



**Universidad
Norbert Wiener**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

Conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023

**Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres**


Presentado Por:

Autor: Lic. Landaez Herrera, Victor Enrique
Código ORCID: <https://orcid.org/003-350-816>

Asesor: Dr. Molina Torres José Gregorio
Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3539-7517>

**Línea de Investigación
Salud y Bienestar**

**Lima – Perú
2023**

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

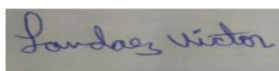
Yo, ... **LANDAEZ HERRERA VICTOR ENRIQUE** egresado de la Facultad deCiencias de la Salud..... y Escuela Académica Profesional de ...Enfermería..... / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "....."**CONOCIMIENTOS SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UNA CLÍNICA DE LIMA, 2023**"

Asesorado por el docente: Mg. Jose Gregorio Molina Torres.

DNI ... 003560692 ORCID... <https://orcid.org/0000-0002-3539-7517> tiene un índice de similitud de (20) (veinte) % con código __oid:__ oid:14912:277732256 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1

LANDAEZ HERRERA VICTOR ENRIQUE Nombres y apellidos del Egresado

DNI:003350826

.....
 Firma de autor 2

DNI:




Firma

Mg. Jose Gregorio Molina Torres.

DNI: 003560692

Lima, ...16...de.....octubre..... de.....2023...

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi madre la cuál siempre me incentivó a estudiar y salir adelante, la cual ya partió de esta tierra el año pasado y le dedicó este trabajo de grado.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios que es siempre mi guía, a mis profesores, y tutor Dr José Molina, por ayudarme y guiarme en este camino a lograr mis objetivos y crecimiento como profesional.

JURADOS:

Presidente : Dra. Maria Hilda Cardenas Fernandez

Secretario : Mg Maria Angelica Fuentes Siles

Vocal : Mg Efigenia Celeste Valentin Santos

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLA	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.1.1 Problema general	5
1.1.2 Problemas específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1 Teórica	6
1.4.2 Metodológica	7
1.4.3 Práctica	7
1.5. Delimitaciones de la investigación	7
1.5.1 Temporal	7
1.5.2 Espacial	7
1.5.3 Población o unidad de análisis	7

2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Formulación de hipótesis	22
2.3.1 Hipótesis general	22
2.3.2 Hipótesis específicas	23
3. METODOLOGÍA	24
3.1. Método de la investigación	24
3.2. Enfoque de la investigación	24
3.3. Tipo de investigación	24
3.4. Diseño de la investigación	25
3.5. Población, muestra y muestreo	25
3.6. Variables y operacionalización	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.7.1 Técnica	28
3.7.2 Descripción de instrumentos	29
3.7.3 Validación	30
3.7.4 Confiabilidad	30
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	31
3.9. Aspectos éticos	31
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	32
4.1. Cronograma de actividades	32
4.2. Presupuesto	33

5. REFERENCIAS	34
Anexo 1: Matriz de consistencia	45
Anexo 2: Instrumentos	47
Anexo 3: Formato de consentimiento informado	54
Anexo 6: Informe del asesor de Turnitin	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Técnica aplicada	27
Tabla 2	
Ficha técnica variable 1	28
Tabla 3	
Ficha técnica variable 2	29

RESUMEN

Según estadísticas de organizaciones mundiales, para finales de 2020 se estima haya aumentado a más de cinco millones de víctimas mortales al año por accidentes de tránsito, contribuyendo hasta en un 20% a los problemas sanitarios mundiales en cuanto a la prevalencia de pacientes politraumatizado. De allí la importancia del adiestramiento continuo del personal de enfermería en esta área de la salud. Por ello, este estudio se ha planteado como **Objetivo general:** Determinar cuál es la relación entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y la práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023. **Materiales y Métodos:** la presente investigación se realizará de acuerdo método hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, transversal, no experimental y de alcance correlacional, la cual permitirá obtener resultados esperados de acuerdo a los objetivos planteados. La población estará conformada por 80 enfermeros (as). Para medir las dos variables la técnica a utilizarse será la encuesta/ y la observación y los instrumentos un cuestionario/y una guía de observación, los mismos que serán validados por el trabajo de Tineo (2022), cuya confiabilidad fue estimada mediante la prueba de Alpha de Cronbach, recibiendo un valor de 0,863 para la variable 1, y de 0,854 para la variable 2. Se utilizará Excel y el software estadístico (SPSS) y para analizar estadísticamente la relación entre las dos variables significativas, se utilizará la Rho de Spearman.

Palabras clave: Conocimiento, Práctica, Enfermería, Politraumatismo, Servicio Emergencia.

ABSTRACT

According to statistics from world organizations, by the end of 2020 it is estimated that the number of traffic fatalities will increase to more than five million per year, contributing up to 20% of the world's health problems in terms of the prevalence of polytraumatized patients. Hence the importance of continuous training of nurses in this area of health care. Therefore, the **general objective** of this study is to determine the relationship between knowledge about the care of polytraumatized patients and nursing practice in the emergency department of a clinic in Lima, 2023. **Materials and Methods:** The present research will be conducted according to a hypothetical-deductive method, quantitative, cross-sectional, non-experimental and correlational approach, which will allow obtaining the expected results according to the proposed objectives. The population will be made up of 80 nurses. To measure the two variables, the technique to be used will be the survey/observation and a questionnaire/observation guide, which will be validated by the work of Tineo (2022), whose reliability will be estimated by Cronbach's Alpha test, receiving a value of 0.863 for variable 1, and 0.854 for variable 2. Using Excel and statistical software (SPSS) and to statistically analyze the relationship between the two significant variables, Spearman's Rho will be used.

Key words: Knowledge, Practice, Nursing, Polytrauma, Emergency Department.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cualquier daño físico o alteración funcional del contenido craneal y general como consecuencia de un intercambio súbito de energía mecánica se determina como politraumatismo. Esta definición abarca todos los factores externos que puedan lesionar el cerebro y cuerpo en general, causando una conmoción cerebral, contusión, hemorragia o laceración general que pueda dar lugar a algunas de las manifestaciones clínicas como: confusión o desorientación, pérdida de conciencia y amnesia postraumática (1).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la principal causa de muerte en todo el mundo son las lesiones o traumatismos generalizados, causados por accidentes de tránsito, lo cual representan alrededor del 25% de las lesiones mortales. Asegurando que se prevé que en 2030 las lesiones por este hecho ocuparán el sexto lugar entre las causas de muerte (2).

Asimismo, en los países en desarrollo según estudios internacionales, a nivel mundial las afecciones por traumatismos para finales de 2020 han aumentado a más de cinco millones de víctimas mortales al año, contribuyendo hasta en un 20% a los problemas sanitarios mundiales. De la misma manera, es de resaltar que el 0,3% de los europeos sufre una (TCE) cada año, produciéndose entre 200 y 300 incidencias por cada 100.000 personas al año, afectando al 31% de las personas de entre 20 y 40 años, al 23% de entre 40 y 60 años y al 33% de más de 60 años. Según estadísticas en ese continente, los accidentes de tráfico han representado el 50% de las lesiones, los accidentes domésticos o laborales el 30% y las lesiones relacionadas con el deporte el 20%, según el mecanismo de lesión (3).

Ahora bien, la mayoría de los países de América Latina presentes en la clasificación del tercer mundo, incluyendo casi todo el continente, junto con toda África, son aquellas en las que la prevalencia de traumatismos craneoencefálicos es más alta. La prevalencia de las TCE varía enormemente en función del continente o región objeto de estudio; la mortalidad por TCE es significativamente mayor en los países del tercer mundo que en los del primero, como consecuencia de la falta de acceso oportuno a la asistencia sanitaria. En naciones con programas de prevención de lesiones, mejor y más rápida atención sanitaria y tiempos de respuesta, el pronóstico es mejor (4).

En consecuencia, en Latinoamérica la tasa de incidencia de TCE es alta por a deficiencia de salud que aún experimentan algunos países en desarrollo. Las lesiones por accidentes de tráfico y actos de violencia tienen una alta tasa de incidencia de lesiones cerebrales traumáticas, siendo los motoristas y los peatones los más frecuentemente implicados en los primeros y en los segundos (5).

En el primer caso, son los motoristas y los peatones los que corren mayor riesgo; en el segundo, son naciones como Colombia, Brasil, Venezuela, México y El Salvador donde los índices de violencia son elevados, ya sea como consecuencia de conflictos bélicos o de otros tipos de violencia como el maltrato doméstico y el infantil, así como países donde los índices de violencia son elevados debido a una combinación de estos factores (6).

Del mismo modo, según un estudio sobre las características de los pacientes con TCES realizado en Salvador Brasil, el grupo de edad más común fue entre 21 y 30 años, 83% de las víctimas fueron hombres y las causas más comunes fueron lesiones intracraneales (41%), violencia con o sin armas (25%) y caídas (24%). 1,745 mexicanos son hospitalizados anualmente como resultado de una LCT, según otros estudios sobre el tema; los hombres (68%) entre 25 y 44 años

son más propensos a padecerla (6). También la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la lesión cerebral traumática superó todas las demás causas de muerte y discapacidad para el año 2019 (7).

En Perú esta realidad es similar, según el último informe de la Defensoría del Pueblo correspondiente al año 2021, en los cinco años anteriores perecieron unas 14.000 personas en aproximadamente 421.000 accidentes de tráfico. Más de 272.000 personas resultaron heridas o gravemente incapacitadas, según el informe (8). Más de la mitad de todos los incidentes de tránsito entre los años 2016 y 2020 (51%) ocurrieron en Lima, según un documento publicado el 20 de diciembre de 2021. Adicionalmente, sugiere que hay más accidentes en estas zonas: Piura: 5%, Arequipa: 5%, Callao: 3%, La Libertad: 6%, y otras provincias: 30% (9).

