque una exposición prolongada favorece la hipotermia, se ha descrito que hasta dos tercios de los pacientes con trauma mayor pueden presentar hipotermia al ingreso, lo que se asocia con más transfusiones, mayor mortalidad y la llamada “tríada letal” junto con acidosis y coagulopatía (Van Veelen & Brodmann Maeder, 2021); revisiones recientes destacan que la prevención activa de la pérdida de calor, mediante calentamiento pasivo y activo desde la fase prehospitalaria, es un componente clave del apartado Exposición y ambiente del ABCDE, y que estas medidas logran mejores temperaturas centrales en el ingreso y contribuyen a resultados clínicos más favorables (Johnstone & Ahmed, 2024).

### ***Atención Primaria***

Atención primaria del paciente politraumatizado todas las acciones rápidas y ordenadas que se realizan apenas llega al servicio de emergencia, con la meta de mantenerlo con vida y evitar que sus lesiones empeoren. Incluye valorar y manejar la vía aérea, la respiración, la circulación, el estado neurológico y la exposición usando esquemas como el ABCDE o el XABCDE, que organizan el trabajo del equipo y reducen errores. En la práctica de enfermería, esto se traduce en asegurar la vía aérea, administrar oxígeno, controlar hemorragias, canalizar accesos, monitorizar signos vitales y registrar cualquier cambio crítico. La literatura señala que la calidad de estas primeras intervenciones, sobre todo durante la “hora dorada”, tiene un impacto directo en la supervivencia y en las complicaciones posteriores del paciente politraumatizado (Alsomali et al., 2023; Gianola et al., 2023)

### ***Valoración Primaria (CABDE)***

En la valoración primaria CABDE del paciente politraumatizado se consideran todos los componentes circulación y control de hemorragias (C), vía aérea (A), respiración (B), estado neurológico (D) y exposición (E), pero en la práctica, el cuidado de la vía aérea se convierte en una prioridad absoluta para la enfermera, porque de ella depende que el paciente pueda oxigenarse adecuadamente. Tras revisar y contener el sangrado activo, la profesional verifica de inmediato si la vía aérea está permeable: observa si el paciente puede hablar o emitir sonidos, inspecciona la cavidad oral en busca de cuerpos extraños, sangre o vómito, mantiene la alineación cervical y realiza maniobras básicas como la elevación del mentón o la tracción mandibular cuando es necesario (Berkeveld et al., 2021). Además, se encarga de aspirar secreciones, colocar cánulas orofaríngeas o nasofaríngeas según indicación, asegurar la fijación del tubo endotraqueal cuando el paciente ya ha sido intubado y vigilar continuamente la saturación de oxígeno y el esfuerzo respiratorio. Mientras tanto, continúa con la evaluación de la respiración, la circulación, el estado neurológico y la exposición, pero siempre con la conciencia de que cualquier cambio en la vía aérea exige una intervención inmediata, ya que unos minutos de compromiso respiratorio pueden marcar la diferencia entre la recuperación y el deterioro irreversible (Linders et al., 2021).

### ***Cuidados Circulatorios***

En el paciente politraumatizado, el cuidado circulatorio se vuelve una carrera contra el tiempo. Más que contar minutos desde el ingreso, lo esencial es qué tan rápido el equipo, y particularmente enfermería, identifica signos de shock, controla las hemorragias y restablece la perfusión tisular. Apenas el paciente llega a emergencia, la enfermera verifica

pulsos centrales y periféricos, color y temperatura de la piel, relleno capilar, presión arterial y frecuencia cardíaca, mientras inspecciona en busca de sangrado externo y aplica compresión directa, vendajes compresivos o torniquetes según indicación. De forma casi simultánea canaliza una o dos vías venosas de gran calibre, inicia la infusión de cristaloides y coordina la administración temprana de hemoderivados cuando el protocolo lo requiere (Berkeveld et al., 2021). También vigila el débito urinario, la respuesta hemodinámica a los fluidos y los cambios en el estado de conciencia, ajustando las intervenciones en función de la evolución minuto a minuto. La evidencia muestra que cuanto antes se inician estas medidas de soporte circulatorio y control de hemorragias, menor es el riesgo de descompensación y mortalidad. En la práctica, cada decisión de enfermería orientada a proteger la circulación del paciente politraumatizado puede significar la diferencia entre la recuperación y el desenlace fatal (Zadorozny et al., 2024).

### ***Cuidados Neurológicos***

En el contexto del politrauma, los cuidados neurológicos forman parte esencial de los procedimientos de estabilización que el personal de enfermería aplica en los primeros minutos de atención. Mientras se controlan las hemorragias externas, se inmoviliza la columna cervical y las extremidades, se asegura el acceso venoso y se administra oxígeno, la enfermera evalúa de manera sistemática el estado neurológico: valora el nivel de conciencia con escalas como Glasgow, observa el tamaño y la reactividad pupilar, identifica déficits motores o sensitivos y registra cualquier cambio súbito en la respuesta verbal o motora. Estas observaciones no son meramente descriptivas; guían decisiones críticas como proteger la vía aérea ante un descenso del nivel de conciencia, evitar posiciones que aumenten la presión intracraneal, mantener una adecuada oxigenación y

perfusión cerebral y prevenir la hipotermia, que también afecta el sistema nervioso. Seguir un esquema estructurado como el ABCDE o C-ABCDE permite que estas maniobras se realicen en el orden correcto y sin demoras innecesarias, de modo que las alteraciones neurológicas se detecten y se aborden de inmediato, reduciendo el riesgo de daño cerebral secundario y mejorando las posibilidades de recuperación del paciente politraumatizado. (Fadden, 2024).

### ***Registro y Comunicación Clínica***

**El Registro y la Comunicación Clínica en la Atención Primaria del Paciente Politraumatizado.** Como todo lo que la enfermera escribe y transmite, en tiempo real, sobre lo que ve, hace y decide durante los primeros minutos de la emergencia, no es solo llenar la historia: es anotar signos vitales, hora de cada intervención, respuesta del paciente y cambios relevantes, y luego compartir esa información de forma clara y ordenada con el resto del equipo, por ejemplo usando herramientas estructuradas como ISBAR, que han demostrado hacer los traspasos de turno más seguros y completos en servicios de emergencia (Chaica et al., 2024). Los estudios muestran que cuando la comunicación en los relevos es confusa o incompleta, aparecen barreras que aumentan el riesgo de errores y comprometen la seguridad del paciente crítico, por lo que registrar bien y comunicar de manera estructurada se vuelve parte central de la atención inicial segura en el politrauma (Haliq & AlShammari, 2025).

### ***Conocimiento***

Conocimiento como todo lo que el profesional de enfermería sabe y comprende sobre la atención inicial del paciente politraumatizado: conceptos teóricos, guías clínicas, pasos del ABCDE y razones de por qué se aplican así, no es solo “información suelta”, sino

un saber que se construye a partir de la mejor evidencia disponible, la experiencia clínica y los valores del paciente, tal como se describe en la literatura sobre conocimiento y práctica basada en evidencias en los profesionales de salud, en educación de las profesiones de la salud se reconoce que el conocimiento incluye tanto los contenidos biomédicos como las habilidades prácticas y la capacidad de pensar críticamente frente a diferentes situaciones clínicas, lo que luego orienta cómo el profesional actúa en la realidad del servicio de emergencia (Taganoviq et al., 2022).

### ***Tipos de Conocimiento***

Los tipos de conocimiento como las distintas formas en que la enfermera sabe y comprende lo que hace durante la atención inicial del paciente politraumatizado. La literatura de enfermería habla de patrones de conocimiento empírico (científico), ético, personal, estético y emancipatorio, que se entrelazan para sostener decisiones clínicas seguras y un cuidado más humano en la práctica diaria (Rafii et al., 2021), desde otro ángulo, también se diferencia entre conocimiento explícito, el que está en protocolos, guías y manuales, y conocimiento tácito, que es la experiencia y el “saber hacer” acumulado en la mente del profesional, difícil de explicar pero clave para responder con rapidez y calidad ante situaciones críticas, por tanto, los tipos de conocimiento abarcan tanto lo que el profesional puede decir y escribir, como ese saber práctico y silencioso que aplica en segundos al enfrentar a un paciente politraumatizado en el servicio de emergencia (Ghabban, 2024).

