



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES

Trabajo Académico

Conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente
politraumatizado en el servicio de emergencias de un hospital público, Lima –
2025

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

Presentado por:

Autor: Medina Tudela, Juan Pablo Jose


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5641-2520>

Asesora: Mg. Gil Miranda, Elizabeth Maribel

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>

Lima – Perú

2026

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

Yo, Medina Tudela, Juan Pablo Jose, Egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa Académico de Enfermería, Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres de la Universidad Privada Norbert Wiener; declaro que el trabajo académico titulado “Conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencias de un hospital público, Lima – 2025”, Asesorado por la Docente Mg. Gil Miranda, Elizabeth Maribel, DNI N° 09774617, ORCID <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>, tiene un índice de similitud de 17 (Diecisiete) %, con código :14912:582362184, 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(a)
MEDINA TUDELA, JUAN PABLO JOSE
 DNI N°: 40150524



.....
 Firma del Asesor
GIL MIRANDA, ELIZABETH MARIBEL
 DNI N° 09774617

Lima, 07 de Enero del 2026

Dedicatoria

A los seres más importantes de mi vida, por quienes me inspiro para seguir creciendo tanto profesional como personalmente, mi familia.

Agradecimiento

Mi sincero agradecimiento a mi asesora, quien me proporcionó los conocimientos necesarios para la elaboración del presente proyecto.

Asesora: Mg. Gil Miranda, Elizabeth Maribel
Código ORCID N° : <https://orcid.org/0009-0000-6440-6454>

JURADO

Presidente : Mg. Rojas Trujillo, Juan Esteban

Secretario : Mg. Barreda Paredes, Ruby Ines

Vocal : Dr. Arevalo Marcos, Rodolfo Amado

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	ix
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Teórica	5
1.4.2. Metodológica	6
1.4.3. Práctica	6
1.5. Delimitación de la investigación	7
1.5.1. Temporal	7
1.5.2. Espacial	7

1.5.3. Población o unidad de análisis	6
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Formulación de hipótesis	24
2.3.1. Hipótesis general	24
2.3.2. Hipótesis específicas	25
3. METODOLOGÍA	26
3.1. Método de la investigación	26
3.2. Enfoque de la investigación	26
3.3. Tipo de investigación	26
3.4. Diseño de la investigación	26
3.5. Población, muestra y muestreo	27
3.6. Variables y operacionalización	29
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.7.1. Técnica	31
3.7.2. Descripción de instrumentos	31
3.7.3. Validación	32
3.7.4. Confiabilidad	33
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	33
3.9. Aspectos éticos	33
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	35
4.1. Cronograma de actividades	35

4.2. Presupuesto	36
5. REFERENCIAS	37
ANEXOS	47
Anexo 1: Matriz de consistencia	48
Anexo 2: Instrumentos	49
Anexo 3: Consentimiento informado	63
Anexo 4: Informe de originalidad	

RESUMEN

El politraumatismo representa una de las principales causas de morbimortalidad en los servicios de emergencia, donde el profesional de enfermería desempeña un rol fundamental para asegurar una atención oportuna y eficaz. Contar con un adecuado nivel de conocimientos y una práctica clínica correcta contribuye a reducir complicaciones, estabilizar al paciente y mejorar los resultados en salud. El presente estudio tiene como objetivo “Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencias de un hospital público de Lima – 2025”. El método de investigación será de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo correlacional y de corte transversal. La población y muestra se conformará por 50 enfermeros del servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, aplicándose un muestreo censal. Para el proceso de recopilación de información se emplearán dos instrumentos previamente admitidos: un cuestionario y una guía de observación. Ambos instrumentos, elaborados y validados por Maquera Pilco N., Vidal Arias (2018), adaptado al estudio reciente de Cruz Peña (2023). La valuación de los instrumentos arrojó una validez de contenido de 1,29 según el índice DPP y niveles satisfactorios de confiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach de 0,759 y 0,804. La información será registrada en Microsoft Excel 2022 y analizada utilizando el programa estadístico SPSS versión 20, aplicando estadística descriptiva y la asociación de las variables determinará con la prueba exacta de Fisher, considerada apropiada para muestras pequeñas y estudios correlacionales en el ámbito de la salud.

Palabras claves: Politraumatizado, conocimiento, práctica de enfermería, emergencia, atención del trauma.