En el mismo orden de ideas, es significativo señalar que un estudio realizado en Lima encontró que el 49,6% de los pacientes con TCE eran mujeres y el 50,4% hombres; el 38,8% de estas víctimas eran adultos; el 26,9% eran niños pequeños; el 16,4% eran individuos jóvenes; el 11,2% eran adultos mayores; y el 6,8% eran adolescentes. Con el 31,4% del total de incidentes, la motocicleta lineal fue el vehículo móvil más frecuentemente implicado en accidentes de tráfico (10).

De esta manera, en el servicio de la emergencia de una clínica privada ubicada en el distrito San Isidro, lugar donde se desarrolla esta investigación, se ha observado que el personal de enfermería no prioriza los cuidados al paciente, imprescindibles para conseguir algunos resultados finales como menor estancia hospitalaria, que el paciente se recupere más pronto, que pueda ser dado de alta en el menor tiempo posible y que pueda valerse por sí mismo. Tampoco ejecuta una correcta valoración neurológica y hemodinámica, además, se desconoce cómo priorizan la

administración de los fármacos para prevenir complicaciones futuras. Todo esto lleva a pesar que existe debilidad en las actividades que realiza el personal de enfermería en esa área clínica.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión manejo de la vía aérea y control cervical sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia?

¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión respiración y control de la ventilación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia?

¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control de la hemorragia y manejo de la circulación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia?

¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control neurológico sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia?

¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión manejo de exposición al medio ambiente sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar cuál es la relación entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión manejo de la vía aérea y control cervical sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

Establecer cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión respiración y control de la ventilación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

Analizar cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control de la hemorragia y manejo de la circulación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

Estudiar cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control neurológico sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

Determinar cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión manejo de exposición al medio ambiente sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Este estudio es relevante por cuanto proporcionará nuevos datos sobre los conocimientos y prácticas que el personal de enfermería actualmente tiene respecto el manejo inicial de los pacientes politraumatizados, creando así una información científica actual y veraz en base a una teoría; a su vez, servirá como antecedente para nuevos estudios de investigación con sujetos que presenten esta patología que ingresan al servicio de emergencia. Esta investigación se fundamenta en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Es una teoría o modelo que define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital.

1.4.2. Metodológica

Desde lo metodológico este proyecto resulta de interés ya que esta metodología podrá ser utilizada por las instituciones de salud, debido a que aún existe un vacío de conocimiento referente a herramientas tecnológicas y prácticas respecto al paciente politraumatizado. Asimismo, al determinar la relación entre las variables de conocimiento y prácticas del enfermero se podrá analizar su aplicación, realizando sugerencias o recomendaciones para optimizar su utilización. De esta forma, la presente investigación se realizará de acuerdo método hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, transversal, no experimental y de alcance correlacional, la cual permitirá obtener resultados esperados de acuerdo a los objetivos planteados. Para medir las dos variables la técnica a utilizarse será la encuesta y la observación con dos cuestionarios como instrumentos respectivamente, los mismos que serán validados por el trabajo de Tineo (2022).

1.4.3. Práctica

La justificación práctica de este estudio radica en que es un trabajo de reflexión sobre conocer los puntos fuertes y débiles del personal de enfermería en cuanto a los conocimientos y cuidados prestados a pacientes politraumatizados. Teniendo en cuenta que los pacientes con este diagnóstico presentan compromisos neurológicos que pueden provocar daños irreversibles con un solo error. Además, los hallazgos del estudio facilitarán al personal de servicio de emergencias nuevos conocimientos del tema, así como nuevas herramientas aplicadas en su campo y especialidad, para que puedan diseñar y llevar a cabo planes de mejora basados en los hechos descubiertos con el fin de elevar el nivel de compromiso en el tratamiento de estos pacientes y acelerar su recuperación.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Espacial

El proyecto se realizará en una clínica privada del Distrito San Isidro, de la ciudad de Lima, Perú.

1.5.2. Temporal

El estudio se inicia en junio de 2022 y culmina en julio 2023. Tiempo suficiente para recabar la información que se utilizará para desarrollar el estudio.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población estará conformada por 80 enfermeros del servicio de emergencia que facilitarán la información para el desarrollo del estudio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Condori (11) el año 2018 en Bolivia realizó un estudio con el objetivo de “Determinar el nivel de conocimientos y la práctica clínica del personal de enfermería en el primer manejo de los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave”. Investigación transversal, cuantitativa y prospectiva. La muestra constó de 25 enfermeras. Una guía de observación y un cuestionario sirvieron como herramientas de medición. Como resultados el 88% de los encuestados afirmaron que no había suficiente disponibilidad de servicios. El personal de enfermería de la UCI y del servicio de urgencias señala que el 100% de ellos no recibe formación ni manuales sobre protocolos de cuidados. Se concluye que, debido a las múltiples tareas del equipo durante cada turno, no hay suficientes empleados para ofrecer a los pacientes un tratamiento completo.

Ponce (12) el año 2018 en Venezuela realizó un estudio con el objetivo de “Determinar la asociación entre los conocimientos y la práctica de los profesionales de enfermería en la atención a pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves”. El estudio fue correlacional, descriptivo, cuantitativo y de campo. La muestra estuvo representada por 30 profesionales. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario para la variable conocimientos y una escala de observación para medir la práctica. Los resultados revelaron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) entre ambas variables. Los profesionales de enfermería conocen el 38,9% de la información de enfermería y pueden realizar el 21,8% de las prácticas, como conclusión se ha determinado que como no existe correlación entre el conocimiento y la práctica, cuando se trata del cuidado de pacientes con TCEG, se aconseja la planificación e implementación de la misma con el fin de

mantener a los profesionales motivados y centrados en la prestación de cuidados de alta calidad en los plazos previstos.

Pillajo (13) el año 2020 en Ecuador realizó un estudio con el objetivo de “Determinar los conocimientos de los profesionales de enfermería en lesiones cerebrales traumáticas en los servicios de emergencia pediátrica de Quito”. Investigación con un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, de tipo transversal. Participaron 35 licenciados en enfermería. Para medir los rasgos sociodemográficos, los conocimientos, las actitudes y los comportamientos, se elaboró un cuestionario. De acuerdo con los resultados, los participantes que presentaron un alto nivel de conocimiento constituyeron el 45,71% de la población, siendo la franja etaria de 25 a 35 años la más frecuente. Se concluyó que el alto nivel de conocimientos y la actitud positiva del personal de enfermería facilitan la puesta en práctica de todos los procedimientos utilizados en el manejo hospitalario de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.

Kiewiet (14) el año 2019 en Sudáfrica realizó un estudio con el objetivo de “Determinar el conocimiento y la práctica clínica de las enfermeras profesionales que atienden a pacientes críticos dentro de un hospital terciario en el Cabo Occidental de Sudáfrica”. Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo, la población de 98 enfermeras. Los datos se recopilaban a través de un cuestionario autoadministrado. Como resultados el porcentaje más alto de 75% como puntuación de conocimiento total y las enfermeras dentro de la unidad de Cuidados Coronarios obtuvieron la puntuación más baja de 66%. En conclusión, el enfoque debe estar dirigido a convertirse en mejores enfermeras, expertas en el cuidado de pacientes con TCE y la capacidad de tomar innumerables decisiones para resolver problemas en áreas clínicas.

Sivakami et al. (15) el año 2022 en India realizaron un estudio con el objetivo de “Evaluar el conocimiento de las directrices sobre TCE entre clínicas que atienden a pacientes con TCE y

determinar el efecto de una intervención educativa en sus conocimientos” . Estudio cuantitativo, diseño experimental, transversal con una muestra intencionada de 60 enfermeras. Como instrumento un cuestionario estructurado para evaluar los conocimientos de las enfermeras. Como resultados la mayoría de las encuestadas (93,3%) tenían un conocimiento inadecuado de las directrices sobre TCE antes la intervención. Una prueba t pareada mostró que una diferencia significativa entre las puntuaciones medias y posteriores de las enfermeras ($p = 0,001$). Hubo un aumento significativo en las puntuaciones de los conocimientos de las enfermeras después de la intervención educativa en comparación con las puntuaciones obtenidas antes de la intervención ($p = 0,001$). Se concluye que las intervenciones educativas pueden utilizarse eficazmente para mejorar el conocimiento de las directrices sobre TCE entre las enfermeras.

2.1.2. A nivel nacional:

Ruiz (16) en el año 2021, en Trujillo, realizó un trabajo cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre el conocimiento de la enfermera y la práctica en el tratamiento de pacientes con traumatismos craneoencefálicos en la sala de urgencias del Hospital General de Cajabamba”. La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptiva y correlacional. La muestra estuvo compuesta por 20 enfermeras. Se utilizaron un cuestionario y una guía de observación como herramientas de recogida de datos para medir las variables del estudio. Según los resultados, el 50% de las enfermeras tenían conocimientos deficientes, el 50% conocimientos medios y el 35% práctica suficiente. El 65% restante tenía una práctica insuficiente. Para reducir los posibles riesgos y consecuencias, los enfermeros deben seguir motivados para su preparación, formación y/o actualización continua, así como para poner en práctica todo lo que han aprendido en relación con los cuidados de los pacientes con traumatismo craneoencefálico.

Montes et al. (17) en el año 2022, en El Callao, realizaron un trabajo cuyo objetivo fue “Identificar la asociación entre el nivel de conocimiento y los cuidados que brinda el profesional de enfermería al paciente con Traumatismo Encefalocraneano del Hospital Guillermo Díaz de la Vega; Abancay-2021”. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, el cual incluyó una población de 33 profesionales de enfermería. Se utilizó un cuestionario para recoger información sobre ambas variables. Como resultados se encontró que de los profesionales de enfermería que atienden a pacientes que han sufrido traumatismos encefalocraneales, el 46,7% tienen un nivel medio de conocimientos, el 43,3% un nivel alto y el 10% un nivel deficiente. En cuanto a los cuidados de enfermería, el 96,7% son suficientes y el 3,3% insuficientes. Se concluyó que el nivel de conocimiento y los cuidados prestados por el profesional de enfermería al paciente con traumatismo encefalocraneal no están directamente correlacionados.