### ***Conocimiento Científico***

El conocimiento científico como ese saber que el profesional de enfermería construye a partir de estudios rigurosos y sistemáticos, y no solo de la experiencia del día a

día, es decir, son datos y conclusiones obtenidos con métodos de investigación claros, revisados por pares y publicados en revistas científicas, que luego se traducen en recomendaciones para la práctica clínica, en salud se habla de profesionales “eruditos” o *scholarly practitioners*, que combinan justamente esta evidencia científica con su experiencia y el contexto real del paciente, usando la investigación para resolver problemas concretos de la práctica (Zaccagnini et al., 2022)

## **Bases Teóricas**

### ***Teoría del Cuidado Crítico de Patricia Benner***

La teoría de Patricia Benner plantea que la enfermera transita por cinco niveles de desarrollo profesional, principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experta, según la manera en que integra el conocimiento teórico con la experiencia clínica. En los niveles iniciales, el profesional se guía sobre todo por reglas y listas de verificación; su actuación es correcta, pero rígida y dependiente de protocolos explícitos. A medida que acumula experiencia en situaciones reales, la enfermera comienza a reconocer patrones, anticipar complicaciones y priorizar intervenciones con mayor seguridad, hasta llegar al nivel experto, en el que la toma de decisiones es rápida, contextualizada y fuertemente intuitiva, aunque siempre basada en fundamentos científicos (Raile & Narriner, 2022).

Bajo este marco, el estudio “Conocimiento, prácticas de la atención inicial del paciente politraumatizado por el profesional de enfermería” puede interpretarse como una manera de ubicar al personal dentro de ese continuo de desarrollo. Un nivel de conocimiento solo “medio” sobre la valoración CABDE o sobre procedimientos de estabilización, junto con prácticas incompletas o poco oportunas, sugiere que muchos profesionales se encontrarían en los niveles de principiante avanzado o competente:

conocen el protocolo, pero aún no logran aplicarlo con la rapidez y flexibilidad que exige el politrauma. En cambio, cuando se observan prácticas coherentes, secuenciales y seguras, pese a la presión del tiempo y la gravedad del paciente, se evidencia el desempeño de enfermeras más cercanas al nivel eficiente o experto (Raile & Narriner, 2022).

## **Definición de Términos**

### ***Conocimiento Tácito***

El conocimiento tácito es un concepto multifacético que generalmente se entiende como un conocimiento que es difícil de articular, enseñar o expresar. Es intrínsecamente personal y no codificado, y a menudo se adquiere a través de la experiencia y la práctica, más que de la instrucción formal (Feng et al., 2024).

### ***Conocimiento Explícito***

El conocimiento explícito es una forma de conocimiento consciente, declarativo y que puede articularse, codificarse y transferirse fácilmente entre individuos. Contrasta con el conocimiento tácito, que es más intuitivo y difícil de comunicar. El conocimiento explícito a menudo se documenta en diversas formas, como manuales, fórmulas e informes, lo que lo hace accesible para su aprendizaje y aplicación en diferentes contextos (Murniati, 2022).

### ***Salud***

La definición de la OMS hace hincapié en una visión holística, que incorpora las dimensiones físicas, mentales y social. Las perspectivas contemporáneas sugieren que la salud implica equilibrar la ausencia de la enfermedad con la capacidad funcional en los entornos sociales y físicos (Perez, 2022).

### ***Atención Inicial***

Es el conjunto de acciones clínicas ejecutadas por el personal de salud durante los primeros minutos tras el ingreso del paciente con múltiples traumas. Esta atención se guía por protocolos estandarizados como el ABCDE del trauma, cuyo objetivo es estabilizar al paciente y prevenir lesiones secundarias que comprometan su vida o funcionalidad (American College of Surgeons, 2022).

### ***Juicio Clínico***

Proceso cognitivo mediante el cual el profesional de salud interpreta datos clínicos, identifica problemas, toma decisiones y aplica intervenciones adecuadas, especialmente relevante en contextos críticos como la atención al politraumatizado (Manik y Callaway, 2023).

### ***Paciente***

El paciente es aquel que busca atención médica o recibe cuidados de salud con el fin de tratar enfermedades, lesiones, mejorar su calidad de vida, prevenir enfermedades o recibir diagnósticos sobre su estado de salud (Clínica Universidad de Navarra, 2024).

### ***Paciente Politraumatizado***

Persona que ha sufrido múltiples lesiones traumáticas simultáneamente, en más de un sistema corporal, y que presentan riesgo vital si no se atiende de forma inmediata y adecuada (Ballesteros Díez, 2024).

## **Metodología**

### **Descripción del Lugar de Ejecución**

La presente investigación se llevará a cabo en el servicio de emergencia de un hospital público ubicado en la ciudad de Pichanaki, institución dedicada a brindar atención integral a la población en situación aguda y crítica. El hospital ofrece servicios en diversas especialidades médicas, entre ellas Pediatría, Traumatología, Urología, Gastroenterología, Cirugía y Medicina Interna, y cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por médicos especialistas, enfermeras asistenciales con formación en emergencias y técnicos de enfermería, orientados a proporcionar una atención oportuna y segura a los pacientes que acuden al establecimiento.

El estudio se desarrollará específicamente en el servicio de emergencia, el cual se encuentra ubicado próximo a la puerta principal del hospital para facilitar el acceso de los usuarios. Esta área dispone de una sala de observación pediátrica, una sala de observación para varones con dos camillas y otra para mujeres también con dos camillas, además de un ambiente de neonatología con una cuna y un tópico para procedimientos inmediatos. El servicio cuenta, asimismo, con un Star de enfermería y un Star de médicos para las actividades asistenciales y administrativas, así como con una farmacia de uso exclusivo para emergencia, lo que permite garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos necesarios para la atención de los pacientes.

## **Población y Muestra**

### ***Población***

La población es considerada como el conjunto de datos que cumplen similares características, para el estudio la población estará conformada por 90 profesionales de enfermería, que laboraron en el servicio de emergencia.

### ***Muestra***

Para la muestra se tomará al total de la población, los 90 profesionales de enfermería, este tipo de muestreo denominado censal.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión.**

#### ***Criterios de Inclusión.***

- ✓ Enfermeras y enfermeros que laboran en el servicio de emergencia del hospital público de Pichanaki.
- ✓ Personal asistencial (no administrativo) que participa directamente en la atención de pacientes en emergencia.
- ✓ Con antigüedad mínima de 6 meses trabajando en el servicio de emergencia.
- ✓ En condición laboral de nombrado o contratado, en cualquier turno (mañana, tarde o noche).
- ✓ Que se encuentren presentes durante el periodo de recolección de datos.
- ✓ Que acepten participar de forma voluntaria y firmen el consentimiento informado.

#### ***Criterios de Exclusión.***

- ✓ Personal de enfermería que se encuentre de vacaciones, licencia, rotación a otro servicio o con descanso médico durante la recolección de datos.

- ✓ Personal administrativo, jefaturas o coordinaciones que no realizan atención directa al paciente.
- ✓ Internos de enfermería, estudiantes o personal en capacitación/adscrito temporalmente.
- ✓ Profesionales que no deseen participar o retiren su consentimiento en cualquier momento.
- ✓ Participantes que no completen en su totalidad los instrumentos de recolección de datos.

### **Tipo y Diseño de Investigación**

El estudio se enmarca en el enfoque cuantitativo, ya que trabaja con datos numéricos y utiliza procedimientos estadísticos para analizar la información recogida. El diseño es no experimental, pues no se manipulan deliberadamente las variables, sino que se observa la realidad tal como se presenta en el contexto del servicio de emergencia. Asimismo, se trata de una investigación de corte transversal, dado que la medición de las variables se realiza en un único momento del tiempo, en una población definida. Finalmente, el alcance es descriptivo correlacional, porque no solo se busca caracterizar el nivel de conocimiento y las prácticas de enfermería, sino también explorar la relación existente entre ambas variables (Hernández et al., 2020).

### **Formulación de Hipótesis**

#### ***Hipótesis General***

Ha: Existe relación entre el nivel de conocimiento del personal de salud y la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público de Pichanaki, 2026.

H0: No existe relación entre el nivel de conocimiento del personal de salud y la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público de Pichanaki, 2026.

### **Identificación de Variables**

Variable 1. Conocimiento en la atención inicial del paciente politraumatizado.

Variable 2. Atención inicial del paciente politraumatizado.

## Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala		
Conocimiento	El conocimiento es la comprensión y conciencia obtenida a través de la experiencia, el aprendizaje o la educación (OECD, 2017).	Es el grado de comprensión profunda de la realidad por parte del personal de enfermería asociada al manejo del paciente politraumatizado	Control de la vía aérea y estabilización de la columna	Valoración de la vía aérea	Cualitativa ordinal		
				Manejo de la vía aérea			
				Control de columna			
			Respiración y ventilación	Aporte de oxígeno	Cualitativa ordinal		
				Monitoreo de la frecuencia respiratoria			
			Circulación y control de hemorragia	Control de hemorragia	Cualitativa ordinal		
				Perfusión			
				Acceso vascular			
			Evaluación neurológica	Reanimación con volumen	Cualitativa ordinal		
				Escala de Glasgow			
Exposición del paciente	Tamaño y reactividad pupilar	Cualitativa ordinal					
	Riesgo de hipotermia						
Atención inicial del paciente politraumatizado	Es la valoración primaria enfocada en reconocer prontamente toda lesión que constituya amenaza de vida, permitiendo la intervención inmediata, segura y eficaz del personal de salud en las primeras fases del manejo del trauma (WHO, 2016; ATLS, 2018).	Es el conjunto de acciones clínicas ejecutadas por el personal de salud durante los primeros minutos tras la llegada del paciente politraumatizado, valoradas según su aplicación oportuna, secuencia, técnica y registro.	CUIDADOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO	Verificar permeabilidad de vía aérea	Nominal		
				Si no existe respiración y pulso, inicia RCP básica y avanzada			
				Administración de oxígeno a altas concentraciones			
				VIAS INFERIORES			
				Inspeccionar simetría del tórax signos de tórax inestable			
				Vigilar presencia de disfagia, vigilar signos de disnea			
			Cuidados circulatorios	Canalizar una o dos vías periféricas de grueso calibre 14, 16, control de constantes vitales	Cualitativa ordinal		
				Evaluar y reponer pérdidas de volumen, Administración de soluciones cristaloides y coloides			
			Tiempo de respuesta				

			Control de hemorragias externas con compresión directa	
		Cuidados neurológicos	Valora actividad motora, respuesta verbal apertura ocular (Escala Glasgow)	Cualitativa ordinal
			Mantenimiento de la inmovilización de la columna vertebral	
			Mantiene la privacidad y evita la hipotermia	
		REGISTROS DE ENFERMERÍA	Tiene adecuada comunicación con su equipo de salud, Demuestra seguridad en la atención de los pacientes	Cualitativa ordinal
			Realiza informes de enfermería luego de estabilizar al paciente	

## **Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos**

### ***Técnica***

Se utilizará la técnica será el cuestionario y la observación.

### ***Instrumentos***

Primer instrumento. El Cuestionario de conocimiento sobre la evaluación inicial del paciente politraumatizado es un instrumento estructurado elaborado por Acuña Salazar, Moscoso Velásquez y Suárez Ñañez (2019) para medir el nivel de conocimientos del profesional de enfermería acerca del manejo inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia. Consta de una sección de datos generales (edad, sexo, tiempo de servicio, formación, etc.) y de 20 ítems de opción múltiple organizados en cinco dimensiones que siguen la secuencia ABCDE: control de la vía aérea y estabilización de la columna cervical (5 ítems), respiración y ventilación (3 ítems), circulación y control de la hemorragia (5 ítems), evaluación neurológica (4 ítems) y exposición y prevención de la hipotermia (3 ítems). Cada respuesta correcta se puntúa con 1 y la incorrecta con 0; la suma total (0–20 puntos) se clasifica mediante una escala de estacionones en tres niveles de conocimiento: alto (>16 puntos), medio (11–15 puntos) y bajo (<10 puntos). El cuestionario fue sometido a validez de contenido y de constructo mediante juicio de seis expertos (tres enfermeros especialistas en emergencias y desastres, dos médicos internistas y un intensivista) (Acuña et al., 2019).

Segundo instrumento. La Guía de observación sobre el manejo práctico del paciente politraumatizado es una lista de cotejo elaborada originalmente por Belaunde García, Ramírez López y Cáceres Robles (2018) para evaluar el desempeño del personal de enfermería en la atención de pacientes con trauma, y adaptada para el presente estudio al

contexto del servicio de emergencia de EsSalud Lima. Está conformada por 14 ítems distribuidos en cinco dimensiones de cuidado: sistema respiratorio, sistema circulatorio, sistema tegumentario, sistema neurológico y registro de enfermería. Cada ítem se responde de forma dicotómica (Sí = 1, No = 0), en función de si el profesional ejecuta o no la acción observada durante la atención inicial del politraumatizado. El puntaje total se obtiene sumando las respuestas afirmativas y se interpreta de manera global: valores altos indican una práctica correcta o adecuada en la ejecución de las maniobras de estabilización y cuidados inmediatos, mientras que puntajes bajos reflejan un manejo práctico insuficiente. La guía fue sometida a validación por juicio de expertos y su consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, clasificándose como un instrumento confiable para medir la práctica de enfermería en pacientes politraumatizados.

#### **Validez y Confiabilidad.**

*Validez.* Para la validez de contenido, ambos instrumentos (cuestionario de conocimiento y guía de práctica) fueron sometidos a evaluación por cinco jueces expertos en enfermería de emergencias y metodología de la investigación. Cada ítem fue valorado en cuanto a claridad, pertinencia, relevancia y coherencia con las dimensiones propuestas, utilizando una ficha de juzgamiento estructurada. A partir de sus observaciones se revisó la redacción de algunos enunciados, se precisaron términos técnicos y se eliminaron o reformularon aquellos ítems considerados redundantes o poco representativos, obteniéndose una versión final ajustada al contexto de atención del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia, se aplicó la fórmula de V de Aiken, teniendo como valor de 0.97, determinando un nivel de coincidencia muy alto entre los jueces.

**Confiabilidad.** En cuanto a la confiabilidad, se realizó una prueba piloto aplicando los instrumentos a un grupo de profesionales de enfermería con características similares a la muestra definitiva, pero que no formaron parte del estudio principal. Con la información obtenida se calculó el coeficiente Kuder–Richardson 20 (KR-20), adecuado para ítems dicotómicos, con el propósito de valorar la consistencia interna de los cuestionarios. Este procedimiento permitió verificar el comportamiento de los ítems, identificar posibles dificultades de comprensión y asegurar que las escalas midan de manera homogénea los constructos de conocimiento y práctica sobre el cuidado del paciente politraumatizado, antes de su aplicación en la muestra de estudio, la prueba estadística de KR 20 para el primer instrumento, con un valor de 0.80, del mismo modo para el instrumento de prácticas.

### **Proceso de Recolección de Datos**

El proceso de recolección de datos se iniciará solicitando la autorización formal de la dirección del hospital y del servicio de emergencia, así como la aprobación del proyecto por el comité de ética en investigación correspondiente. Una vez obtenidos estos permisos, se coordinarán fechas y turnos con la jefatura de enfermería para convocar a los profesionales elegibles, a quienes se les explicará personalmente los objetivos del estudio, los riesgos y beneficios, la confidencialidad de la información y su derecho a retirarse en cualquier momento; solo quienes acepten participar firmarán el consentimiento informado. Posteriormente, en un ambiente tranquilo del propio servicio, se aplicará el cuestionario de conocimientos (aproximadamente 15–20 minutos por participante) y, de manera paralela, se utilizará la guía de observación para registrar la práctica durante la atención real a pacientes politraumatizados en los distintos turnos. Se estima que la recolección completa de

información de ambos instrumentos se llevará a cabo en un periodo aproximado de cuatro semanas, hasta cubrir la totalidad de la muestra.

### **Procesamiento y Análisis de Datos**

Una vez finalizada la recolección, los cuestionarios y las guías de observación serán revisados para detectar omisiones o inconsistencias, y luego codificados y digitados en una base de datos en Excel, que posteriormente se exportará al programa estadístico (por ejemplo, SPSS) para su análisis. En primer lugar, se realizará una descripción de la muestra y de cada variable mediante estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, según corresponda), además de la clasificación del nivel de conocimiento y de la práctica de enfermería de acuerdo con los puntos de corte establecidos en los instrumentos. Posteriormente, para responder al objetivo correlacional del estudio, se aplicará una prueba de asociación adecuada al tipo de datos (como el coeficiente de correlación de Spearman entre los puntajes de conocimiento y práctica), considerando un nivel de significancia estadística de  $p < 0,05$ ; los resultados se presentarán en tablas y se interpretarán a la luz de la literatura previa sobre atención al paciente politraumatizado

### **Consideraciones Éticas**

En el presente estudio se respetarán los principios éticos fundamentales aplicados a la investigación con seres humanos. En primer lugar, el principio de autonomía se garantizará mediante la obtención del consentimiento informado por escrito de cada profesional de enfermería, después de explicar de manera clara el propósito del estudio, los procedimientos, el tiempo que tomará su participación, así como su derecho a no participar o retirarse en cualquier momento sin que ello afecte su situación laboral.

