

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Conocimiento y práctica del personal de salud en el manejo del paciente
politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del
primer nivel de atención Huarochirí, 2025**

Trabajo Académico

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

Emergencias y Desastres

Autor:

Veronica Rene Rea Felix

Asesor:

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Lima, 13 de mayo del 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO

ACADÉMICO

Yo, Luz Victoria Castillo Zamora, 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 Y PRÁCTICA DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN HUAROCHIRÍ, 2025”** de la autora Veronica Rene Rea Felix tiene un índice de similitud de 14% 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 13 días del mes de mayo del año 2026.



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

**Conocimiento y práctica del personal de salud en el manejo del
paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los
establecimientos del primer nivel de atención Huarochirí, 2025**

Trabajo Académico

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

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Blanca Quispe Cristobal', written over a horizontal line.

Mg. Blanca Quispe Cristobal
Dictaminador

Lima, 13 de mayo del 2026

Índice

Planteamiento del Problema	5
Formulación del Problema	7
Objetivos de la Investigación	8
Justificación.....	9
Presuposición Filosófica.....	10
Desarrollo de las Perspectivas Teóricas.....	12
Antecedentes de la Investigación	12
Marco Conceptual	17
Bases Teóricas	19
Definición de Términos.....	22
Metodología	25
Descripción del Lugar de Ejecución.....	25
Población y Muestra	25
Tipo y Diseño de Investigación.....	27
Técnica e Instrumentos de recolección de datos	30
Proceso de Recolección de Datos.....	34
Procesamiento y Análisis de Datos	34
Consideraciones Éticas	35
Administración del Proyecto de Investigación	37
Referencias Bibliográficas	39
Apéndices.....	48

Resumen

El objetivo del presente estudio será determinar la relación entre el conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, durante el año 2025. El estudio tendrá un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo–correlacional y de corte transversal. La muestra estará conformada por 82 profesionales de salud que laboran en los servicios de emergencia de la Red de Salud Huarochirí. La variable conocimiento se medirá con el cuestionario “Conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado”, validado por Maquera y Vidal (2018), el cual consta de 11 ítems agrupados en 2 dimensiones: Valoración primaria y Valoración secundaria; la validez de contenido se determinó mediante el coeficiente V de Aiken ($V = 1.00$) y la confiabilidad alcanzó 0.961. Para medir la variable práctica se utilizará la lista de cotejo “Prácticas de cuidado de enfermería al paciente politraumatizado”, validada por Carranza (2019), la cual consta de 29 ítems distribuidos en 3 dimensiones: Soporte vital inicial, Estabilización hemodinámica y Atención integral del cuidado; la validez de contenido se determinó mediante V de Aiken ($V = 0.99$) y la confiabilidad alcanzó 0.914. Los datos serán procesados mediante estadística descriptiva e inferencial utilizando el software SPSS v.26, y los resultados se presentarán en tablas de frecuencias y medidas de tendencia central. Este estudio aportará evidencia para orientar acciones de capacitación y mejora continua, con énfasis en el fortalecimiento de competencias clínicas para la atención inicial del paciente politraumatizado en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Traumatismos múltiples, accidentes de tránsito, conocimientos y prácticas en salud.

Planteamiento del Problema

Identificación del Problema

A nivel mundial, los traumatismos y otras lesiones causan alrededor de 4.4 millones de muertes anuales (World Health Organization [WHO], 2023). Al respecto, los accidentes causan alrededor de 1.19 millones de muertes al año. Además, entre 20 y 50 millones de personas sufren lesiones no fatales cada año, muchas con secuelas discapacitantes a largo plazo (WHO, 2023; WHO, 2024).

Estudios más recientes señalan que los programas educativos en trauma pueden reducir la mortalidad de forma significativa incluso en contextos con recursos limitados (Lulic et al., 2025).

Desde el punto de vista asistencial, la atención del paciente politraumatizado requiere la aplicación sistemática de la evaluación primaria ABCDE, junto con intervenciones oportunas orientadas a la estabilización inicial y al traslado seguro. En este proceso, el personal de salud, particularmente el personal de enfermería y los profesionales del primer contacto, desempeña un rol clave, ya que de su actuación depende en gran medida la evolución clínica del paciente (James & Pennardt, 2020).

En un estudio realizado en Etiopía se identificó que el 51.5% del personal presentó bajo conocimiento en triaje y 23.8% preparación inadecuada para atender a un paciente traumatizado (Duko et al., 2019). De manera consistente, antes de un entrenamiento, solo 3% del personal alcanzó un nivel adecuado de conocimiento, mientras que después del entrenamiento esa cifra subió a 39%, lo cual evidencia que el nivel formativo de base suele ser insuficiente (Bahlibi et al., 2022).

En América Latina, para el año 2021 se estimaron 145,090 muertes por lesiones de tránsito, lo que representa alrededor del 12% del total de la población mundial. Además, se reportaron más de 4 millones de personas con lesiones no fatales, incluyendo 638,620 lesiones graves con secuelas permanentes, lo que evidencia un fuerte impacto sanitario y social (PAHO, 2025, 2025).

En el Perú, los accidentes de tránsito continúan siendo un desafío prioritario de salud pública. Reportes internacionales y bases sanitarias los reconocen como una causa relevante de muerte en el país (WHO, 2024).

Al respecto, un estudio realizado en el Centro de Salud I-4 Amazonas, señaló que el 73% del personal no realizó correctamente la evaluación ABCDE y solo 20% mostró conocimiento excelente (Burga & Oblitas, 2023). De la misma manera un estudio realizado en el Hospital Yanahuara (Arequipa), demostró que el 13.2% presentó bajo conocimiento y no se halló relación entre compromiso laboral y desempeño técnico (Mamani, 2022); mientras que un estudio realizado en Huancayo demostró que el 63.4% mostró alto conocimiento, solo 23% evidenció buenas prácticas clínicas, atribuido a falta de capacitación continua, protocolos desactualizados y limitada experiencia en trauma (Raymundo & Yañac, 2022).

En el ámbito regional un estudio realizado en una clínica privada de Lima demostró que el 52% realizó prácticas inadecuadas pese a un conocimiento teórico aceptable (Ortiz, 2023).

En los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí (Lima), el problema se identificó por la convergencia de tres fuentes: (a) reportes nacionales recientes sobre siniestralidad vial y carga de lesionados y fallecidos, que presionan la capacidad de respuesta del primer nivel (ONSV, 2025); (b) la evidencia nacional que muestra brechas recurrentes en conocimiento y práctica para el manejo del politraumatizado (ABCDE, reanimación inicial y

estabilización); y (c) hallazgos de la fase diagnóstica local, donde se describió atención frecuentemente improvisada por limitaciones estructurales, falta de insumos, ausencia de simulacros y carencia de protocolos institucionales adaptados al contexto (Observatorio Nacional, 2025).

Entre las causas probables se incluyen la capacitación irregular, la ausencia o desactualización de guías operativas locales y la limitada práctica supervisada en escenarios críticos. Si esta situación no se corrige, pueden presentarse retrasos en la identificación de amenazas vitales, mayor riesgo de complicaciones prevenibles, aumento de mortalidad y discapacidad, y una mayor carga emocional (estrés, ansiedad y frustración) en el personal de salud. Por ello, este estudio busca describir y analizar el nivel de conocimiento y práctica del personal del primer nivel frente al paciente politraumatizado por accidentes de tránsito, identificar brechas específicas y generar evidencia útil para orientar un plan de mejora (capacitación, simulación clínica y estandarización de protocolos) acorde al contexto de Huarochirí.

Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025?

Problema específico

¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Manejo de la vía aérea y la práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Soporte ventilatorio y la práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Circulación y fluidos y la práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Valoración neurológica y la práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Gestión clínica integral y la práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo de paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

Objetivos Específicos

Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Manejo de la vía aérea y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Soporte ventilatorio y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Circulación y fluidos y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Valoración neurológica y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.

Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Gestión clínica integral y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

Justificación

Justificación Teórica

El estudio sobre el conocimiento y la práctica del personal de enfermería en la atención a pacientes politraumatizados por accidentes de tránsito es relevante debido a la alta mortalidad asociada en el contexto peruano. La intervención oportuna durante la “hora dorada” puede ser decisiva, y su eficacia depende del dominio técnico y la aplicación de protocolos basados en evidencia. Sin embargo, persisten brechas entre el conocimiento teórico y la práctica clínica en situaciones de emergencia. Este estudio busca aportar evidencia sobre dichas competencias, y respaldar futuras estrategias de formación en entornos críticos.

Justificación Metodológica

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo y un diseño correlacional de corte transversal, lo cual es metodológicamente adecuado para explorar la relación entre el nivel

de conocimiento y las prácticas del personal de enfermería en un entorno real de emergencia. Este diseño permitirá identificar posibles deficiencias y fortalezas en la atención clínica mediante la recolección sistemática de datos durante un único momento temporal. Asimismo, la aplicación de instrumentos validados y adaptados al contexto del Hospital San Juan de Matucana garantiza la pertinencia, objetividad y fiabilidad de los resultados obtenidos.

Justificación Práctica y Social

Desde una perspectiva práctica y social, este estudio permitirá identificar brechas en el conocimiento y la práctica del personal de enfermería en trauma, especialmente en Huarochirí, donde el Hospital San Juan de Matucana es referencia para accidentes en la Carretera Central. Los hallazgos servirán para diseñar programas de capacitación, protocolos y políticas que mejoren la respuesta ante emergencias, aportando evidencia útil para gestores y tomadores de decisiones en salud pública.

Línea de Investigación

En el presente estudio, la investigación se enmarca en la Línea de investigación Salud comunitaria, clínica y gestión para el cuidado de la salud, correspondiente al código 00301.

Presuposición Filosófica

La presuposición filosófica que subyace a este estudio se ancla en el principio cristiano del valor sagrado de la vida humana. Cada víctima de accidente de tránsito representa no solo una emergencia clínica, sino también una vida creada por Dios, digna de ser atendida con compasión, prontitud y excelencia. Desde una cosmovisión bíblica, el cuidado de las personas en situaciones de trauma es una manifestación concreta del amor al prójimo (Lucas 10:33-34), y el personal de enfermería actúa como instrumento de misericordia en medio del dolor y la vulnerabilidad. Este estudio busca, por tanto, no solo mejorar el conocimiento técnico, sino

también promover una práctica de enfermería que refleje los valores de respeto, servicio abnegado y responsabilidad ética frente a la vida. En escenarios donde cada segunda cuenta, la preparación profesional se transforma en un acto de fe y compasión al servicio del otro.