Laura et al. (18) en el año 2020, en Tacna, realizó un trabajo cuyo objetivo fue “Determinar su nivel de conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería en relación con el manejo de pacientes adultos con lesión cerebral traumática en el Hospital de Ilo-Ilo”. Estudio de enfoque cuantitativo, transversal, no experimental, descriptivo y correlacional. La población del estudio estuvo constituida por 40 profesionales de enfermería. Como instrumento, se empleó el cuestionario y una guía de observación. Los resultados indican que el 95,0% de la práctica se pone en práctica, y el conocimiento medio está representado por el 62,5%. El resultado, $p=0,584$ (p superior al nivel de significación 0,05). Se concluyó que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la práctica de los profesionales de enfermería en relación con el manejo de pacientes adultos con lesión cerebral traumática.

Maquera et al. (19) en el año 2019, en Tacna, realizó un trabajo cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en el manejo del paciente

politraumatizado por parte del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue Tacna”. Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional transversal. Población de 25 profesionales de enfermería a los que se le aplicaron dos instrumentos, un cuestionario y una guía de observación. Los resultados indican que el 52% de los profesionales de enfermería carecen de experiencia suficiente en el manejo de pacientes politraumatizados, mientras que el 64% sólo tienen un grado medio de comprensión en esta área. A lo que se concluye que la mayoría de los profesionales de enfermería tienen conocimientos básicos sobre cómo atender a un paciente politraumatizado, la mayoría de ellos no lo practican de forma eficaz.

Sencía et al. (20) en el año 2020, en Callao, realizó un trabajo cuyo objetivo fue “Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre TEC grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas-2020”. Estudio fue de enfoque cuantitativo, transversal, prospectivo y correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 25 enfermeras que laboraban en el servicio de emergencia. Como instrumentos, un cuestionario y una ficha de observación. Según los resultados, el personal de enfermería tenía conocimientos sobre TEC grave en el 76% (alto), 16% (medio) y 8% (bajo) de los casos. Dado que el 68% de los profesionales de enfermería no aplicaron más de 20 ítems, se presume que no manejan de manera adecuada a los pacientes con TEC grave. Como conclusión, sólo el 32% de los profesionales manejan con éxito a los pacientes que han recibido un TEC grave.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento

2.2.1.1. Definición

El conocimiento es un concepto abstracto sin ninguna referencia al mundo tangible. Es un concepto muy poderoso, pero hasta ahora no tiene una definición clara. Desde los filósofos griegos

hasta los actuales expertos en gestión del conocimiento, se intentó definir el conocimiento, pero los resultados aún son muy confusos. Al referirnos al sujeto, el quién conoce, o al elemento que es su objeto, el qué se conoce, es importante recordar que el conocimiento es el acto deliberado e intencional de comprender las propiedades del objeto. Su crecimiento ha coincidido con la progresión del pensamiento humano (21).

2.2.1.2. Tipos de conocimientos

En función del tipo de información y del ámbito en el que se encuentre, el conocimiento en su conjunto puede clasificarse en las siguientes categorías:

I. **Conocimiento empírico:** El conocimiento empírico también es útil porque nos permite comprender lo que nos rodea sin la ayuda de otro tipo de información. Por ejemplo, una persona puede sentir la aspereza abrasiva del papel de lija cuando lo toca por primera vez (22).

II. **Conocimiento científico:** El conocimiento científico es un conjunto de información verificada, organizada y reunida metódicamente mediante la experimentación, la observación y el estudio de hechos o acontecimientos. El ciclo del agua, el teorema de Pitágoras y la teoría de la relatividad de Albert Einstein son algunos ejemplos(23).

III. **Conocimiento filosófico:** El conocimiento filosófico se adquiere mediante la observación, la lectura, el estudio, la investigación y el análisis de muchos fenómenos ambientales, así como de otros tipos de conocimiento. Es un sub campo de la filosofía que se centra en la investigación de las cuestiones filosóficas más significativas (24).

2.2.1.3. Teoría del Conocimiento

La Teoría del conocimiento se ocupa de cuestiones sobre las ideas: su origen, el modo en que reflejan la realidad, la forma en que se ponen a prueba y se desarrollan, su papel en la vida social. Estas cuestiones siempre han constituido una parte importante de la filosofía. El platonismo,

el aristotelismo, el idealismo, el racionalismo, el materialismo, etc., son ante todo teorías filosóficas del conocimiento; y nos parece que a menudo caracterizan el clima intelectual de una época. Las teorías representan actitudes fundamentales respecto a la naturaleza de la Naturaleza y del Hombre (25).

El conocimiento puede adquirirse de diversas maneras. En general, podemos distinguir entre la información obtenida a través de la experiencia y el conocimiento obtenido mediante la razón. La experiencia es la acumulación de conocimientos a través de la percepción sensorial. El conocimiento es una idea difícil que ha sido abordada por muchas escuelas de pensamiento diferentes a lo largo de la historia y que, por decirlo suavemente, siempre ha eludido la comprensión (26).

2.2.1.4. Dimensiones de conocimiento sobre el cuidado del paciente politraumatizado

I. Manejo en la vía aérea y control cervical:

El objetivo en el manejo en la vía aérea y control cervical de un paciente con traumatismo craneo encefálico severo, es establecer una vía aérea segura y permeable. Del mismo modo, la columna cervical debe inmovilizarse hasta que se descarte una lesión cervical. La protección y estabilización de la columna cervical debe realizarse manualmente hasta que se disponga de un collarín cervical, es lo principal que se debe asumir en cualquier paciente que sufre un accidente de tránsito (27).

II. Manejo de la ventilación y respiración

El segundo elemento más crucial es mantener la ventilación a un nivel suficiente. Este punto pretende favorecer tanto la transmisión de sangre oxigenada evitando la hipoxia como el intercambio gaseoso de oxígeno integrado a través de una vía aérea permeable. Observando la

simetría, profundidad y frecuencia de los movimientos respiratorios, se puede determinar si existe una ventilación adecuada y un suministro apropiado de oxígeno. Además, se debe examinar el tórax para ver si se mueve simétricamente y se debe realizar una palpación para comprobar si hay fracturas (28).

III. Manejo circulatorio y control de hemorragia

El objetivo clave en este momento es evitar la hipovolemia provocada por la hemorragia, que condicionaría la perfusión sistémica y provocaría problemas. El estado hemodinámico puede determinarse evaluando el pulso en las grandes arterias. El estado de conciencia (agitación, decaimiento), el color de la piel (palidez, frialdad, sudoración) y los pulsos (umbral, llenado capilar, taquicardia) son indicadores potenciales de shock. Estos síntomas empeoran en proporción al grado de shock (29).

IV. Manejo del estado neurológico

Existen cuatro posibilidades cuando la conciencia comienza a declinar: disminución de la oxigenación cerebral (causada por hipoxia o hipoperfusión), afectación del sistema nervioso central, presencia de tóxicos (principalmente alcohol o drogas) y algún trastorno metabólico (diabetes, convulsiones, parada cardíaca, etc.). La escala de Glasgow es la herramienta que mide estos eventos, mide el nivel de conciencia del paciente en este momento, junto con mediciones del tamaño y la capacidad de respuesta de las pupilas (midriática, miosis, isocórica o anisocórica). Esta escala es una herramienta neurológica utilizada para medir el grado de conciencia de un paciente tras un traumatismo craneoencefálico (TCE), así como su función cerebral a lo largo del tiempo y la probabilidad de recuperación. En esencia, evalúa las respuestas verbales, motoras y visuales. El grado del traumatismo craneoencefálico puede determinarse una vez establecida la puntuación de Glasgow (30).

V. Manejo de exposición al medio ambiente

Se debe quitar la ropa al paciente para que podamos realizar una evaluación cefalocaudal rápida para encontrar cualquier lesión oculta adicional relacionada con el traumatismo. A continuación, debe envolverse rápidamente al paciente con mantas calientes o un dispositivo de calefacción externo para evitar la hipotermia. Se debe cubrir al paciente en cuanto termine la exploración para mantener una temperatura adecuada y reducir el peligro de hipotermia, que podría acelerar el inicio de la tríada traumática (cianosis, hipotermia y coagulopatía), que puede provocar la muerte (31).

2.2.1. Politraumatismo

El término "politraumatismo" se ha definido con frecuencia en términos de una puntuación de gravedad de la lesión (ISS, por sus siglas en inglés) alta y, por lo general, se ha usado indistintamente con términos como "herido grave" o "traumatismo múltiple". Además, un ISS alto se puede atribuir a una lesión grave de un solo sistema (monotraumatismo) en lugar de un "politraumatismo", que se refiere a pacientes con traumatismos cuyas lesiones involucran múltiples regiones del cuerpo y en quienes la combinación de lesiones provocaría una afección potencialmente mortal (32).

También se define como la ocurrencia de un traumatismo con ciertos elementos presentes, tales como: alteración de la conciencia y/o amnesia debida al traumatismo, cambios neurofisiológicos o diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneales atribuibles al traumatismo, o la ocurrencia de muerte como resultado de un traumatismo que incluya los diagnósticos de traumatismo generalizado, causados principalmente por lesiones directas en estructuras craneales, encefálicas o meníngeas y todo el cuerpo (33).

2.2.2.1. Tratamiento

I. Vía Aérea:

La necesidad de crear una vía aérea permanente viene indicada por la presencia de un TCE grave o coma, que se describen ambos como una puntuación en la escala de Glasgow de 8 o menos. Intubar a un paciente y retirar el tubo endotraqueal antes de tiempo si no es necesario en algunos casos es menos agresivo que no intubar a un paciente con TEC grave y ponerlo en peligro de elevación de la PIC, hipoxemia, etc. Hay que tener en cuenta el adagio "todo TEC presenta, hasta que se demuestre lo contrario, una lesión cervical" si es necesario intubar al paciente. Por ello, debe mantenerse en todo momento la alineación e inmovilización cervical (34).

