



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA
SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL II – 2 DE TUMBES 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DELICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Br. Enf. LEÓN SUNCIÓN, JEANNETTE DE LOS ÁNGELES

TUMBES – PERU

2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

INFORME DE TESIS

**CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA
SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL II – 2 DE TUMBES 2017**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

Br. Enf. LEÓN SUNCIÓN, JEANNETTE DE LOS ÁNGELES

Autora

Lic. Enf. CERVANTES RUJEL BALGELICA ANTAZARA

Asesora

RESPONSABLES

BACH. ENF. LEON SUNCION JEANNETTE

EJECUTOR

LIC. ENF. CERVANTES RUJEL BALGELICA A.

ASESORA

MIEMBROS DEL JURADO

MG. MARÍA LUZ BRAVO PÉREZ

PRESIDENTE

MG. CESAR NOBLECILLA RIVAS

SECRETARIO

MG. GREVELLI GARCIA GODOS CASTILLO

VOCAL

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios, quien me bendijo desde el día que sentí esta vocación por la carrera de enfermería y es mi motivación para poder seguir adelante con humildad, perseverancia y ahínco el ejercicio de mi profesión.

A mi universidad y maestros, por haberme formado como un excelente profesional. Este nuevo logro es en gran parte a ustedes, porque he logrado concluir mi carrera, con mi más sincero amor.

A mi hija por ser mi motor y motivo en seguir adelante y no desmayar en cualquier tropiezo que tenga al padre de mi hija por guiarme en todo, a mis padres, hermanas por su confianza y apoyo constante e infinito en el transcurso de mi formación profesional.

JEANNETTE...

AGRADECIMIENTO

Agradecemos principalmente a todo el personal del Hospital Regional II-2 Tumbes, por las facilidades brindadas y el libre desplazamiento dentro de su ambiente, en especial a las licenciadas en enfermería de la Unidad de Trauma Shock; gracias a su colaboración se logró realizar la investigación.

A nuestra alma mater la Universidad Nacional de Tumbes, donde provienen nuestros docentes los que día a día impartieron en nosotros sus conocimientos teóricos y prácticos que ayudaron a forjar nuestra carrera profesional.

Un sincero agradecimiento a nuestra profesora: Cervantes Rujel, Balgéllica A., nuestra asesora; por su apoyo, amistad y paciencia, durante todo el desarrollo del proyecto de tesis. A nuestros miembros de jurado por sus oportunos aportes y correcciones en la presente tesis.

LA AUTORA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La autora León Sunción Jeannette de los Ángeles declaro que los resultados reportados en esta tesis, son producto de nuestro trabajo siempre con el apoyo de nuestra asesora y el jurado calificador en cuanto a su conceptualización y análisis de datos. Así mismo, declaro que hasta donde tenemos conocimiento nuestro informe no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce como tal a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación; en este sentido, afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un tercero es de nuestra propia autoría.

Declaramos finalmente que la redacción de esta tesis, es producto de nuestro propio trabajo con la dirección, apoyo de nuestra asesora de tesis y nuestro jurado calificador, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o la expresión escrita.

LEÓN SUNCIÓN JEANNETTE DE LOS ÁNGELES

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I.MARCOTEORICO	15
CAPITULO II. MATERIAL METODOS	40
CAPITULOIII. RESULTADOS	44
CAPITULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	71
ANEXOS	75

RESUMEN

La presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal, con diseño metodológico no experimental, el objetivo general fue determinar el grado de conocimiento del profesional de enfermería en el manejo de la persona en la Unidad de Trauma Shock del Hospital Regional II-2 Tumbes 2017; la muestra estuvo conformada por 25 profesionales de enfermería; se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario. Los resultados obtenidos en cuanto al grado de conocimiento en general del profesional de enfermería, predomina el grado medio con el 52%; en la evaluación primaria el grado de conocimiento es medio con el 44%; en el que los indicadores que destacan con mayor conocimiento se refieren a las dimensiones: Vías aéreas con el 88%; en cuanto a ventilación el 76% tiene un conocimiento medio; en circulación el 76%, en exposición al paciente el 72%, en evaluación neurológica el 56% tienen un grado de conocimiento bajo para el manejo de personas en la unidad de trauma shock; en cuanto a exposición del paciente, el profesional de enfermería desconoce más sobre el momento indicado en el cual se debe de desvestir al paciente para la valoración física. En la evaluación secundaria el grado de conocimiento es de medio con el 76%; los indicadores que destacan en conocer, es la evaluación cardio-respiratoria y valoración de causas principales de muerte en el paciente crítico con un 96% en ambos; en el examen de cabeza y cráneo, inspección de tórax se obtuvo un conocimiento bajo con el 16%

PALABRAS CLAVES: Conocimiento del profesional de enfermería. Manejo de la persona en la unidad de trauma shock.

ABSTRACT

The present investigation is of a quantitative, descriptive, simple cross-sectional type, with non-experimental methodological design, whose general objective was to determine the degree of knowledge of the nursing professional in the management of the person in the Shock Trauma Unit of the Regional Hospital II- 2 Tumbes 2017; the sample consisted of 25 nursing professionals; the interview was used as a technique and the questionnaire as an instrument. The results obtained in terms of the degree of knowledge in general of the nursing professional, the middle grade predominates with 52% with a tendency to low; for the primary evaluation the degree of knowledge is medium with 44%; the indicator of greatest knowledge is the airway 88%; in terms of ventilation, 76% have an average knowledge; the indicator circulation and exposure to the patient with 76% and 72% have a low degree of knowledge, for the indicator of neurological evaluation 56% have a low degree of knowledge; as soon as the patient is exposed, the nursing professional does not know the indicated moment in which the patient should be undressed. In the secondary evaluation, the degree of knowledge is of means with 76% whose indicators that stand out in greater knowledge is the cardio respiratory evaluation and assessment of the main causes of death in the critical patient with 96%; and in the head and skull examination, chest inspection was obtained a low knowledge with 16%

KEY WORDS: Knowledge of the nursing professional, Management of the person in the shock trauma

INTRODUCCIÓN

Cada año, los accidentes de tránsito causan la muerte de aproximadamente 1,25 millones de personas en todo el mundo; las lesiones causadas por el tránsito son la principal causa de defunción en el grupo etario de 15 a 35 años. A pesar de que los países de ingresos bajos y medianos tienen aproximadamente el 54% de los vehículos del mundo, se producen en ellos más del 90% de las defunciones relacionadas con accidentes de tránsito, casi la mitad de las defunciones por esta causa en todo el mundo. Los accidentes de tránsito cuestan a la mayoría de los países el 3% de su población; se prevé que para 2030 los accidentes de tránsito serán la séptima causa de defunción y lesiones permanentes por accidentes de tránsito.¹

En el Perú, en los últimos años se han incrementado los accidentes de tránsito y con ellos las muertes y lesiones por estos eventos, siendo considerado como primera causa de carga de enfermedad por el alto número de población joven afectada (30% del total de lesionados por accidentes de tránsito en establecimientos del Ministerio de Salud). En razón de ello, el Ministerio de Salud (MINSA) lo consideró una prioridad para la Salud Pública y estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Seguridad Vial y Cultura de Tránsito con la finalidad de ser un espacio de coordinación sectorial para contribuir a la reducción de las muertes y

lesiones por estos eventos, la cual coordina actualmente la Dirección General de Promoción de la Salud.²

En la región de Tumbes estos datos estadísticos no son ajenos a la realidad en el año 2014 se han reportado una tasa de mortalidad de 8,62 muertes por cada 100,000 habitantes, de 14 accidentes de tránsito fatales se han registrado 18 muertes y 266 heridos según datos estadísticos el servicio de Emergencia del Hospital Regional II-2 Tumbes, el hospital cuenta con la Unidad de Trauma Shock para recibir, diagnosticar y proporcionar tratamiento a este tipo de pacientes, según datos estadísticos registrados en el servicio de emergencia, 70 pacientes ingresaron de enero a diciembre del 2016. Los riesgos de morbilidad y mortalidad son grandes, porque fácilmente pueden sufrir un shock, hemorragias; que se suman a la lesión primaria, y que merman todavía más la función de los órganos vitales y existe el peligro de insuficiencia de diversos aparatos como respiratoria y la parada cardiorrespiratoria son dos complicaciones muy probables.³

La atención en lo que se refiere entonces, es la urgencia que apremia y tiene más que ver con la cuestión de ser rápido, es toda situación que requiera una actuación del equipo de salud a la brevedad posible; globalmente la mitad de las muertes se producen antes de la hospitalización del paciente y las restantes en el hospital, ocurriendo el 60% de ellas dentro de las primeras 4 horas después del ingreso a la emergencia, es entonces un suceso fortuito que pone en riesgo la vida o la

funcionalidad de alguna parte del cuerpo/situación de peligro que requiere una acción inmediata, del equipo de salud, y en todos los casos del personal de enfermería, que labora en los servicios de emergencia.

Por tal motivo fue necesario investigar el conocimiento que tiene el profesional de enfermería que determina la supervivencia de las personas que ingresa a la Unidad de Trauma Shock, la investigación tomó importancia al obtener hallazgos reveladores que permita al profesional de Enfermería y las autoridades del servicio de emergencia de la unidad de Trauma Shock del Hospital Regional II-2 Tumbes; para que estos permitan elaborar, mejorar o continuar los programas de capacitación al profesional de enfermería en el manejo de personas con problemas diferentes que ingresan a dicha unidad.

Así también los resultados servirán de indicadores que permitirán conocer el manejo de enfermería en la vía aérea, ventilación, circulación, evaluación neurológica; así como exhaustivo examen clínico; la eficacia alcanzada o deficiencias obtenidas permita introducir medidas correctivas para optimizar la calidad de atención en el área de trauma shock en el hospital objeto de estudio; así también proporcionara datos relevantes para proponer guías y protocolos de atención; lo que generara cambios en el cuidado de enfermería, garantizando la reducción de las secuelas en el paciente crítico; por lo que el profesional de enfermería debe de poseer las competencias científicas y técnicas para dar respuesta especializada y

rápida frente a situaciones fortuitas. Con los resultados además se obtuvieron datos significativos que permitirán reorientar los protocolos de actuación existentes en otros hospitales; por su practicidad la investigación puede servir de base para otros investigadores interesados en realizar estudios similares de índole experimental que contribuyan a reorientar estrategias de intervención a nivel nacional. Por lo anterior señalado, la idea que generó el presente estudio, surgió del interés personal de la autora y tuvo como punto de partida la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento que posee el profesional de enfermería en el manejo de la persona en la unidad de trauma shock del Hospital Regional II- 2 de Tumbes 2017?

Tuvo como objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento del profesional de enfermería en el manejo de la persona en la unidad de trauma shock del Hospital Regional II-2 Tumbes 2017. Los objetivos específicos fueron: Medir el grado de conocimiento del profesional de enfermería en el manejo de la persona en la unidad de trauma shock sobre la valoración primaria. Medir el grado de conocimientos del profesional de enfermería en el manejo de la persona de la unidad de trauma shock sobre la valoración secundaria.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

En la unidad de trauma shock a diario ingresan pacientes con diferentes traumas 2.6 millones de hospitalizaciones por año, 37 millones de visitas anuales a dicha unidad, por lo que representa la primera causa de muerte en la población joven y la tercera en la población general, siendo el poli-traumatizado la primera causa de muerte sobre todo en personas entre 15 y 40 años de edad; la morbilidad está directamente ligada a la gravedad y nivel de compromiso de las lesiones iniciales del paciente de acuerdo a las heridas sufridas por el accidentado se clasifica en tres categorías: Compromiso leve, cuyas heridas y/o lesiones no representan un riesgo importante para su salud inmediata (no existe riesgo de muerte o incapacidad permanente o transitoria. Moderado, cuando el paciente presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de 24-48 Hrs de sufrido el accidente. Estado grave, es el paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente con alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles.³

Diversos estudios realizados a nivel internacional, nacional y local son los que sustentan el presente estudio, los mismos que se constituyen en referentes importantes en el contexto internacional:

Baquerizo, L. en el año 2013; realizó un estudio titulado “Evaluación de atención de enfermería en pacientes con politraumatismos por accidentes de tránsito que acuden a la emergencia del Hospital Cantonal de Daule-Ecuador” el cual tuvo como objetivo evaluar la calidad de atención de enfermería en pacientes con politraumatismo por accidente. Las conclusiones fueron las siguientes: El manejo inicial en los pacientes politraumatizados no es correcto por lo que se debe insistir en la implementación de un protocolo de atención de enfermería en pacientes con politraumatismo en el área de emergencia.⁴

Crespo, A y Col. en el año 2013; realizaron un estudio sobre; “Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el 12 servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en Quito” el cual tuvo como objetivo capacitar a las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, e implementar protocolos de atención de enfermería. La conclusión general fue: La totalidad de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente”.⁵

León, Y. y Col., en el año 2009; realizaron un estudio de investigación titulada: “Cuidados de enfermería de acuerdo a los

protocolos internacionales enfocado a los pacientes politraumatizado que ingresan a la unidad clínica de emergencia del Hospital Dr. Eugenio P.D' Bellard en Caracas Venezuela” el cual tuvo como objetivo determinar los cuidados de enfermería de acuerdo a los protocolos internacionales enfocado a los pacientes politraumatizados que ingresan a la unidad clínica de emergencia adultos del hospital.⁶

Las conclusiones fueron: Existe un porcentaje importante del 70% de profesionales de enfermería que no realizan la valoración inicial de los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia que incluye conocer el estado del sistema respiratorio y el 65% no realizan la valoración circulatoria de los pacientes politraumatizado que ingresa a emergencia. En cuanto a la valoración neurológica el 65% no realizan dicha valoración y el mismo porcentaje se encontró en la no realización de la valoración tegumentaria de los pacientes que ingresa a la emergencia ⁶

Ramos A. en el año 2009, realizó un estudio titulado: “Nivel de conocimientos del enfermero en la evaluación inicial del paciente en el servicio de emergencia del Hospital de Chancay – Perú” cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de las enfermeras(os) en la evaluación inicial del paciente que ingresa a emergencia. Las conclusiones a las que se llegó fueron: El nivel de conocimientos de las enfermeras en la evaluación inicial del paciente es medio (86%) seguido de un mínimo porcentaje alto y bajo respectivamente en igual proporción (17%). Los

aspectos relevantes que más desconocen son signos de obstrucción de la vía aérea.⁷ Por los antecedentes revisados se puede evidenciar que existen estudios relacionadas con el tema con énfasis en la valoración inicial del paciente crítico, los que ha permitido servirnos de guía para la presente investigación en cuanto al manejo que tiene enfermería en aspectos específicos de la valoración inicial y secundaria al paciente en la unidad de Trauma Shock; lo que resulto ser de suma importancia su realización a fin de que los resultados obtenidos permitan diseñar y/o elaborar programas de educación permanente dirigidas a actualizar los conocimientos y competencias del profesional especialista en enfermería en cuidados críticos, en emergencia y desastres, acorde a los avances científico tecnológicos y normas internacionales estandarizadas que orienten a mejorar la calidad de atención al paciente.