El principio de beneficencia se expresa en la intención de generar conocimiento que contribuya a mejorar la calidad de la atención al paciente politraumatizado y a fortalecer las competencias del personal de enfermería, procurando que los beneficios potenciales superen ampliamente cualquier molestia mínima que pueda causar la aplicación de los instrumentos. En relación con la no maleficencia, se cuidará que la participación no interfiera con la atención habitual de los pacientes ni genere sobrecarga para el personal; además, no se realizarán procedimientos invasivos ni intervenciones que modifiquen la práctica asistencial rutinaria.

Finalmente, el principio de justicia se asegurará al invitar a participar a todos los profesionales que cumplan con los criterios de inclusión, sin discriminación de edad, sexo, tipo de contrato u horario de trabajo. Se resguardará la confidencialidad y anonimato asignando códigos numéricos a los participantes, evitando registrar nombres u otros datos que permitan su identificación en las bases de datos, informes o publicaciones. Toda la información recogida será utilizada únicamente con fines académicos y será almacenada en archivos protegidos, accesibles solo para el equipo investigador, de acuerdo con las normas institucionales y las recomendaciones de los comités de ética en investigación.

## Administración del Proyecto de Investigación

### Cronograma de ejecución

ACTIVIDAD/MESES	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M
Planteamiento de la idea de investigación	x															
Revisión de la bibliografía y gestión de la información	x	x														
Análisis de la información bibliográfica	x	x														
Selección de diseño de investigación, población, muestra		x														
Diseño de instrumentos de recolección de datos		x	x													
Revisión de Proyecto de investigación				X												
Elaboración de presupuesto y cronograma			x													
Aprobación del proyecto e inscripción				x												
Solicitar autorización al área de estudio				x	x	x										
Aplicación de los instrumentos de recolección de datos							x									
Tabulación de datos							x									
Análisis de datos								x								
Elaboración de resultados en tablas y gráficos y Discusión									x	x						
Revisión de trabajo de investigación											x					
Sustentación del trabajo de investigación												x				
Sumisión a una revista científica													x	x	x	

## Presupuesto

<b>Recurso Humano</b>		
	Apoyo administrativo (digitador) (150 x mes)	S/ 400.00
	Asesoría y proceso de investigación	S/ 1,000.00
	<b>Sub total</b>	<b>S/ 1,400.00</b>
<b>Bienes</b>		
Equipos		
	Impresora	S/ 860.00
	<b>Sub Total</b>	<b>S/ 860.00</b>
Materiales		
	2 millar de papel bond Atlas. Tamaño A4	S/ 42.00
	Tintas para impresora Epson L4160	S/ 220.00
	01 memoria USB 128 GB	S/ 80.00
	01 Kit de útiles de escritorio	S/ 100.00
	<b>Sub Total</b>	<b>S/ 442.00</b>
<b>Servicios</b>		
	Internet	S/ 480.00
	Fotocopias	S/ 250.00
	Encuadernado	S/ 150.00
	Consultoría	S/ 500.00
	Teléfono y Luz (Energía Eléctrica)	S/ 400.00
	<b>Sub Total</b>	<b>S/ 1,380.00</b>
Varios	Pasajes	S/ 400.00
Imprevistos	refrigerios	S/ 100.00
	<b>Total (soles)</b>	<b>S/ 4,582.00</b>

## Referencias Bibliográficas

- Acuña, Y., Moscoso, W., & Suarez, E. (2019). *Conocimiento sobre evaluación inicial del paciente politraumatizado de los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Rezola. Cañete. 2019* [Titulo]. Universidad Nacional de Callao.
- Alsomali, O. H., Alshammari, M. A., Altayawi, F. M., Alonezi, A. D., Kabi, A. H., Almutairi, A. Z., Almutairi, F. G., Alsulami, E. H., Alshagag, Zainab Abdullah, Alqattan, Khaled Mohammed, & Alotaibi, Hamad Marshud. (2023). Advances in polytrauma management in the emergency setting. *International Journal of Health Sciences*, 7(S1), 3450–3470.  
<https://doi.org/10.53730/IJHS.V7NS1.15133>
- Baik, D., Yi, N., Han, O., & Kim, Y. (2024). Trauma nursing competency in the emergency department: a concept analysis. *BMJ Open*, 14(6), e079259.  
<https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2023-079259>
- Berkeveld, E., Popal, Z., Schober, P., Zuidema, W. P., Bloemers, F. W., & Giannakopoulos, G. F. (2021). Prehospital time and mortality in polytrauma patients: a retrospective analysis. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 78-. <https://doi.org/10.1186/S12873-021-00476-6>
- Bezati, S., Ventoulis, I., Verras, C., Boultadakis, A., Bistola, V., Sbyrakis, N., Fraidakis, O., Papadamou, G., Fyntanidou, B., Parissis, J., & Polyzogopoulou, E. (2025). Major Bleeding in the Emergency Department: A Practical Guide for Optimal Management. *Journal of Clinical Medicine* 2025, Vol. 14, Page 784, 14(3), 784. <https://doi.org/10.3390/JCM14030784>
- Braithwaite, S., Stephens, C., Remick, K., Barrett, W., Guyette, F. X., Levy, M., & Colwell, C. (2022). Prehospital Trauma Airway Management: An NAEMSP Position Statement and Resource Document. *Prehospital Emergency Care*, 26(S1), 64–71.  
<https://doi.org/10.1080/10903127.2021.1994069;ISSUE:ISSUE:DOI>

- Brennan, P. M., Whittingham, C., Sinha, V. D., & Teasdale, G. (2024). Assessment of level of consciousness using Glasgow Coma Scale tools. *BMJ*, *384*. <https://doi.org/10.1136/BMJ-2023-077538>
- Bruinink, L. J., Linders, M., de Boode, W. P., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2024). The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. *Resuscitation Plus*, *20*, 100763. <https://doi.org/10.1016/J.RESPLU.2024.100763>
- Burga, Y., & Oblitas, S. (2023). *Conocimiento del equipo de salud sobre atención a personas politraumatizadas graves producto de accidente de tránsito, Centro de Salud I- 4 Amazonas, 2022* [Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/11898>
- Butt, A., Atem, F., Stutzman, S., Aiyagari, V., & Venkatachalam, A. (2021). Contribution of pupillary light reflex assessment to Glasgow Coma Scale for prognostication in patients with traumatic brain injury. *Journal of Neurocritical Care*, *14*(1). <https://ejnc.org/journal/view.php?doi=10.18700/jnc.210001>
- Caputo, G., Meda, S., Piccioni, A., Saviano, A., Ojetti, V., Savioli, G., Piccini, G. B., Ferrari, C., Voza, A., Pellegrini, L., Ottaviani, M., Spadazzi, F., Volonnino, G., & La Russa, R. (2024). Thoracic Trauma: Current Approach in Emergency Medicine. *Clinics and Practice*, *14*(5), 1869–1885. <https://doi.org/10.3390/CLINPRACT14050148>
- Carney, N., Totten, A. M., Cheney, T., Jungbauer, R., Neth, M. R., Weeks, C., Davis-O'Reilly, C., Fu, R., Yu, Y., Chou, R., & Daya, M. (2021). Prehospital Airway Management: A Systematic Review. *Prehospital Emergency Care*, *26*(5), 716–727. <https://doi.org/10.1080/10903127.2021.1940400;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER>