II. Ventilación:

Todos los pacientes con TCE deben recibir oxígeno de alto flujo, lo que garantiza una ventilación suficiente para mantener la PaO₂ por encima de 70 mmHg. Cuando hay síntomas de HIC, se aconseja ventilación asistida con hiperventilación para mantener la PaO₂ cerca de 28 mmHg. La sedación es necesaria para evitar la tos, las peleas y otros comportamientos que elevarían la PIC, ya que es crucial que el paciente se aclimate al ventilador. Piense en las particularidades de estos medicamentos en la LCT. Dado que no es posible realizar evaluaciones frecuentes con sedantes de acción prolongada y existe la posibilidad de sobredosificación, deben evitarse (35).

III. Circulación:

La reposición de volumen debe realizarse en presencia de un paciente traumatizado por TEC que muestre signos de shock para mantener la presión arterial sistólica por encima de 90 mmHg. Los líquidos deben reducirse a un ritmo que mantenga las necesidades basales hasta que se haya restablecido la volemia. Hay suficientes datos que apoyan la hipótesis de que las lecturas más bajas de la presión arterial media (PAM) durante las horas iniciales del TEC se asocian con

un aumento de la mortalidad, peores resultados funcionales y problemas sistémicos más frecuentes (36).

IV. Etiología

Las causas más comunes son: los accidentes de tráfico, que suponen el 75% de los TCE; para este tipo de causas, el 43% de los graves y el 32% de los leves; las caídas, que suponen alrededor del 33% de los TCE leves; dentro de ellos, algunas lesiones, como los hematomas subdurales o las contusiones cerebrales, son más comunes; las agresiones, mucho menos comunes, suponen el 2,6% de todos los TCE; los patrones de lesiones en estos casos suelen incluir contusiones faciales o fracturas de los huesos (37).

V. Tratamiento Clínico y Neuroquirúrgico:

Mantener en observación durante 12-24 horas y tratar el dolor con analgésicos no narcóticos (paracetamol) como síntoma. La cirugía es necesaria en alrededor del 5% de los individuos con TCE moderado y malos resultados de TC vinculados a deterioro neurológico (38).

2.2.2.2. Clasificación de TEC:

I. TEC Leve: Recibe una puntuación de 13-15 en la evaluación de la Escala de Coma de Glasgow. El dolor de cabeza, la desorientación y la amnesia son los síntomas o indicadores que presentan los pacientes tras un periodo de inconsciencia inferior a 30 minutos. A pesar de que algunos de estos pacientes siguen teniendo problemas de concentración o de memoria a corto plazo, su estado neurológico se ha recuperado por completo (39).

II. TEC Moderado: ECG 9-13. El paciente está aturdido o inconsciente. Según las normas clínicas, las personas con TCE moderado deben ser hospitalizadas y pueden necesitar tratamiento neuroquirúrgico. Además, pueden sufrir el síndrome post-conmoción, que es una condición de

inestabilidad neural tras una LCT leve o moderada. Los principales síntomas son mareos, dolores de cabeza, cansancio y dificultades de concentración (40).

III. TEC Grave: ECG 3-8. El paciente presenta lesiones neurológicas graves, está inconsciente, es incapaz de abrir los ojos o de obedecer instrucciones. En una tomografía computarizada (TC), con frecuencia se aprecia una fractura craneal o una hemorragia cerebral (41).

2.2.3. Prácticas

El personal de enfermería siempre debe trabajar, actualizarse y formarse continuamente, poniendo en práctica todos los conocimientos, habilidades y destrezas obtenidos mientras trabajan con el equipo multidisciplinar. Con el único propósito de prestar unos cuidados al paciente compasivos y de alta calidad. La experiencia es lo mismo que la realidad, y la práctica es lo mismo que la experiencia. La práctica se adquiere con el tiempo, con el paso de los años y la realización del trabajo diario (42).

2.2.3.1. Práctica del enfermero

La práctica clínica ilustra que, para proporcionar cuidados de calidad, es necesario poner en práctica, tanto los conocimientos como las habilidades, ya que la enfermera debe tener habilidades interpersonales a la hora de actuar. El calibre de los conocimientos adquiridos determina el calibre de la práctica enfermera y los conocimientos necesarios para la práctica son tanto especializados como exhaustivos. Dicho de otro modo, cuantos más conocimientos posean los profesionales de enfermería, más se notará en la eficacia de su práctica a la hora de atender a pacientes que han sufrido traumatismos craneoencefálicos con el objetivo de prevenir lesiones secundarias, lo que requiere un examen exhaustivo y un seguimiento continuo de la salud del paciente (43).

2.2.3.2. Dimensiones de práctica sobre el cuidado del paciente con traumatismo politraumatizado

I. Práctica sobre el manejo en la vía aérea y control cervical:

Consiste en examinar la presencia de objetos extraños y fracturas faciales, mandibulares, traqueales y/o laríngeas que podrían provocar la obstrucción de las vías respiratorias, con el fin de detectar indicadores de obstrucción de las vías respiratorias. Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias es de la máxima importancia porque evita que se produzcan muertes evitables con mayor frecuencia en pacientes con LCT (44).

II. Práctica sobre el manejo de la ventilación y respiración

En todos los pacientes politraumatizados graves, es crucial proporcionar una respiración y oxigenación adecuadas al paciente. Según los movimientos, ruidos y tonalidades, la respiración y la ventilación pulmonar del paciente deben evaluarse mediante observación, auscultación, percusión y palpación, respectivamente: Es importante realizar un examen torácico, observar la respiración, medir la frecuencia respiratoria, comprobar la permeabilidad de las vías respiratorias y evaluar la salud neurológica (45).

III. Práctica sobre el manejo circulatorio y control de hemorragia

El objetivo clave en este momento es evitar la hipovolemia relacionada con la hemorragia, que limitaría la perfusión sistémica y provocaría problemas, Si hay hemorragia externa, aplique presión directa en el lugar de la hemorragia con una compresa estéril o un vendaje compresivo. Evalúe el estado hemodinámico del paciente (pulso, color, temperatura, relleno capilar, nivel de conciencia) (46).

IV. Práctica sobre el manejo del estado neurológico

Establecer el tamaño de la pupila, la respuesta y el estado de conciencia son sus tres objetivos principales. La alteración de la conciencia puede estar provocada por la hipoxia, de ahí que sea importante evaluar continuamente el estado de la vía aérea, la ventilación y el compromiso hemodinámico: para evaluar el grado de conciencia se utiliza la escala de Glasgow, una tabla de inmovilización espinal y del cuello cervical, y la oxigenación a concentraciones acordes con la necesidad o gravedad (47).

V. Práctica sobre el manejo de exposición al medio ambiente

Para realizar rápidamente un examen cefalocaudal y encontrar otras lesiones traumatológicas ocultas, el paciente debe quitarse la ropa. Utilice tijeras para cortar la ropa si es necesario para ahorrar tiempo y desnudarse completamente para la prueba. Una vez finalizada la evaluación, se debe cubrir al paciente para mantener una temperatura adecuada y reducir el riesgo de hipotermia utilizando mantas, si es necesario, para evitar la pérdida de calor (48).

2.2.5. Teoría de Enfermería

2.2.5.1. Modelo de cuidados según Virginia Henderson

Según Virginia Henderson, los cuidados pretenden compensar la falta de autonomía del sujeto para que pueda actuar de forma autónoma en la satisfacción de sus necesidades básicas. Esto debe incluir proporcionarles la mejor salud posible para que puedan ser libres. Según la tesis de Henderson, aunque las necesidades son universales para todas las personas, se expresan de forma diferente según las culturas y las personas, y cambian con el tiempo en función de cómo interpreta cada individuo sus necesidades (49).

Las catorce necesidades básicas que clasifican las funciones integrales de un enfermero(a) son: Respirar con normalidad, comer y beber, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse adecuadamente, mantener la temperatura corporal,

mantener la higiene y proteger la piel, evitar los riesgos ambientales, comunicarse (estimarse), profesar su religión (sentir un sentimiento de pertenencia), trabajar, participar en actividades de ocio y adquirir conocimientos (50).

2.3. Formulación de la Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H_i: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023.

2.3.2. Hipótesis específicas

H_{i1}: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión manejo de la vía aérea y control cervical sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

H_{i2}: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión respiración y control de la ventilación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

H_{i3}: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión control de la hemorragia y manejo de la circulación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

Hi₄: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión control neurológico sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

Hi₅: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión manejo de exposición al medio ambiente sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El presente estudio se basará en un método hipotético deductivo, que asciende desde una verdad general hasta la comprensión de verdades específicas o concretas. La forma más extendida de este método lógico es la argumentación deductiva, que consiste en dos premisas, una general y otra específica, de las que se deduce una conclusión a la que se ha llegado aludiendo a la hipótesis general a partir de la particular (51).

3.2. Enfoque de la investigación

La investigación será de enfoque cuantitativo. Dado que las variables pueden cuantificarse, el campo estadístico se menciona con frecuencia al hablar de este tipo de indagación porque se centra en poder analizar la realidad objetiva y hacer predicciones sobre cómo se comportará el problema. En consecuencia, el enfoque cuantitativo plantea un problema y unas preguntas concretas, y de ellas derivará la hipótesis (52).

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación será de tipo aplicada, ya que su objetivo es aplicar los resultados de la investigación a la práctica de la enfermería en el contexto de la salud pública (53).