La presente investigación se basó en la ciencia del conocimiento que es definido desde el punto de vista que se analice, en pedagogía el conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido, es la facultad consciente o proceso de comprensión entendiéndose que es propio del pensamiento, percepción inteligencia y razón. Se le clasifica en: Conocimiento sensorial, que se define respecto a la percepción de hechos externos y la captación de estados psíquicos internos, en cuanto al conocimiento intelectual se origina de concepciones aisladas y de hechos causales de ellas; el conocimiento de la razón se refiere a las causas internas fundamentales generales, verdaderas de la

existencia y modo de ser de las cosas. Filosóficamente, el conocimiento se define como un acto y un contenido para Salazar Bondy; es el acto, aprehensión de una cosa, objeto a través de un proceso mental y no físico; que se adquiere a través de los actos de conocer, estos son acumulados transmitidos de una persona a otras, no son subjetivos, son independientes para cada sujeto debido al lenguaje. Lo clasifica en: Conocimiento vulgar: es todo lo que se adquiere y se usa espontáneamente. Conocimiento Científico: en el que se requiere el esfuerzo y preparación especial, es selectivo metódico, sistemático, explicativo, analítico, objetivo.⁸

Según Mario Bunge; el conocimiento es el conjunto de ideas conceptos enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, clasificándolo en: Conocimiento científico: es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia. Conocimiento vulgar: es algo inexacto limitado por la observación. Para Kant: en su teoría de conocimiento refiere que este está determinado por la intuición y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimientos el puro o a priori se desarrolla antes de la experiencia. El empírico: elaborado después de la experiencia.⁹

Al respecto Afanasier V. define al conocimiento como: Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisoluble unido a la actividad practica". El conocimiento es el reflejo activo orientado a un fin

del mundo objetivo y sus leyes, en el cerebro humano, es un proceso infinito de aproximación del pensamiento al objeto que se requiere conocer, del movimiento de la idea, del no saber al saber, del saber incompleto al saber más completo y perfecto.¹⁰

El conocimiento tiene tipos uno de ellos es el conocimiento pre científico: son exclusivos del ser humano quien lo adquiere a través de la práctica concreta, en el curso de su ciclo vital. Son como dice Henry Wallon: “Datos e informaciones empíricos sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos situacionalmente útiles y de hábitos o costumbres que se hacen factibles la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado.

Conocimiento Científico: este conocimiento es el que se consigue sistemática y ordenadamente con el objeto de establecer, describir explicar e interpretar los fenómenos y procesos tanto naturales como sociales y psicológicos, en base a la utilización de todo el andamiaje conceptual de una ciencia determinada a lo que Henry Wallon agrega: “el conocimiento científico persigue determinar el porqué de la ocurrencia y desarrollo de un fenómeno, buscando la generalización de los datos e intenta descubrir lo necesario detrás de lo casual, para aprender las leyes que lo gobiernan de predecir y controlar los fenómenos. Son estos tipos de conocimientos por los que en la actualidad el hombre atraviesa el avance está condicionado

por variables de carácter en lo fundamental, económico-sociales que fijan al individuo en uno u otro nivel de conocimiento.¹¹

La enfermería es una profesión humanista de servicio, que brinda cuidado a la persona en sus distintas etapas de vida y dimensiones a través de conocimientos científicos y sistematizados, su cuidado implica la aplicación del método científico; se supone a partir de una valoración de necesidades de cuidado del paciente para diagnosticar y determinar qué resultados se han de alcanzar y qué intervenciones se deben llevar a cabo para conseguirlo. El cuidado de enfermería es un punto importante de abordar el cual, la acción de cuidar implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio o impedir que ocurran incidentes tales como daños u accidentes.¹²

También se define el cuidado de enfermería como el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en el cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico, orientada a comprender a la persona en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad. En el Perú el colegio de Enfermeras(os), lo define como, la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería para una práctica competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la mejoría de su salud.¹³

Madeleine Lenninger ubica el cuidado de enfermería como dominio central y unificado de la profesión con conductas técnicas, procesos, patrones aprendidos, cognitiva o culturalmente, que permiten ayudar al individuo y su familia. La meta del enfermero(a) se centra alrededor del cuidado a personas de manera congruente de acuerdo con su cultura, valores y costumbres, como lo describe Jean Watson, quien introdujo la teoría de cuidado humano, donde el fin es la protección, mejoramiento y la preservación de la dignidad humana; este cuidado es interpersonal y se da con el fin único de preservar la vida. Estas dos teoristas hablan del cuidado como la esencia de la profesión, donde se debe conocer al otro individuo y brindar el mejor y más oportuno cuidado, teniendo en cuenta los valores de los integrantes en la relación enfermera-persona-familia-comunidad.¹³

Actualmente, enfermería es considerada una profesión autónoma por la capacidad de actuar libremente y de tomar decisiones independientes para brindar un cuidado con eficiencia, eficacia y efectividad; pero sobre todo con humanismo que es lo que caracteriza las raíces filosóficas y epistemológicas de la profesión. La enfermera para brindar calidad de cuidado exige conocimiento científico sobre el ser humano, su entorno, interacción, aplicando así juicios y razonamientos acertados, haciendo uso de los valores éticos; exige también habilidades que determinen seguridad en sus acciones, basadas en normas, principios y actitudes. El conocimiento es la primera herramienta para el manejo de los pacientes ya que por medio de este podemos identificar signos y

síntomas que evidencia la gravedad del problema y exigen intervención inmediata y oportuna.¹³

Un conocimiento bien fundado en bases científicas aun dando al desarrollo de destrezas y habilidades en los procedimientos de enfermería, sumado a esto el buen equipamiento del servicio; hará que se brinde una atención optima rápida y oportuna al paciente, lo cual se logrará mediante la ejecución de una serie de actividades que realiza el personal de enfermería. El conocimiento es la base fundamental para la toma de decisiones y así optimizar la atención de enfermería en el paciente que necesita mayor cuidado de acuerdo a su gravedad.¹³

También es de importancia que el personal de enfermería que brinda cuidados a pacientes críticos, debe tener una visión global de lo que puede necesitar un equipo multidisciplinario para el manejo de dichos pacientes, por lo que se hace necesario instalar condiciones de acuerdo a las necesidades del paciente y equipo de salud. Es por ello que la capacidad del profesional de enfermería en su actuar define la calidad de su cuidado en un proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente.¹³

La calidad en enfermería se puede definir como las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de los usuarios buscando alcanzar la excelencia en la calidad del cuidado que es una de las

principales preocupaciones de los profesionales de enfermería y es hacia donde deben ir dirigidas todas las acciones, con la meta de lograr el mejoramiento del cuidado proporcionado a los usuarios.¹³

El “cuidado” constituye el foco principal del profesional de enfermería; en un sentido genérico Lenninger define como “Aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana”.¹³

El profesional de enfermería es quien permanece la mayor parte del tiempo a lado del paciente desde la perspectiva de un cuidado, intuitivo y amoroso, la persona es considerada de forma holística, la enfermera interactúa permanentemente por tanto se destaca la importancia de los cuidados de enfermería para favorecer la recuperación del paciente y prestar una atención de calidad, ya que el profesional de enfermería es el que brinda la atención continua las 24 horas del día identificando alteraciones en su estado de salud disminuyendo así posibles complicaciones. Es por este saber que la enfermera(o) debe poseer actitudes científicas, técnicas y humanas especializadas que le permita asumir una variedad de procedimientos con destreza y eficacia, hacer detección temprana de los cambios e interpretarlos de una forma oportuna.

En la práctica diaria del quehacer profesional realiza una serie de cuidados encaminados a conservar y/o recuperar la salud de la persona; debe poseer los conocimientos y destrezas para enfrentar situaciones en las que sitúan en peligro la vida de las personas, su actuar se suscribe en estabilizar al paciente; por lo tanto, el enfermero(a) especializado en la unidad de trauma shock, debe de estar capacitado para desarrollar cuidados dentro de estas unidades críticas. Como parte importante del equipo de salud deben disponer de una adecuada y completa formación específica que le permita el correcto manejo de situaciones complicadas, dominar equipos de tecnología sofisticada, mecanismos para manejo de múltiples víctimas y aseguramiento del área en situaciones de emergencia para desarrollar tareas especializadas y que se pueden adaptar a cualquier paciente dependiendo el cuadro clínico que esté presente en el momento de atenderlo y obtener un resultado satisfactorios en la área que ejerce su cuidado.¹⁴

El área de trauma shock conocida como la sala de reanimación, es parte del servicio de emergencia, en esta unidad se ofrece la atención inmediata al paciente crítico con la finalidad de estabilizar la vida. Debe contar con todos los recursos para atenderlo adecuadamente, además debe contar con rápido acceso a los servicios de apoyo (laboratorio, rayos x, tomografía, ultrasonido y quirófano), como también el ingreso de ambulancias.¹⁵

Las personas deben ser evaluadas para definir su ingreso a la unidad de trauma shock; aquellas que han sufrido un accidente o un episodio agudo de enfermedad para una atención rápida y eficiente, para diagnosticar las lesiones evidentes y ocultas que pongan en peligro la vida. Ingresan personas en estado crítico, que son las que tiene afectado uno o más sistemas de su cuerpo tales como: infarto agudo al miocardio, shock séptico, accidentes y enfermedades cerebro vasculares, personas con diagnóstico de paro cardio-respiratorio o aquellos que están a punto de sufrirlo, personas que necesitan de soporte avanzado de vida post reanimación cardiopulmonar (RCP) entre otros; lo que pone en riesgo la vida o riesgo de quedar graves secuelas, este paciente presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización y vigilancia permanente. ¹⁵

Al evaluar inicialmente se debe tener un esquema conceptual de las características de la disfunción de sus órganos y sistemas que son comunes a alteraciones críticas ya que estas personas con problemas múltiples de órgano su evaluación inicial debe ser rápida y certera. Por tal razón el equipo de atención al paciente en la unidad de trauma shock, debe estar formado por un grupo de médicos y personal de enfermería con especialidad y amplia experiencia en el área, con conocimientos comunes y específicos para diagnosticar y tratar a este tipo de pacientes; el médico jefe es el encargado de dirigir coordinar y planificar las necesidades prioritarias de actuación y tratamiento para cada paciente. La función del

médico del equipo (Emergencia/intensivista) es valorar vía aérea, ventilación adecuada, necesita oxigenación, signos de shock o sangrado externo, deterioro del nivel de conciencia o focalizar lesión neurológica (escala de coma de Glasgow), precisa la actuación y colaboración de otros especialistas.¹⁶

La enfermera A: Colocará una vía periférica (1) de grueso calibre y realizará extracción de muestras para determinar grupo sanguíneo y pruebas cruzadas, hemograma completo, coagulación, bioquímica, niveles de tóxicos, colocará electrodos para monitorización de ECG. La enfermera B: Colocará vía periférica (2), controlará constantes vitales, T.A, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, colocará sondas, naso gástrico y vesical; todas esas intervenciones con la finalidad de evitar complicaciones.¹⁶

Las complicaciones suelen presentarse a los minutos como: shock, falla respiratoria y muerte, el choque circulatorio es una seria condición médica en que la perfusión del tejido fino es insuficiente para cubrir la demanda de oxígeno y nutrientes; en consecuencia, este estado de hipo perfusión es una emergencia médica peligrosa para la vida y una de las principales causas que conducen a la muerte de la gente en estado crítico. El síndrome clínico producto de la insuficiencia del sistema cardiovascular para mantener la homeostasis metabólica tisular, trayendo como consecuencia el balance negativo de oxígeno y nutrientes, que lleva a una

disminución del consumo de oxígeno celular, por ende a la disfunción y fallo orgánico.¹⁷

La Disminución del consumo de oxígeno en la célula es la marca característica y básica del choque, la disfunción inicial y fallo celular posterior es condicionado por la incapacidad de la célula para poder mantener sus funciones adecuadamente (esto debido a la falta de oxígeno y nutrientes y la incapacidad concomitante para movilizar desechos metabólicos). La célula entra en una situación grave en lo que respecta a la producción de energía, el déficit se hace crítico y esta comienza a tener problemas para mantener su funcionamiento e integridad; de aquí que si las condiciones que ocasionan el choque no son revertidas la célula simplemente muere. Si consideramos que un órgano está formado por células y que diferentes órganos forman un sistema, podemos extrapolar y pensar en la evolución de los daños desde la célula hasta la disfunción y fallo orgánico.