Desarrollo de las Perspectivas Teóricas

Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

A nivel internacional, Holvelinsky et al. (2025) realizaron un análisis descriptivo–reflexivo en un entorno militar multinacional con el objetivo de describir las diferencias en formación, experiencia y capacidades para el cuidado del trauma entre equipos médicos desplegados. El estudio se desarrolló durante la misión *Resolute Support* en Kabul (Afganistán) e involucró profesionales de 11 países. En cuanto a los resultados, se identificaron diferencias marcadas en estándares de entrenamiento, protocolos clínicos, especialidades y equipamiento, lo que afectó la interoperabilidad y la efectividad del trabajo en equipo. Como estrategia, se implementó el programa semanal “Trauma Tuesday” mediante entrenamientos intensivos y simulación de escenarios de trauma masivo; posteriormente, los reportes internos señalaron mejoras sustanciales en la coordinación, comunicación y percepción de eficacia del equipo. En conclusión, los autores sostienen que la estandarización internacional de la formación (técnica y cultural) es clave para optimizar la atención de trauma en escenarios de alta complejidad; sin embargo, precisan que no se reportaron indicadores clínicos cuantitativos (mortalidad, complicaciones u otros).

De manera complementaria, Massaga et al. (2023) presentaron en Tanzania un estudio de caso clínico con revisión de la literatura con el objetivo de describir el abordaje integral de un paciente politraumatizado por accidente de tránsito en un hospital regional con recursos limitados. El caso correspondió a un paciente de 17 años, que ingresó aproximadamente 1 hora después del accidente con compromiso neurológico y shock hipovolémico, además de múltiples fracturas y ruptura esplénica. Respecto a los resultados, el manejo incluyó reanimación

inmediata, cirugía (esplenectomía) y estabilización ortopédica según principios de Damage Control Orthopaedics (DCO), logrando una evolución favorable y alta hospitalaria tras 1 mes con recuperación satisfactoria. En conclusión, los autores enfatizan que el inicio temprano de la reanimación dentro de la “hora dorada” y la aplicación disciplinada de principios de DCO pueden ser decisivos para la supervivencia incluso cuando no se dispone de recursos diagnósticos avanzados.

Del mismo modo, Abate y Mekonnen (2020) llevaron a cabo un estudio en Etiopía con el objetivo de evaluar el conocimiento, la práctica y los factores asociados al cuidado de emergencia prehospitalaria entre enfermeros. El estudio fue de tipo transversal y participaron 378 enfermeros (tasa de respuesta 90%). En relación con los resultados, solo 42.9% presentó buen conocimiento y 50.5% mostró buena práctica en atención prehospitalaria. Además, 76.2% reportó conocer soporte vital básico y 77.0% reanimación cardiopulmonar; en cuanto a la práctica, 76.5% indicó aplicar RCP y 58.5% administrar soporte vital básico a pacientes trasladados por ambulancia. En el análisis multivariado, el conocimiento se asoció con ser hombre (AOR = 6.57; IC95%: 3.79–11.36) y haber recibido capacitación formal (AOR = 1.74; IC95%: 1.83–3.66), mientras que la práctica adecuada se asoció con capacitación en atención prehospitalaria (AOR = 6.16; IC95%: 2.69–14.10), más de 10 años de experiencia (AOR = 2.63; IC95%: 1.12–7.35), sexo masculino (AOR = 1.73; IC95%: 1.09–2.73) y estado civil casado (AOR = 1.64; IC95%: 1.01–2.68). En conclusión, los autores señalan que el nivel de conocimiento y práctica fue insuficiente y recomiendan reforzar la capacitación continua y la experiencia clínica supervisada para reducir mortalidad evitable.

En el contexto latinoamericano, Loureiro et al. (2021) desarrollaron en Brasil (São Paulo) un estudio cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales, con el objetivo de

analizar cómo el equipo de enfermería comprende y utiliza el conocimiento técnico-científico de los protocolos para atender al politraumatizado. La muestra incluyó 13 profesionales, de los cuales 76.9% fueron técnicos de enfermería y 23.1% enfermeros; además, 76.9% eran mujeres y la edad promedio fue 37 años. En cuanto a los resultados, se evidenció que, aunque el equipo prioriza la estabilidad hemodinámica, gran parte de las acciones se realizan de forma empírica, con desconocimiento de protocolos institucionales (p. ej., ATLS) y ausencia de capacitación específica en politrauma. En conclusión, el estudio sostiene que las acciones no están suficientemente sistematizadas y recomienda formación continua y participación del personal en la elaboración e implementación de protocolos para fortalecer la seguridad y efectividad del cuidado.

Finalmente, Nshutiyukuri et al. (2020) realizaron un estudio en Ruanda con el objetivo de evaluar el conocimiento, actitud y práctica (KAP) del personal de enfermería en el manejo de emergencias por accidentes de tránsito en tres hospitales. El estudio fue descriptivo y transversal y la muestra incluyó 51 enfermeros/as y se les aplicó un cuestionario validado y adaptado. En cuanto a los resultados, 86.3% identificaron la respiración observando el movimiento torácico, el 90.2% reconoció signos de shock circulatorio por pulso rápido y 88.2% conocía la secuencia ABCDE. Respecto a la actitud, 73.7% mostró actitud positiva hacia la atención de víctimas. En práctica, 96.1% reportó aplicar collar cervical y tabla rígida para lesiones espinales, y 94.1% indicó controlar hemorragias con vendajes. En el análisis relacional, haber recibido entrenamiento previo se asoció con mejores niveles de práctica ($p = 0.006$), disminuyendo de forma marcada la probabilidad de práctica deficiente. En conclusión, los autores recomiendan capacitaciones regulares, dado que el entrenamiento se vincula a mejoras significativas en la práctica clínica.

Antecedentes Nacionales, Regionales y Locales

En el ámbito nacional, Jeri Esteban, Mejía Cáceres y Meza Villanueva (2023) realizaron un estudio en Huancayo, Perú, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del cuidado de enfermería en pacientes politraumatizados atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión. En cuanto a la metodología, la investigación fue cuantitativa, descriptivo-correlacional, no experimental y de corte transversal, teniendo como unidad de análisis a los enfermeros del servicio. Respecto a los resultados, el 53.8% del personal presentó nivel medio de conocimiento y el 46.2% nivel alto, mientras que en la variable práctica el 100% fue clasificado con buena práctica. En relación con el análisis inferencial, mediante Rho de Spearman, se halló una correlación negativa muy baja y no significativa entre conocimiento y práctica ($\rho = -0.180$; $p = 0.202$), por lo que no se evidenció relación estadísticamente significativa. Finalmente, los autores concluyeron que, aunque el personal mostró niveles de conocimiento medio/alto y prácticas favorables, estas prácticas no estuvieron determinadas por el nivel de conocimiento, recomendando fortalecer la capacitación continua y una evaluación más integral de competencias en trauma.

De manera complementaria, Puicán Alarcón (2022) desarrolló un estudio en un hospital de Lima Metropolitana, Perú, con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento y la práctica del profesional de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado por accidentes de tránsito. En lo que respecta a la metodología, se trató de una investigación cuantitativa, aplicada, no experimental y de diseño correlacional, aplicada a una muestra censal de 30 enfermeros del servicio de emergencia. Además, se utilizaron dos instrumentos validados: un cuestionario de 24 ítems para conocimiento ($\alpha = 0.789$) y una lista de cotejo de 48 ítems para práctica ($\alpha = 0.859$). En relación con los resultados descriptivos, se observó predominio de nivel

medio de conocimiento (13 a 18 puntos) y cumplimiento de prácticas básicas, especialmente en la aplicación del ABCDE. En cuanto al análisis relacional, se confirmó una relación significativa entre conocimiento (valoración primaria y secundaria) y prácticas clínicas (evaluación primaria y secundaria), evidenciando que a mayor conocimiento correspondieron mejores prácticas.

Finalmente, la autora concluyó que fortalecer el conocimiento teórico-práctico del personal de enfermería en emergencias puede contribuir a mejorar la atención inmediata y reducir la morbimortalidad en politraumatizados por accidentes de tránsito.

De forma similar, Yauri y Quichca (2021) realizaron una investigación en Ayacucho, Perú, con el objetivo de determinar si los factores de formación influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del paciente politraumatizado en estudiantes de Enfermería de la UNSCH. Respecto a la metodología, el estudio fue cuantitativo, aplicado, no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal, con una muestra censal de 61 estudiantes. Asimismo, se utilizó un test de 20 preguntas (cuestionario autoinformado) con confiabilidad $\alpha = 0.744$. En relación con los resultados, el 70.5% presentó un nivel deficiente de conocimiento, mientras que el 26.2% mostró nivel regular y solo el 3.3% nivel bueno. En cuanto al análisis inferencial, se evidenció que variables formativas como asistencia a capacitaciones, desarrollo de asignaturas, acceso a laboratorios y oportunidades de prácticas preprofesionales no influyeron significativamente en el nivel de conocimientos ($p > 0.05$), por lo que se rechazó la hipótesis planteada. Finalmente, los autores concluyeron que el bajo nivel de conocimientos observado requiere estrategias formativas más efectivas, especialmente orientadas al entrenamiento práctico y sistemático en atención del politraumatizado.

Marco Conceptual

Conocimiento sobre el Manejo del Paciente Politraumatizado

Manejo de la Vía Aérea. Conjunto de conocimientos teóricos y prácticos necesarios para asegurar la permeabilidad de la vía aérea del paciente politraumatizado. Incluye técnicas de apertura de la vía aérea, uso de cánulas orofaríngeas, aspiración de secreciones, y control de cuerpos extraños, considerando además la evaluación del riesgo de obstrucción. La intervención inmediata en esta dimensión es crucial para evitar hipoxia y paro respiratorio (Castro & Freeman, 2019; Marsden & Tuma, 2023).

SopORTE Ventilatorio. Comprende el conocimiento sobre el uso de dispositivos y maniobras para asistir o reemplazar la función respiratoria del paciente traumatizado. Incluye la aplicación de oxígeno suplementario, ventilación con bolsa-válvula-mascarilla, manejo de dispositivos supraglóticos y ventilación mecánica en casos críticos. Es una competencia esencial para estabilizar a pacientes con alteración en la ventilación o hipoxemia grave (Abdelmalak & Doyle, 2020; Garcia-Marcinkiewicz et al., 2023).

Circulación y Fluidos. Dimensión que abarca los conocimientos necesarios para identificar y tratar alteraciones hemodinámicas, especialmente aquellas causadas por hemorragias internas o externas. Involucra la identificación de signos de shock, control de hemorragias, acceso venoso periférico o central, y administración de soluciones cristaloides o coloides según protocolos de resucitación (Jones et al., 2023; Terzulli, 2023).

Valoración Neurológica. Implica el conocimiento para evaluar el estado neurológico del paciente politraumatizado mediante herramientas como la escala de Glasgow (GCS), así como la identificación de signos de deterioro neurológico agudo. Esta valoración permite priorizar

intervenciones y determinar la necesidad de traslado urgente a servicios especializados (Fischer & Mathieson, 2001; Sternbach, 2000).