- Chaica, V., Marques, R., & Pontífice-Sousa, P. (2024). ISBAR: A Handover Nursing Strategy in Emergency Departments, Scoping Review. *Healthcare*, 12(3), 399.  
<https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE12030399>
- Dahbi, A., Breboneria, B. J. L., Ali, S. M. A., Mejia, P. C. G., Cordero, R. P., & Rosita, A. (2025). Effectiveness of Basic Trauma Nursing Management Course (BTNMC) in the level of knowledge among staff nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 22, 100–839. <https://doi.org/10.1016/J.IJANS.2025.100839>
- Day, A. (2022). ENA Position Statement: Hemorrhage Control. *Journal of Emergency Nursing*, 48(4), 460–464. <https://doi.org/10.1016/J.JEN.2022.03.005>
- Driessen, M. L. S., Sturms, L. M., van Zwet, E. W., Bloemers, F. W., ten Duis, H. J., Edwards, M. J. R., den Hartog, D., de Jongh, M. A. C., Leenhouts, P. A., Poeze, M., Schipper, I. B., Spanjersberg, R., Wendt, K. W., de Wit, R. J., van Zutphen, S. W. A. M., & Leenen, L. P. H. (2021). Evaluation of the Berlin polytrauma definition: A Dutch nationwide observational study. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 90(4), 694–699.  
<https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003071>
- Dufraigne, A., Bonjean, P., Gergele, L., Morel, J., Thierry, G., & Beuret, P. (2025). Noninvasive ventilation in chest trauma-related acute respiratory failure related to chest trauma: Efficacy and risk of pneumothorax. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2025 51:1, 51(1), 204-. <https://doi.org/10.1007/S00068-025-02879-7>
- Fadden, S. (2024). Trauma resuscitation and the damage control approach. *Surgery (Oxford)*, 42(7), 479–486. <https://doi.org/10.1016/J.MPSUR.2024.04.005>
- Fagundes, A. M., Portella, R. F., Lied, A. F., Barbosa, F. N., & Silva, A. M. (2025). Manejo eficaz do politrauma: Aplicando o método Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (método ABCDE) e o protocolo Advanced Trauma Life Support (ATLS) para reduzir a

mortalidade. *Research, Society and Development*, 14(3), e7314348472–e7314348472.

<https://doi.org/10.33448/RSD-V14I3.48472>

Ferrada, P., Shafique, S., Brenner, M., Burlaw, C., Catena, F., Coleman, J., Coleman, J., Demetriades, D., Demoya, M., Di Saverio, S., Dissanaik, S., Dransfield, T., Dubose, J., Duchesne, J., Elkbuli, A., Foianini, E., Gambardella, J., Garcia, A., Goldberg, A., ... Kluger, Y. (2025). Prioritizing circulation over airway to improve survival in trauma patients with exsanguinating injuries: a world society of emergency surgery-panamerican trauma consensus statement. *World Journal of Emergency Surgery* 20:1, 20(1), 47-.

<https://doi.org/10.1186/S13017-025-00618-2>

Geduld, C., Muller, H., & Saunders, C. J. (2022). Factors which affect the application and implementation of a spinal motion restriction protocol by prehospital providers in a low resource setting: A scoping review. *African Journal of Emergency Medicine*, 12(4), 393–405.

<https://doi.org/10.1016/J.AFJEM.2022.08.005>

Ghabban, M. (2024). Cultivating and Sharing Tacit Knowledge in the Medical Field. *International Journal of Knowledge-Based Organizations*, 14(1), 1–18.

<https://doi.org/10.4018/IJKBO.347917>

Gianola, S., Barger, S., Biffi, A., Cimbanassi, S., D'Angelo, D., Coclite, D., Facchinetti, G., Fauci, A. J., Ferrara, C., Di Nitto, M., Napoletano, A., Punzo, O., Ranzato, K., Tratsevich, A., Iannone, P., Castellini, G., & Chiara, O. (2023). Structured approach with primary and secondary survey for major trauma care: an overview of reviews. *World Journal of Emergency Surgery* 2023 18:1, 18(1), 2-. <https://doi.org/10.1186/S13017-022-00472-6>

Haliq, S. Al, & AlShammari, T. (2025). Communication handover barriers among nurses and paramedics in emergency care settings. *BMC Nursing*, 24(1), 634-.

<https://doi.org/10.1186/S12912-025-03286-4>

- Hardy, B. M., King, K. L., Enninghorst, N., & Balogh, Z. J. (2022). Trends in polytrauma incidence among major trauma admissions. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2022 50:3, 50(3), 623–626. <https://doi.org/10.1007/S00068-022-02200-W>
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, L. (2020). *Metodología de la investigación* (7th ed.). McGraw-Hill. [https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis\\_sampieri\\_unidad\\_1-1.pdf](https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf)
- Hsu, C. H., & Kuo, L. T. (2023). Application of Pupillometry in Neurocritical Patients. *Journal of Personalized Medicine* 2023, Vol. 13, Page 1100, 13(7), 1100. <https://doi.org/10.3390/JPM13071100>
- Jeri, N., Mejia, T., & Meza, P. (2023). *Conocimiento y práctica del cuidado de enfermería del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Huancayo, 2023*. Universidad Nacional del Callao.
- Johnstone, L., & Ahmed, Z. (2024). The Efficacy of Active Warming in Prehospital Trauma Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Care* 2024, Vol. 4, Pages 312-328, 4(4), 312–328. <https://doi.org/10.3390/TRAUMACARE4040026>
- Kim, H. W., & Roh, Y. S. (2024). Perceived trauma nursing core competency, interprofessional collaborative competency, and associated barriers among regional trauma center nurses. *International Emergency Nursing*, 72, 101388. <https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2023.101388>
- Kim, J. Y., & Kim, O. H. (2025). Recent Advances in Prehospital and In-Hospital Management of Patients with Severe Trauma. *Journal of Clinical Medicine* 2025, Vol. 14, Page 2208, 14(7), 2208. <https://doi.org/10.3390/JCM14072208>
- Kinder, F., Mehmood, S., Hodgson, H., Giannoudis, P., & Howard, A. (2021). Barriers to Trauma Care in South and Central America: a systematic review. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology* 2021 32:6, 32(6), 1163–1177. <https://doi.org/10.1007/S00590-021-03080-3>

- Linders, M., Binkhorst, M., Draaisma, J. M. T., van Heijst, A. F. J., & Hogeveen, M. (2021). Adherence to the ABCDE approach in relation to the method of instruction: a randomized controlled simulation study. *BMC Emergency Medicine* 2021 21:1, 21(1), 121-.  
<https://doi.org/10.1186/S12873-021-00509-0>
- Mamani, A. D. (2022). *Nivel de conocimiento sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y engagement, enfermeras servicio de emergencia Hospital III Yanahuara. Arequipa, 2019* [Universidad Católica de Santa María].  
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11906>
- McDonald, N., Kriellaars, D., & Pryce, R. T. (2023). Patterns of change in prehospital spinal motion restriction: A retrospective database review. *Academic Emergency Medicine*, 30(7), 698–708. <https://doi.org/10.1111/ACEM.14678;WGROU:STRING:PUBLICATION>
- Medina, N. (2022). *Prevalencia y factores asociados a la gravedad de politraumatizado atendido en el servicio de emergencia del hospital regional de Ica 2021* [Tesis]. Universidad San Juan Bautista.
- Milenković, M., Boštjan, L., Hadzibegović, A., Rović, I., Šijan, D., & Petrović, K. (2024). TRAUMA UNVEILED: An In-Depth Review of Initial Treatment of Polytraumatized Patient. *Annals of Case Reports*, 9(1). <https://doi.org/10.29011/2574-7754.101655>
- National Center for Health Statistics. (2023). *FastStats-Injuries*. National Center for Health Statistics. [https://www.cdc.gov/nchs/fastats/injury.htm?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.cdc.gov/nchs/fastats/injury.htm?utm_source=chatgpt.com)
- Ojeda, K., & Vigo, A. (2023). *Conocimiento y práctica de atención a pacientes politraumatizados en el personal de enfermería de la unidad de Emergencias del Hospital Cayetano Heredia – Lima 2023*. Universidad Nacional del Callao.
- OMS. (2024). *Injuries and violence*. OMS. [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/injuries-and-violence?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/injuries-and-violence?utm_source=chatgpt.com)