ABSTRACT

Polytrauma is one of the leading causes of morbidity and mortality in emergency services, where nursing professionals play a crucial role in ensuring timely and effective care. Adequate knowledge and correct clinical practice contribute to reducing complications, stabilizing patients, and improving health outcomes. This study aims to determine the relationship between nurses' knowledge and practice in the management of polytraumatized patients in the emergency department of a public hospital in Lima, 2025. The research will adopt a quantitative approach with a non-experimental, correlational, cross-sectional design. The population and sample will consist of 50 nurses working in the emergency department of Hospital María Auxiliadora, selected through census sampling. Data collection will be carried out using two previously validated instruments: a questionnaire and an observation guide. These instruments were originally developed and validated by Maquera Pilco N. and Vidal Arias (2018) and later adapted by Cruz Peña (2023). The instruments demonstrated content validity with a DPP index of 1.29 and satisfactory reliability levels, with Cronbach's alpha coefficients of 0.759 and 0.804, respectively. Data will be recorded in Microsoft Excel 2022 and analyzed using SPSS version 20. Descriptive statistics will be applied, and the association between variables will be assessed using Fisher's exact test, which is appropriate for small samples and correlational studies in the health field.

Keywords: Polytrauma, knowledge, nursing practice, emergency, trauma care.

1.-EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

A nivel global, los traumatismos forman parte una de las principales amenazas para la salud pública debido a su alta incidencia, mortalidad y efectos socioeconómicos. La “Organización Mundial de la Salud”(OMS) al año 2023, registra aproximadamente 1,3 millones de fallecidos cada año debido lesiones asociadas al tránsito, representando cerca del 2,1 % de todas las muertes; mientras que entre 20 y 50 millones sufren lesiones no mortales pero que generan discapacidad permanente o temporal (1).

Dentro de este orden de ideas, el politraumatismo es definido como lesiones simultáneas que comprometen dos o más sistemas corporales, representan uno de los cuadros clínicos más graves atendidos en servicios de emergencias, y requieren intervenciones rápidas, precisas y basadas en evidencia científica. Dicho de otra forma, la severidad del daño y la resistencia del paciente dependen directamente de la calidad de la atención inicial brindada durante los primeros minutos posteriores al trauma, conocida como la “hora dorada” (2).

Por otra parte, en el ámbito internacional, las regiones con menor infraestructura sanitaria continúan mostrando una tendencia al alza en la mortalidad por trauma. África registra incrementos superiores al 40% en fallecimientos relacionados con lesiones graves, mientras que en el Mediterráneo Oriental se evidencia aumentos cercanos al 30% en los últimos años. En este sentido en el 2024, diversos estudios señalan que el 35% y 50% de las muertes por trauma podrían evitarse con una atención inicial oportuna, estandarizada y realizada por profesionales con competencias actualizadas, especialmente el personal de enfermería, encargado de estabilizar al paciente en las fases críticas del manejo (3).

No obstante, registros del 2022 de la “*Organización Panamericana de la salud*” (OPS), mencionan que quienes ingresan por politraumatismo tienen mortalidad temprana entre los primeros 60 minutos, de manera tardía se da entre las 24 y 48 horas. Estas pérdidas representan un 50 a 70% previo al ingreso de hospitalización. Entre las principales causas están las lesiones del sistema nervioso central con 20 a 70%, hemorragias en un 10 a 25% sepsis con un 3 a 17% y falla multiorgánica en un 1 a 9% (4).

A nivel latinoamericano, esta situación no disminuye, según el nuevo reporte de la Organización Panamericana de la Salud 145 000 muertes en las Américas representa el 12% de las muertes a nivel mundial debido a accidentes de tránsito, a pesar de algunos avances lentos y desiguales, se resalta también la necesidad urgente de políticas más sólidas (5). Además, en relación con la problemática que se presenta, se evidencia que una parte de estos decesos ocurre debido a fallas en la valoración primaria, retrasos en la toma de decisiones y limitaciones en la aplicación de protocolos de atención inicial, tales como los lineamientos del Advanced Trauma Life Support (ATLS) (6). En otras palabras, el dominio insuficiente de conocimientos y la práctica limitada forman factores que repercuten en el pronóstico del paciente politraumatizado de los sistemas de salud de la región (7)

En el Perú, estadísticas revelan cifras que ameritan especial atención. El Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC) y la Defensoría del Pueblo reportaron, solo en el 2023, más de 90.000 siniestros viales, con un saldo superior a 3.200 muertes, de los cuales aproximadamente el 3,5 % resultaron en fallecimientos, superando las 3.200 muertes, mientras que cerca del 60 % de los afectados presentaron lesiones de diversa gravedad. Estas cifras reflejan que el tema de investigación se mantiene como una de las más importantes raíces de morbilidad del país, impactando significativamente en el sistema de salud y demanda de servicios en emergencia (8).