3.4. Diseño de la investigación

Asimismo, el estudio será no experimental, pues esta investigación se basa en la observación de los acontecimientos, lo que demuestra que no hay interferencia del investigador, solo se trata de describir lo presenciado. De corte transversal, porque el diseño transversal se clasifica como un estudio observacional que sirve tanto para fines analíticos como descriptivos. Finalmente, de alcance correlacional, ya que se utilizará el procedimiento bivariante para el análisis y se determinará cómo se relacionan entre sí las variables propuestas en este estudio (54).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población estará conformada por 80 enfermeros del servicio de emergencia de una clínica privada del Distrito San Isidro, de la ciudad de Lima, Perú. Los cuales deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- ✓ Personal de enfermería con servicio asistencial en el área de Emergencias y Desastres.
- ✓ Personal de enfermería con más de un año de experiencia en los servicios de Emergencias.
- ✓ Personal de enfermería que desee participar del estudio y acepte firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- ✓ Personal de enfermería que no tenga servicio asistencial en el área de Emergencias y Desastres.
- ✓ Personal de enfermería con menos un año de experiencia en los servicios de Emergencias.
- ✓ Personal de enfermería que no desee participar en el estudio y acepte firmar el consentimiento informado.

3.4. Variables y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1 Conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado	El conocimiento es una idea difícil que ha sido abordada por muchas escuelas de pensamiento diferentes a lo largo de la historia y que, por decirlo suavemente, siempre ha eludido la comprensión (26).	La capacidad del equipo de enfermería para manejar al paciente con TCE, asegurando su vida y minimizando los daños colaterales. Demostrando sus conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.	Control de vía aérea y cervical Respiración y control de la ventilación Control de la hemorragia y manejo de la circulación Control neurológico sobre el cuidado del paciente Control de la exposición del paciente	*Cuando se trata a un paciente que ha sufrido varios traumatismos, lo primero son las vías respiratorias. *Lo ideal es que la frecuencia respiratoria sea regular y rítmica. *Reconocer y detener las hemorragias. *Verificar el nivel de consciencia del paciente. *Para facilitar una evacuación completa, hay que desvestir completamente al herido, cortando la ropa si es necesario.	Ordinal	Nivel de conocimiento alto: De 17 a 20 puntos. Nivel de conocimiento medio: De 12 a 16 puntos. Nivel de conocimiento bajo: Menos de 12 puntos
V2 Práctica sobre el cuidado del paciente politraumatizado	La práctica es sinónimo de experiencia, y la experiencia es sinónimo de realidad. Con el paso del tiempo, con los años vividos y con el trabajo diario realizado, se adquiere práctica (46).	La experiencia del personal de enfermería para manejar al paciente con TCE, demostrando su práctica sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.	Práctica sobre control de vía aérea y cervical Práctica sobre respiración y control de la ventilación Práctica sobre control de la hemorragia y manejo de la circulación Práctica sobre control neurológico sobre el cuidado del paciente Práctica sobre el manejo de exposición al medio ambiente	*Participa en la intubación orotraqueal, levanta la barbilla tirando de la mandíbula sin hiperextender el cuello y comprueba continuamente la saturación de oxígeno. *Analiza e interpreta los datos de la gasometría arterial, etc. *Comprueba el tono de la piel y el relleno capilar. *Monitoriza y registra regularmente la P/A y la PAM. *Monitorización por ECG del estado neurológico. *Comprueba el calor de la piel y la existencia de hematomas. *Vigila el comportamiento de la diaforesis.	Dicotómica	Si practica: 49 a 89 puntos e No práctica: de 0 a 48 puntos.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se utilizará para recopilar los datos necesarios y llevar a cabo la presente investigación será la encuesta y la observación respectivamente.

Tabla 1

Técnica aplicada

Variable	Técnica	Instrumento
Conocimientos sobre el cuidado del paciente con TCE	Encuesta	Cuestionario
Prácticas sobre el cuidado del paciente con TCE	Observación	Guía de Observación

3.7.2. Descripción de instrumentos

La información se recopiló utilizando los dos instrumentos que se utilizarán para evaluar el nivel de conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención a pacientes politraumatizados. El instrumento está adaptado por el cuestionario del trabajo de Tineo (2022) “Conocimiento y práctica del personal de enfermería en el manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al servicio de emergencia de un Hospital Nacional de Comas, 2021” (55).

Variable 1: Cuestionario

El cuestionario se introduce con la presentación, los datos generales del participante y las respectivas instrucciones. Además, consta de 20 preguntas con una puntuación de 20 puntos y las respuestas serán calificadas como: Respuesta correcta (1 punto) y respuesta incorrecta (0 punto) el cual está conformado por las siguientes dimensiones: vía aérea y control cervical

(ítems 1 al 5), ventilación y respiración (ítems 6 al 7), circulación y control de hemorragia (ítems 8 al 12), evaluación neurológica (ítems 13 al 14) y exposición del paciente (ítems 15 al 20). Cuyas calificaciones son:

Nivel de conocimiento alto: De 17 a 20 puntos.

Nivel de conocimiento medio: De 12 a 16 puntos.

Nivel de conocimiento bajo: Menos de 12 puntos

Variable 2: Guía de observación

Para el instrumento de la segunda variable se cuenta con una guía de observación, dividida en 6 aspectos y subdivididas en 27 intervenciones que se evaluarán según los siguientes criterios: mantenimiento de la vía aérea y control cervical (9 ítems), ventilación y respiración (3 ítems), circulación y manejo de la hemorragia (6 ítems), estado neurológico (6 ítems) y exposición del paciente (3 ítems). Nunca: 0 puntos, Ocasionalmente: 1 punto, Ocasionalmente: 2 puntos, y Siempre: 3 puntos.

Teniendo como puntuación final de 1 a 89 puntos. Dando a conocer dos tiempos de escala: Si practica: 49 a 89 puntos. No práctica de 0 a 48 puntos.

Tabla 2

Ficha técnica para la variable 1

Cuestionario	
Autor:	Tineo (55).
Año:	2022
Objetivo:	Conocimiento y práctica del personal de enfermería en el manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al servicio de emergencia de un Hospital Nacional de Comas, 2021.

Destinatarios :	Personal de enfermería
Forma de administración :	Individual
Contenido:	Consta de cinco dimensiones: mantenimientos de vía aérea y control cervical, ventilación y respiración, circulación y control de hemorragia, estado neurológico y exposición del paciente al ambiente.
Duración:	30 minutos
Escala de medición	Ordinal

Tabla 3

Ficha técnica para la variable 2

Guía de Observación	
Autor:	Tineo (55).
Año:	2022
Objetivo:	Conocimiento y práctica del personal de enfermería en el manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al servicio de emergencia de un Hospital Nacional de Comas, 2021.
Destinatarios :	Personal de enfermería
Forma de administración :	Individual
Contenido:	Consta de cinco dimensiones: mantenimientos de vía aérea y control cervical, ventilación y respiración, circulación y control de hemorragia, estado neurológico y exposición del paciente al ambiente.
Duración:	30 minutos

Escala de medición	Ordinal
--------------------	---------

3.7.3. Validación

Para evaluar la validez del cuestionario sobre el nivel de conocimientos se utilizará la prueba binomial. La probabilidad de los juicios de expertos para cada uno de los indicadores fue de 0,035, inferior a 0,05, lo que permite concluir que el instrumento es válido según el juicio de expertos. Dicho instrumento fue validado en el Perú por Tineo (55).

Para evaluar la validez de la guía de observación de la práctica enfermera se utilizará la prueba de distancia de puntos múltiples (DPM), obteniéndose un valor de 2,09, lo que indica que el instrumento es adecuado y utilizable. Dicho instrumento fue validado en el Perú por Tineo (55).

3.7.4. Confiabilidad

Para el cuestionario de nivel de conocimiento el grado de confiabilidad del instrumento la confiabilidad fue estimada mediante la prueba de Alpha de Cronbach, recibiendo un valor de 0,863, lo que demuestra un nivel adecuado de aplicabilidad; en consecuencia, se trata de un instrumento confiable.

Para la guía de observación que mide la práctica del personal de enfermería se medirá la confiabilidad con la prueba Alfa de Cronbach, que se utiliza para escalas politómicas. El cuestionario presenta un buen nivel de fiabilidad, como indica el resultado de 0,854, y puede utilizarse.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Luego de tramitar los permisos correspondientes ante la dirección y jefatura de enfermería de la clínica privada del Distrito San Isidro, se coordinará con el Servicio de Emergencias la organización del calendario de recolección de datos.

Para recopilar la información necesaria se estimarán dos meses para recopilar los datos. Cada día, mientras estén de servicio, los enfermeros participantes realizarán un examen de 30 minutos. Durante estos días se realizarán turnos rotatorios, con descansos de tres días entre cada par de turnos completos de 12 horas. Esto permitirá programar y asignar una cantidad de tiempo específica para que cada participante utilice la herramienta y el cuestionario.

La información recopilada se codificará y se transferirá a una tabla matriz. Además, se realizarán cálculos y análisis estadísticos de la información utilizando Excel y el software estadístico conocido como paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS). Se utilizará la Rho de Spearman para analizar estadísticamente la relación entre las dos variables significativas.

3.9. Aspectos éticos

En el presente estudio se propusieron los siguientes principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El respeto a la dignidad de la persona, basado en un enfoque holístico y humanista de la asistencia sanitaria, es el principio bioético más fundamental y la base sobre la que se asientan los anteriores.

Principio de beneficencia: Este principio de beneficencia prohíbe hacer el mal. Se fundamenta en la idea de que los procesos deben ser beneficiosos, seguros y eficaces.

Principio de no mal eficiencia: En realidad, significa que los beneficios de cualquier acción médica deben superar siempre a los peligros en una proporción ponderada.

Principio de justicia: Independientemente de la situación, todas las personas tienen la misma dignidad y merecen el mismo trato y respeto por el mero hecho de ser personas.

Principio de autonomía: Se refiere a la capacidad de decisión del participante. A diferencia de los principios anteriores, éste nunca ha formado parte de la tradición médica, a pesar de la prominencia que ha alcanzado recientemente (56).