Gestión Clínica Integral. Hace referencia al conocimiento sobre la atención sistemática del paciente politraumatizado desde el enfoque del Advanced Trauma Life Support (ATLS), considerando la integración de todas las funciones vitales. Incluye la secuencia ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, estado neurológico y exposición), coordinación del equipo multidisciplinario, y toma de decisiones basadas en protocolos y evidencia científica (James & Pennardt, 2020; Marsden & Tuma, 2023).

Prácticas sobre el manejo del Paciente Politraumatizado

Soporte Vital Inicial. Acciones ejecutadas por la enfermera durante los primeros minutos tras el ingreso del paciente politraumatizado, orientadas a preservar las funciones vitales. Incluye la aplicación inmediata de la evaluación primaria ABCDE, apertura y control de la vía aérea, administración de oxígeno, control de hemorragias y establecimiento de acceso venoso periférico. Estas prácticas permiten reducir la mortalidad prevenible en la “hora dorada” (Iyengar et al., 2023; Jean Louis et al., 2022).

Estabilización Hemodinámica. Prácticas clínicas orientadas a mantener o restablecer parámetros fisiológicos adecuados, como la presión arterial y el volumen circulante. Comprende el monitoreo constante de signos vitales, la administración controlada de líquidos intravenosos, preparación y apoyo durante transfusiones sanguíneas, así como el control de hemorragias mediante técnicas de compresión, vendajes o uso de agentes hemostáticos (Pinsky et al., 2022; Ramesh et al., 2019).

Atención Integral del Cuidado. Conjunto de intervenciones sistemáticas y humanizadas que la enfermera realiza durante todo el proceso de atención al paciente politraumatizado.

Incluye la recolección de datos clínicos, cuidado emocional, higiene, prevención de infecciones, evaluación continua de lesiones ocultas, coordinación con el equipo multidisciplinario y acompañamiento al paciente y su familia. Esta dimensión implica una visión holística del cuidado, considerando al paciente como un ser biopsicosocial (Marsden & Tuma, 2023).

Bases Teóricas

Conocimiento sobre el Manejo del Paciente Politraumatizado

Este estudio utilizara La teoría de los “Niveles de Competencia en la Enfermería” de Patricia Benner (1984) el cual constituye una base fundamental para comprender cómo se desarrolla el conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado. Según esta teoría, el conocimiento en enfermería no se limita al saber teórico, sino que se construye y fortalece progresivamente a través de la experiencia clínica. Benner describe cinco niveles de competencia: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto, los cuales reflejan la evolución del juicio clínico, la toma de decisiones y la capacidad para intervenir en situaciones de alta complejidad, como el cuidado del paciente con trauma múltiple (Liou & Cheng, 2013) .

Aplicación de la Teoría de Benner en el Conocimiento sobre el Manejo del Paciente Politraumatizado

Manejo de la Vía Aérea. En los niveles iniciales de competencia, el profesional de enfermería aprende técnicas básicas de apertura de la vía aérea, como el uso de cánulas orofaríngeas y la maniobra frente-mentón. A medida que adquiere mayor experiencia, es capaz de anticipar obstrucciones, aplicar la técnica adecuada según el contexto (trauma cervical, vómito, etc.) y coordinar procedimientos avanzados como la intubación asistida o el uso de dispositivos supraglóticos (Elkarta & Eldegwy, 2021; Garcia-Marcinkiewicz et al., 2023). El

enfermero experto evalúa de forma inmediata y actúa con rapidez frente a signos de compromiso respiratorio, integrando su juicio clínico con la situación del entorno.

Soporte Ventilatorio. El conocimiento sobre el soporte ventilatorio comienza con el uso de oxígeno suplementario y dispositivos básicos de ventilación. Con el avance de la competencia clínica, el enfermero identifica patrones de insuficiencia respiratoria, ajusta flujos y dispositivos según saturación y condición hemodinámica, y colabora activamente en la ventilación mecánica (Saeed et al., 2023). El experto reconoce signos de deterioro antes de que ocurran y ejecuta intervenciones preventivas, incluso en ausencia de indicaciones explícitas.

Circulación y Fluidos. Los enfermeros principiantes siguen instrucciones para canalizar vías y administrar soluciones. En niveles avanzados, el conocimiento abarca la interpretación de signos de shock hipovolémico, cálculo de volúmenes de reposición, elección del tipo de solución, y preparación para transfusiones. El profesional experto integra sus conocimientos con criterios de estabilidad hemodinámica y reconoce signos tempranos de compromiso circulatorio, guiando al equipo hacia una resucitación eficaz (Wellge et al., 2020).

Valoración Neurológica. Inicialmente, el profesional se limita a aplicar la Escala de Coma de Glasgow. Con mayor competencia, interpreta los hallazgos, reconoce signos de hipertensión endocraneana o deterioro neurológico agudo, y comunica adecuadamente los cambios al equipo médico. En niveles expertos, la valoración neurológica se convierte en una herramienta diagnóstica anticipatoria, integrando además factores como reflejos, reactividad pupilar y alteraciones del sensorio (Fischer & Mathieson, 2001; Sternbach, 2000).

Gestión Clínica Integral. Esta dimensión sintetiza todos los conocimientos adquiridos y se asocia con la capacidad de actuar bajo el modelo ABCDE del trauma, coordinar con otros profesionales y priorizar acciones en escenarios de alta complejidad. El enfermero principiante

se limita a cumplir protocolos, mientras que el experto lidera la atención del paciente politraumatizado, toma decisiones críticas, adapta guías clínicas al contexto real y promueve la seguridad del paciente a través de una visión holística e *interdisciplinaria* (Schoeber et al., 2022).

Práctica de la Enfermera en el Cuidado del Paciente Politraumatizado

La teoría de los Niveles de Competencia en Enfermería de Patricia Benner proporciona un marco conceptual sólido para analizar cómo evolucionan las prácticas clínicas de enfermería en el manejo de pacientes politraumatizados. Esta teoría sostiene que la práctica se desarrolla desde el nivel de principiante hasta alcanzar el nivel experto, mediante la experiencia práctica, la reflexión clínica y la exposición a situaciones complejas (Lee et al., 2021; Upadhyaya et al., 2021). En el contexto del cuidado al paciente politraumatizado, esta teoría permite identificar cómo los profesionales de enfermería integran conocimientos, habilidades y juicio clínico para responder de manera eficaz y oportuna en situaciones críticas.

Aplicación de la Teoría de Benner en la Práctica del Cuidado del Paciente Politraumatizado

Soporte Vital Inicial. En el nivel principiante, el profesional de enfermería se enfoca en aplicar protocolos básicos como el ABCDE, siguiendo instrucciones del equipo médico. Con el tiempo y la experiencia, el enfermero avanzado reconoce signos de obstrucción de la vía aérea, deterioro respiratorio o compromiso circulatorio, y ejecuta intervenciones inmediatas como la colocación de oxígeno, control de hemorragias y posicionamiento adecuado. En el nivel experto, estas acciones se integran de forma intuitiva, priorizando de forma automática la intervención más crítica y coordinando al equipo para preservar la vida en los primeros minutos del trauma (Chaudhary et al., 2023).

Estabilización Hemodinámica. En etapas iniciales, el personal de enfermería sigue órdenes para canalizar venas, iniciar fluidoterapia y monitorear signos vitales. A medida que

evoluciona su competencia, interpreta los parámetros hemodinámicos, calcula dosis de reposición, prepara y administra hemoderivados, y ajusta la velocidad de infusión según las necesidades del paciente. Los enfermeros expertos logran anticipar el deterioro hemodinámico, identifican signos de shock compensado o descompensado y aplican intervenciones basadas en la evolución clínica del paciente politraumatizado (Ruiqiang et al., 2021).

Atención Integral del Cuidado. Esta dimensión implica una visión holística que se desarrolla progresivamente. El principiante se limita a cumplir tareas básicas de higiene, confort y registro. En el nivel competente, el enfermero incluye valoración continua, prevención de infecciones, protección de la integridad cutánea, apoyo emocional al paciente y su familia, así como comunicación efectiva con el equipo multidisciplinario. Los expertos integran el cuidado físico, emocional y espiritual del paciente, adaptando cada intervención a las necesidades dinámicas del caso, guiando a colegas menos experimentados y contribuyendo activamente a las decisiones clínicas del equipo de trauma (Doody et al., 2023; Toney-Butler & Unison-Pace, 2018).

Definición de Términos

Conocimiento

Se entiende como la base cognitiva de información y conceptos que una persona posee (p. ej., hechos, definiciones, procedimientos y reglas), adquirida por aprendizaje/experiencia y que influye en su desempeño al tomar decisiones o ejecutar tareas. En términos de objetivos de aprendizaje, el conocimiento incluye la capacidad de reconocer y recordar información (p. ej., terminología, hechos específicos, métodos y principios), que sirve como fundamento para niveles superiores de comprensión y aplicación (Makhene, 2022).

Conocimiento en el Manejo de Paciente Politraumatizado

Se entiende como el conjunto de saberes teóricos, técnicos y normativos que posee el personal de salud (enfermeros, médicos, técnicos, etc.) respecto a la atención integral del paciente politraumatizado producto de un accidente de tránsito. Este conocimiento abarca temas como la fisiopatología del trauma, la identificación de lesiones críticas, la priorización en la valoración inicial (ABCDE), la estabilización hemodinámica, el uso de escalas de trauma, el conocimiento de protocolos nacionales e internacionales, y la capacidad de tomar decisiones clínicas rápidas en situaciones de emergencia. Un adecuado nivel de conocimiento permite mejorar la toma de decisiones clínicas, disminuir los tiempos de intervención, y aumentar la supervivencia del paciente traumatizado (James & Pennardt, 2020).

Paciente Politraumatizado

Es aquel que presenta lesiones traumáticas graves en al menos dos regiones corporales y, además, evidencia compromiso fisiológico que incrementa el riesgo vital. Una de las definiciones más utilizadas y consensuadas (Definición de Berlín) considera: AIS ≥ 3 en ≥ 2 regiones corporales más ≥ 1 criterio de riesgo fisiológico (p. ej., hipotensión, inconsciencia [GCS ≤ 8], acidosis [BE ≤ -6], coagulopatía [INR ≥ 1.4 o PTT ≥ 40 s] o edad ≥ 70 años). En la práctica clínica y epidemiológica, también se usa con frecuencia el umbral de trauma mayor como ISS > 15 , que suele emplearse de forma equivalente para clasificar casos de alta gravedad/multisesión (Hsieh et al., 2018).