El fallo Orgánico se comienza a considerar el fallo de los sistemas, ante una situación crítica como la que representa el choque, la mortalidad se va a estar relacionando con: La causa del choque, la duración del estado nasológico que ocasiona el choque, grado de disfunción orgánica (mayor gravedad y mayor mortalidad en relación a número de órganos en disfunción), número de órganos en fallo (mayor mortalidad en relación a mayor número de órganos en fallo). La hipoxia: es una condición patológica

de la célula en la cual los requerimientos de energía son mayores que la producción de energía aeróbica.¹⁷

La célula no es capaz de producir la energía necesaria debido a un escaso consumo de oxígeno (ya sea por falta disponibilidad o incapacidad para utilizarlo), anoxia es una condición patológica en la que no hay disponibilidad de oxígeno para la célula (situación vista en casos de paro circulatorio), isquemia es una condición patológica en que se produce la disminución de oxígeno y nutrientes a los tejidos (y por ende a la célula), condicionada por la disminución del flujo sanguíneo, disfunción celular hipoxia es el conjunto de trastornos celulares ocasionados por la incapacidad de los mecanismos anaerobios para mantener los requerimientos energéticos que garanticen el funcionamiento adecuado de los diferentes procesos metabólicos en la célula.¹⁸

El daño Celular Irreversible se define como el conjunto de trastornos que son capaces de ocasionar una lesión irrecuperable debido a que los mecanismos anaerobios de producción de energía son incapaces de suplir las necesidades energéticas necesarias para los mantener diferentes procesos metabólicos responsables de la integridad celular. En el síndrome de disfunción multiorgánico la presencia de función orgánica alterada en pacientes agudamente enfermos, de tal forma que la homeostasis no puede ser mantenida sin la intervención terapéutica, en cambio el síndrome de fallo multiorgánico se define por la incapacidad del órgano u órganos para

mantener la homeostasis siendo necesario el mantenimiento continuo de medidas de soporte de vida, esta falla orgánica puede ser primaria por el daño directo del órgano y secundaria por causa de la patología de base.

La respuesta a la Hipoxia depende de la actividad y los requerimientos energéticos de cada célula, la tolerancia a la hipoxia es variable según los diferentes tipos. Por ejemplo: La célula muscular esquelética recobra su función normal a los 30 minutos después de isquemia, el hepatocito presenta daño irreversible a las 2,5 horas después de haber sido sometido a isquemia, la neurona presenta daño irreversible a partir de los 4 – 6 minutos de haberse iniciado la isquemia. ¹⁸

El choque es otro de los problemas que presenta las personas en trauma shock entre los tipos de choques podemos clasificar según su etiología en hipovolémico absoluto es el más común tipo de choque y es causado por la disminución del volumen sanguíneo, la causa principal de esta disminución es la pérdida de sangre por causas internas (como las hemorragias) o externas (como las pérdidas a través de fístulas o quemaduras graves), el hipovolémico relativo o choque distributivo, ocurre debido a alteraciones de la relación contenedor/contenido y se subdivide en: séptico que es causado por una fuerte infección que conduce la vasodilatación, por ejemplo, debido a bacterias Gram negativas es tratada por medio de la administración de antibióticos, vasoconstrictores y el reemplazo de fluidos. ¹⁹

El choque cardiogénico es causado por la falla o ineficacia del corazón al bombear sangre, causado por daños en los músculos cardíacos debido al infarto del miocardio. Otras causas del choque Cardiogénico incluyen arritmias, la cardiomiopatía, el paro cardíaco congestivo (CHF),"contusión cordis" o problemas de la válvula cardíaca, en el obstructivo en éste el flujo de sangre se obstruye impidiendo e incluso deteniendo por completo la circulación. Varias condiciones dan lugar a esta forma de choque, el taponamiento Cardíaco en el cual la sangre en el pericardio evita la afluencia de la sangre al corazón (retorno venoso), la pericarditis constrictiva en el cual el pericardio se contrae y endurece, es similar al taponamiento cardíaco, la tensión Neumotóraxica con la presión intratorácica elevada, el flujo de sangre al corazón se detiene (retorno venoso).¹⁹

El manejo del estado de choque requiere intervención inmediata, incluso antes de hacer un diagnóstico. La meta fundamental en caso de choque es reestablecer la perfusión a los órganos por medio de la restauración y mantenimiento de la circulación sanguínea, asegurándose de que la oxigenación y presión de la sangre son adecuadas para evitar complicaciones. Los pacientes atendidos con síntomas de choque, sin importar el tipo, deben tener su vía respiratoria libre y terapia de oxígeno iniciada. En caso de insuficiencia respiratoria puede ser necesaria la intubación y ventilación mecánica. La razón de estas actividades es asegurar la supervivencia del paciente, se debe establecer un compromiso

entre: Aumentar la presión sanguínea para permitir el transporte "seguro" (cuando la presión sanguínea baja, cualquier movimiento puede bajarla perfusión del corazón y del cerebro, y en consecuencia causar la muerte). Respetar el valioso tiempo. Si es necesaria una cirugía, ésta debería ser llevada a cabo durante la primera hora para maximizar la oportunidad de sobrevivir del paciente. ¹⁹

La evaluación del estado circulatorio del paciente de la unidad de trauma shock se basa en cuatro elementos sencillos, primero es el estado de conciencia a medida que disminuye el volumen circulante, la perfusión cerebral se compromete y el estado de conciencia se altera. Un estado de agitación psicomotora se debe considerar como indicador de hipoxia cerebral y no atribuirlo a tóxicos, el color de la piel después del trauma, es importante una piel rosada, especialmente en la cara y las extremidades, prácticamente excluye hipovolemia crítica. En contraste, una piel pálida, fría, sudorosa y de color cenizo es signo inequívoco de hipovolemia severa; al examinar las venas del cuello la ingurgitación de las venas sugiere que el colapso circulatorio se debe a taponamiento cardíaco o a neumotórax a tensión; por el contrario, unas venas vacías indican hipovolemia.

Palpar los pulsos centrales (femorales y carotídeos) y establecer su amplitud, ritmo y frecuencia. Unos pulsos amplios, regulares y de frecuencia normal indican volemia normal. Por el contrario, la disminución de la amplitud y el aumento de la frecuencia son signos de hipovolemia. El

manejo del compromiso circulatorio del paciente traumatizado tiene dos componentes esenciales: Restitución de la volemia: se deben canalizar al menos dos venas periféricas con catéteres plásticos cortos y de grueso calibre (No. 14 o 16 fr.). Se prefieren en general las venas de los miembros superiores, evitando canalizar las venas que crucen los sitios lesionados.

En caso de tener dificultades para canalizar una vena por punción percutánea, se debe recurrir a la disección de las venas de los miembros superiores o de la safena en la región pre maleolar o inguinal. La safena debe evitarse en pacientes con traumatismo abdominal penetrante en quienes pueda suponerse lesión de la vena cava inferior. El cateterismo de las venas centrales, subclavias o yugulares internas, debe evitarse en el paciente con trauma por el riesgo de agravar las lesiones existentes con las complicaciones propias de este procedimiento. Una vez canalizadas las venas, se toman muestras para hemo clasificación y pruebas cruzadas, estudios de laboratorio clínico y toxicológico y prueba de embarazo en las mujeres en edad fértil.

Durante el manejo circulatorio deben insertarse sondas vesical y gástrica; la colocación de sonda vesical tiene como objetivo principal facilitar la medición de la diuresis, que es el mejor parámetro indicador de la volemia. En los pacientes que presentan trauma cerrado no debe colocarse sonda uretral mientras no se haya inspeccionado el meato urinario en búsqueda de sangre, examinado el periné para determinarla

presencia de equimosis y practicado tacto rectal para evaluar la ubicación normal de la próstata. La presencia de cualquier hallazgo anormal durante esta evaluación contraindica la colocación de sonda uretral.¹⁹

En la revisión primaria termina con una rápida evaluación neurológica, cuyo objetivo es establecer el estado de conciencia, el tamaño y la reacción de las pupilas. Debe comprobarse si el paciente está alerta, si hay respuesta a estímulos verbales o solamente a estímulos dolorosos o si está inconsciente. La calificación en la Escala de Coma de Glasgow se lleva a cabo durante la evaluación secundaria. La alteración de la conciencia puede ser debida a hipoxia cerebral o ser consecuencia de traumatismo craneoencefálico. Por esta razón, ante un paciente con cambios de conciencia deben reevaluarse frecuentemente el estado de la vía aérea, la ventilación y el compromiso hemodinámico. Para hacer diagnóstico de alteración de la conciencia secundaria a intoxicación, siempre deben excluirse primero las causas más frecuentes: hipoxia cerebral y trauma cráneo encefálico. El examen de las pupilas se limita durante la revisión primaria a evaluar su tamaño, simetría y la respuesta a la luz. Toda asimetría en el diámetro pupilar mayor de 1mm se considera anormal.²⁰

Otra área que requiere de cuidados especializados es la de medicina intensiva o de cuidados intensivos en ella atiende aquellos pacientes cuya enfermedad pone en peligro su vida de forma real o potencial y son susceptibles de recuperarse; estos pacientes necesitan ser atendidos en

áreas de asistencia específicas como son la Unidad de Cuidados Intensivos UCI, que constituyen el escalón más avanzado de un esquema gradual de atención al paciente; donde el personal de enfermería es una parte muy importante de la plantilla sanitaria de los servicios de medicina intensiva; constan habitualmente de una enfermera por cada 2-3 camas de intensivos y trabajan en tres turnos al día, la creación de UCI, áreas hospitalarias con una dotación técnica y humana muy superior a las áreas convencionales de hospitalización, suficiente para proporcionar vigilancia y cuidados asistenciales a los enfermos cuya situación no permite su ingreso o traslado a plantas y que precisan de alto nivel de cuidados que ofrecen las Unidades de Cuidados Intensivos.²⁰

Existen protocolos de atención al paciente que ingresan al servicio de trauma shock en primera instancia se encuentra la valoración primaria que se refiere el manejo de la vía aérea; la permeabilidad y estabilidad de la vía aérea es el primer punto a valorar. Para la evaluación completa del paciente se le debe desvestir totalmente, cortando la ropa en caso necesario para facilitar su evaluación, una vez desnudo debe cubrirse con mantas secas y tibias para prevenir la hipotermia; lo ideal, y tal vez la mejor medida en la prevención de la hipotermia, es la administración de las soluciones electrolíticas tibias (39°C). Para ello puede utilizarse un horno microondas que permita calentar los líquidos hasta alcanzar esta temperatura. La sangre y sus derivados no se deben de calentar por este sistema.²¹

La valoración secundaria consiste en una evaluación pormenorizada de posibles lesiones desde la cabeza a los pies, mediante la vista, el oído el tacto. El examen secundario no se inicia hasta que no se haya realizado la valoración inicial y resuelto los problemas vitales. En esta fase es donde colocaremos las sondas nasogástrica y vesical, si sospechamos posible lesión de la lámina cribiforme la sonda nasogástrica la colocaremos por la cavidad bucal.²¹

Se debe realizar también el examen físico iniciando la Inspección de la cabeza buscando, la palpación del cráneo en busca de algunas lesiones signos de fractura de la base de cráneo, hematoma peri orbitario (o en anteojos), hematoma mastoideo, traumatismo facial si no compromete la vía aérea, si vemos las venas del cuello distendidas, pensaremos en neumotórax a tensión o taponamiento cardíaco se deberá palpar el pulso carotideo; supone una PA. Sistólica > 60 mm Hg. En un individuo inconsciente hay que comprobar su vía aérea, en el sujeto que tiene disminuido su nivel de conciencia puede ocurrirle la caída de la lengua hacia atrás y/ bronca aspiración. La cabeza y el cuello no deben ser hiperextendidos en un poli-traumatizado; la utilización de la tracción del mentón con control cervical, es la maniobra de elección para la apertura de la vía aérea. Si la vía aérea no fuese permeable se deben extraer los objetos que la obstruyan en su defecto valorar la punción cricotiroidea. Valorar también la intubación oro traqueal si fuese necesario, y la cánula de Guedell.

Al inspeccionar el tórax se debe de palpar la clavícula y costillas para valorar deformidades o heridas, movimientos torácicos, presencia de enfisema subcutáneo, auscultación de ambos hemitórax y corazón para valorar: el hemo-neumotórax requiere drenaje urgente la inestabilidad torácica requiere de ventilación mecánica y quirúrgica urgente, la contusión pulmonar asegurar una PO₂ >80 mm Hg, la contusión cardiaca se debe de controlar aparición de extrasístole ventricular y/o taquiarritmias, el taponamiento cardíaco se deberá drenar de urgencia sólo si existe compromiso hemodinámico solicitar RX de tórax y hacer ECG. Si existe duda diagnóstica, pedir TAC torácico si existe ensanchamiento mediastino (>8 cm.) en la RX de tórax, obligará a descartar rotura aórtica, por lo que solicitaremos, arteriografía de grandes vasos.²¹

El valorar el abdomen permite determinar si hay distensión, erosiones, hematomas, heridas en “banda” (cinturón), dolor o defensa muscular, percudir por si hubiera timpanismo (aire) o matidez (líquido). Auscultar para objetivar presencia de ruidos o silencio RX abdomen: Descartad lo fundamental es saber si el abdomen es quirúrgico o no, pacientes con inestabilidad hemodinámica se realizará PLP (punción lavado peritoneal), también se realizará cuando tengamos sospecha de presencia de hemo peritoneo traumático-Hipovolemia no filiada- Interferencia del nivel de conciencia por: TCE, por Alcohol o drogas.