- Padinha, S., Fernandes, J. B., & Castro, C. (2025a). Nursing Interventions in Approaching Trauma Victims: Scoping Review. *Journal of Clinical Medicine* 2025, Vol. 14, Page 3016, 14(9), 3016. <https://doi.org/10.3390/JCM14093016>
- Padinha, S., Fernandes, J. B., & Castro, C. (2025b). Nursing Interventions in Approaching Trauma Victims: Scoping Review. *Journal of Clinical Medicine* 2025, Vol. 14, Page 3016, 14(9), 3016. <https://doi.org/10.3390/JCM14093016>
- Pinheiro, J., Castro, E., Ferreira, N., Da Silva, A., Alves, S., Gomez, J., Campos, J., & Bulcao, M. (2021). Nursing care to polytraumatized patients in urgency and emergency services. *International Journal of Development Research*, 11. <https://www.journalijdr.com/nursing-care-polytraumatized-patients-urgency-and-emergency-services>
- Rafii, F., Nasrabadi, A. N., & Tehrani, F. J. (2021). How Nurses Apply Patterns of Knowing in Clinical Practice: A Grounded Theory Study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 31(1), 139–146. <https://doi.org/10.4314/EJHS.V31I1.16>
- Raile, M., & Narriner, A. (2022). *Modelos y Teorías en Enfermería* (7ma ed.). Elsevier España, S.L.
- Raymundo, Y., & Yañac, F. (2022). *Conocimiento y cuidado de enfermería al paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo - 2022*. Universidad Nacional del callao.
- Reyes, P. (2021). *Conocimiento en la atención al paciente politraumatizado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital General “Delfina Torres de Concha” de la ciudad de Esmeraldas [PUCE]*. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/39076>
- Richards, G. A., Hardcastle, T. C., & Hodgson, R. E. (2023). Ventilation in the Trauma Patient: A Practical Approach. *Penetrating Trauma: A Practical Guide on Operative Technique and Peri-Operative Management, Third Edition*, 109–117. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-47006-6\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-031-47006-6_13)

- Rosales-Mayor, E., Miranda, J., Lema, C., Lopez, L., Paca-Palao, A., Luna, D., & Huichi, L. (2020). Recursos y capacidades de servicios de emergencia para atención de lesiones por traumas en Perú. *Cad. Saúde Pública*, 27(9). <http://www.pnud.org.pe/frm>
- Schoeber, N. H. C., Linders, M., Binkhorst, M., De Boode, W. P., Draaisma, J. M. T., Morsink, M., Nusmeier, A., Pas, M., van Riessen, C., Turner, N. M., Verhage, R., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2022). Healthcare professionals' knowledge of the systematic ABCDE approach: a cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine* 2022 22:1, 22(1), 202-. <https://doi.org/10.1186/S12873-022-00753-Y>
- Shehade, W., Ayed, A., & Harazneh, L. (2023). Knowledge and practice of nurses regarding the care of patients with head trauma in intensive care units in the West Bank. *Journal of Public Health Research*, 12(4). <https://doi.org/10.1177/22799036231204336>
- Taganoviq, B., Bllaca, L., Tahirbegolli, B., Hoxha, B. K., Emini, F., Pappritz, C., Azizi, K., Zhubi, A., & Bellaja, E. (2022). Evidence-Based Knowledge, Beliefs, and Skills Among Healthcare Professionals. *The Open Nursing Journal*, 16(1). <https://doi.org/10.2174/18744346-V16-E221221-2022-110>
- Thies, K. C., Bergmans, E., Billington, A., Fraga, G. P., Trummer, F., Nasr, A. O., Tilsed, J., Kamaras, G., Cebula, G., Protic, A., Khalifa, G. E. A., Vänni, V., Alouini, S., Uštar, K. K., Perfetti, P., Sari, F., Cimpoesu, D., Cassar, M. R., Lott, C., ... Verdonck, P. (2024). The European Trauma Course: Transforming systems through training. *Resuscitation Plus*, 18, 100599. <https://doi.org/10.1016/J.RESPLU.2024.100599>
- Van Veelen, M. J., & Brodmann Maeder, M. (2021). Hypothermia in Trauma. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol. 18, Page 8719, 18(16), 8719. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18168719>

- Viscone, A., Corbella, D., & Vascello, M. G. F. (2024). Clinical Evaluation: Neurological Examination and Standardized Scales. *Hot Topics in Acute Care Surgery and Trauma, Part F4667*, 53–73. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-50117-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-031-50117-3_5)
- Zaccagnini, M., Bussi eres, A., Mak, S., Boruff, J., West, A., & Thomas, A. (2022). Scholarly practice in healthcare professions: findings from a scoping review. *Advances in Health Sciences Education*, 28(3), 973–996. <https://doi.org/10.1007/S10459-022-10180-0>
- Zadorozny, E. V., Lin, H. H. S., Luther, J., Wisniewski, S. R., Cotton, B. A., Fox, E. E., Harbrecht, B. G., Joseph, B. A., Moore, E. E., Ostenmayer, D. G., Patel, M. B., Schreiber, M. A., Tatebe, L. C., Todd, S. R., Wilson, C., Gruen, D. S., Sperry, J. L., Martin-Gill, C., Brown, J. B., & Guyette, F. X. (2024). Prehospital Time Following Traumatic Injury Is Independently Associated With the Need for In-Hospital Blood and Early Mortality for Specific Injury Types. *Air Medical Journal*, 43(1), 47–54. <https://doi.org/10.1016/J.AMJ.2023.09.013>
- Zoghby, M., Talaat, T., & Hussein, B. (2021). Nurses' Performance of Golden Hours for Trauma in Helwan General Hospital. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 8(1), 624–635. [www.noveltyjournals.com](http://www.noveltyjournals.com)

## Apéndices

### Apéndice A: Instrumentos de recolección de Datos

#### Cuestionario orientado al personal de salud

#### I. Introducción:

El propósito de este cuestionario es recopilar información sobre el nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026. Por lo tanto, se solicita su colaboración a través de respuestas veraces y sinceras. Es importante destacar que este cuestionario es de carácter anónimo. Se agradece de antemano su colaboración.

#### II. Instrucciones:

Conteste las opciones presentadas, marcando con una “X” las alternativas que cree usted más conveniente.

#### III. Datos generales del personal de salud:

##### 1. *¿Cuál es su edad?*

Menor de 24años ( )

Entre 25– 34 años ( )

Entre 35 – 44 años ( )

Mayor de 44 años ( )

##### 2. *¿Sexo?*

masculino ( )

Femenino ( )

**3. *¿Cuál es tu tiempo de servicio?***

Menor de un año ( )

Entre un año y 5 años ( )

Entre 6 y 10 años ( )

Superior a 10 años ( )

**4. *¿Cuál su condición laboral?***

Nombrado ( )

CAS ( )

Tercero ( )

**5. *¿Tiene estudios de segunda especialidad?***

Estudios concluidos ( )

Título de especialidad ( )

Ninguno ( )

**6. *¿Tiene estudios de posgrado?***

Maestría ( )

Doctorado ( )

Ninguno ( )

**Variable: conocimiento**

**IV. Datos específicos**

1. ¿Qué acción definitiva se debe realizar para asegurar la permeabilidad de la vía aérea en el paciente politraumatizado?
  - a. Hiperextensión del cuello
  - b. Colocación de cánula orofaríngea
  - c. Aspiración de secreciones
  - d. Colocación de collarín cervical
  - e. No lo sé
2. Para realizar la evaluación rápida y detectar signos de obstrucción de la vía aérea se debe buscar cuerpos extraños y:
  - a. Fracturas faciales, mandibulares o de la tráquea y/o laringe
  - b. Fractura de la columna cervical
  - c. Presencia de secreciones, vómitos y/o sangre
  - d. Evaluar las características de la respiración
  - e. No lo sé
3. ¿Qué maniobra se debe realizar para establecer una vía aérea permeable en un paciente politraumatizado?
  - a. Maniobra de Sellick
  - b. Hiperextensión del cuello con elevación del mentón
  - c. Elevación del mentón
  - d. Tracción mandibular
  - e. No lo sé
4. La selección del dispositivo auxiliar para mantener la vía aérea abierta para conseguir el mejor pronóstico del paciente:
  - a. Cánula orofaríngea, cánula nasofaríngea
  - b. Cánula nasofaríngea
  - c. Cánula orofaríngea
  - d. No es necesario para una vía aérea complementaria
  - e. No lo sé