Práctica en el manejo de Paciente Politraumatizado

Hace referencia a la ejecución sistemática, competente y oportuna de las acciones clínicas requeridas durante la atención de un paciente politraumatizado, basadas en el conocimiento científico, la experiencia clínica y los protocolos de atención de emergencia. Las prácticas

incluyen la evaluación de la escena, la activación del sistema de emergencia, el triage adecuado, el manejo de la vía aérea, la inmovilización cervical, la ventilación asistida, el control de hemorragias, la canalización venosa, la administración de líquidos, el monitoreo de signos vitales y la preparación para el traslado o derivación al siguiente nivel de atención. Asimismo, la práctica clínica debe observar principios éticos, humanísticos y de seguridad del paciente. Una buena práctica se relaciona directamente con la disminución de errores médicos, la mejora en los tiempos de respuesta y la reducción de complicaciones post-trauma (Marsden & Tuma, 2023).

Metodología

Descripción del Lugar de Ejecución

La investigación se llevará a cabo en un centro de atención de primer nivel ubicado estratégicamente a lo largo de la Carretera Central, principal vía de acceso hacia las regiones del centro del país, correspondiente a la Dirección de Red de Salud Huarochirí, entidad descentralizada de la Dirección Regional de Salud Lima, conforme a la delimitación territorial y poblacional establecida por la Resolución Ministerial N.º 689-2005/MINSA. Actualmente, esta red tiene bajo su responsabilidad un total de 72 establecimientos de salud, distribuidos en cinco micro redes. El desarrollo del presente proyecto se llevará a cabo en un periodo de 12 meses (enero-diciembre) durante el año 2025.

Población y Muestra

Población

La población del estudio estará conformada por 118 profesionales de salud que laboran en los servicios de emergencia de los establecimientos de la Red de Salud Huarochirí.

Muestra

La muestra del estudio estará conformada por 82 personales de salud que laboran en los servicios de emergencia de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud Huarochirí. Para estimar el tamaño de la muestra en un estudio correlacional, se utilizó la siguiente fórmula basada en la transformación de Fisher:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}}{0.5 \cdot \ln \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 +$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}=1.96$ (nivel de confianza del 95%)
- $Z_{\beta}=0.84$ (poder estadístico del 80%)
- $r=0.30$ (correlación esperada, moderada)
- \ln = logaritmo natural

Cálculos:

$$\ln \ln \left(\frac{1 + 0.30}{1 - 0.30} \right) = \ln \ln (1.857) \approx 0.619$$

$$0.5 \cdot \ln \ln (1.857) = 0.5 \cdot 0.619 = 0.3095$$

$$n = \left(\frac{1.96 + 0.84}{0.3095} \right)^2 + 3 = \left(\frac{2.80}{0.3095} \right)^2 + 3$$

$$n = (9.05)^2 + 3 = 81.9 \Rightarrow 82$$

Resultado. Se requiere una muestra de aproximadamente 82 personales de salud para alcanzar un nivel de confianza del 95%, con un poder estadístico del 80%, y detectar una correlación mínima de $r=0.30$ entre las variables del estudio.

Criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de Inclusión.

- ✓ Personal de salud que brinde atención directa a pacientes politraumatizados por accidentes de tránsito.
- ✓ Personal de salud que labore en los servicios de emergencia de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud Huarochirí.
- ✓ Personal de salud que haya ejercido funciones durante el segundo trimestre del año 2025
- ✓ Personal de salud con al menos seis meses de experiencia laboral en dichos servicios.

- ✓ Personal de salud que acepte participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión.

- ✓ Personal de salud que no realicen funciones asistenciales directas en situaciones de emergencia.
- ✓ Personal de salud que esté de vacaciones, con licencia médica o administrativa durante la recolección de datos.
- ✓ Personal de salud que no completen el instrumento de evaluación en su totalidad.

Tipo y Diseño de Investigación

Este estudio será de enfoque cuantitativo, ya que busca medir y analizar objetivamente la relación entre dos variables: el conocimiento del personal de salud y sus prácticas en la atención de pacientes politraumatizados por accidentes de tránsito. El diseño será no experimental, dado que no se manipularán las variables, sino que se observarán tal como ocurren en el entorno clínico real. Se empleará un diseño correlacional, ya que se pretende identificar el grado de asociación entre el conocimiento y las prácticas clínicas del personal. Además, será un estudio de corte transversal, debido a que la recolección de datos se realizará en un único momento del tiempo, durante el período establecido para la ejecución de la investigación en el año 2024 (Hernández Sampieri, 2014).

Hipótesis General

H0: No existe una relación significativa entre el conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo de pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H1: Existe una relación significativa entre el conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo de pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

Hipótesis Específicas

H0₁: No existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Manejo de la vía aérea y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H1₁: Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Manejo de la vía aérea y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H0₂: No existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Soporte ventilatorio y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H1₂: Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Soporte ventilatorio y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H0₃: No existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Circulación y fluidos y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H1₃: Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Circulación y fluidos y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H0₄: No existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Valoración neurológica y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H1₄: Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Valoración neurológica y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H0₅: No existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Gestión clínica integral y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

H1₅: Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Gestión clínica integral y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.

Identificación de Variables

Variable independiente : Conocimientos sobre el manejo del paciente politraumatizado.

Variable dependiente: Prácticas sobre el manejo del paciente politraumatizado.

Operacionalización de Variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador
Conocimiento sobre el manejo del paciente politraumatizado	Conjunto de saberes teórico-clínicos que orientan la toma de decisiones para la atención segura y oportuna del paciente politraumatizado,	La variable conocimiento se evaluará mediante el cuestionario “Conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado”, validado por Maquera y Vidal (2018). Consta de 11 ítems. La calificación se realizará asignando 2 puntos a	Manejo de la vía aérea (Ítems 2, 3, 4, 6) Soporte ventilatorio (Ítems: 1, 5)	Valoración de vía aérea preparación de dispositivos; soporte avanzado (intubación) Administración de oxígeno; evaluación torácica; intervenciones pulmonares

	priorizando la evaluación primaria ABCDE. (Dabetic et al., 2025).	cada respuesta correcta y 0 puntos a cada respuesta incorrecta, obteniéndose un puntaje total de 0 a 22. El nivel de conocimiento se categorizará en bajo (0–7 puntos), medio (8–15 puntos) y alto (16–22 puntos).	Circulación y fluidos (Ítems: 9) Valoración neurológica (Ítems: 8) Gestión clínica integral (Ítems: 7, 10, 11)	Control hemodinámico; infusión de soluciones; control de hemorragias; cateterismo Escala de Glasgow; respuesta pupilar; estado neurológico Inmovilización/derivación; registros; trabajo en equipo; confort
Práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado	Conjunto de acciones clínicas observables realizadas durante la atención inmediata del paciente politraumatizado, alineadas a la evaluación primaria/estabilización (ABCDE).	Se evaluará mediante la “Lista de cotejo sobre prácticas de cuidado de enfermería al paciente politraumatizado”, validada por Carranza (2019). Consta de 29 ítems, con registro por observación (Sí = 1 / No = 0). La validez de contenido se determinó mediante el coeficiente V de Aiken ($V = 0.99$) y la confiabilidad alcanzó 0.914. La puntuación total se categoriza en Buenas prácticas (15–29 puntos) y Prácticas deficientes (<15 puntos).	Soporte vital inicial (Ítems: 1–9, 13–14.) Estabilización hemodinámica (Ítems: 10–21.) Atención integral del cuidado (Ítems: 22–29.)	Verifica vía aérea/obstrucción; oxigenoterapia; inmovilización cervical; preparación de equipos Control de signos vitales; fluidoterapia; canalización; control de hemorragias; catéter vesical; medicación Glasgow/estado neurológico; registros; comunicación; privacidad/hipotermia; traslado; reporte

Técnica e Instrumentos de recolección de datos

Técnica

La técnica que se utilizará será una encuesta.

Instrumentos

Para la recogida de datos de la variable conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado, se utilizará el cuestionario “Conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado”, desarrollado y validado por Maquera y Vidal (2018). La ficha técnica de este instrumento fue elaborada por las autoras. El cuestionario está compuesto por 11 ítems, agrupados en dos dimensiones: Valoración Primaria (ítems 1 al 6) y Valoración Secundaria

(ítems 7 al 11). La aplicación se realizará mediante la técnica de encuesta. En la calificación, cada respuesta correcta equivale a 2 puntos y cada respuesta incorrecta a 0 puntos. El nivel de conocimiento se clasifica en tres categorías: alto (16–22 puntos), medio (8–15 puntos) y bajo (0–7 puntos), lo que permite estimar de forma objetiva el nivel cognitivo del profesional de enfermería respecto al manejo del paciente politraumatizado en emergencias (Maquera & Vidal, 2018).

Para la recogida de datos de la variable prácticas de cuidado de enfermería al paciente politraumatizado, se utilizará la lista de cotejo “Prácticas de cuidado de enfermería al paciente politraumatizado”, validada por Carranza (2019). La ficha técnica de este instrumento fue elaborada por la Lic. Cecilia Jacqueline Carranza. El instrumento corresponde a una lista de cotejo observacional, basada en la Guía Clínica del Politraumatizado Adulto (2017), y está compuesta por 29 ítems que evalúan las prácticas de cuidado brindadas por el personal de enfermería en el servicio de emergencia. La puntuación total permite clasificar el desempeño en dos niveles: Buenas prácticas de cuidado (15 a 29 puntos) y Prácticas deficientes (menos de 15 puntos), lo que proporciona una medida objetiva del desempeño del personal de enfermería en la atención del paciente politraumatizado (Carranza, 2019).

Validez y Confiabilidad del instrumento

Instrumento Conocimiento en el Manejo de Paciente Politraumatizado. El proceso de validación de contenido se llevó a cabo considerando cuatro criterios fundamentales: claridad, congruencia, contexto y dominio. Para este procedimiento, se contó con la participación de un panel de jueces expertos en el área de enfermería y atención a emergencias. Los resultados obtenidos evidenciaron una alta validez de contenido. En los criterios de claridad, congruencia y dominio, se registró un acuerdo unánime entre los jueces, quienes asignaron el valor 1 a la

totalidad de los ítems. Esto indica que los enunciados del cuestionario son precisos, coherentes y adecuados en relación con el constructo evaluado. En cuanto al criterio de contexto, al tratarse de un ítem inverso, el valor 0 se interpretó como favorable, evidenciando que los ítems estaban correctamente contextualizados. Todos los jueces otorgaron este valor de manera consistente, confirmando la pertinencia y adecuación de los enunciados en este aspecto. El proceso de validación de contenido se realizó mediante juicio de 5 expertos, evaluando cuatro criterios: claridad, congruencia, contexto y dominio. Con base en la V de Aiken, se obtuvo $V = 1.00$ en claridad, congruencia, contexto y dominio, lo que evidencia una validez de contenido excelente del cuestionario para medir el conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado.

Confiabilidad. Se evaluó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.961, lo cual refleja una excelente consistencia interna entre los ítems. Este resultado indica que el cuestionario mide de manera homogénea y coherente el nivel de conocimientos sobre procedimientos críticos en el manejo de pacientes politraumatizados, tales como la valoración primaria y secundaria (ABCDE), manejo avanzado de la vía aérea, monitoreo clínico y abordaje del shock. El análisis de la matriz de correlaciones entre ítems mostró asociaciones positivas y consistentes, sin evidencias de ítems con correlaciones ítem-test bajas. Esto respalda la solidez psicométrica del cuestionario y confirma que su estructura interna es adecuada y estable.