4. Aspectos Administrativos

4.1. Cronograma de actividades

DESCRIPCIÓN	2023															
	Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificar el problema																
Buscar bibliografía																
Elaborar de la situación problemática																
Elaborar de los objetivos generales y específicos y justificación																
Elaborar las delimitaciones, recursos Elaborar las bases teóricas e Hipótesis																
Elaborar el enfoque y diseño Elaborar de Población, muestra y muestreo Elaborar técnicas e instrumentos de recolección de datos																
Elaborar el plan e procesamiento de análisis de datos																
Elaborar aspectos éticos																
Elaborar aspectos administrativos Elaborar los anexos																
Aprobación del proyecto																
Sustentación																

4.2. Presupuesto

Potenciales Humanos	Recursos Humanos			
	Asesorías	1	3.500,00	
	Técnico en Digitaciones	1	130,00	
	Encuestador	2	70	
	Estadístico	1	650	
Recursos Materiales	Material Bibliográfico			
	Textos	Estimado	250	
	Internet	Estimado	120	
	Otros	Estimado	300	
	Material de Impresión			
	Impresión y Copias	Estimado	260	
	Empastado de Tesis	3	120	
	USB	Ejemplares	45,00	
	CD	Unidad	5,00	
	Material de Escritorio			
	Papel Bond A4 80 Gramos	2 Millar	40,00	
	Papelote Cuadriculado	10 Unidades	5,00	
	Cartulina	10 Unidades	4,00	
	Cinta Adhesiva	2 Unidades	3,00	
	Plumones	5 Unidades	12,00	
	Servicios	SERVICIOS		
		Comunicaciones	Estimado	80,00
Movilidad y Viáticos		Estimado	200,00	
Impresiones		Estimado	200,00	
TOTAL DE COSTOS		5994		
Recursos Financieros	El proyecto será autofinanciado			

5. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). TCE - Traumatismo craneoencefálico. [Internet] 2018 [Citado May 2023]. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/938-tce-traumatismo-craneoencefalico/>
2. Giner J, Galán LM, Teruel SY, Espallargas MG, López CP, Guerrero AI, Frade JR. El traumatismo craneoencefálico severo en el nuevo milenio. Nueva población y nuevo manejo. Neurología. [Internet] 2019 [Citado May 2023]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-205988>
3. Redrado Giner JG & García Malla F. Cuidados enfermeros en las personas con traumatismo craneoencefálico severo. [Internet] 2020 [Citado May 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-enfermeros-en-las-personas-con-traumatismo-craneoencefalico-severo/>
4. Borja Santillán, M. A., Plúas Cobo, K. J., Vintimilla Herrera, B. P., & Rodríguez Orellana, G. G. Traumatismo craneoencefalico y complicaciones en accidentes moticiclisticos con y sin casco Hospital León Becerra Milagro 2018-2020. Recimundo. [Internet] 2021 [Citado May 2023]. 5(Especial 1), 17-30. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(esp.1\).nov.2021.17-30](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.17-30)
5. Ariza Hernández AG, Rodríguez Cantillo JJ & Pacheco Hernández A. Epidemiología del trauma craneoencefálico. Monotemático sobre Trauma Craneoencefálico. [Internet] 2018 [Citado May 2023]. 17 (2): 3-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2018/cies182b.pdf>
6. León-Palacios JL, Carranza-Vásquez AP, Alaba-García W & Lovatón R. Craniectomía descompresiva como tratamiento primario de la hipertensión intracraneal por traumatismo

encefalocraneano: Experiencia observacional en 24 pacientes. Acta Médica Peruana. [Internet] 2021 [Citado May 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v38n3/1728-5917-amp-38-03-199.pdf>

7. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. [Internet] 2019 [Citado May 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

8. Gobierno del Perú. Defensoría del Pueblo: cifra de accidentes de tránsito en 2022 alcanza niveles registrados antes de la pandemia [Internet] 2022 [Citado May 2023]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-cifra-de-accidentes-de-transito-en-2022-alcanza-niveles-registrados-antes-de-la-pandemia/>

9. Jauregui F. Características clínicas y epidemiológicas de los traumatismos por accidentes de tránsito en la emergencia del Hospital Barranca Cajatambo. [Tesis para obtener el grado de bachiller en medicina.] Trujillo, Perú. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. 2019. [Internet]. [Consultado 2022 jun 25]. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/2454/JAUREGUI%20MILLA%20FRANCIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Inga Huamani CR. Cuidados De Enfermería En Pacientes Con Traumatismo Encéfalo craneano En El Servicio De Emergencia Del Hospital Espinar, Cusco-2020. Universidad Nacional Del Callao [Internet] 2020 [Citado May 2023]. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5697/Inga_FCS_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Condori Coro NJ. Conocimiento y práctica en la atención inicial de traumatismo craneoencefálico grave, en áreas críticas del Hospital Bajío del oriente enero-marzo [Internet]

2018 [Citado May 2023]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/93-Resultados%20de%20la%20investigaci%C3%B3n-210-1-10-20211001.pdf>

12. Ponce L. Conocimiento y práctica que tiene el profesional de enfermería en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave Universidad de Carabobo. [Internet] 2018 [Citado May 2023]. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/6905/lponce.pdf?sequence=#:~:text=E%20profesional%20de%20enfermer%C3%ADa%20debe,de%20f%C3%A1rmacos%20para%20prevenir%20complicaciones>

13. Pillajo Ushiña MC. Manejo hospitalario del traumatismo craneoencefálico por parte de la enfermera profesional en pacientes de Urgencias Pediátricas de Junio-Agosto 2019. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, [Internet] 2020 [Citado May 2023]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18163/DISERTACION%20M.%20PILLAJO.%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Kiewiet, J. Professional nurses' knowledge and clinical practice regarding patients with a traumatic brain injury in a tertiary hospital. Tesis (MNur)--Universidad de Stellenbosch, [Internet] 2020 [Citado May 2023]. Disponible en: <http://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/107246>

15. Sivakami S, Preetham P, Umadevi K & Priya B. Effect of an Educational Intervention on the Knowledge about Traumatic Brain Injury Guidelines among Clinical Nurses Indian J Neurotrauma 2022;19:127–131. Indian J Neurotrauma [Internet] 2022 [Citado May 2023]. 19:127–131. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0041-1729140.pdf>

16. Ruiz Jiménez, CG. Conocimiento y practica del enfermero en el cuidado de pacientes con traumatismo encefalocraneano en emergencia del Hospital General Cajabamba. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo – Perú [Internet] 2021 [Citado May 2023]. Disponible en:

https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7629/1/REP_CESAR.RUIZ_CONOCIMIENTO.Y.PRACTICA.DEL.ENFERMERO.pdf

17. Montes Retamoso EA, Monzon Gutierrez M & Mamani De Gutierrez L. Nivel De Conocimiento Y Cuidados Que Brinda El Profesional En Enfermería Al Paciente Con Traumatismo Encefalocraneano Del Hospital Guillermo Díaz Vega; Abancay – 2021. Universidad Nacional Del Callao[Internet] 2022 [Citado May 2023]. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6612/TESIS_2DAESP_MONTES_FCS_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Laura Roldan AS & Paco Maquera SA. Nivel de conocimiento y práctica sobre el manejo del paciente adulto con traumatismo encéfalocraneano en los profesionales de enfermería que laborar en el Hospital Ilo-Ilo, 2019. Universidad nacional Jorge Basadre Gorhmann. Tacna[Internet] 2020 [Citado May 2023]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4046/162_2020_laura_rolدان_as_paco_maquera_sa_facS_segunda_especialidad_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Maquera Pilco NN & Vidal Arias YM. Conocimiento y práctica en el manejo del paciente politraumatizado por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2018. Universidad nacional Jorge Basadre Gorhmann. Tacna[Internet] 2020 [Citado May 2023]. Disponible en: http://www.repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3929/153_2019_maquera_pilco_nn_vidal_arias_ym_facS_segunda_especialidad_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. Sencía Gómez N, Guzmán Calderón TB & Carrión Palomino YI. Nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encefalo craneano grave del servicio de emergencia del hospital sub regional de andahuaylas – 2020. Callao [Internet] 2020 [Citado May 2023]. Disponible en:

http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6212/TESIS_2DAESP_SENC%c3%8da_GUZMAN_CARRION_FCS_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. Bolisani, E., Bratianu, C. La esquivada definición del conocimiento. En: Estrategias de conocimiento emergente. Gestión del conocimiento y aprendizaje organizacional, vol 4. Springer, Cham. [Internet] 2018 [Citado May 2023]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-60657-6_1

22. Granero-Molina José, Mateo Aguilar Ester. Conocimiento e interés: implicaciones metodológicas para la ciencia enfermera. Index Enferm [Internet]. 2018 [citado May 2023]; 27(1-2): 47-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100010&lng=es.

23. Ramírez V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An. Fac. med. [Internet]. 2019 [citado May 2023]; 70(3): 217-224. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832009000300011&lng=es.

24. Ramos Serpa, G. La naturaleza del conocimiento filosófico desde la perspectiva de la actividad humana: implicaciones formativas. Conrado, [Internet]. 2021 [citado May 2023]; 17(78), 94-103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000100094&lng=es&tlng=es.

25. Rodríguez Jiménez, A & Pérez Jacinto, AO. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Rev. esc.adm.neg [Internet]. 2018 [citado May 2023]; pp.179-200. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602017000100179

26. Agudelo Ceballos, EJ, & Valencia Arias, A. La gestión del conocimiento, una política organizacional para la empresa de hoy. Ingeniare. Revista chilena de ingeniería, [Internet]. 2018

[citado May 2023]; 26(4), 673-684. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-33052018000400673

27. Ramírez L, Cáceres J, Belaunde L. Conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes politraumatizados por el Servicio Móvil de Urgencias. [Tesis de Especialidad]. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]. 2018 [Citado May 2023]. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3914url>

28. Belaunde Garcia, LA, Ramirez Lopez LY & Cáceres Robles JC. Conocimiento y práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado. [Tesis de Especialidad]. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]. 2018 [Citado May 2023]. Disponible en:

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3914/Conocimiento_Belaunde_Garcia_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29. Moscaiza Yactayo, GY. Conocimiento y practica en el manejo del paciente politraumatizado que realizan las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital II del Callao 2021. Universidad Norbert Wiener. [Internet] 2022 [Citado May 2023]. Disponible en:

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5953>

30. Maquera Pilco, NN; Vidal Arias, YM. Conocimiento y práctica en el manejo del paciente politraumatizado por el profesional de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2018. [Internet] 2019 [Citado May 2023]. Disponible en:

<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3929>

31. Godoy W, et al. General care in the management of severe traumatic brain injury: Latin American consensus. Med Intensiva (Ed. Eng.). [Internet] 2020 [Citado May 2023]. 44(8):500-508. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32376092/>

32. Viruez-Soto JA, Valdez-Aliendre J, Chuquimia-Rodríguez G, Soliz-Hurtado M, Lequipe-Mamani C, Zegarrundo-Bustos E et al. Cuidados intensivos en un centro de trauma. cuadrado

- Hospital. clin. [Internet]. 2019 [citado May 2023]; 60 (Especial): 28-32. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762019000300005&lng=es.