5. En un paciente politraumatizado, la inmovilización de la columna cervical debe realizarse cuando presenta:
  - a. Lesión penetrante en el abdomen sin alteración del nivel de conciencia
  - b. Hemorragias profusas y sin poder controlarlas
  - c. Traumatismo craneoencefálico con alteración del nivel de conciencia
  - d. Falla cardiaca y respiratoria
  - e. No lo sé
6. ¿Qué característica se debe buscar en la respiración, durante la evaluación inicial del paciente politraumatizado?
  - a. Frecuencia, ruidos respiratorios anómalos
  - b. Frecuencia, profundidad y simetría
  - c. Ausencia de la respiración o respiración apnea
  - d. Ritmo, frecuencia y asimetría
  - e. No lo sé
7. La frecuencia respiratoria normal por minuto en un adulto es de:
  - a. 8 a 10
  - b. 10 a 12
  - c. 12 a 20
  - d. 20 a 30
  - e. No lo sé
8. En un paciente politraumatizado que necesita apoyo ventilatorio le pondremos:
  - a. Cánula binasal
  - b. Máscara con reservorio
  - c. Cánula orofaríngea
  - d. Ventilación con bolsa válvula máscara o bolsa ambu
  - e. No lo sé
9. ¿Qué aspectos debemos buscar para precisar el estado hemodinámico del paciente politraumatizado?
  - a. Disminución del nivel de conciencia, valorar hematuria y gasto cardíaco

- b. Llenado capilar, coloración de la piel y temperatura corporal
  - c. Identificar fuentes exanguinantes de hemorragia, pulso, color de piel
  - d. Presión arterial, signos de taponamiento cardíaco e ingurgitación yugular
  - e. No lo sé
10. La hemorragia se controla de las siguientes formas:
- a. Presión directa sobre el lugar del sangrado
  - b. Uso de torniquetes, elevación y presión sobre puntos de presión
  - c. La presencia de pulso periférico palpable supone una estimación aproximada de la presión arterial
  - d. Cateterización venosa como técnica invasiva para acceso vascular permanente
  - e. No lo sé
11. ¿Cuál es el pulso más accesible para la exploración del paciente politraumatizado?
- a. El carotídeo y el poplíteo
  - b. El braquial y el carotídeo
  - c. El poplíteo y el braquial
  - d. El femoral y el carotídeo
  - e. No lo sé
12. ¿Cuál es el beneficio de una vía periférica permeable?
- a. Acción no rápida de los medicamentos
  - b. Administración de pequeñas cantidades
  - c. Acceso al sistema vascular del paciente
  - d. Es una técnica no invasiva
  - e. No lo sé
13. Son soluciones compuestas por electrolitos y actúan como expansores eficaces de volumen durante un período breve:
- a. Cristaloides isotónicos
  - b. Coloides sintéticos
  - c. Sustitutos de la sangre
  - d. Cristaloides hipotónicos

- e. No lo sé
14. ¿Cuántos puntos según la escala de Coma de Glasgow se espera encontrar en un paciente para deducir que requiere una colocación de vía aérea definitiva (tubo endotraqueal)?
- a. Menor o igual a 7
  - b. Menor o igual a 9
  - c. Menor o igual a 10
  - d. Menor o igual a 8
  - e. No lo sé
15. ¿Cuáles son los parámetros que se incluyen en la Escala de Glasgow para la evaluación de un paciente politraumatizado?
- a. Apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora y tamaño pupilar
  - b. Apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora y evaluación neurológica
  - c. Apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora
  - d. Apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora y nivel de conciencia
  - e. No lo sé
16. Si en la evaluación neurológica inicial del paciente politraumatizado se obtiene una puntuación menor de 7 puntos, ¿qué indica ello?
- a. Lesión grave, considerar manejo definitivo de la vía aérea
  - b. Lesión leve, considerar transporte inmediato
  - c. Lesión cervical y colocación de collarín rígido
  - d. Postura de descerebración
  - e. No lo sé
17. ¿Las pupilas anisocorias son un signo de gravedad que indica?
- a. Traumatismo craneoencefálico
  - b. Intoxicación por organofosforados
  - c. Trauma abdominal
  - d. Neumotórax
  - e. No lo sé
18. La hipotensión de origen desconocido en un paciente politraumatizado se debe asumir que es el resultado de:

- a. Trauma abdominal
  - b. Amputación traumática
  - c. Lesión espinal
  - d. Neumotórax a tensión
  - e. No lo sé
19. ¿Durante la evaluación inicial, qué acciones se deben realizar para evitar que la exposición del paciente se complique en el paciente politraumatizado?
- a. Cerrar las ventanas y evitar corrientes de aire en el ambiente
  - b. Cubrir al paciente con cobertores tibios y evitar mantener al paciente húmedo con secreciones o sangre
  - c. Calentar las soluciones endovenosas antes de administrarlas
  - d. Colocarlo en una camilla rígida y desvestirlo
  - e. No lo sé
20. ¿Qué acciones se deben realizar para facilitar el examen y una evaluación completa del paciente?
- a. Colocarlo en una camilla rígida y desvestirlo
  - b. Desvestir solo la parte necesaria para prevenir la hipotermia
  - c. Exponer según las lesiones que presente
  - d. Desvestirlo totalmente
  - e. No lo sé

**Variable: Atención inicial del paciente politraumatizado**

21. ¿Durante la recepción de un paciente politraumatizado, cuál es el primer paso que realiza?
- a) Revisión neurológica
  - b) Asegurar vía aérea
  - c) Control de signos vitales
  - d) Control del dolor
  - e) No realizo ninguno

22. ¿En qué orden aplica la evaluación primaria en la atención inicial?
- a) A-B-C-D-E
  - b) B-A-C-D-E
  - c) C-A-B-D-E
  - d) No lo sé con exactitud
23. ¿Cuál es el tiempo promedio desde que recibe al paciente hasta que inicia la atención?
- a) Menos de 1 minuto
  - b) Entre 1 y 5 minutos
  - c) Más de 5 minutos
  - d) Depende de la gravedad
24. ¿Aplica las intervenciones prioritarias antes del registro formal del paciente?
- a) Siempre
  - b) A veces
  - c) Nunca
25. ¿Qué procedimiento realiza inmediatamente después de verificar la vía aérea y la respiración?
- a) Colocación de vía periférica
  - b) Administrar analgesia
  - c) Evaluación neurológica
  - d) Esperar indicaciones
26. ¿En qué casos aplica oxigenoterapia en politraumatizados?
- a) Solo si hay cianosis
  - b) Siempre de forma preventiva
  - c) Si hay alteración en saturación

d) Solo si el médico lo indica

27. ¿Con qué frecuencia registra en la historia clínica los hallazgos de la valoración primaria?

a) Siempre

b) A veces

c) Casi nunca

d) Nunca

28. ¿Informa verbalmente al equipo médico o de enfermería sobre las condiciones del paciente tras la atención inicial?

a) Siempre

b) Solo si hay datos relevantes

c) Depende del turno o carga laboral

d) No acostumbro a hacerlo

**Gracias**

## Guía de observación practica

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Turno: M  T  N

Código de enfermera(o): \_\_\_\_\_ Observador/a: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Marque con una "X" la columna correspondiente según la acción observada durante la atención inicial del paciente politraumatizado. Marque "Sí" si la actividad se realiza de manera correcta y oportuna, y "No" si no se realiza o se ejecuta de forma inadecuada.