Respecto al segundo instrumento, se alcanzó una alta validez de contenido en los cuatro criterios evaluados: claridad, congruencia, contexto y dominio. En los criterios de claridad, congruencia y dominio, los cinco jueces otorgaron el valor 1 a la totalidad de los 29 ítems, lo que indica que estos son comprensibles, coherentes y adecuados para la evaluación de la práctica clínica en el manejo de pacientes politraumatizados. En cuanto al criterio de contexto, evaluado

de forma inversa, el valor 0 representa una calificación favorable. En este aspecto, todos los jueces asignaron de manera consistente dicho valor a cada ítem, confirmando que se encuentran correctamente contextualizados para el escenario clínico en el que serán aplicados. El proceso de validación de contenido se realizó mediante juicio de 5 expertos, evaluando cuatro criterios: claridad, congruencia, contexto y dominio. Con base en la V de Aiken, se obtuvo $V = 1.00$ en claridad, congruencia, contexto y dominio, lo que evidencia una validez de contenido excelente del cuestionario para medir el conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado. La lista de cotejo alcanzó una alta validez de contenido según juicio de 5 expertos. Los resultados de la V de Aiken mostraron valores de $V = 1.00$ en claridad, contexto y dominio, y $V = 0.97$ en congruencia; en conjunto, la V global promedio fue ≈ 0.99 , confirmando una validez de contenido excelente para evaluar la práctica clínica en el manejo de pacientes politraumatizados.

Confiabilidad. Posteriormente, se evaluó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un resultado de 0.914, lo que refleja una excelente consistencia interna. Este valor indica que la lista de cotejo es altamente confiable para medir la práctica de las enfermeras en la atención integral de pacientes politraumatizados. El elevado coeficiente sugiere que las conductas observadas reflejan de manera homogénea y coherente un mismo constructo, relacionado con la calidad de la atención y el cumplimiento de procedimientos críticos, tales como: verificación y aseguramiento de la vía aérea, administración adecuada de oxígeno, manejo del shock, control de hemorragias y evaluación neurológica. Asimismo, el análisis de la matriz de correlaciones ítem-test evidenció asociaciones positivas y homogéneas, sin detectar ítems con bajo desempeño. Esto respalda la validez y solidez psicométrica del instrumento, confirmando su aplicabilidad tanto en contextos clínicos como en investigaciones académicas. En consecuencia, la lista de cotejo constituye una herramienta útil

para la mejora continua de la calidad asistencial y la capacitación permanente del personal de salud en el manejo de pacientes politraumatizados.

Proceso de Recolección de Datos

Previo al inicio de la recolección de datos, se solicitará la autorización del comité de ética correspondiente y de la dirección del establecimiento de salud donde se llevará a cabo la investigación. Antes de la aplicación de los instrumentos, se realizará una breve explicación a los participantes sobre los objetivos del estudio, su finalidad y la importancia de su participación, asegurando que comprendan el alcance de la investigación y el procedimiento a seguir. Los participantes firmarán un consentimiento informado en el que se detallará la naturaleza del estudio, los procedimientos involucrados, la voluntariedad de su participación y la garantía de confidencialidad. La recolección de datos se realizará durante el segundo trimestre del año 2025 en el servicio de emergencia del centro de salud seleccionado.

Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos recolectados serán ingresados en una base de datos digital segura con acceso restringido. El análisis estadístico se realizará mediante software especializado como SPSS V. 28. Se calcularán estadísticas descriptivas y medidas de asociación (como la prueba chi-cuadrado o correlaciones de Pearson) con el fin de identificar posibles relaciones entre el nivel de conocimiento y las prácticas del personal de enfermería en la atención al paciente politraumatizado. Los resultados serán presentados mediante tablas, gráficos y descripciones en el informe final y futuras publicaciones científicas.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se regirá por los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013), asegurando la protección de los derechos, la dignidad y el bienestar de las participantes.

Beneficencia

Este principio implica actuar en el mejor interés de las participantes, promoviendo su bienestar físico, emocional y social. Se buscará maximizar los beneficios derivados de su participación, tales como el aporte al conocimiento científico y la mejora en prácticas futuras, minimizando al mismo tiempo los riesgos y molestias que pudieran surgir durante el desarrollo de la investigación.

No maleficencia

Este principio establece la obligación ética de evitar causar daño directo o indirecto a las participantes. Para ello, los procedimientos estarán diseñados cuidadosamente, procurando que ninguna intervención o recolección de datos ponga en riesgo la integridad física, psicológica o social de quienes participan en el estudio.

Autonomía

Se garantizará el respeto a las decisiones individuales de las participantes mediante la obtención de un consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio. Este documento les permitirá comprender claramente los objetivos, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones. Este proceso asegura que su participación sea libre y voluntaria.

Justicia

Este principio se relaciona con la equidad en la selección y trato de las participantes, asegurando que todas tengan las mismas oportunidades para ser incluidas y que los beneficios y cargas de la investigación se distribuyan de manera justa. No se permitirá ningún tipo de discriminación basada en género, edad, origen, condición social u otras características personales.

Tabla 2*Presupuesto*

Rubro	Detalle	Cantidad/Unidades	Costo Unitario (S/.)	Subtotal (S/.)
Recursos Humanos	Honorarios por asesoría y análisis estadístico	—	—	S/. 300.00
	Estadístico (5 horas)	5 horas	S/. 30.00	S/. 150.00
	Asesor temático (5 horas)	5 horas	S/. 30.00	S/. 150.00
Recursos Materiales	Materiales para recolección de datos	—	—	S/. 100.00
	Lapiceros	10 unidades	S/. 3.00	S/. 30.00
	Fasters	10 unidades	S/. 2.00	S/. 20.00
	Folders manila	10 unidades	S/. 1.00	S/. 10.00
Servicios	Conectividad y reproducción de documentos	—	—	S/. 280.00
	Internet (130 horas)	130 horas	S/. 1.15	S/. 150.00
	Fotocopias (400 hojas)	400 hojas	S/. 0.075	S/. 30.00
	Impresiones (550 hojas)	550 hojas	S/. 0.18	S/. 100.00
Movilidad	Desplazamiento para aplicación del instrumento	100 pasajes	S/. 1.50	S/. 150.00
Inscripción	Revisión e inscripción del proyecto	1 trámite	S/. 300.00	S/. 300.00
TOTAL GENERAL				S/. 1,540.00

Referencias Bibliográficas

- Abate, H., & Mekonnen, C. (2020). Knowledge, practice, and associated factors of nurses in pre-hospital emergency care at a tertiary care teaching hospital. *Open Access Emergency Medicine*, 12. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S290074>
- Abdelmalak, B. B., & Doyle, D. J. (2020). Recent trends in airway management. In *F1000Research* (Vol. 9). <https://doi.org/10.12688/f1000research.21914.1>
- Ayyad, A., Baker, N. A., Oweidat, I., Al-Mugheed, K., Alsenany, S. A., & Abdelaliem, S. M. F. (2024). Knowledge, attitudes, and practices toward Patient Safety among nurses in health centers. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01831-1>
- Bahlubi, T. T., Tesfamariam, E. H., Andemeskel, Y. M., & Weldegiorgis, G. G. (2022). Effect of triage training on the knowledge application and practice improvement among the practicing nurses of the emergency departments of the National Referral Hospitals, 2018; a pre-post study in Asmara, Eritrea. *BMC Emergency Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00755-w>
- Benner, P. (1984). FROM NOVICE TO EXPERT EXCELLENCE AND POWER IN CLINICAL NURSING PRACTICE. *AJN, American Journal of Nursing*, 84(12). <https://doi.org/10.1097/00000446-198412000-00025>
- Berwin, J. T., Pearce, O., Harries, L., & Kelly, M. (2020). Managing polytrauma patients. *Injury*, 51(10). <https://doi.org/10.1016/j.injury.2020.07.051>
- Burga, Y., & Oblitas, S. Y. (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.

- Carranza, C. J. (2019). *Conocimiento y cuidado de enfermería al paciente politraumatizado de la Red de Salud Pacasmayo*. Universidad Nacional de Trujillo.
- Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing: a critique. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6). [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00011-3](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00011-3)
- Chaudhary, G. P., Sah, K., Malla, J., Das, N., Chaudhary, S., Chaudhary, I., & Pandey, J. (2023). Knowledge regarding Basic Life Support among Health Care Workers of the Hospital of Nepal. *Journal of Healthcare Engineering*, 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/9936114>
- Dabetic, U., Grupkovic, J., Zagorac, S., Aleksandric, D., Bogosavljevic, N., & Tulic, G. (2025). Advances in Managing Pelvic Fractures in Polytrauma: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), 1492. <https://doi.org/10.3390/jcm14051492>
- Doody, O., Hennessy, T., Moloney, M., Lyons, R., & Bright, A. M. (2023). The value and contribution of intellectual disability nurses/nurses caring for people with intellectual disability in intellectual disability settings: A scoping review. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 32, Issues 9–10). <https://doi.org/10.1111/jocn.16289>
- Duko, B., Geja, E., Oltaye, Z., Belayneh, F., Kedir, A., & Gebire, M. (2019). Triage knowledge and skills among nurses in emergency units of Specialized Hospital in Hawassa, Ethiopia: Cross sectional study. *BMC Research Notes*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4062-1>
- Elkarta, Els., & Eldegwy, M. (2021). Airway Management in Critical Settings. In *Special Considerations in Human Airway Management*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.93923>
- Fischer, J., & Mathieson, C. (2001). The history of the Glasgow Coma Scale: Implications for practice. In *Critical Care Nursing Quarterly* (Vol. 23, Issue 4). <https://doi.org/10.1097/00002727-200102000-00005>

- Garcia-Marcinkiewicz, A. G., Stricker, P. A., & Fiadjoe, J. E. (2023). Airway Management. In *Neonatal Anesthesia, Second Edition*. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25358-4_5
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (McGraw-Hill, Ed.; 6ta edición).
- Holvelinsky, S., Travers, T., Stierwalt, J. B., Schunk, P., & Murray, B. P. (2025). Addressing Differences in Knowledge and Experience in Trauma Care Capabilities Among an International Team of Military Medical Care Providers in a Deployed Setting. *Military Medicine*, *190*(1–2), 24–26. <https://doi.org/10.1093/milmed/usae123>
- Hsieh, C. H., Chen, Y. C., Hsu, S. Y., Hsieh, H. Y., & Chien, P. C. (2018). Defining polytrauma by abbreviated injury scale ≥ 3 for a least two body regions is insufficient in terms of short-term outcome: A cross-sectional study at a level I trauma center. *Biomedical Journal*, *41*(5). <https://doi.org/10.1016/j.bj.2018.08.007>
- Iyengar, K. P., Venkatesan, A. S., Jain, V. K., Shashidhara, M. K., Elbana, H., & Botchu, R. (2023). Risks in the Management of Polytrauma Patients: Clinical Insights. In *Orthopedic Research and Reviews* (Vol. 15). <https://doi.org/10.2147/ORR.S340532>
- James, D., & Pennardt, A. M. (2020). Trauma Care Principles. In *StatPearls*.
- Jean Louis, C., Beaumont, C., Arce, L. J., Reyero, D., & Fernández, B. (2022). AN UPDATE ON PREHOSPITAL MANAGEMENT OF MAJOR TRAUMA. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. <https://doi.org/10.54095/bitn20223001en>
- Jeri, N., Mejía, 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]. In *Universidad Nacional del Callao*. <https://repositorio.unac.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/79ee1b01-b41a-462f-b973-96a12204ed96/content>

Jones, T. J., Bhattacharya, B., & Davis, K. A. (2023). Hypovolemic Shock. In *Textbook of Emergency General Surgery: Traumatic and Non-traumatic Surgical Emergencies*.

https://doi.org/10.1007/978-3-031-22599-4_11

Kaori Ikeda Loureiro, J., Soares Albino Ghezzi, J. F., Pavelqueires, S., & De Fátima Ribeiro Higa, E. (2021). O conhecimento da equipe de enfermagem no uso de protocolos para atendimento de paciente politraumatizado. *Nursing (São Paulo)*, 24(278), 5958–5967.