Lima Metropolitana concentra aproximadamente el 35% de los accidentes ocurridos en el país, siendo los distritos del sur y norte los más afectados (9). Además, informes recientes de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) indican que los servicios de emergencia de los hospitales de Lima operan frecuentemente por encima del 120% de su capacidad, lo cual repercute en retrasos en la atención, rotación del personal y sobrecarga funcional, especialmente entre los profesionales de enfermería. Esto es, las condiciones asistenciales actuales dificultan que el personal brinde una atención inicial rápida, segura y protocolizada al paciente politraumatizado. (10)

A continuación, en relación con la problemática expuesta, es importante destacar que los hospitales de referencia de Lima Sur, como el Hospital María Auxiliadora (HMA), reciben un volumen sostenido de pacientes traumatizados provenientes de distritos altamente poblados : “Villa El Salvador”, “San Juan de Miraflores” y “Villa María del Triunfo”. Reportes oficiales, su servicio de emergencia ha experimentado incrementos progresivos en la demanda, superando en algunos periodos el 15–20% respecto a años previos. Sin embargo, la elevada carga asistencial y la constante rotación del personal dificultan la continuidad de la capacitación, lo que genera brechas en la aplicación consistente de protocolos como el ABCDE del trauma, el control de hemorragias y la estabilización hemodinámica inmediata (11).

Por último, enfermeros evidencian limitaciones en reconocer prioridades clínicas, llevar a cabo maniobras complejas en tiempos óptimos y aplicar protocolos estandarizados, lo cual retrasa el abordaje y compromete la evolución del paciente. De esto se deduce que la falta de actualización continua, la presión asistencial y el uso insuficiente de guías prácticas inciden directamente en la

atención inicial del usuario politraumatizado en el HMA, pudiendo afectar su pronóstico, prolongar su estancia hospitalaria y aumentar el riesgo de complicaciones.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo se relacionan el conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencias de un hospital público, Lima - 2025?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cómo se relacionan el conocimiento según la dimensión de valoración primaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público, Lima - 2025?

¿Cómo se relacionan el conocimiento según la dimensión de valoración secundaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público, Lima - 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación del conocimiento y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público, Lima – 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar la relación del conocimiento según la dimensión de valoración primaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público, Lima – 2025.

Identificar la relación del conocimiento según la dimensión de valoración secundaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público , Lima – 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Se apoya sobre ideas que dan razón al profesional de enfermería, quien requiere tanto conocimiento como habilidades y destrezas en la práctica para proporcionar una atención al paciente politraumatizado. En referencia la variable independiente, ella se sustenta en la teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem y el cuidado humano de Jean Watson, destacando sobre el conocimiento del enfermero va más allá de un dominio de técnicas, sumado al razonamiento tanto clínico como científico y la ética. Considerando estas teorías, el conocimiento del enfermero pasa a ser un elemento esencial para el área de emergencia, donde se enfrentan escenarios complejos y de alta complejidad asistencial.

Al mismo tiempo, variable dependiente tiene como fundamento la teoría de la práctica profesional de Patricia Benner y la teoría de Adaptación de Callista Roy, ambas explican como la práctica clínica se fortalece mediante la experiencia, desarrollo de habilidades y capacidad de respuesta ante situaciones críticas. En el área de emergencia, la práctica del enfermero es

determinante ya que requiere proporcionar respuestas adaptativas eficaces, mejorar la evolución del paciente para garantizar una atención segura y basada en protocolos.

1.4.2. Metodológica

Su enfoque cuantitativo, correlacional y diseño transversal, lo cual es adecuado para conocer con exactitud la realidad del conocimiento y practica del enfermero en un momento determinado, sin intervenir en el desempeño del profesional de enfermería. Además, los instrumentos seleccionados cumplen con los procedimientos de validez y confiabilidad que se aplicaron en el 2021 por Moscaiza GY, adaptándose convenientemente a la presente investigación para obtener los resultados deseados.

1.4.3. Práctica

El servicio de emergencias del Hospital María Auxiliadora requiere de la aplicación de esta investigación, ya que se atiende a un número elevado de pacientes con trauma, y lograr una atención de calidad requiere de la adecuada preparación del enfermero. La alta carga laboral y los cambios de personal hacen que sea indispensable identificar que saben los enfermeros y como lo aplican en una situación de emergencia.

Los resultados que se obtendrán van a permitir reconocer fortalezas y debilidades, mejorar procedimientos, reforzar protocolos y orientar futuras capacitaciones. En consecuencia, el profesional de enfermería, pacientes y la institución se verán beneficiada al lograr una atención rápido y eficaz.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Este estudio se desarrollará entre los meses octubre a marzo del año 2026.

1.5.2. Espacial

Este estudio se desarrollará en la Av. Miguel Iglesias N° 968 San Juan de Miraflores –
Lima.