Se debe evaluar las extremidades y espalda Inspección buscando, heridas, deformidades anatómicas, fracturas la palpación se debe realizar para identificar las zonas dolorosas, crepitación, pulsos periféricos para proceder a curar heridas, Inmovilizar fracturas, Inmunización antitetánica, realizar las proyecciones radiológicas necesarias para confirmar/descartar fracturas óseas.²¹

CAPITULO II

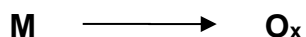
MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se realizó un estudio de nivel aplicativo de tipo cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal, con diseño metodológico no experimental por qué no se manipula variables.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

DISEÑO:



Donde:

M: Muestra conformada por los profesionales de enfermería

O_x: Observación de la Variable en estudio: Conocimiento del profesional de enfermería en el manejo de la persona en la unidad de trauma shock.

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.3.1 Población:

La población o universo de la investigación estuvo constituida por todas las enfermeras del servicio de Emergencia en la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional II-2 de Tumbes 2017, según datos de la unidad de recursos humanos, los

profesionales de enfermería que laboran en esa área son en un total de 25.

2.3.2 Muestra:

Debido a que el universo fue pequeño, la muestra estuvo comprendida por la totalidad de la población por lo que no se aplicó ninguna selección ni técnica muestral. (m= 25)

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Se tomó a todos los profesionales de enfermería que aceptaron participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Profesionales de enfermería que no laboran en el servicio de emergencia unidad de trauma shock.

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento el cuestionario, el cual estuvo conformado por preguntas con alternativas múltiples consto de: presentación, instrucciones, datos generales y contenido propiamente dicho, consta de 20 ítems estructurados según las dimensiones los cuales se le otorgaran puntajes de 1 a respuesta correcta y 0 a incorrecta, obteniendo un puntaje total de 20 puntos, que se clasificaron en la

escala para medir se hizo uso de la fórmula de Statones la cual se clasificaron en grado de conocimiento alto, medio y bajo (anexo 04). Dicha encuesta fue extrapolada del estudio realizado en el servicio de emergencia de la Clínica San Pablo, teniendo como autora a Liliana Antonia Tarazona Apolinario (anexo 02), para la validez y confiabilidad se sometió a juicio de expertos dos profesionales de enfermería especialistas en el área se realizó una prueba piloto para la adaptación a la realidad en estudio; se realizó la prueba de Alpha de Crombach a 10 profesionales de enfermería que no fueron parte de la muestra de estudio (anexo 03).

2.6 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo la recolección de datos se realizaron coordinaciones administrativas dirigidas al Jefe del Hospital Regional II-2, así como a la coordinadora del servicio de emergencia de dicho nosocomio a fin de obtener las facilidades y autorización correspondiente, así mismo se procedió a la obtención del consentimiento informado y compromiso de confidencialidad, posterior a ello se aplicó el cuestionario con la población en estudio, considerando un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos por aplicación.

Para el procedimiento para el análisis de los datos se vaciaron los puntajes obtenidos, en las hojas codificadas del programa Excel, para

el análisis y distribución de frecuencia y las medidas estadísticas respectivas.

2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procedimiento de análisis de los datos se vaciaron los puntajes obtenidos, en las hojas codificadas del programa Excel, para el análisis y distribución de frecuencia y las medidas estadísticas respectivas, para el cálculo de las escalas de las dimensiones de la variable se ha utilizado la fórmula de Stanones, que permite establecer los limite media bajo y limite medio alto.

CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 01

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.

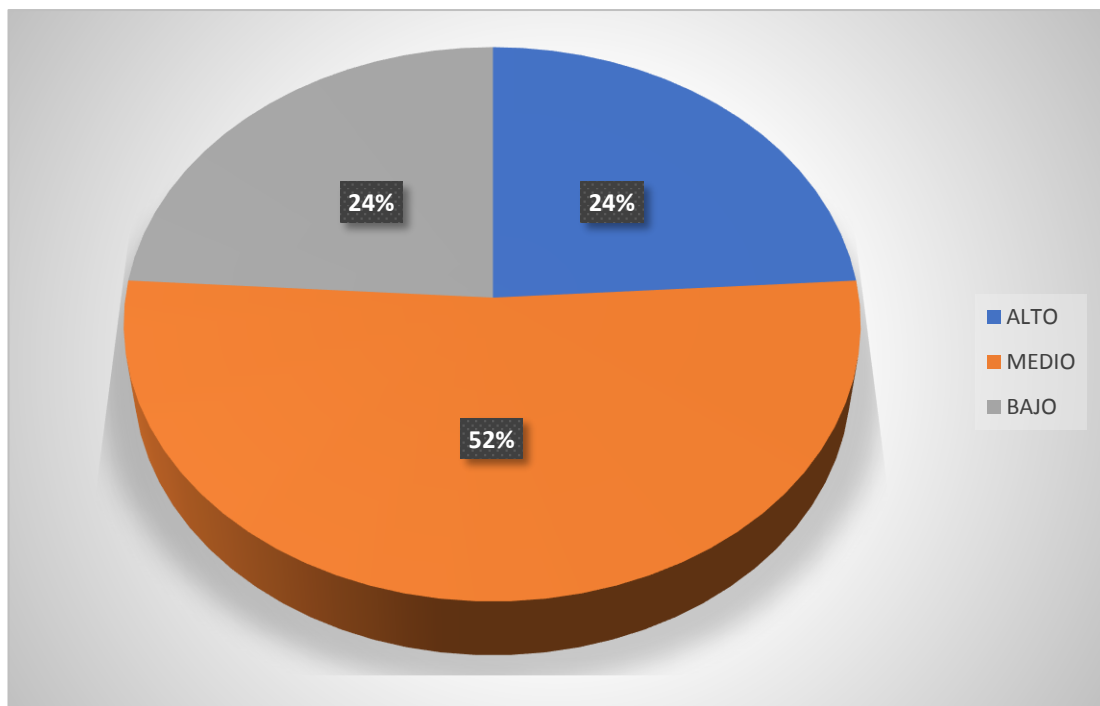
GRADO DE CONOCIMIENTO GLOBAL	PROFESIONAL DE ENFERMERIA	
	Nº	%
ALTO	6	24
MEDIO	13	52
BAJO	6	24
TOTAL	25	100%

Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

Se observa que, el conocimiento del profesional de enfermería en el manejo de la persona en la unidad de trauma shock es de un grado medio en el 52% y para el grado alto y bajo presentan igual porcentaje con el 24%.

GRAFICO N° 01

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017



Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

TABLA N° 02

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN DIMENSIÓN: EVALUACION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.

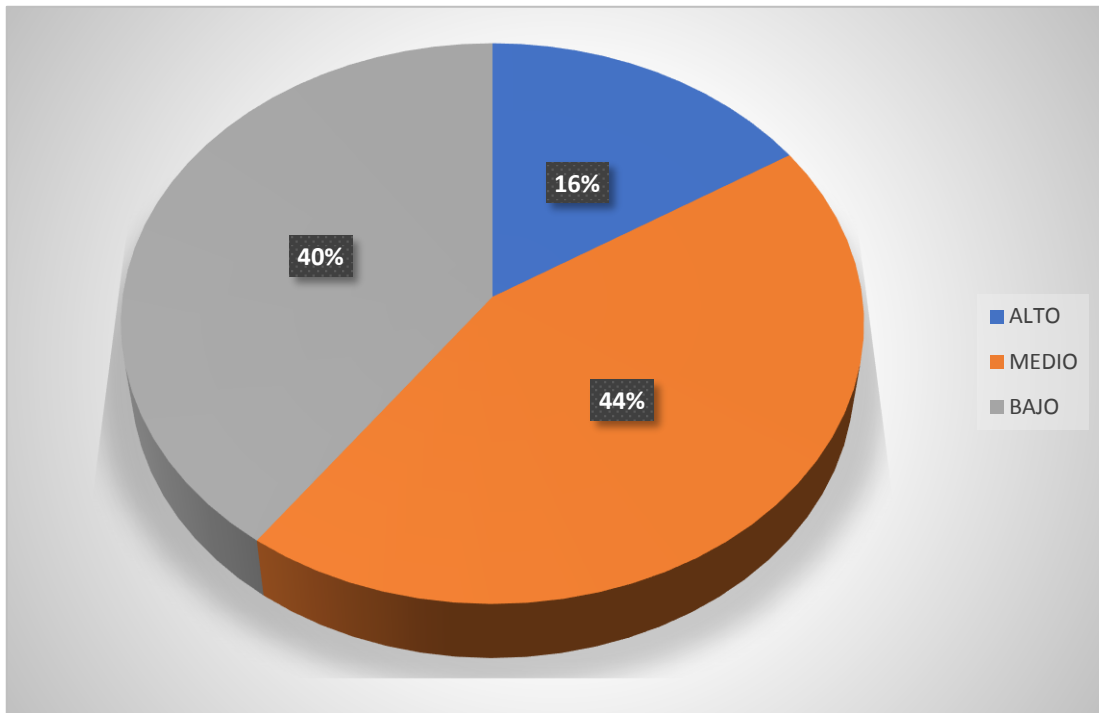
GRADO DE CONOCIMIENTO EVALUACION PRIMARIA	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	
	Nº	%
ALTO	4	16
MEDIO	11	44
BAJO	10	40
TOTAL	25	100%

Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

De los 25 profesionales de enfermería entrevistados, que laboran en la Unidad de Trauma Shock acerca de la evaluación primaria; se obtuvo que el 44% presentan un grado de conocimiento medio, el 40% tienen un grado bajo y sólo 16% obtuvo alto grado.

GRÁFICO N° 02

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN DIMENSIÓN: EVALUACION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.



Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

TABLA N°02-A

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGUN INDICADORES DE EVALUACION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.

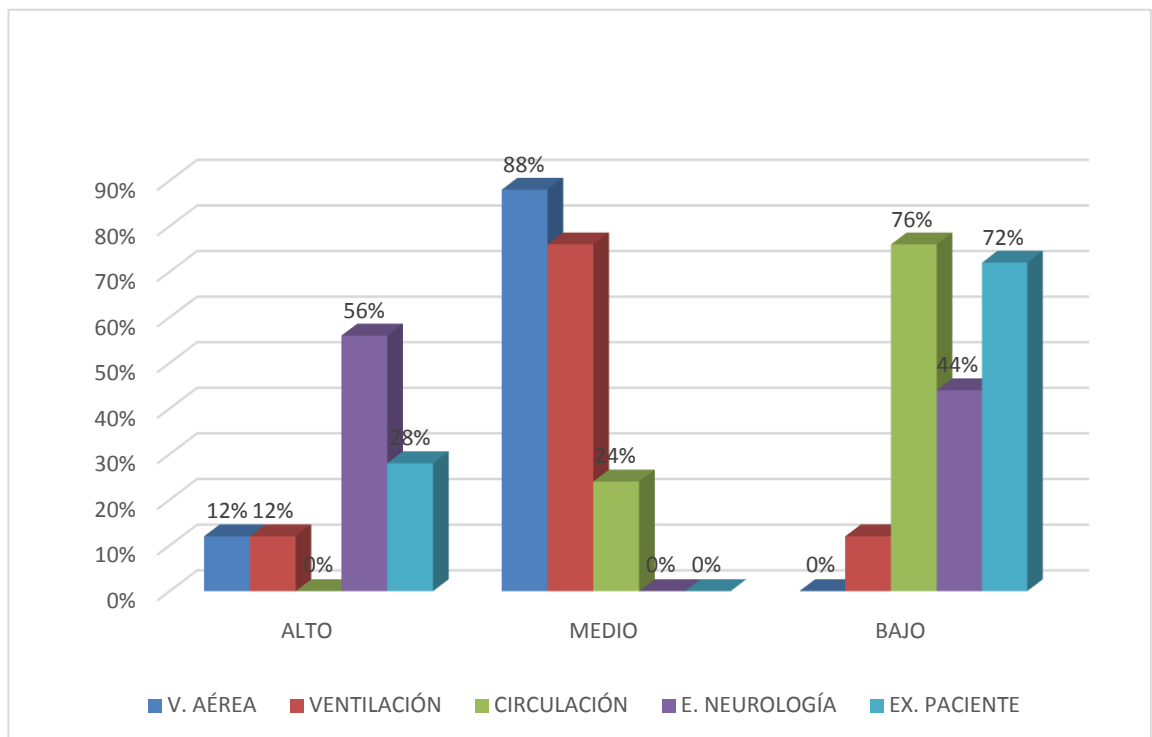
INDICADORES CONOCIMIENTO	VIAS AÉREA		VENTILACIÓN		CIRCULACIÓN		EVALUC. NEUROLOGÍA		EXPOSIC. DE PACIENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO	3	12	3	12	0	0	14	56	7	28
MEDIO	22	88	19	76	6	24	0	0	0	0
BAJO	0	0	3	12	19	76	11	44	18	72
TOTAL	25	10	25	100	25	100	25	100	25	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

Según la evaluación primaria el 88% y 76% de profesionales de enfermería tiene un grado de conocimiento medio en relación al indicador de manejo de vías aéreas y ventilación respectivamente. El 76% y 72% de enfermeros obtuvieron un nivel de conocimiento bajo en el manejo de circulación y exposición del paciente; sólo el 56% de enfermeros presentaron un grado de conocimiento alto en el manejo de personas en la evaluación neurológica.