<https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i278p5958-5967>

Lee, C., Rasmussen, T. E., Pape, H. C., Gary, J. L., Stannard, J. P., & Haller, J. M. (2021). The polytrauma patient: Current concepts and evolving care. *OTA International*, 4(2).

<https://doi.org/10.1097/OI9.000000000000108>

Liou, S.-R., & Cheng, C.-Y. (2013). Developing and validating the Clinical Competence Questionnaire: A self-assessment instrument for upcoming baccalaureate nursing graduates.

Journal of Nursing Education and Practice, 4(2). <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p56>

Lulic, I., Mesquita, C., Lulic, D., Simões, R. L., Ferreira, L., Koleda, P., Baptista, S., Alexandrino, H., Calderan, T. R., Carvalho, V. H., Kruger, V. F., Belem, R. C., López-Mozos, F., Yanez, C., Saric, J. P., & Fraga, G. P. (2025). Strengthening trauma resuscitation education and training in low-resource settings: A call for global inclusion. *Resuscitation Plus*, 23, 100935.

<https://doi.org/10.1016/j.resplu.2025.100935>

Makhene, A. (2022). Use of Foundational Knowledge as a Basis to Facilitate Critical Thinking: Nurse Educators' Perceptions. *Nursing Research and Practice*, 2022.

<https://doi.org/10.1155/2022/3736322>

- Mamani, A. D. (2022). *Nivel de conocimientos sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y engagement en enfermeras del servicio de emergencia. Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2019*. Universidad Católica de Santa María.
- Maquera, N., & Vidal, Y. (2018). *Conocimiento y práctica en el manejo del paciente politraumatizado por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna – 2018*. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
- Marsden, N. J., & Tuma, F. (2023). Polytraumatized Patient. *National Library of Medicine*.
- Massaga, F., Washington, L. A., Ngayomela, I. H., Mwami, A. S., & Shabhay, A. (2023). Management of a road traffic accident poly-trauma patient in a limited regional resource hospital setting in Tanzania: Review of literature and case report. *International Journal of Surgery Case Reports, 110*. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108764>
- Nshutiukuri, C., Bhengu, B. R., & Gishoma, D. (2020). An assessment of Nurses' knowledge, attitude and practice of emergency care related to road traffic accident victims at three selected hospitals in Rwanda. *African Journal of Emergency Medicine, 10*(3). <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.03.003>
- Observatorio Nacional. (2025). *Boletín estadístico de siniestralidad vial, Primer Trimestre 2025*. https://www.onsv.gob.pe/Post/Boletin-Estadistico-de-Siniestralidad-Vial-Primer-Trimestre-2025/?Utm_source=chatgpt.Com.
- ONSV. (2025). *Observatorio Nacional de Seguridad Vial*. Observatorio Nacional de Seguridad Vial. <https://www.onsv.gob.pe/>
- Ortiz, L. J. (2023). *Conocimiento y práctica del personal de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado en la emergencia de una clínica de Lima*. Universidad Norbert Wiener.

PAHO. (2025a). *8th UN Global Road Safety Week*. Organización Panamericana de La Salud.

<https://www.who.int/campaigns/un-global-road-safety-week/8th-un-global-road-safety-week>

PAHO. (2025b). *New PAHO Report on Road Safety Highlights Slow and Uneven Progress in*

Reducing Traffic Deaths in the Americas - PAHO/WHO | Pan American Health Organization.

Organización Panamericana de La Salud. <https://www.paho.org/en/news/22-1-2025-new-paho-report-road-safety-highlights-slow-and-uneven-progress-reducing-traffic>

Petroze, R. T., Byiringiro, J. C., Ntakiyiruta, G., Briggs, S. M., Deckelbaum, D. L., Razek, T.,

Riviello, R., Kyamanywa, P., Reid, J., Sawyer, R. G., & Calland, J. F. (2015). Can focused

trauma education initiatives reduce mortality or improve resource utilization in a low-resource setting? *World Journal of Surgery*, 39(4). <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2899-y>

Pinsky, M. R., Cecconi, M., Chew, M. S., De Backer, D., Douglas, I., Edwards, M., Hamzaoui, O.,

Hernandez, G., Martin, G., Monnet, X., Saugel, B., Scheeren, T. W. L., Teboul, J. L., & Vincent, J. L. (2022). Effective hemodynamic monitoring. In *Critical Care* (Vol. 26, Issue 1).

<https://doi.org/10.1186/s13054-022-04173-z>

Puicán Alarcón, K. J. (2022). *Conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado por accidentes de tránsito en un hospital de Lima Metropolitana, 2022*.

Universidad Norbert Wiener .

Ramesh, G. H., Uma, J. C., & Farhath, S. (2019). Fluid resuscitation in trauma: What are the best strategies and fluids? In *International Journal of Emergency Medicine* (Vol. 12, Issue 1).

<https://doi.org/10.1186/s12245-019-0253-8>

Raymundo, Y. T., & Yañac, F. M. (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.

- Ruiqiang, Z., Yifen, Z., Ziqi, R., Wei, H., & Xiaoyun, F. (2021). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021, interpretation and expectation. *Chinese Critical Care Medicine*, 33(10). <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121430-20211009-01442>
- Saeed, D., Feldman, D., Banayosy, A. El, Birks, E., Blume, E., Cowger, J., Hayward, C., Jorde, U., Kremer, J., MacGowan, G., Maltais, S., Maybaum, S., Mehra, M., Shah, K. B., Mohacsi, P., Schweiger, M., Schroeder, S. E., Shah, P., Slepian, M., ... D'Alessandro, D. (2023). The 2023 International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for Mechanical Circulatory Support: A 10- Year Update. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 42(7), e1–e222. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2022.12.004>
- 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*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00753-y>
- Siotos, C., Bonett, A. M., Damoulakis, G., Becerra, A. Z., Kokosis, G., Hood, K., Dorafshar, A. H., & Shenaq, D. S. (2022). Burden of Pressure Injuries: Findings from the Global Burden of Disease Study. *Eplasty*, 22.
- Sternbach, G. L. (2000). The Glasgow Coma Scale. *Journal of Emergency Medicine*, 19(1). [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(00\)00182-7](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(00)00182-7)
- Terzulli, D. (2023). A nurse's guide to hypovolemic shock. *Nursing Made Incredibly Easy*, 21(5). <https://doi.org/10.1097/nme.0000000000000003>

- Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. In *International Journal of General Medicine* (Vol. 5). <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>
- Toney-Butler, T. J., & Unison-Pace, W. J. (2018). Nursing, Admission Assessment and Examination. In *StatPearls*.
- Upadhyaya, G. K., Iyengar, K. P., Jain, V. K., & Garg, R. (2021). Evolving concepts and strategies in the management of polytrauma patients. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*, 12(1). <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2020.10.021>
- van der Jagt, M. (2016). Fluid management of the neurological patient: A concise review. In *Critical Care* (Vol. 20, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1309-2>
- Wellge, B. E., Trepte, C. J., Zöllner, C., Izbicki, J. R., & Bockhorn, M. (2020). Perioperative fluid management. In *Chirurg* (Vol. 91, Issue 2). <https://doi.org/10.1007/s00104-020-01134-6>
- WHO. (2023a). *Global status report on road safety 2023*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/global-status-report-on-road-safety-2023>
- WHO. (2023, December 13). *Road traffic injuries*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- WHO. (2024). *Injuries and violence*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>.
- WHO. (2024). *World health rankings: Rwanda profile*. <https://www.worldlifeexpectancy.com/country-health-profile/rwanda>.

- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for medical research involving human subjects. *Clin Rev Educ.*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1126/science.356268>
- Yagi, K. (2018). Mechanical Ventilation. In *Veterinary Technician's Manual for Small Animal Emergency and Critical Care, Second Edition*. <https://doi.org/10.1177/1944451613501196>
- Yauri, J., & Quichca, Y. (2021). *Factores que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención de pacientes politraumatizados, en estudiantes de Enfermería de la UNSCH, Ayacucho 2021*. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Apéndices

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos

CONOCIMIENTO EN EL MANEJO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO

1. El ABCDE intrahospitalario consiste en:

A: Vía aérea con protección cervical

B: Ventilación

C: Circulación

D: Déficit neurológico

E: Exposición y examen físico completo

Marque **Verdadero o Falso** según corresponda:

- A: Vía aérea y control cervical. Si el paciente está inconsciente, se coloca cánula de Guedel y se aspiran secreciones.
- B: Ventilación. Se valora la frecuencia respiratoria, se inspecciona el tórax (cubriendo heridas si las hubiera) y se administra oxígeno.
- C: Circulación. Se valora la escala de Glasgow.
- D: Déficit neurológico. Se evalúan hemorragias, color y temperatura de la piel.
- E: Exposición y examen. Se cubre al paciente para prevenir hipotermia.

2. En la valoración primaria, ¿cómo se maneja una obstrucción de la vía aérea?

Seleccione una o más opciones:

- **a)** Técnicas básicas de apertura de vía aérea: maniobra frente-mentón, elevación mandibular, tracción mandibular.
- **b)** Técnicas instrumentales básicas: uso de dispositivos como cánula de Guedel, aspirador, mascarilla-bolsa, oxígeno.
- **c)** Dispositivos supraglóticos alternativos a la intubación.
- **d)** En la vía aérea: garantizar permeabilidad, aplicar tracción mandibular y aspirar secreciones.