33. Duarte-Chang Calixto, Beitia Susan, Adames Enrique. Utilidad de la escala de Glasgow-Blatchford en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa, con alto y bajo riesgo de complicaciones atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Santo Tomás, 2015-2016. Rdo. gastroenterol. Perú [Internet]. 2019 [citado de May 2023]; 39(2): 105-110. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000200002&lng=es.

34. Rau C., Wu S., Kuo P., Chen Y., Chien P., Hsieh H., Hsieh C. Polytrauma Defined by the New Berlin Definition: A Validation Test Based on Propensity-Score Matching Approach. Int J Environ Res Public Health. 2017, 11;14(9):1045. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615582/>

35. Lueckel SN, Stephen AH, Monaghan SF, Binder W, Adams Jr CA. Predicting Outcomes in Acute Traumatic Brain Injury (TBI). Rhode Island Medical Journal. 6. [Internet] 2019 [Citado May 2023]. 1;102(8):34-Disponible en: <http://www.rimed.org/rimedicaljournal/2019/10/2019-10-34-trauma-lueckel.pdf>

36. Bravo Neira AG, Herrera Macera SP, Álvarez Ordoñez WJ, Delgado Conforme WA. Traumatismo Craneoencefálico: Importancia de su Prevención y Tratamiento. Recimundo [Internet]. 2019 [citado may 2023];3(2):467-83. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/457>

37. Sandoval Balarezo, GM, Chisag Guamán, MM, Sánchez Zurita, MA & Quinatoa Caba, G. Nursing performance in penetrating head trauma. Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies, [Internet] 2018 [Citado May 2023]. 3(8), 62–70. Disponible en: <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.562>

38. Piñón GK, Montes MMN, Correa BM, et al. Factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes politraumatizado agudo. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*. 19(3):1-14. [Internet] 2020 [Citado May 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100278>
39. Ortega Zufiría JM et al. Factores clínicos y de neuroimagen asociados con el pronóstico del politraumatizado. [Internet] 2018 [Citado May 2023]. 8 (1) Disponible en: <https://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/266>
40. Georges A, M Das J. *Traumatic Brain Injury*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Internet] 2023 [Citado May 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459300/>
41. Soto-Páramo DG, Pérez-Nieto OR, Deloya-Tomas E, Rayo-Rodríguez S, Castillo-Gutiérrez G, Olvera-Ramos MG et al. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la lesión cerebral traumática. *Neurol Neurocir Psiquiatr*. [Internet] 2022 [Citado May 2023]. 50 (1): 4-15. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/105545>
42. Meléndez Chávez, S. La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de Covid-19: experiencias de alumnos. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*. [Internet]. 2021 [citado May 2023] 8(spe5), 00004. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902020000800004
43. Elizalde-Ordoñez H, Ortiz-Dávalos G, Rodríguez-Quezada F, Aya-Roa KJ, Moreno-González MM. Experiencia del profesional de enfermería en su relación con el estudiante durante su práctica clínica. *Sanus* [Internet]. 2021 [citado May 2023]; 6: e192. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942021000100302
44. Rojas-Peñalosa J, Zapién-Madrigal JM, Athié-García JM, et al. Manejo de la vía aérea. *Rev Mex Anest*. [Internet] 2018 [Citado May 2023]. 40(Suppl: 1):287-292. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72830>

45. Moscaiza Yactayo, Graciela Ysabel. conocimiento y practica en el manejo del paciente politraumatizado que realizan las enfermeras del servicio de emergencia de un hospital II del Callao 2021. Universidad Norbert Wiener. [Internet] 2022 [Citado May 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5953>
46. Pinchak Catalina, Salinas Pamela, Prado Francisco, Herrero María, Giménez Gloria, García Carolina et al. Actualización en el manejo respiratorio de pacientes con enfermedades neuromusculares. Arco. pediatra Urug. [Internet]. 2018 [citado May 2023]; 89(1): 40-51. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492018000100040&script=sci_arttext
47. Félix-Sifuentes DJ. Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo. Rev Mex Anest. [Internet] 2018 [Citado May 2023]; 41(Suppl: 1):169-174. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181be.pdf>
48. Vásquez-Tirado G, Segura-Plasencia N, Cuadra Campos M, Arbayza-Ávalos Y, Quispe-Castañeda C, Fernández-Rodríguez L et al. Hipernatremia Como Factor Pronóstico De Mortalidad En Trauma Encefalocraneano Severo. Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2022 [citado 2023 May]; 31(2): 52-58. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812022000200052
49. Barragan T, Gavilanes M, Lombeyda G, Muñoz M. Modelo de Virginia Henderson en la influenza ah1n1. talentos [Internet]. 2018 [citado May 2023];2018(1):704-12. Disponible en: <https://talentos.ueb.edu.ec/index.php/talentos/article/view/120>
50. López Gallo I, Múnica Herrera M, Restrepo Medrano N & Vargas Sepúlveda M. Necesidades del adulto mayor según el Modelo de Virginia Henderson. Universidad CES. Medellín, Antioquia. [Internet] 2019 [Citado May 2023]. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4509>

51. Diccionario Britannica. Método hipotético-deductivo. [Internet]. 2022. [citado May 2023]; Disponible en: <https://www.britannica.com/science/hypothetico-deductive-method>
52. USC Libraries Research Guides. Organizing Your Social Sciences Research Paper. Quantitative Methods. [Internet]. 2023. [citado May 2023]; Disponible en: <https://libguides.usc.edu/writingguide/quantitative#:~:text=Quantitative%20methods%20emp,hasize%20objective%20measurements,statistical%20data%20using%20computational%20techniques>.
53. Garcia-González, JR., & Sánchez-Sánchez, PA. Theoretical design of research: methodological instructions for the development of scientific research proposals and projects. Información tecnológica, [Internet]. 31(6), 159-170. [citado May 2023]; Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642020000600159>
54. Cvetkovic-Vega A, Maguiña Jorge L., Soto Alonso, Lama-Valdivia Jaime, López Lucy E. Correa. Estudios transversales. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 [citado May 2023]; 21(1): 179-185. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230805312021000100179&lng
55. Tineo Gutiérrez, M. Conocimiento y práctica del personal de enfermería en el manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al servicio de emergencia de un Hospital Nacional de Comas, 2021. [Tesis de posgrado en Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener. 2022. [citado May 2023]; Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6040/T061_70154074_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
56. Insua Jorge T. Principialismo, bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. pers.bioét. [Internet]. 2018 [citado May 2023]; 22 (2): 223-246. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222018000200223&lng=en.

6. ANEXOS

Anexo 1.

6.1. Matriz de Consistencia

Formulación del problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Diseño/Metodológico
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente con traumatismo cráneo encefálico severo y la práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023?</p>	<p>Objetivo general: Determinar cuál es la relación entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente con traumatismo cráneo encefálico severo y la práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023.</p>	<p>Hipótesis general: Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023.</p>	<p>V1: Conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado DIMENSIONES: Control de vía aérea y cervical Respiración y control de la ventilación Control de la hemorragia y manejo de la circulación Control neurológico sobre el cuidado del paciente Control de la exposición del paciente</p>	<p>Método de investigación Hipotético deductivo Enfoque será cuantitativo Tipo de investigación Aplicada Diseño de la investigación No experimental, Corte transversal Correlacional Población y muestra La población estará conformada por 80 enfermeros del servicio de emergencia.</p>
<p>Problemas específicos: ¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control de cervical y vía aérea sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia? ¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión respiración y control de la ventilación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia? ¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control de la hemorragia y manejo de la circulación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia?</p>	<p>Objetivos específicos: Identificar cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control de cervical y vía aérea sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia. Establecer cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión respiración y control de la ventilación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia. Analizar cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control de la hemorragia y manejo de la circulación sobre el cuidado del</p>	<p>Hipótesis específicas: Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión manejo de la vía aérea y control cervical sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia. Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión respiración y control de la ventilación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia. Hi3: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión control de la</p>	<p>V2: Práctica sobre el cuidado del paciente politraumatizado DIMENSIONES: Control de vía aérea y cervical Respiración y control de la ventilación Control de la hemorragia y manejo de la circulación Control neurológico sobre el cuidado del paciente Control de la exposición del paciente</p>	<p>Técnica e Instrumentos: Las técnicas que se aplicarán incluyen la encuesta y la observación. Como instrumentos: Cuestionario y Guía de Observación.</p>

<p>¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control neurológico sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control de la exposición sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia?</p>	<p>paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia. Estudiar cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control neurológico sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.</p> <p>Determinar cuál es la relación entre los conocimientos en su dimensión control de la exposición sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.</p>	<p>hemorragia y manejo de la circulación sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.</p> <p>Hi4: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión control neurológico sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.</p> <p>Hi5: Existe relación estadísticamente significativa entre los conocimientos en su dimensión control de la exposición sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia.</p>
--	---	---

Anexo 2.

6.2. Instrumentos

PARTE I. Conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado

Presentación: A continuación, se le presenta una serie de enunciados relacionados con el propósito principal de este estudio: “Determinar cuál es la relación entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente con traumatismo craneo encefálico severo y la práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023.”