GRÁFICO N° 02-A

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGUN INDICADORES DE EVALUACION PRIMARIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.



Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

TABLA N°03

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN DIMENSIÓN DE EVALUACIÓN SECUNDARIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA DE LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.

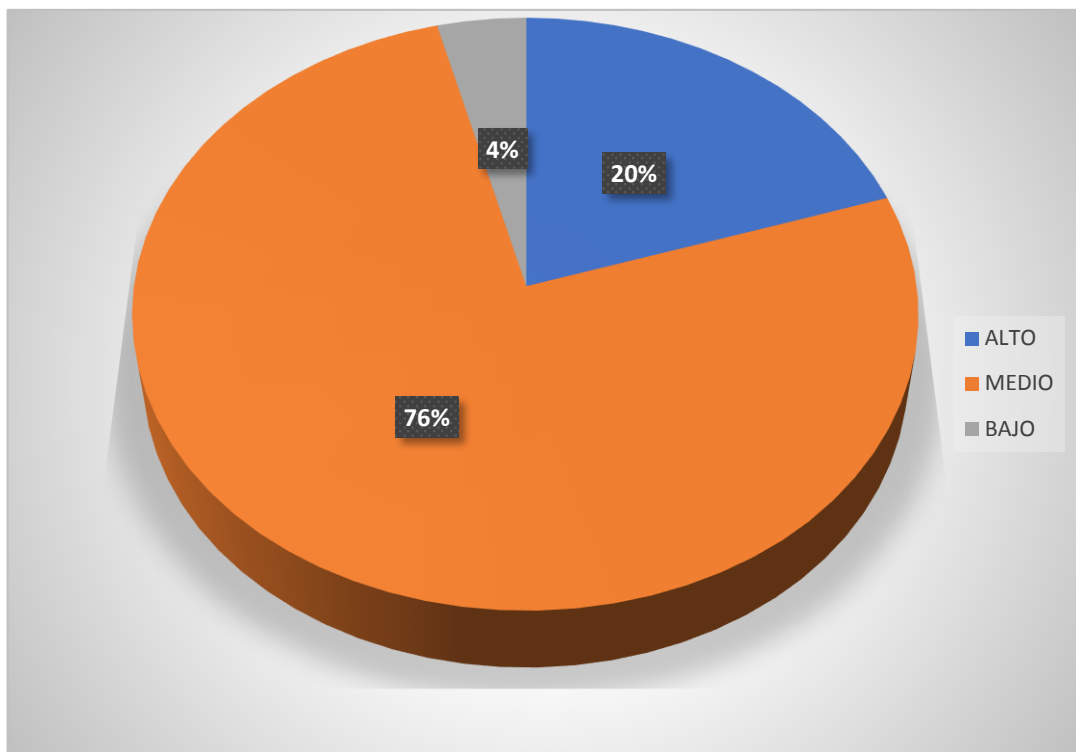
GRADO DE CONOCIMIENTO EVALUACIÓN SECUNDARIA	PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	
	N°	%
ALTO	5	20
MEDIO	19	76
BAJO	1	4
TOTAL	25	100%

***Fuente:** Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.*

Destaca un grado de conocimiento medio en la evaluación secundaria en el manejo de las personas de la unidad de trauma shock en la mayoría en los profesionales de enfermería con el 76%, siendo solo el 20% con un nivel alto y el 4% para un nivel bajo de conocimiento.

GRÁFICO N° 03

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN DIMENSIÓN DE EVALUACIÓN SECUNDARIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA DE LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.



Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

TABLA N°03-A

**CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN:
INDICADORES DE EVALUACIÓN SECUNDARIA EN EL MANEJO DE LA
PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL
REGIONAL 2-II TUMBES 2017.**

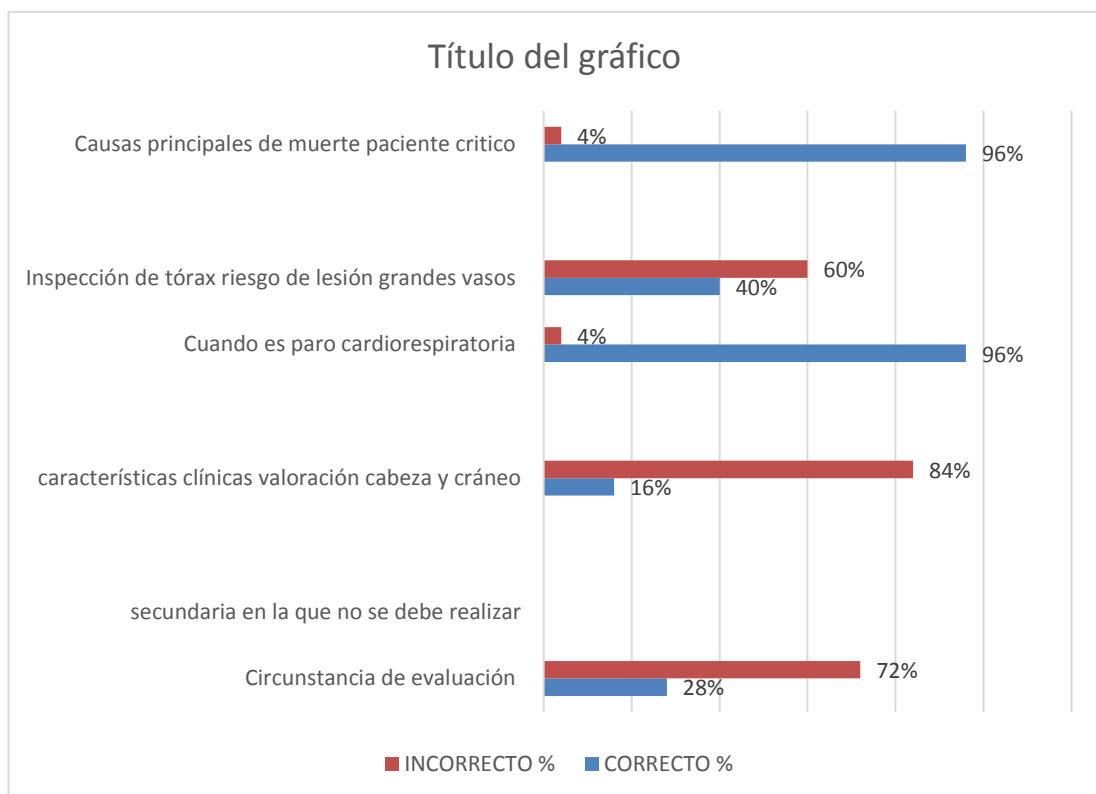
INDICADORES DE EVALUACIÓN SECUNDARIA	CONOCIMIENTOS					
	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Circunstancia de evaluación secundaria en la que no se debe realizar	7	28	18	72	25	100
características clínicas valoración cabeza y cráneo	4	16	21	84	25	100
Cuando es paro cardio-respiratorio	24	96	1	4	25	100
Inspección de tórax en riesgo de lesión grandes vasos	10	40	15	60	25	100
Causas principales de muerte paciente crítico	24	96	1	4	25	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

El 96% de profesionales de enfermería muestran conocimiento correcto igual en relación a indicadores de: Reconocimiento de signos de parocardio-respiratorio y las causas principales de muerte en el paciente crítico; mientras que presentan conocimientos incorrectos en los indicadores como: Características clínicas de valoración cabeza – cráneo con el 84%, en circunstancias en las que no se debe realizar la evaluación secundaria con el 72% y en inspección adecuada de tórax para evitar riesgo de lesión de grandes vasos en el 60%

GRÁFICO N° 03-A

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN: INDICADORES DE EVALUACIÓN SECUNDARIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.



Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

TABLA N°04

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN: EDAD EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.

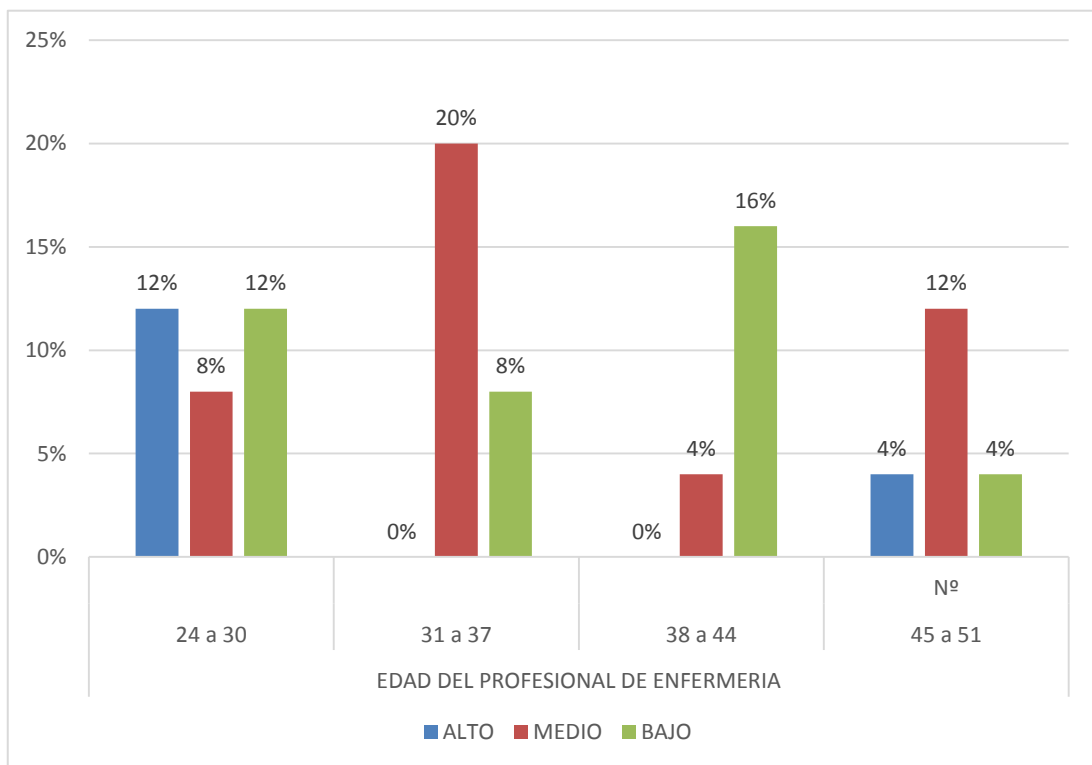
GRADO DE CONOCIMIENTO	EDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA									
	24 a 30		31 a 37		38 a 44		45 a 51		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO	3	12	0	0	0	0	1	4	4	16
MEDIO	2	8	5	20	1	4	3	12	11	44
BAJO	3	12	2	8	4	16	1	4	10	40
TOTAL	8	32	7	28	5	20	5	20	25	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

El grado de conocimiento promedio considerado entre las edades del grupo en estudio destaca un nivel medio con el 44% y bajo con el 40%; donde el Solo el 12% de profesionales de enfermería están entre edades de 24 a 30 años con grado de conocimiento alto y el 20% y 12% entre edades de 31 a 37 años y 45 a 51 años tienen un conocimiento medio.

GRÁFICO N°04

GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN: EDAD EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.



Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

TABLA N°05

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN: AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.

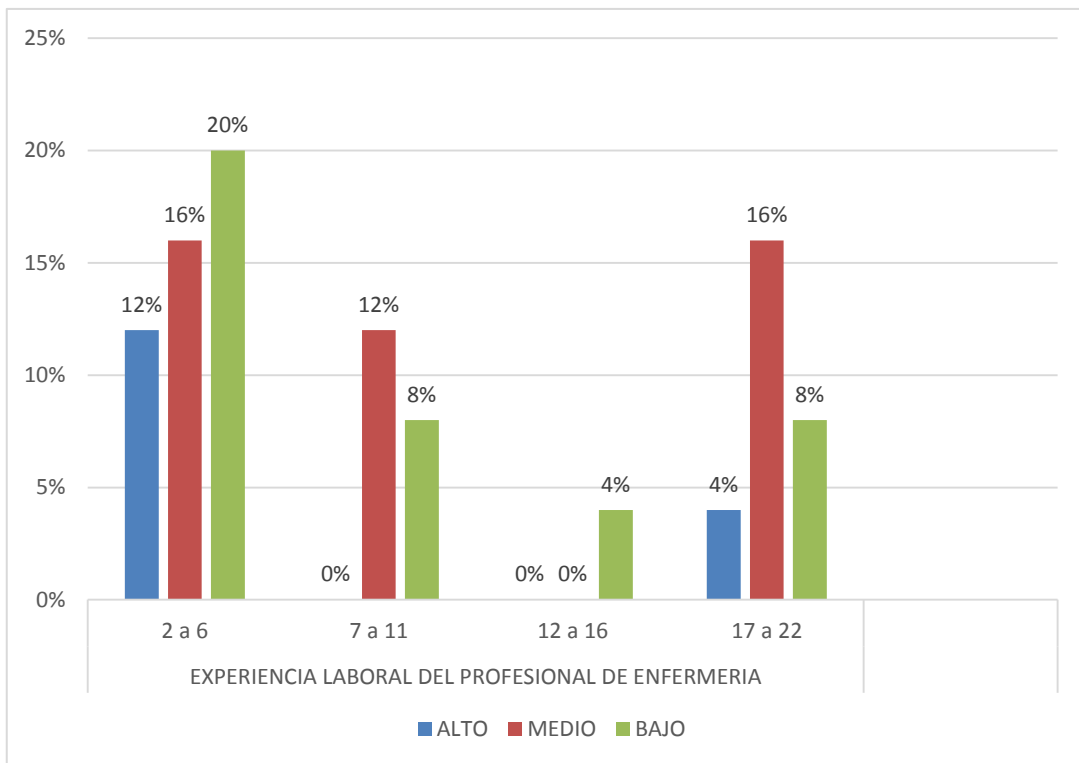
GRADO DE CONOCIMIENTO	EXPERIENCIA LABORAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA									
	2 a 6		7 a 11		12 a 16		17 a 22		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO	3	12	0	0	0	0	1	4	4	16
MEDIO	4	16	3	12	0	0	4	16	11	44
BAJO	5	20	2	8	1	4	2	8	10	40
TOTAL	12	48	5	20	1	4	7	28	25	100

Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

Los conocimientos de los profesionales de enfermería en relación a la experiencia laboral entre los 17 a 22 años es de un grado medio con el 16%, así como entre 2 a 6 años de experiencia, predomina el grado de conocimiento bajo con el 20%.