3. La tracción mandibular consiste en:

Seleccione una:

- **a)** Reclinación de la cabeza, apertura de la boca, empuje hacia adelante de la mandíbula.
- **b)** Reclinación de la cabeza, apertura de la boca, cierre de la nariz con los dedos.
- **c)** Reclinación de la cabeza, apertura de la boca, rotación lateral de la cabeza.

- d) Reclinación de la cabeza, apertura de la boca, limpieza de secreciones.

4. ¿Para qué se utiliza el tubo orofaríngeo (tubo de Mayo)?

Seleccione una o más opciones:

- a) Para prevenir aspiraciones.
- b) Para facilitar la respiración durante la administración de oxígeno con mascarilla.
- c) Para abrir las fosas nasales.
- **d)** Para mantener la vía aérea abierta cuando la lengua obstruye, especialmente en pacientes inconscientes.
- e) Para proteger al personal de posibles mordidas durante una intubación.

5. Relacione las siguientes condiciones con su manifestación clínica:

Marque **Verdadero o Falso** según corresponda:

- () a) Problemas respiratorios → respiración dificultosa, falta de aliento, respiración ruidosa, patrón asincrónico.
- () b) Problemas circulatorios → taquicardia, bradicardia, disminución de la perfusión periférica, hipotensión, sangrado, dolor torácico, alteración del estado mental, disminución del débito urinario.
- () c) Problemas neurológicos → Escala de Glasgow, valoración pupilar, signos de lateralización.
- () d) Obstrucción de vía aérea → respiración ruidosa, cianosis, uso de músculos accesorios.

6. ¿Cuáles son alternativas seguras para asegurar la vía aérea?

Seleccione una o más opciones:

- a) Combitubo
- b) Máscara laríngea
- c) Tubo de Safar
- d) Tubo laríngeo
- e) Tubo orofaríngeo (de mayo)

7. En la valoración secundaria, se realiza lo siguiente:

Marque **Verdadero o Falso** según corresponda:

- () a) Se reevalúa el ABCDE.

- b) Se aplica la escala de severidad de lesiones.
- c) Se determina la conducta clínica según la estabilidad del paciente.
- d) Se clasifica el estado del shock hemorrágico y se aplica control de daños.
- e) Se realiza valoración neurológica: escala de Glasgow, tamaño y reactividad pupilar.
- f) Se valora la escala de intubación temprana.
- g) Se gestiona adecuadamente la vía aérea: Mallampati, frente-mentón, tracción mandibular y dispositivos.
- h) En trauma torácico se evalúa dificultad respiratoria por tórax inestable, neumotórax a tensión o taponamiento cardíaco.
- i) En trauma abdominal se observa distensión y lesiones no evidentes.
- j) En trauma pélvico se clasifica como abierto (requiere cirugía inmediata) o cerrado (se evalúa estabilidad para categorizar como urgencia o emergencia).

8. ¿A partir de qué puntuación en la Escala de Coma de Glasgow se debe intubar a un paciente?

Seleccione una o más opciones:

- a) 3 – 6
- b) 5 – 7
- c) 9 – 11
- d) 12 – 15

9. Si el paciente politraumatizado está inestable, se debe realizar el siguiente monitoreo:

Marque **Verdadero o Falso** según corresponda:

- a) Monitoreo hemodinámico y cardiovascular.
- b) Monitoreo respiratorio.
- c) Monitoreo de función renal.
- d) Monitoreo hematológico.
- e) Monitoreo neurológico.
- f) Evaluación del equilibrio ácido-base y electrolitos.

10. El tratamiento integral del paciente politraumatizado incluye:

Marque **Verdadero o Falso** según corresponda:

- a) Soporte ventilatorio.
- b) Soporte hemodinámico.

- c) Protección gástrica.
- d) Soporte metabólico y nutricional.
- e) Profilaxis y tratamiento tromboembólico.
- f) Terapia antimicrobiana.
- g) Protección renal (volumen y diuréticos).

11. Sobre el manejo del paciente politraumatizado:

Marque **Verdadero o Falso** según corresponda:

- a) En la evaluación primaria, se deben reconocer y tratar inmediatamente hemorragias que comprometan la vida o paros cardíacos.
- b) La evaluación primaria corresponde a una primera impresión con enfoque ABCDE; la secundaria implica una exploración detallada de cabeza a pies.
- c) En la evaluación secundaria se realiza una valoración constante del ABCD, anamnesis (AMECE), escala ISS y conducta clínica.
- d) La prioridad en la evaluación secundaria es estabilizar al paciente asegurando oxigenación de órganos vitales y seguir una secuencia de prioridades.
- e) La ASA (American Society of Anesthesiologists) considera la máscara laríngea como alternativa en intubaciones endotraqueales difíciles.
- f) Una vez estabilizado o intervenido quirúrgicamente, el paciente debe continuar vigilancia en UCI.
- g) En estados de shock hemorrágico, en estadios I-II se administran cristaloides y se observa; en estadios III-IV, cristaloides, coloides y hemoderivados.

LISTA DE COTEJO: PRÁCTICA DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Servicio de Emergencia

Instrucciones para el investigador:

Observe cuidadosamente las actividades realizadas por la enfermera. Lea detenidamente cada afirmación y marque con un aspa (X) la opción que corresponda según la práctica observada.

Fecha: _____

Nº	Ítem	Sí	No
1	Verifica la permeabilidad de la vía aérea observando signos de obstrucción (ej. estridor) y escuchando la entrada y salida de aire por nariz, boca y campos pulmonares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Si el paciente no presenta respiración ni pulso, inicia RCP básica y avanzada; monitorea e inspecciona los signos vitales, incluida la saturación de oxígeno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mantiene preparada el área de trauma y shock con equipos, insumos y medicamentos necesarios para el manejo de la vía aérea (oxímetro de pulso, cánula de Guedel, oxígeno, bolsa-mascarilla, humidificador, entre otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Inspecciona la simetría torácica y signos de tórax inestable para identificar traumatismos cerrados que puedan obstruir la vía aérea superior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Coloca el collar cervical ante sospecha de lesión en columna cervical (disponibilidad de collares N° 3, 4, 5).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mantiene la inmovilización de la columna cervical durante toda la atención y supervisa que el equipo de salud también lo haga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Administra oxigenoterapia continua mediante catéter nasal, mascarilla simple o bolsa-mascarilla para mantener saturación mayor al 95%.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Prepara insumos para toracocentesis en caso de neumotórax (agujas N° 18 y 20, guantes estériles, ropa estéril, solución desinfectante, anestésico local, gasas, jeringas de 5, 10 y 20 cc, entre otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vigila signos de disfagia y disnea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Controla constantemente los signos vitales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Evalúa y repone pérdidas de volumen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Administra soluciones cristaloides y coloides según indicación médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Participa activamente en el procedimiento de colocación de tubo endotraqueal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Prepara el equipo necesario para intubación endotraqueal (tubos N° 7.0, 7.5, 8.0; guía de Eschmann; sonda de succión N° 16; anestésico local; jeringa de 5 cc; laringoscopio; bolsa de reanimación, entre otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Prepara insumos para fluidoterapia intravenosa (catéteres N° 14, 16, 18) para infusión rápida de grandes volúmenes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Canaliza una o dos vías periféricas de grueso calibre (N° 14, 16).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17	Facilita la obtención rápida de resultados de exámenes de laboratorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Controla hemorragias externas mediante compresión directa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Prepara material para colocación de catéter vesical (sonda N° 16 en varones y N.º 14 en mujeres, guantes, lubricante, jeringa de 10 cc, solución salina, apósitos, entre otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Administra medicamentos prescritos (analgésicos, sedantes, relajantes, entre otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Evalúa la coloración de la piel y presencia de lesiones o diaforesis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Evalúa el estado neurológico mediante la escala de Glasgow (respuesta ocular, verbal y motora).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Interpreta el estado de conciencia usando la escala de Glasgow para detectar posibles alteraciones derivadas de hipoxia o hipoperfusión cerebral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Mantiene la inmovilización de la columna vertebral durante toda la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Organiza la historia clínica, adjuntando resultados de exámenes, radiografías, TAC y consentimiento informado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Preserva la privacidad del paciente y previene la hipotermia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Prepara y transporta al paciente al quirófano si es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Se comunica adecuadamente con el equipo de salud y demuestra seguridad durante la atención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Elabora el informe de enfermería cefalocaudal tras estabilizar al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apéndice B: Validez de los instrumentos

Conocimiento en el manejo de paciente politraumatizado

Ítem	Juez 1				Juez 2				Juez 3				Juez 4				Juez 5			
	Cla	Con	Ctx	Dom	Cla	Con	Ctx	Dom	Cla	Con	Ctx	Dom	Cla	Con	Ctx	Dom	Cla	Con	Ctx	Dom
	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0
2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
3	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
4	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
5	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
6	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
7	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
8	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
9	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
10	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
11	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1

Nota: Claridad (Cla), Congruencia (Con), Contexto (Ctx) y Dominio (Dom)

El cuestionario presenta alta validez de contenido en los cuatro criterios evaluados: Claridad, Congruencia, Contexto y Dominio. Según la V de Aiken, se obtuvo $V = 1.00$ en Claridad, Congruencia y Dominio, evidenciándose acuerdo unánime entre los cinco jueces (valor 1 en todos los ítems), lo que indica que los enunciados son precisos, coherentes y adecuados respecto al constructo medido. En el criterio Contexto, al tratarse de un criterio inverso donde 0 representa una evaluación favorable, todos los jueces asignaron 0 de manera consistente; al recodificar el criterio inverso, se obtiene $V = 1.00$ para Contexto.

En conjunto, estos resultados confirman que el instrumento posee validez de contenido global excelente (V de Aiken global ≈ 1.00).