Datos Generales:

Personal de enfermería: Técnico () Licenciado/a () Especialidad ()

Edad: _____

Sexo: Femenino () Masculino ()

Tiempo de experiencia laboral: _____

Instrucciones: Identifique la respuesta que considere correcta y encierre o marque de acuerdo a su criterio la letra delante del ítem.

1. ¿Para mantener la vía aérea permeable, qué procedimiento debe realizarse?

- a. Aspiración, extracción de órganos extraños.
- b. Maniobra frente – mentón, tracción mandibular
- c. Cánula orofaríngea
- d. Todas las anteriores

2. Antes de movilizar a un paciente con traumatismo craneoencefálico, ¿qué es lo primero que hay que hacer?

- a. Establecer una línea lateral.
- b. Supervisar
- c. Levantar las vallas
- d. Colocar collar cervical

3. ¿Qué tipo de respiración puede presentar una persona que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico?

- a. Bradipnea y Cheyne – Stokes
- b. Taquipnea y Biot
- c. Cheyne-stokes y Biot
- d. Ninguna de las anteriores

4. ¿Cuál de las cuatro tecnologías más populares para administrar oxígeno extra, tiene la mayor concentración de oxígeno?

- a. Cánula nasal
- b. Mascara de reservorio
- c. Mascara simple
- d. Mascara venturi

5. El paciente con TCE debe tener una saturación de oxígeno mayor de:

- a. 98%
- b. 70%
- c. 100%
- d. 50%

5. ¿Por qué es necesaria la oxigenoterapia en un paciente que ha sufrido una lesión cerebral?

- a. Permite una oxigenación óptima de las células y las neuronas.
- b. Porque se produce la vasoconstricción
- c. Genera disnea
- d. Causa más problemas respiratorios

7. ¿Qué tipo de soluciones se emplean en el tratamiento inicial del paciente para la TCE?

- a. Dextrosa 5% y Solución Salina 0,9%
- b. Solución salina 0.9%
- c. Lactato de Ringer.
- d. Dextrosa 5 %

8. ¿Qué síntomas clínicos indican una PIC elevada (tríada de Cushing)?

- a. Hipertensión, bradicardia, taquipnea
- b. Hipotensión, taquicardia, apnea
- c. Hipertensión, bradicardia, respiración irregular.
- d. Ninguna de las anteriores

9. La primera acción a realizar si el paciente tiene una herida abierta en la cabeza y está sangrando es:

- a. Coloca un torniquete.
- b. Poner un vendaje compresivo.
- c. Comprimir manualmente
- d. Comprimir la arteria más alejada

10. ¿Para qué se utiliza el Glasgow?

- a. Para evaluar el grado de daño cerebral.
- b. Evaluar el patrón respiratorio
- c. Determinar el nivel de consciencia
- d. Determinar el estado de shock

11. La escala de coma de Glasgow valora 3 parámetros y atribuye valores máximos de:

- a. Apertura ocular 4, respuesta verbal 6, respuesta motora 5
- b. Apertura ocular 5, respuesta verbal 4, respuesta motora 6
- c. Apertura ocular 6, respuesta verbal 5 respuesta motora 4
- d. Apertura ocular 4, respuesta verbal 5, respuesta motora 6

12. ¿Cómo se denomina la situación en la que el paciente tiene el torso rígido, los brazos extendidos, los puños apretados y las piernas extendidas?

- a. Signo opistótono
- b. Signo de kerning
- c. Signo de decorticación
- d. Signo de descerebración

13. En la exploración física, los miembros superiores e inferiores derechos del paciente muestra una disminución de la movilidad y la fuerza, a este signo se le denomina:

- a. Hemiparesia
- b. Paraplejia
- c. Hemiplejia
- d. TCE

14. Si observamos una ligera dilatación pupilar con una respuesta lenta a la luz, el paciente tiene:

- a. Lesión del mesencéfalo
- b. Lesión metabólica
- c. Hernia del lóbulo temporal
- d. Hernia del techo del mesencéfalo

15. Son manifestaciones clínicas del Traumatismo craneoencefálico:

- a. Rinorrea, prurito, fiebre y otorragia.
- b. 9 puntos por Glasgow, cianosis, ictericia, alteración de la conciencia, signo de Batle, cefalea, náuseas y una herida abierta.
- c. 9 puntos por Glasgow, cianosis, ictericia, y una herida abierta
- d. Vigilancia, Glasgow 15 puntos, oliguria, prurito y vómitos

16. ¿Cuántos grados debe estar inclinada la cabecera de la cama para un paciente con TCE?

- a. 15 – 30°
- b. 20 – 30°
- c. 45°-60 °
- d. 30- 45°

17. ¿Qué efectos secundarios experimentan con más frecuencia las personas con daño cerebral traumático?

- a. Hipotermia, hipertensión, convulsiones
- b. Hipoxia cerebral, hipotensión,
- c. Hipertensión endocraneana, convulsiones.
- d. Ninguna de las anteriores

18.La salida de líquido cefalorraquídeo nos indica:

- a. Fractura de grúa
- b. Hematoma epidural
- c. Fractura en la base del grano
- d. Hemorragia subaracnoidea

19. El traumatismo craneoencefálico es:

- a. Lesión del SNC, el cráneo y la consciencia se ven comprometidos
- b. Traumatismo en la columna vertebral que pueda afectar al funcionamiento del sistema nervioso
- c. Traumatismo craneoencefálico directo o indirecto
- d. Producida por un mecanismo de aceleración y desaceleración.

20.Signos de fractura de base media de cráneo

- a. Un hematoma abdominal

- b. Equimosis mastoidea-retroauricular superior
- c. Aumento de la PIC
- d. Otorragia, otorragia, rinorragia, etc.

**PARTE II. Guía de observación. Práctica sobre el cuidado del paciente
politraumatizado**

Ítems/Preguntas	SI	NO
<p>A. PRÁCTICA SOBRE CONTROL DE VÍA AÉREA Y CERVICAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eleva la barbilla tirando de la mandíbula en lugar de hiper extender el cuello. 2. Busca objetos extraños en la boca. 3. Inserta una cánula orofaríngea en caso de que el grado de consciencia del paciente disminuya. 4. Utiliza un collar Filadelfia para proteger el agregado de la columna vertebral de cualquier daño. 5. Coloca la columna cervical en alineación neutra con la cabeza. 6. Aspira secreciones si es necesario. 7. Hiperoxígeno antes de introducir la sonda de aspiración 8. Practica el de aspiración que supere los 10 segundos. 9. Da al menos un minuto de descanso entre cada aspiración posterior. Hasta que haya una recuperación de la saturación de oxígeno superior al 90%. <p>B. PRÁCTICA SOBRE RESPIRACIÓN Y CONTROL DE LA VENTILACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúa el patrón respiratorio: biot, hiperventilación y respiración de Cheyne Stokes. 2. En función del estado del paciente, administra oxígeno al 100%. 3. Hace un seguimiento regular de los parámetros respiratorios y de la saturación de oxígeno. <p>C. PRÁCTICA SOBRE CONTROL DE LA HEMORRAGIA Y MANEJO DE LA CIRCULACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lleva un registro de la frecuencia, la amplitud y el ritmo del pulso. 2. Evalúa el color de la piel y el llenado capilar. 		

3. Acceso venoso de alto flujo a través de canales (2 vías intravenosas de calibre 18).

4. Administra líquidos isotónicos.

5. Busca puntos de sangrado e intento aplicar presión directa para controlar.

6. Reconoce la tríada de Cushing, que incluye hipertensión, bradicardia y cambio del patrón respiratorio.

D. PRÁCTICA SOBRE CONTROL NEUROLÓGICO SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE

1. Usa la escala de Glasgow para seguir el estado neurológico.

2. Determina el grado de consciencia: alerta, confusión, somnolencia, estupor y coma.

3. Evalúa las posturas desacertadas, el tono muscular y los movimientos de las extremidades.

4. Evalúa el tamaño, la respuesta y la simetría de la pupila.

5. Observa lecturas anormales de glucosa en sangre y se lo comunica al médico.

6. Estudia los nervios craneales (reflejos) en el número seis.

E. PRÁCTICA SOBRE EL MANEJO DE EXPOSICIÓN AL MEDIO AMBIENTE

1. Retira la ropa al paciente y mantiene el ángulo de la cabecera entre 30 y 45 grados.

2. Comprueba la temperatura

3. Para prevenir la hipotermia, envuelve al paciente en mantas.

Anexo 3.

6.3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIE-VRI

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener
 Investigadores : Víctor Enrique Landaez Herrera
 Título : “Conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023”

Propósito del estudio: Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: “Conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023”. Este es un estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener **Víctor Enrique Landaez Herrera**. El propósito es: “Determinar cuál es la relación entre los conocimientos sobre el cuidado del paciente politraumatizado y práctica de enfermería en el servicio de emergencia de una Clínica de Lima, 2023”.

Procedimientos:

Si usted decide participar en este estudio se le solicitará lo siguiente:

- Leer detenidamente todo el documento y participar voluntariamente
- Responder todas las preguntas formuladas en la encuesta
- Firmar el consentimiento informado

La encuesta puede demorar unos 20 a 30 minutos y los resultados se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Su participación en el estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Beneficios: Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del participante:

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el Lic. **Víctor Enrique Landaez Herrera** al 000000000 y/o al Comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 7065555 anexo 3285. comité.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigadora

Nombre:

DNI:

TURNITIN

● 20% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Submitted on 1690607873318 Submitted works	1%
2	uwiener on 2023-05-01 Submitted works	1%
3	uwiener on 2023-02-05 Submitted works	<1%
4	Submitted on 1686868293912 Submitted works	<1%
5	uwiener on 2023-02-19 Submitted works	<1%
6	repositorio.unap.edu.pe Internet	<1%
7	Universidad Wiener on 2023-03-18 Submitted works	<1%
8	Submitted on 1691607709343 Submitted works	<1%