GRÁFICO N°05

GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.



Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

TABLA N°06

CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN: ESTUDIOS DE POS-GRADO EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.

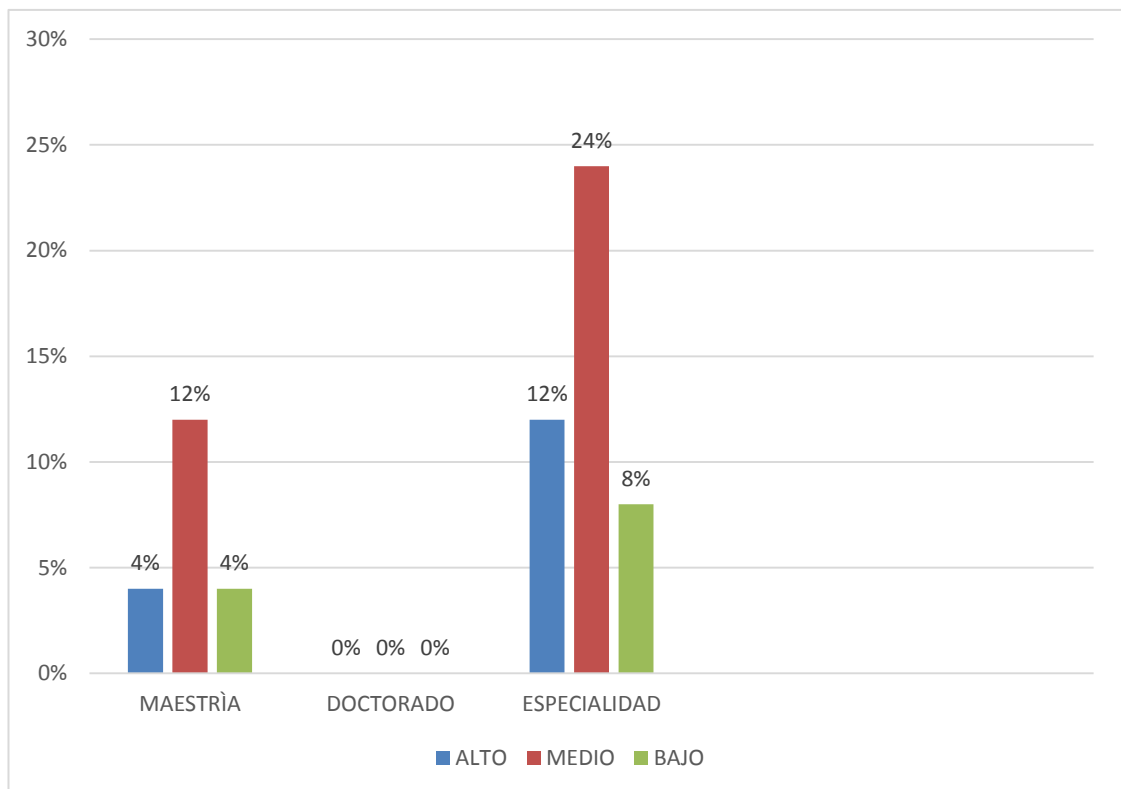
GRADO DE CONOCIMIENTO	ESTUDIOS POS-GRADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA							
	MAESTRÍA		DOCTORADO		ESPECI		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO	1	4	0	0	3	12	4	16
MEDIO	3	12	0	0	6	24	9	36
BAJO	1	4	0	0	2	8	3	12
TOTAL	5	20	0	0	11	44	16	64

Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

Según estudios de Pos-grado el 24% y 12% respectivamente tiene grado medio y alto de conocimiento entre los profesionales que obtuvieron una especialidad y entre los que tuvieron maestría solo el 12% corresponde a un grado de conocimiento medio.

GRÁFICO N°06

GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN ESPECIALIDAD EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL 2-II TUMBES 2017.



Fuente: Cuestionario Aplicado a los profesionales de enfermería de la Unidad de Trauma shock del Hospital Regional 2-II Tumbes - 2017.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se presenta a continuación el análisis e interpretación de los datos más significativos e importantes de las variables en estudio encontrados por la investigadora en el presente estudio:

Tabla N° 01: El personal de enfermería en la Unidad de Trauma Shock tiene un grado de conocimiento global medio, representado por el 52%, es decir la mitad de los participantes (enfermeros); sumado a un 24 % que obtuvieron un grado de conocimiento alto; resultados que difieren en parte con los datos encontrados en el estudio realizado por Baquerizo, L.; investigación titulada: Evaluación de atención de enfermería en pacientes con politraumatismos por accidentes de tránsito que acuden a la emergencia del Hospital Cantonal de Daule-Ecuador 2013.⁴ donde determinó que el manejo inicial en los pacientes poli-traumatizados no es correcto.

En el estudio de Crespo, A y Col. en el 2013. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el 12 servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en Quito, la conclusión general fue: La totalidad de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de

prioridad de la vía aérea del paciente”.⁵Estos resultados comparados a la luz de los resultados de nuestra investigación, nos estaría situando en el riesgo que significa la atención que se brinda ; toda vez que el equipo de salud en la unidad de trauma shock, debe estar formado por un grupo de médicos y personal de enfermería con niveles altos de conocimiento para diagnosticar y tratar a este tipo de pacientes¹⁸.

Por lo tanto, es de suma importancia evaluar constantemente el conocimiento del profesional de salud y en particular de enfermería orientando sus acciones hacia la tecnología avanzada y actualizada, con el propósito de garantizar una atención competitiva ya que de ello dependerá el resultado final y el pronóstico, permitiendo evitar la muerte o las complicaciones.

Tabla N° 02: En relación a la evaluación primaria el 44% de los profesionales de enfermería presentan un grado de conocimiento medio con tendencia a bajo; Ramos A; realizo una investigación titulada: Nivel de conocimientos del enfermero en la evaluación inicial del paciente en el servicio de emergencia del Hospital de Chancay – Perú 2009⁷; el resultado obtenido fue en la evaluación inicial del paciente; un nivel de conocimiento medio 86% y el aspecto relevante que más conocen son signos de obstrucción de la vía aérea; resultados que se asemejan a los del presente estudio; en el que la dimensión vía aérea es de 88% tienen un grado de conocimiento medio y los indicadores de mayor conocimiento con el 93%; destaca el evitar la caída de la lengua hacia atrás para evitar la obstrucción

de la vía aérea, así mismo el 76% de enfermeras conocen que la colocación de un tubo oro faríngeo en un paciente inconsciente mantiene permeabilidad de la vía aérea; el 68% conoce sobre las acciones a realizar en la primera valoración y el indicador que menos conocen con el 32% es la permeabilización de la vía aérea en un paciente con lesión cervical.

En cuanto a la dimensión ventilación el 84% destaca en conocer que al auscultar la distribución simétrica del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares indica la correcta posición del tubo endotraqueal; solo el 36% conoce que la ventilación boca resucitador manual es óptima cuando el tórax se expande; y con menos proporción el 24% conoce que la administración complementaria de oxígeno a un paciente entubado es del 100%. El profesional de enfermería debe de conocer a cabalidad estos protocolos de actuación ya que van dirigidos a mantener una vía aérea permeable con el objetivo de incrementar la respuesta ventilatoria, evitando así un fallo respiratorio.

El indicador circulación obtuvo con un grado de conocimiento bajo 76%; asociado a otros que desconoce, como es el lugar adecuado para la realización de compresiones torácicas y el número de compresiones en un paro-cardio-respiratorio; así mismo el 76% desconoce que la vena de elección para administrar fármacos en paro cardiorrespiratorios es la yugular interna y sólo dos indicadores obtuvieron 88% y 84% de aciertos; destacando la arteria carotídea como determinante de pulso en una persona con trauma y la fractura costal como una de las complicaciones más frecuentes en las compresiones torácicas; la actuación inmediata de los

profesionales de la salud involucrados, demanda mantener conocimientos necesarios acorde con los estándares internacionales teniendo en cuenta que la primera persona que valora y estabiliza al paciente, tiene una influencia definitiva en el resultado final, la suerte que este vaya a correr y/o las probabilidades de supervivencia.

En la dimensión evaluación neurológica se observa resultados extremos en el que 56% tiene un grado de conocimiento alto y el 44% un grado bajo; destacando el indicador de menor aciertos con el 56% la evaluación de la escala de Glasgow y de mayor acierto el valor final de la escala de Glasgow; lo que permite afirmar que los parámetros a evaluar se estaría perdiendo de vista y cuyo objetivo principal es establecer el estado de conciencia que termina con una rápida evaluación neurológica en evaluación primaria. En cuanto a la dimensión exposición al paciente el profesional de enfermería desconoce el momento indicado en el cual se debe de desvestir al paciente. El profesional de enfermería que labora en la Unidad de Trauma Shock debe poseer conocimientos y destrezas para enfrentar momentos en los que pelagra la vida de las personas; su actuar se suscribe en estabilizar al paciente, el enfermero(a) especializado en la unidad de trauma shock debe de estar capacitado para desarrollar cuidados dentro de estas unidades críticas, que le permita el correcto manejo de situaciones inesperadas y obtener resultados satisfactorios en el área donde ejerce los cuidados de enfermería.

Tabla N° 03: en cuanto a la evaluación secundaria se observó que el 76% tiene un grado de conocimiento medio y entre los indicadores de respuesta

correcta se dio con los relacionados a las complicaciones más frecuentes en una fractura de base de cráneo, fractura costal y shock neurogénico; el 20% tiene un conocimiento alto, siendo los indicadores que más conoce en este caso: La evaluación de la respiración y latidos cardiacos, la búsqueda de pérdida de sangre activa como principal causa de muerte; La valoración secundaria consiste en un análisis pormenorizado de posibles lesiones desde la cabeza a los pies, mediante la vista, el oído y el tacto²⁰; en tal sentido el profesional de enfermería debe encontrarse preparado para detectar lesiones no detectadas en la evaluación primaria y con ello asegurar el tratamiento de cualquier otra lesión que pueda presentar el paciente.

Tabla N° 04: en el presente cuadro se puede observar que según la edad del profesional de enfermería el grado de conocimiento de 24 a 30 años es alto y bajo en la misma proporción para ambos con el 12%; de 31 a 37 años tienen un conocimiento medio con el 20%, de 38 a 44 años un conocimiento bajo con el 16% y de 45 años a más un conocimiento medio con el 12%; se puede determinar que el conocimiento cuando los años han transcurrido llegan a un punto de la vida profesional que se torna rutinaria, el incremento o cambios ya no son prioridad del profesional de salud, este se mantiene esperando el inminente retiro de su tiempo profesional.

Tabla N° 05: se puede apreciar que el grado de conocimiento del profesional con un tiempo de servicio mayor a 17 años es alto con el 16%

y de 02 a 06 años, presentan un conocimiento alto y bajo con el 12% y 20% respectivamente. Augusto Salazar Bondy⁸, señala que el conocimiento primero es como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido, que se adquiere como consecuencia de la captación del objeto, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros en la experiencia del aprendizaje a lo largo de la vida, en la medida que el que aprende lo asuma como una forma de conocer y lo acepte como parte de sí mismo.

El conocimiento tiene tipos uno de ellos es el conocimiento pre- científico: son exclusivos del ser humano quien lo adquiere a través de la práctica concreta, en el curso de su ciclo vital. Son como dice Henry Wallon: “Datos e informaciones empíricos sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos situacionalmente útiles y de hábitos o costumbres que se hacen factibles la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado; el Conocimiento es el que se consigue sistemática y ordenadamente con el objeto de establecer, describir explicar e interpretar los fenómenos y procesos tanto naturales como sociales y psicológicos, en base a la utilización de todo el andamiaje conceptual de una ciencia determinada, a lo que el mismo autor agrega: “el conocimiento científico persigue determinar el porqué de la ocurrencia y desarrollo de un fenómeno, buscando la generalización de los datos e intenta descubrir lo necesario detrás de lo casual, para aprender las leyes que lo gobiernan de predecir y controlar los fenómenos”.

Siendo enfermería es una profesión humanista de servicio, que brinda cuidado a la persona en sus distintas etapas de vida a través de conocimientos científicos y sistematizados, su cuidado implica la aplicación del método científico; se supone a partir de una valoración de necesidades de cuidado del paciente para diagnosticar y determinar qué resultados se han de alcanzar y qué intervenciones se deben llevar a cabo para conseguirlo.