Practica en el manejo de paciente politraumatizado

Item	Juez 1				Juez 2				Juez 3				Juez 4				Juez 5			
	Cla	Con	Ctx	Dom	Cla	Con	Ctx	Dom	Cla	Con	Ctx	Dom	Cla	Con	Ctx	Dom	Cla	Con	Ctx	Dom
1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
3	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
4	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
5	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
6	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
7	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
8	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
9	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
10	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
11	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
12	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
13	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
14	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
15	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
16	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
17	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
18	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
19	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
20	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
21	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
22	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
23	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
24	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
25	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
26	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
27	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
28	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
29	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1

Nota: Claridad (Cla), Congruencia (Con), Contexto (Ctx) y Dominio (Dom)

La lista de cotejo presenta alta validez de contenido en los cuatro criterios evaluados: Claridad, Congruencia, Contexto y Dominio, con acuerdo unánime de los cinco jueces en los 29 ítems. Según la V de Aiken, se obtuvo $V = 1.00$ en Claridad, Congruencia y Dominio, evidenciando que los ítems son comprensibles, coherentes y adecuados para

evaluar la práctica clínica en el manejo de pacientes politraumatizados. En el criterio Contexto, al ser un criterio evaluado de forma inversa donde 0 representa una calificación favorable, los cinco jueces asignaron de manera consistente dicho valor en todos los ítems; al recodificar el criterio inverso, se obtiene $V = 1.00$ para Contexto. En conjunto, estos resultados confirman que el instrumento posee validez de contenido global excelente (la V global promedio fue 0.99)

Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos

Estadística de fiabilidad “Conocimiento en el manejo de paciente politraumatizado”

Ítem	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
P1	2.5	0.527	2	3
P2	2.6	0.516	2	3
P3	2.5	0.527	2	3
P4	2.3	0.483	2	3
P5	2.4	0.516	2	3
P6	2.4	0.516	2	3
P7	2.6	0.516	2	3
P8	2.6	0.516	2	3
P9	2.4	0.516	2	3
P10	2.6	0.516	2	3
P11	2.4	0.516	2	3

La confiabilidad del cuestionario reportó un alfa de Cronbach = 0.961, Asimismo, la matriz de correlaciones entre ítems mostró asociaciones positivas y consistentes, sin evidencias de ítems con correlaciones ítem-test bajas, lo que respalda la solidez psicométrica del cuestionario. Estos hallazgos confirman que la estructura interna del instrumento es adecuada y estable, permitiendo su uso tanto en contextos clínicos como en investigaciones académicas, contribuyendo a la mejora continua de la calidad de atención y la formación del personal de salud.

Bases de datos										
Ítem	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
P1	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2
P2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3
P3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3
P4	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2
P5	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2
P6	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3
P7	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3
P8	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3
P9	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3
P10	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3
P11	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3

Estadística de fiabilidad “Practica en el manejo de paciente politraumatizado”

Ítem	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
P1	1.8	0.42	1	2
P2	1.9	0.32	1	2
P3	1.7	0.48	1	2
P4	1.8	0.42	1	2
P5	1.9	0.32	1	2
P6	1.8	0.42	1	2
P7	1.8	0.42	1	2
P8	1.9	0.32	1	2
P9	1.7	0.48	1	2
P10	1.9	0.32	1	2
P11	1.8	0.42	1	2
P12	1.9	0.32	1	2
P13	1.7	0.48	1	2
P14	1.8	0.42	1	2
P15	1.9	0.32	1	2
P16	1.8	0.42	1	2
P17	1.9	0.32	1	2
P18	1.8	0.42	1	2
P19	1.7	0.48	1	2
P20	1.9	0.32	1	2
P21	1.8	0.42	1	2
P22	1.9	0.32	1	2
P23	1.8	0.42	1	2
P24	1.8	0.42	1	2
P25	1.7	0.48	1	2
P26	1.8	0.42	1	2

P27	1.8	0.42	1	2
P28	1.9	0.32	1	2
P29	1.8	0.42	1	2

La confiabilidad de la lista de cotejo observacional reportó un alfa de Cronbach = 0.914, lo que indica una excelente consistencia interna entre los ítems evaluados. Esto demuestra que el instrumento es altamente confiable para medir la práctica de las enfermeras en el cuidado de pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia. Asimismo, la matriz de correlaciones ítem-test mostró asociaciones positivas y homogéneas, sin evidencias de ítems con bajo desempeño. Esto respalda la validez y solidez psicométrica de la lista de cotejo, confirmando que puede aplicarse en contextos clínicos y de investigación, siendo útil para la mejora continua de la calidad asistencial y la capacitación del personal de salud.

Bases de datos										
Ítem	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10
P1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
P2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
P4	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
P5	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P6	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
P7	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
P8	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P9	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2
P10	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P11	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
P12	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P13	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2
P14	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
P15	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P16	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
P17	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P18	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
P19	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2
P20	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P21	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2

P22	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P23	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
P24	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
P25	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2
P26	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
P27	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
P28	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
P29	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2

Apéndice D: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Me han informado que la investigación titulada “Conocimiento y práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención, Huarochirí, 2025” tiene como propósito determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidentes de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de la provincia de Huarochirí, durante el año 2025.

El estudio está a cargo de: _____

(Investigador/a responsable), bajo la asesoría de:

_____ (Asesor/a).

Institución: _____

Correo / Teléfono de contacto: _____

Si acepto participar, se me solicitará lo siguiente:

- Responder un cuestionario sobre conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado, compuesto por 11 ítems.
- Permitir una observación estructurada de mi atención clínica habitual, mediante una lista de cotejo de 29 ítems, con el fin de registrar prácticas de cuidado relacionadas con el manejo del paciente politraumatizado.

La participación se realizará en el servicio de emergencia del establecimiento de salud correspondiente, durante el segundo trimestre del año 2025. El tiempo estimado de participación es de 20 a 30 minutos, considerando la aplicación del cuestionario y el registro observacional en el momento pertinente.

Toda la información será tratada de forma confidencial, y se utilizará únicamente con fines académicos y científicos.

Riesgos o incomodidades

Me han explicado que este estudio no implica riesgos físicos, psicológicos ni biológicos. El riesgo es mínimo y podría relacionarse con incomodidad por el tiempo requerido o por sentirse evaluado(a). En caso de sentir incomodidad o decidir no continuar, puedo interrumpir mi participación en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Para reducir el riesgo de identificación, se utilizarán códigos numéricos, de modo que mi nombre y DNI no serán incluidos en los informes.

Beneficios

No recibiré pago ni beneficio económico por participar. Sin embargo, los resultados podrán identificar necesidades de capacitación y orientar mejoras en la atención del paciente politraumatizado, lo que podría contribuir indirectamente a la calidad del servicio y a la seguridad del paciente.

Confidencialidad y manejo de la información

- Los datos recolectados serán confidenciales y se usarán únicamente con fines académicos y científicos.
- Mi identidad será protegida mediante códigos; no se publicará mi nombre ni DNI en informes, presentaciones o publicaciones.
- La información será resguardada por el/la investigador(a) en archivos protegidos (físicos o digitales), y solo el equipo de investigación tendrá acceso.
- Los resultados se presentarán de forma agrupada, sin identificar participantes individuales.

Voluntariedad

Mi participación es voluntaria. Puedo negarme a participar desde el inicio o retirarme en cualquier momento, sin dar explicaciones y sin sanciones, perjuicios laborales ni afectación de mi relación con el establecimiento de salud.

Consultas, dudas o reclamos

Si tengo preguntas sobre el estudio, puedo comunicarme con el/la investigador(a):

- Nombre: _____
- Teléfono: _____
- Correo: _____

Si deseo consultar sobre mis derechos como participante o presentar algún reclamo, puedo comunicarme con el Comité de Ética (o instancia correspondiente):

- Contacto: _____

Declaración de consentimiento

Declaro haber leído y comprendido la información brindada. Se me han explicado los objetivos, procedimientos y alcances del estudio, y he tenido la oportunidad de realizar

preguntas. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento, sin consecuencias. Se me garantiza la confidencialidad de la información proporcionada, la cual será utilizada únicamente con fines académicos y científicos.

Por lo tanto, otorgo mi consentimiento libre e informado para participar en este estudio y autorizo la aplicación del instrumento correspondiente.

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____ Fecha: ____ / ____ / 2025

Firma del participante: _____

Nombre del investigador(a): _____

Firma del investigador(a): _____

Fecha: ____ / ____ / 2025

Apéndice E: Matriz de consistencia

Título: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DE PACIENTE POLITRAUMATIZADO POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN HUAROCHIRÍ, 2025

Problema	Objetivos	Hipótesis	Va
Problema general	Objetivo general	Hipótesis General	
¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo de paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025?	Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo de paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.	Existe una relación significativa entre el conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo de pacientes politraumatizados por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención de Huarochirí, 2025.	Var Cono del pe salud mar pa politra
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis Específicas	
1. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Manejo de la vía aérea y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito?	1. Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Manejo de la vía aérea y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.	1. Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Manejo de la vía aérea y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.	
2. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Soporte ventilatorio y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito?	2. Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Soporte ventilatorio y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.	2. Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Soporte ventilatorio y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.	
3. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Circulación y fluidos y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito?	3. Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Circulación y fluidos y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.	3. Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Circulación y fluidos y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.	Var Prác pers salu mar pa politra
4. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Valoración neurológica y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito?	4. Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Valoración neurológica y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.	4. Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Valoración neurológica y la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.	
5. ¿Cuál es la relación entre el conocimiento en la dimensión Gestión clínica integral y la	5. Determinar la relación entre el conocimiento en la dimensión Gestión clínica integral y la	5. Existe una relación significativa entre el conocimiento en la dimensión Gestión clínica integral y la	

práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito?	práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.	la práctica del personal de salud en pacientes politraumatizados por accidente de tránsito.
--	--	---

Apéndice F: Solicitud de Autorización

Lima, 6 de octubre de 2025

Señor(a):

C.D. Jorge Tomaila Tenazoa

DIRECTOR EJECUTIVO

RED INTEGRADA DE SALUD HUAROCHIRI

Red de Salud Huarochirí

Presente. –

Asunto: Solicitud de autorización para la ejecución de estudio de investigación

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente, me dirijo a usted para saludarle cordialmente y, a la vez, solicitar la autorización para llevar a cabo la recolección de datos del estudio titulado: “Conocimiento y práctica del personal de salud en el manejo de paciente politraumatizado por accidente de tránsito en los establecimientos del primer nivel de atención, Huarochirí, 2025.”

La investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la práctica del personal de salud en el manejo del paciente politraumatizado por accidente de tránsito. El estudio corresponde a un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental correlacional, tipo observacional y de corte transversal, con una muestra estimada de 82 participantes pertenecientes a los servicios de emergencia del primer nivel de atención de la Red de Salud Huarochirí.

La recolección de datos se realizará durante el segundo trimestre del año 2025, aplicando los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario “Conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado” (Maquera & Vidal, 2018), mediante encuesta.
2. Lista de cotejo “Prácticas de cuidado de enfermería al paciente politraumatizado” (Carranza, 2019), mediante observación.

Asimismo, se garantiza que el estudio se desarrollará respetando los principios éticos de investigación en salud: participación voluntaria, consentimiento informado, confidencialidad y anonimato, sin interferir con la atención regular del servicio ni afectar las funciones del personal. Por lo expuesto, solicito a su despacho se sirva autorizar el acceso a las áreas pertinentes del servicio y facilitar las coordinaciones necesarias para la ejecución del estudio, conforme al cronograma establecido y a los lineamientos institucionales vigentes.

Sin otro particular, agradezco de antemano su atención y apoyo.

Atentamente,

VERONICA RENE REA FÉLIX

DNI: 42194248

Cel.: 927477250

Correo: veronicarf27@gmail.com

V.º B.º Asesor(a):

Dr. Luz Victoria Castillo Zamora