N.º	Actividad observada	Sí	No
	<b>Cuidados del sistema respiratorio</b>		
1	Verifica la permeabilidad de la vía aérea del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Si no existe respiración ni pulso, inicia de inmediato maniobras de RCP básica y/o avanzada según protocolo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Administra oxígeno a altas concentraciones de acuerdo con la condición clínica del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Observa la simetría de los movimientos torácicos e identifica signos de tórax inestable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Vigila la presencia de disnea, uso de músculos accesorios u otros signos de dificultad respiratoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Cuidados del sistema circulatorio</b>		
6	Canaliza una o dos vías venosas periféricas de grueso calibre y controla de manera continua los signos vitales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Evalúa y repone las pérdidas de volumen mediante la administración de soluciones cristaloides y/o coloides según indicación médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Realiza control de hemorragias externas mediante compresión directa, vendajes u otros métodos indicados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Cuidados del sistema tegumentario</b>		
9	Valora de forma sistemática las lesiones de la piel y tejidos blandos (heridas, quemaduras, equimosis, excoriaciones).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Cuidados neurológicos</b>		
10	Valora el nivel de conciencia utilizando la Escala de Glasgow (apertura ocular, respuesta verbal y motora).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Mantiene la inmovilización de la columna vertebral y de las extremidades cuando está indicada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Protege al paciente de la hipotermia y preserva su privacidad durante la exposición y exploración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Registro y comunicación de enfermería</b>		
13	Mantiene comunicación efectiva con el equipo de salud y demuestra seguridad en la atención del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Registra oportunamente en la historia clínica las intervenciones de enfermería y la evolución del paciente politraumatizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia en un hospital público de Pichanaki, 2025.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los items propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **Título del proyecto.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N° : 01

Fecha actual: 01- Dic. 2025

Nombres y Apellidos de Juez: Morero Vladimir Ponce

Institución donde labora: Hospital de Apoyo Pichanaki

Años de experiencia profesional o científica: 06 años

Firma y Sello

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Sugerencias: \_\_\_\_\_

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI ( )

NO (✓)

Observaciones: *primero preguntas sea sea se que hacer primer*

Sugerencias: *Verificar si es necesario hacer las preguntas sobre los que se*

*debe contestar los otros vigilar los datos y hacer nombres*

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (✓)

Observaciones: \_\_\_\_\_

Sugerencias: \_\_\_\_\_

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (✓)

Observaciones: \_\_\_\_\_

Sugerencias: \_\_\_\_\_

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Sugerencias: \_\_\_\_\_

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓)

NO ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Sugerencias: \_\_\_\_\_



**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia en un hospital público de Pichanaki, 2025.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **Título del proyecto**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N° : 02

Fecha actual: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos de Juez: ERNESTO CASHUASHIMORI AVILA

Institución donde labora: HOSPITAL DE EMERGENCIAS PICHANAKI

Años de experiencia profesional o científica: 9 AÑOS



Firma y Sello

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (  )

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (  )

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (  )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (  )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (  )

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (  )

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....



**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia en un hospital público de Pichanaki, 2025.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **Título del proyecto**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N° : 075

Fecha actual: 3.12.2025

Nombres y Apellidos de Juez: Luis E. Rosillo Velazco

Institución donde labora: Hospital de Apoyo Pichanaki

Años de experiencia profesional o científica: 20 años

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular official stamp. The stamp contains text in Spanish, including 'INSTITUCIÓN DE SALUD' and 'PICHANAKI'. The signature is written in a cursive style.

Firma y Sello

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI

NO ( )

Observaciones: *la pregunta 21 y 22 podrian ir al inicio*

Sugerencias: .....

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

4) Existen palabras difíciles de entender en los items o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada item o reactivo del INSTRUMENTO?

SI

NO ( )

Observaciones: *Sólo la pregunta n 13 tiene 2 respuestas (a) y (d)*

Sugerencias: *en la pregunta n 9 podria incluirse la opción*

*distintal con la respuesta b.) pero que sea más*

*completa.*

6) Los items o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....



**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia en un hospital público de Pichanaki, 2025.

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **Título del proyecto**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N° : 04

Fecha actual: 03-12-25

Nombres y Apellidos de Juez: Herbert D. Osorio Esteban

Institución donde labora: Hospital de Pichanaki

Años de experiencia profesional o científica: 15 años



Firma y Sello

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI ( )

NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI (x)

NO ( )

Observaciones: Alternativa confusa en la N° 09

y la N° 10, pregunta no específica

Sugerencias: Reformular la pregunta N° 09 y N° 10

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (✓)

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓)

NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

## INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia en un hospital de Pichanaki,2025.

### Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **Título del proyecto**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 05

Fecha actual: 07/12/2025

Nombres y Apellidos de Juez: José Alfredo Huicho Lozano

Institución donde labora: Servicio de Emergencia - del Hospital de Apoyo Pichanaki

Años de experiencia profesional o científica: 8 AÑOS

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN  
SERVICIO REGIONAL DE SALUD  
INSTITUCIÓN DE SALUD  
SERVICIO DE EMERGENCIAS  
PICHANAKI



Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

**1) ¿Esta de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?**

SI ( )

NO ( x )

Observaciones:

- Los datos sociodemográficos no se plantean como pregunta, solo como enunciado.
- Se requiere de saber con claridad las dimensiones inmersas a cada variable , para determinar si el instrumento medirá lo que se pretende estudiar.

Sugerencias:

- Tomar de referencia flujogramas de atención de MINSA.

**2) A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?**

SI ( )

NO ( x )

Observaciones:

- Se debe de mejorar el orden de las preguntas en función al actuar en la escena del paciente traumatizado.

Sugerencias:

- Existen guías para de abordaje inicial del paciente politraumatizado, podría darle mejor orden lógico a lo que quieren medir como investigadores.

**3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?**

SI ( )

NO ( X )

Observaciones:

- Podría mejorarse la forma de plantear las preguntas a un tomo más formal.

Sugerencias:

- Se podría mejorar los reactivos asignados en cada pregunta, modificar el reactivo "no sé" por "ninguna de las anteriores"

**4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?**

SI ( )

NO ( x )

Observaciones:

Sugerencias:

**5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?**

SI ( )

NO ( x )

Observaciones:

- Las alternativas de respuesta deben estar delimitadas si desea manejar como cuestionario o como escala tipo Likert hay mezcla de ambas.

## Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos (Incluir matriz de datos)

### Instrumento de conocimiento

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	19
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	18
3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
4	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	8
5	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	9
6	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	9
7	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6
8	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	7
9	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7
10	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	13
11	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	11
12	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	8
13	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8
14	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	13
15	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	14
16	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	11
17	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
18	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	13
19	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12
20	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	13
21	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	11
22	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	12
23	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	12
24	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	10
25	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	9
26	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	12
27	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	9
28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
TRC	23	14	16	17	15	15	13	17	10	15	10	16	15	17	16	15	15	15	11	16	
P	0.77	0.47	0.53	0.57	0.50	0.50	0.43	0.57	0.33	0.50	0.33	0.53	0.50	0.57	0.53	0.50	0.50	0.37	0.53		
Q	0.23	0.53	0.47	0.43	0.50	0.50	0.57	0.43	0.67	0.50	0.67	0.47	0.50	0.43	0.47	0.50	0.50	0.63	0.47		
P*Q	0.18	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.22	0.25	0.22	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.23	0.25		
S (P*Q)	4.83																				
VT	19.9																				
KR20	0.80																				

### Instrumento practicas



## **Apéndice D: Consentimiento informado**

Karina Perez Mejia y Liz Y. Flores Macuyama, Licenciadas en Enfermería; nos encontramos realizando nuestro trabajo de investigación titulado: Nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2025.

Para lo cual; solicitamos su atención en el desarrollo de la presente encuesta, en caso de aceptar su participación, agradeceremos firmar como evidencia de que su participación es de manera voluntaria para lo cual se le solicita responder las preguntas seleccionando con una (x) la respuesta que considere adecuada.

Ponemos de su conocimiento que la información es estrictamente confidencial y anónima, será para uso exclusivo de los autores; sin recordarle de antemano que nadie le obliga a participar en la encuesta; y no hay inconveniente si decide no participar o retirarse del estudio.

.....  
**Firma de la participante**

.....  
**Firma de Investigadora**

.....  
**Firma de investigadora**

### Apéndice E: Matriz de consistencia

**Título:** Nivel de conocimiento del personal de salud y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2025

Problema	Objetivos	Variables	Hipótesis	Metodología
Problema general	Objetivo general	Variable 1	Hipótesis general	
¿Cuál es la relación entre conocimiento con la atención inicial del paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026?	Determinar la relación entre el nivel de conocimiento del personal de salud y la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público de Pichanaki, 2026.	Conocimiento	Ha: Existe relación entre el nivel de conocimiento del personal de salud y la atención inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público de Pichanaki, 2026	Enfoque: Cuantitativo Diseño: No experimental Tipo: Básica Alcance: Correlacional  POBLACIÓN: 90 profesionales de enfermería  MUESTRA: 90 trabajadores  Técnica: Encuesta y observación  Instrumento: Cuestionario guía de observación
Problemas específicos	Objetivos específicos			
1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento con la atención inicial del paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026?	1. Determinar el nivel de conocimiento con la atención inicial del paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026.	Atención inicial del paciente politraumatizado		
2. ¿Cuál es la atención inicial del	2. Determinar la atención inicial del			

paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026?	paciente politraumatizado por el personal de salud en el servicio de emergencia de un Hospital de Pichanaki, 2026.			
--	--	--	--	--