Tabla N° 06: Según estudios de Pos-grado el 24% y 12% respectivamente tiene grado medio y alto de conocimiento entre los profesionales que obtuvieron una especialidad y entre los que tuvieron maestría solo el 12% corresponde a un grado de conocimiento medio. Considerando que el grupo en estudio en parte tienen estudios de post grado lo que consolida un conocimiento de grado medio (36%), estos hallazgos evidencian en cierta forma que el nivel de conocimientos pueden mejorar en la medida que los profesionales que laboran en las unidades críticas se especialicen y conozcan detalladamente los procesos y los protocolos de los procedimientos a realizar; así como evalúen periódicamente los indicadores de calidad y los constituyan como parte del monitoreo y el seguimiento de la calidad que brindan.

Frente a la diversidad y lo impredecible con que se presenta las situaciones de emergencia, surge la necesidad de atender de una manera rápida, oportuna y eficaz estas áreas críticas en los servicios de salud, lo que exige capacitación y entrenamiento permanente del profesional; formación de

especialistas con perfil determinado, con la finalidad de contar con recursos humanos calificados que aseguren prioridades de manejo en la atención inmediata de los más graves o lesiones múltiples, ello demanda un conocimiento adecuado de técnicas y procedimientos, la intervención temprana y la labor en equipo que van a ser los pilares fundamentales para disminuir las complicaciones y en otros casos hasta evitar la muerte.

CONCLUSIONES

En general el 52% de los profesionales de enfermería posee conocimientos de grado medio, seguido de un 24% tanto para un nivel de conocimiento alto y bajo en el manejo de la persona en la unidad de trauma shock del Hospital Regional II-2 Tumbes.

El grado de conocimiento de los profesionales de enfermería respecto a la evaluación primaria es de grado medio con el 44%, de un grado bajo con el 40% y sólo 16% obtuvo un grado alto de conocimientos; en los indicadores: Vía aérea y ventilación el 88% y 76% respectivamente corresponden a un grado de conocimiento medio; los indicadores que más conocen se encuentra el de circulación y exposición al paciente, que obtuvieron un grado de conocimiento bajo con el 76% y 72% respectivamente y en la evaluación neurológica el 56% obtuvo un grado de conocimiento alto.

Según evaluación secundaria el profesional de enfermería obtuvo un grado de conocimiento medio con el 76%, seguido de un grado de conocimiento alto con el 20%; y el 96% presenta un conocimiento correcto en los indicador de examen físico en relación a: Reconocer los signos de paro cardio-respiratorio y causas principales de muerte en el paciente crítico; y los indicadores de menor acierto se encuentra: Características clínicas de valoración cabeza – cráneo con el 84%; circunstancias en las que no se

debe realizar la evaluación secundaria con el 72% y en inspección adecuada de tórax para evitar riesgo de lesión de grandes vasos en el 60%.

RECOMENDACIONES

El Hospital Regional II-2 Tumbes, a través de la oficina de capacitación debe promover capacitaciones continuas que sean de calidad y de impacto al personal participante como el profesional de enfermería de la unidad de trauma shock, para en el manejo de personas en estado crítico que se encuentran protocolizados en aspectos vitales como: Vía aérea, circulación y evaluación neurológica a fin de garantizar una atención de calidad, asegurar e incrementar la supervivencia de los pacientes que acuden a este nosocomio.

Los Dptos. de Enfermería de las instituciones de salud y la Escuela de enfermería deben fomentar y facilitar en el profesional de enfermería los estudios de especialización, la actualización de los conocimientos que incentiven el trabajo con protocolos de atención de enfermería que garantice el cuidado e implementar escalas de valoración específicas para el monitoreo del paciente en esta área; tener indicadores que sirvan para medir los cambios, que facilite y efectivice el actuar de enfermería como la supervivencia de las personas en estado crítico; también deberán mantenerse procesos de evaluación continuo, para que los cambios a corto, mediano o largo plazo demuestren el avance en el logro de objetivos y metas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lesiones causadas por el tránsito 2016. [citado el: 28 de junio del 2017].
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Accidentes de tránsito son la primera causa de carga de enfermedad que afecta a población joven. [citado el: 02 de junio del 2017]. Disponible en:
[http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article
&i:accidentes-transito-son-primera-causa-carga-enfermedad-que-afecta-poblacion-joven&Itemid](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&i:accidentes-transito-son-primera-causa-carga-enfermedad-que-afecta-poblacion-joven&Itemid)
3. Ministerio de Salud. Estadística Sanitaria Nacional de Accidente de Tránsito (ESNAT). p 18.[citado el: 17 de mayo del 2017].Disponible en:
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/EE7D28F
AB0428314052579210074FDB9/\\$FILE](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/EE7D28FAB0428314052579210074FDB9/$FILE)
4. Baquerizo, L. Evaluación de atención de enfermería en pacientes con politraumatismos por accidentes de tránsito que acuden a la emergencia del Hospital Cantonal de Daule N° 16 Dr. Vicente Pino Morán –Ecuador. [trabajo de investigación para optar por el Título de Licenciado en Enfermería]. Universidad Católica de Guayaquil 2013.
5. Crespo, A y Col. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo Quito Ecuador. [Tesis para obtener el grado de Especialista en Enfermería en Trauma y Emergencias]. Universidad Central del Ecuador 2013.

6. León, Y. y Col. Cuidados de enfermería de acuerdo a los protocolos internacionales enfocado a los pacientes politraumatizados que ingresan a la unidad clínica de emergencia del Hospital Dr. Eugenio P.D` Bellard en Guatire Estado Miranda Caracas- Venezuela. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. Universidad Central de Venezuela 2009.
7. Ramos A. Nivel de conocimientos del enfermero en la evaluación inicial del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital de Chancay – Perú 2009. [Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería de Emergencias y Desastres]. Universidad Mayor de San Marcos 2009.
8. Salazar, B. Teoría del Conocimiento [Citado el 14 de febrero del 2017]. Disponible en:
<https://es.scribd.com/doc/109409381/Introduccion-a-la-Filosofia-y-Logica-Augusto-Salazar-Bondy-y-Francisco-Miro-Quesada-5to-de-secundaria>.
9. Mario, B. La ciencia, su método y su filosofía 2012. [Citado el 14 de febrero del 2017]. Disponible en:
http://fisica.ciencias.uchile.cl/~gonzalo/uploads/Docencia/Bunge_cienci
10. Afanasiev, V. Manual de filosofía, [Citado el 10 de febrero del 2017] Disponible en:
https://esfops.files.wordpress.com/2013/09/manual_de_filosofia_afanasiev_completo.pdf
11. Henry, W. Definición, origen y clasificación del conocimiento 2013.p 16. [Citado el 14 de mayo del 2017] Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/101498740/Clasificación-Del-Conocimiento>

12. Asociación Peruana de Enfermería, perspectivas de la enfermera en la toma de decisiones en emergencias y desastres. I Curso Taller Institucional Lima. 2005. P 17
13. Lenninger, M. Enfermería Transcultural: Conceptos, teoría y práctica. 2ed. Columbus. Modelos y teoría en enfermería 6ta edición. Madrid: Elsevier España S.A; 2007 p.474.
14. Pinto N. El cuidado como el objeto de conocimiento de enfermería. Colombia. [En línea]URL:
http://www.enfermeria.uncl.edu.com/articulos/xx1_s.pdf
15. www.reelme.arizona.edu.unidad de shock trauma.vision y misión MD.SPMED,PERU
16. Casaus IP, y cols. Introducción a la gestión de enfermería. Madrid: Ed. Otalla ediciones;2005. p.131-40
17. López Díaz C. Paciente crítico. Cuidados de enfermería. [En línea]. Rev ROL Enferm. 1-850. Diciembre. 2012. Disponible en:
http://www.e-rol.es/articu/anterior/09_12.php?num=3212
18. Vélez, H. Paciente en Estado Crítico. Primera Edición. Editorial CIB. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería 2010. p 14,18
19. Soto, I y Col. Manual de enfermería en atención de urgencia. Ed. Mediterráneo Ltda. Santiago – Chile 2009
20. Colegio de Enfermeras(os) del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado de Enfermero. Lima CEP; 2008.

21. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Manual de protocolos y actuación de urgencias 4ta Ed. 2014.p 22,23,24 [Citado el 14 de septiembre del 2017] Disponible en: <http://www.medicosmir.com/edicion-2014-del-manual-de-protocolos-y-actuacion-en-urgencias/>

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:.....con D.N.I....., acepto, participar en la investigación: **CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK HOSPITAL REGIONAL II - 2 MINSA – TUMBES 2017**; que será realizado por las estudiante de Enfermería Janet Sunción León.

ACEPTO, participar de la encuesta que serán realizadas asumiendo que las informaciones dadas serán solo de conocimiento a los investigadores y su asesora, quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad. Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento a cualquier momento y dejar participar del estudio sin que esto genere algún juicio y/o gastos.

Por último, declaro que después de las aclaraciones convenientes realizadas consiento participar de la presente investigación.

Tumbes,del 2017

Firma y/o huella del investigado

Firma de los investigadores

ANEXO Nº 2
CUESTIONARIO

I. INTRODUCCION

Buen día estimado (a) licenciado (a). El presente cuestionario es anónimo, ha sido elaborado como parte de un estudio de investigación titulado: Conocimientos del profesional de enfermería en el manejo de la persona en la unidad de trauma shock en el Hospital Regional II-2 Tumbes. Se le solicita su participación y responder lo más objetivo y veraz el presente instrumento.

Le agradezco su valiosa colaboración.

1 DATOS GENERALES:

Edad:.....Años

Sexo: Masculino () Femenino ()

Años de experiencia:

Estudio de post grado: Especialidad () Maestría () Doctorado ()

Otros:

2 INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta una serie de enunciados en los cuales ustedes deberán marcar con un aspa (x) la alternativa conveniente:

1. Todas las circunstancias menos una debe realizarse en la primera valoración del paciente en la unidad de trauma shock:
 - a. Mantener la vía aérea permeable
 - b. Controlar la ventilación
 - c. Recoger todos los datos de su historial médico
 - d. Comprobar el nivel de conciencia

2. La causa más común que produce obstrucción de vía aérea en un paciente crítico en la unidad de trauma shock es:
 - a. La caída de la lengua hacia atrás
 - b. La presencia de alimento
 - c. La presencia de prótesis

- d. La presencia de un cuerpo extraño
3. La permeabilización de la vía aérea en un paciente inconsciente se realiza mediante:
 - a. La colocación de tubo oro faríngeo
 - b. La hiperextensión del cuello
 - c. La aspiración de secreciones
 - d. Colocación de cánula bina sal
 4. En paciente con sospecha de lesión cervical la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:
 - a. La hiperextensión del cuello
 - b. La tracción del mentón con control cervical
 - c. El barrido con el dedo de cuerpos extraños
 - d. Colocación de collarín cervical
 5. Cuando es correcta la posición del tubo endotraqueal se verifica:
 - a. A la auscultación distribución simétrica de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.
 - b. A la auscultación murmullo vesicular en hemitórax derecho.
 - c. Se observa balonamiento abdominal al brindar apoyo ventilatorio
 - d. A la auscultación murmullo vesicular en hemitórax izquierdo.
 6. La ventilación boca resucitador manual es óptima cuando:
 - a. Se observa que el tórax se expande
 - b. La boca está sellada herméticamente por el resucitador manual.
 - c. No hay presencia de secreciones.
 - d. No hay presencia de cuerpo extraño.
 7. La administración complementaria de oxígeno que se brinda a un paciente entubado es al:
 - a. 50%
 - b. 100%
 - c. 35%
 - d. 90%
 8. la vena elegida para la administración de fármacos en pacientes con paro cardiorrespiratorio es:
 - a. la vena radial
 - b. La vena ante cubital
 - c. La vena yugular interna
 - d. La vena axilar
 9. La arteria para determinar la presencia de pulso en un paciente crítico en la unidad de trauma shock es:
 - a. La arteria femoral
 - b. La arteria braquial
 - c. La arteria carotidea

- d. La arteria radial
10. El lugar adecuado para la realización de las compresiones torácicas es:
- sobre la mitad inferior del esternón
 - sobre la tercera parte superior del esternón sobre el apéndice xifoides
 - sobre el apéndice xifoides
 - sobre la línea mamilar
11. El número de compresiones que se realiza en un paciente con paro cardiorrespiratorio es:
- 15 compresiones: 2 ventilaciones
 - 10 compresiones: 2 ventilaciones
 - 12 compresiones: 1 ventilaciones
 - 30 compresiones: 2 ventilaciones
12. Una de las complicaciones más frecuentes de las compresiones torácicas es:
- El neumotórax
 - La fractura costal
 - La laceración hepática
 - El hemoneumotórax
13. Cuáles son los parámetros que se evalúan en la escala de Glasgow:
- Apertura ocular, respuesta motora, respuesta verbal
 - Respuesta motora, estado de conciencia, respuesta verbal
 - Apertura ocular, respuesta pupilar, respuesta motora.
 - Respuesta motora, respuesta verbal, respuesta ocular
14. Valor final de la escala de Glasgow:
- 14
 - 15
 - 13
 - 10
15. Cuando se desviste al paciente crítico:
- No se desviste por peligro de hipotermia
 - Se desviste solo cuando el médico lo sugiera
 - Se desviste solo para examinarlo
 - Se desviste para examinarlo en la evaluación secundaria
16. Todas las circunstancias menos una debe realizarse en valoración secundaria del paciente en la unidad de trauma shock:
- Distensión, erosiones, hematoma heridas en cinturón
 - Dolor, percudir para objetivar presencia de ruidos(aire) o matidez (liquido)
 - Valorar pelvis y extremidades en busca de lesiones

- d. Valorar traumatismo raquimedular con pérdida de los reflejos osteotendinosos y cutáneos infralesional
17. Cuáles de las siguientes características clínicas corresponde a la valoración de cabeza y cráneo:
- a. Otolgia, inyección conjuntival, cefalea pulsátil y rinorragia
 - b. Herida del pabellón auricular, visión doble y rinorragia
 - c. Otorrea, inyección conjuntival y equimosis retro mastoidea
 - d. Otolgia tinnitus, cefalea pulsátil y mareos
18. Cuando se realiza la evaluación torácico se dice que un paciente se encuentra en paro cardiorrespiratorio:
- a. Cuando no hay `presencia de respiración
 - b. Cuando hay ausencia de respiración y latido cardiaco
 - c. Cuando el paciente no responde
 - d. Cuando no hay presencia de latido cardiaco
19. Al inspeccionar el tórax se debe de palpar las costillas para valorar deformaciones o heridas que presenta más riesgo de asociarse a lesión de grandes vasos:
- a. Fractura de las costillas 2 a 4
 - b. Fractura de las costillas 4 a 7
 - c. Fractura de las costillas 8 a 10
 - d. Fractura de las costillas 11 y 12
- 20.Cuál es la causa principal de muerte en un paciente critico en la unidad de trauma:
- a. Hemorragias
 - b. Infecciones
 - c. Hipotensión
 - d. Fracturas

ANEXO N° 3

TABLA DE DATOS DE RESULTADOS FINALES																																										
DISTRIBUCION DE ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES																																										
N°	EDAD	SEXO	AÑOS EXP	ESTUDIO			ITEMS1	ITEMS2	ITEMS3	ITEMS4	EVA V. A	GRAD V. A	ITEMS5	ITEMS6	ITEMS7	EVA VENT	GRAD VENTI	ITEMS8	ITEMS9	ITEMS10	ITEMS11	ITEMS12	EVA CIRC	GRAD CIRC	ITEMS13	ITEMS14	EVA NEUR	GRAD NEUR	ITEMS15	EVA Ex. PACT	GRAD Ex. PACT	EVA PRIM	GRAD PRIM	ITEMS16	ITEMS17	ITEMS18	ITEMS19	ITEMS20	EVA SEC	GRAD SECUN	VALOR GLOBAL	GRADO GLOBAL
				MAST	DOCT	ESP																																				
1	28	F	3				1	1	1	0	3	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	8	MEDIO	0	0	1	0	1	2	MEDIO	10	BAJO
2	32	F	5				0	1	1	0	2	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	7	BAJO	0	0	1	0	1	2	MEDIO	9	BAJO
3	30	M	3				0	1	1	0	2	MEDIO	0	0	0	0	BAJO	1	1	0	0	1	3	MEDIO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	7	BAJO	0	0	1	0	1	2	MEDIO	9	BAJO
4	29	F	6				1	1	0	1	3	MEDIO	1	1	1	3	ALTO	0	1	0	1	0	2	BAJO	0	1	1	MEDIO	1	1	ALTO	10	ALTO	0	0	1	1	1	3	MEDIO	13	MEDIO
5	40	F	10	X			0	1	1	0	2	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	7	BAJO	0	0	1	1	1	3	MEDIO	10	BAJO
6	32	M	6		X		0	1	1	0	2	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	7	BAJO	1	0	1	1	1	4	ALTO	11	BAJO
7	40	F					0	1	1	0	2	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	7	BAJO	0	0	1	1	1	3	MEDIO	10	BAJO
8	26	F	3				1	1	1	0	3	MEDIO	1	1	0	2	MEDIO	0	1	0	0	0	1	BAJO	0	1	1	MEDIO	0	0	BAJO	7	BAJO	1	0	1	0	1	3	MEDIO	10	BAJO
9	32	F	5		X		1	1	1	0	3	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	8	MEDIO	0	0	1	0	1	2	MEDIO	10	BAJO
10	25	M	2				0	1	1	0	2	MEDIO	0	0	0	0	BAJO	1	0	0	0	1	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	6	BAJO	0	0	1	1	0	2	MEDIO	8	BAJO
11	43	F	17		X		1	1	1	0	2	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	0	0	0	1	1	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	6	BAJO	0	0	1	0	1	2	MEDIO	8	BAJO
12	40	F	15	X			0	1	1	0	2	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	0	1	1	MEDIO	0	0	BAJO	6	BAJO	1	0	1	0	1	3	MEDIO	9	BAJO
13	50	M	21		X		1	1	0	1	3	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	1	1	0	1	1	3	MEDIO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	9	ALTO	0	0	1	0	1	2	MEDIO	11	BAJO
14	30	M	6		X		1	1	1	1	4	ALTO	1	1	1	3	ALTO	0	1	0	1	1	3	MEDIO	1	1	2	ALTO	1	1	ALTO	13	ALTO	0	1	1	0	1	3	MEDIO	16	ALTO
15	50	F	20	X			1	1	0	0	2	MEDIO	1	1	0	2	MEDIO	0	1	0	1	0	2	BAJO	0	1	1	MEDIO	1	1	ALTO	8	MEDIO	0	0	1	1	1	3	MEDIO	11	BAJO
16	50	F	20		X		0	1	1	0	2	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	7	BAJO	0	0	1	0	1	2	MEDIO	9	BAJO
17	37	F	7		X		1	0	0	1	2	MEDIO	0	1	1	2	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	0	1	1	MEDIO	1	1	ALTO	8	MEDIO	1	0	1	0	1	3	MEDIO	11	BAJO
18	32	F	5				1	1	0	1	3	MEDIO	1	0	1	2	MEDIO	1	1	0	0	1	2	BAJO	0	1	1	MEDIO	0	0	BAJO	8	MEDIO	0	1	1	1	1	4	ALTO	12	BAJO
19	27	M	4		X		1	1	1	1	4	ALTO	1	1	0	2	MEDIO	0	1	0	1	1	3	MEDIO	0	1	1	MEDIO	1	1	ALTO	11	ALTO	0	0	1	1	1	3	MEDIO	14	MEDIO
20	48	F	22		X		1	1	0	1	3	MEDIO	1	1	0	2	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	0	1	1	MEDIO	1	1	ALTO	9	MEDIO	1	1	1	1	1	5	ALTO	14	MEDIO
21	40	F	22	X			1	1	1	0	3	MEDIO	1	0	0	1	MEDIO	0	1	0	0	1	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	8	MEDIO	0	0	1	0	1	2	MEDIO	10	BAJO
22	47	F	20	X			1	0	1	1	3	MEDIO	1	1	0	2	MEDIO	0	1	0	1	0	2	BAJO	1	1	2	ALTO	0	0	BAJO	9	MEDIO	1	1	1	0	1	4	ALTO	13	MEDIO
23	34	F	9		X		1	1	1	0	3	MEDIO	1	1	1	3	ALTO	0	1	0	0	1	2	BAJO	0	1	1	MEDIO	0	0	BAJO	9	MEDIO	0	0	0	0	1	1	BAJO	10	BAJO
24	24	F	2				1	1	1	0	3	MEDIO	1	0	1	2	MEDIO	1	0	0	1	1	3	MEDIO	0	1	1	MEDIO	0	0	BAJO	9	MEDIO	0	0	1	0	1	2	MEDIO	11	BAJO
25	35	F	10		X		1	1	1	0	3	MEDIO	0	0	0	0	BAJO	1	1	0	0	1	3	MEDIO	0	1	1	MEDIO	1	1	ALTO	8	MEDIO	1	0	1	1	1	4	ALTO	12	BAJO
											2.64					1.44							2.16								8.08							2.76		10.84		

ANEXO N° 4

APLICACIÓN DE LA FORMULA STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS DE LA VARIABLE Y DIMENSIONES

Fórmula:

$$X = \text{Promedio} - (0.75 \times DE) = X \quad \text{Medio /Bajo (M/B)}$$

$$X = 13.3 + (0.75 \times 2.06) = X \quad \text{Alto /Medio (A/M)}$$

Remplazando:

1. EVALUACIÓN PRIMARIA

Nº de enfermeras: puntaje obtenido

8,9,9,9,8,9,11,9,8,9,8,13,10,6,7,6,8,7,7,7,7,10,8,7,7

$$X = 8.2 - (0.75 \times 2.06) = 6.6 \text{ M/B} = 7$$

$$X = 8.2 + (0.75 \times 2.06) = 9.7 \text{ A/M} = 10$$

- ✓ Alto = 10 - 15
- ✓ Medio = 8 - 9
- ✓ Bajo = 0 - 7

a. DIMENSIONES

Vía aérea:

Nº de enfermeras: puntaje obtenido

3, 2,2,3,2,2,2,3,3,2,2,2,3,4,2,2,2,3,4,3,3,3,3,3,3,

$$X = 2.64 - (0.75 \times 2.06) = 1.09 \text{ M/B} = 1$$

$$X = 2.64 + (0.75 \times 2.06) = 4 \text{ A/M} = 4$$

- ✓ Alto = 4 - 5
- ✓ Medio = 2 - 3
- ✓ Bajo = 0 - 1

Ventilación:

Nº de enfermeras: puntaje obtenido

1,1,0,3,1,1,1,2,1,0,1,1,1,3,2,1,2,2,2,2,1,2,3,2,0

$$X = 1.44 - (0.75 \times 2.06) = 0.1 \text{ M/B} = 0$$

$$X = 1.44 + (0.75 \times 2.06) = 2.98 \text{ A/M} = 3$$

- ✓ Alto = 3
- ✓ Medio = 1 - 2
- ✓ Bajo = 0

Circulación:

Nº de enfermeras: puntaje obtenido

2,2,3,2,2,2,2,1,2,2,1,2,3,3,2,2,2,2,3,2,2,2,2,3,3

$$X = 2.16 - (0.75 \times 2.06) = 0.61 \text{ M/B} = 1$$

$$X = 2.16 + (0.75 \times 2.06) = 3.75 \text{ A/M} = 4$$

- ✓ Alto = 4 - 5
- ✓ Medio = 2 - 3
- ✓ Bajo = 0 - 1

E. neurológica:

Nº de enfermeras: puntaje obtenido

2,2,2,1,2,2,2,1,2,2,2,1,2,2,1,2,1,1,1,1,2,2,1,1,1

$$X = 1.56 - (0.75 \times 2.06) = 0.01 \text{ M/B} = 0$$

$$X = 1.56 + (0.75 \times 2.06) = 2.1 \text{ A/M} = 2$$

- ✓ Alto = 2
- ✓ Medio = 1
- ✓ Bajo = 0

2. EVALUACIÓN SECUNDARIA

Nº de enfermeras: puntaje obtenido

4,4,1,2,2,5,3,4,3,2,3,3,2,3,2,2,2,3,3,4,3,3,2,2,2

$$X = 2.76 - (0.75 \times 2.06) = 1.2 \text{ M/B} = 1$$

$$X = 2.76 + (0.75 \times 2.06) = 4.3 \text{ A/M} = 4$$

- ✓ Alto = 4 - 5
- ✓ Medio = 2 - 3
- ✓ Bajo = 0 - 1

3. CONOCIMIENTO GLOBAL

Nº de enfermeras: puntaje obtenido

12,13,10,11,10,14,14,13,11,9,11,16,12,9,9,8,10,10,10,11,10,13,10,9,9

$$X = 10.96 - (0.75 \times 2.06) = 9.4 \text{ M/B} = 9$$

$$X = 10.96 + (0.75 \times 2.06) = 12.5 \text{ A/M} = 13$$

- ✓ Alto = 13 - 20
- ✓ Medio = 10 - 12
- ✓ Bajo = 0 - 9

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimientos del profesional enfermería en manejo de la persona en la unidad de trauma shock	Es toda aquella información científica que posee la enfermera en cuanto al manejo del usuario en la unidad de trauma lo que asegura una buena calidad de atención en el paciente.	Esta dado por la medición de las dimensiones a través de los indicadores, y será medido en grado alto, medio y bajo a través de una escala; en respuesta acerca del conocimiento que posee en manejo de enfermería en la unidad de trauma shock.	VALORACIÓN PRIMARIA VALORACIÓN SECUNADARIA	Vía aérea 1.a:0, b:0, c:1, d:0 2. a:1, b:0, c:0, d:0 3. a:1, b:0, c:0, d:0 4. a:0, b:0, c:0, d:1 Ventilación 5. a:1, b:0, c:0, d:0 6. a:1, b:0, c:0, d:0 7. a:0, b:1, c:0, d:0 Circulación 8. a:0, b:0, c:1 d:0 9. a:0, b:0, c:1, d:0 10. a:0, b:0, c:0, d:1 11. a:0, b:0, c:0, d:1 12. a:0, b:1, c:0, d:0 Evaluación neurológica 13. a:1, b:0, c:0, d:0 14. a:0, b:1, c:0, d:0 Exposición del paciente 15. a:0, b:0, c:0, d:1 Examen físico 16. a:0, b:1, c:0, d:0 17. a:0, b:0, c:1, d:0 18. a:0, b:1, c:0, d:0 19. a:0, b:1, c:0, d:0 20. a:1, b:0, c:0, d:0	Grado de conocimiento alto: 13 a 20 Grado de conocimiento medio: 10 a 12 Grado de conocimiento bajo: 0 a 9