1.5.3 Población o unidad de análisis

Enfermeras del hospital público, del servicio de emergencia.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 A nivel internacional

Amare , (12), el 2024, desarrollo en África la investigación con el propósito de “Evaluar el conocimiento y la práctica de enfermeras del servicio de urgencias sobre manejo del shock hipovolémico postraumático”. En el aspecto metodológico, fue un estudio descriptivo transversal; asimismo se intervino 215 enfermeras. Realizo un cuestionario y lista de cotejo validados. Se evidencio el 28.8% con conocimiento bueno; 29.8% buena práctica. En conclusión, existe una baja proporción de competencias; requiere programas formativos institucionales.

Tippens , (13), en el 2023, llevo a cabo en Estados Unido una investigación orientada a “Explorar percepciones, conocimiento y prácticas del personal sobre trauma-informed care en urgencias”. En el aspecto metodológico fue un estudio con metodología mixta, se empleó encuestas y entrevistas; asimismo se realizó un muestreo por conveniencia en hospital académico; aplicándose a 120 profesionales de la salud. Los resultados muestran que 42% posee nivel alto de conocimiento; 38% implementan prácticas acordes a protocolos. En conclusión: existe brecha entre conocimiento y aplicación práctica; se recomienda formación continua.

Mohamed, (14), en el 2020, llevo a cabo en Egipto el desarrollo de una investigación con la finalidad de determinar el “Impacto de un programa educativo sobre conocimiento y práctica en cuidado del traumatismo craneoencefálico”. En el aspecto metodológico fue un estudio cuasi-experimental pre-post; asimismo se aplicó a 30 profesionales, empleando una intervención educativa estructurada. Los resultados fueron la mejora global de conocimientos y prácticas en un

70% pos intervención. En conclusión: la educación dirigida incrementa significativamente competencias en trauma.

Shabila, (15), en el 2021, en Palestina, desarrollo la investigación cuyo objetivo fue “Determinar el conocimiento y prácticas del personal de enfermería sobre manejo del trauma en centros de urgencias”, en el aspecto metodológico fue un estudio de diseño transversal; se aplicó a 200 enfermeras empleando como instrumentales el cuestionario y un check lista observacional validados. Se evidencio que el 54% de enfermeras estudiadas tenían un alto conocimiento mientras que el 66% tenía buenas practicas. En conclusión, existe brechas significativas asociadas a falta de protocolos y formación.

Wa’el et al, (16), en el 2023, llevo a cabo en Palestina la investigación cuya finalidad fue “Determinar los conocimientos y la práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes con traumatismo craneoencefálico en una unidad de cuidados intensivos”. Su metodología fue descriptivo, transversal, tuvo como población 165 enfermeras. Como instrumento se empleó el cuestionario. Los hallazgos arrojaron que un 99% posee un conocimiento escaso y un 115% refleja que la atención también es baja. En conclusión no existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

2.1.2 A nivel nacional

Ojeda y Vigo, (17), en 2023, Lima , desarrolla la investigación, cuyo objetivo fue “Determinar relación entre conocimiento y práctica en atención a politraumatizados en enfermería del Hospital Cayetano Heredia”. Metodología de diseño aplicado fue no experimental, correlacional. Participaron 60 profesionales de salud. Como instrumentos empleó cuestionario y lista de verificación. Se muestra que un 58.3% tiene nivel alto de conocimiento; 73.3% práctica adecuada; correlación positiva. En conclusión: existe asociación significativa; se requiere capacitación dirigida.

Martínez, (18), en el 2024, llevo a cabo en Cajamarca – Jaén y se con la finalidad de “Determinar la relación entre el conocimiento y prácticas del enfermero en el cuidado del usuario politraumatizado”. En lo metodológico su enfoque tuvo lugar a cuantitativo, descriptivo y correlacional. Asimismo, su población fue de 35 enfermeros. Como instrumento se empleó un cuestionario y guía de observación. Alcances: 57,1% presento alto conocimiento y el 62.9% prácticas regulares. Se concluyo que hay relación significativa de ambas variables, por ende, el conocimiento y las prácticas se relacionan.

Jeri et al., (19), en el 2023, en Callao, se realizó con el propósito “Determinar la relación entre el conocimiento y prácticas del cuidado de enfermería del usuario politraumatizado”. Su metodología fue cuantitativa, no experimental, descriptivo - correlacional. Asimismo, se aplicó en t2 enfermeros. Empleo como instrumento el cuestionario del cuidado de enfermera y la guía de observación practica del paciente politraumatizado. El resultado: un 53% presento conocimiento

medio y 100% realiza buenas prácticas. Se concluye que la relación de ambas variables fue de correlación negativa débil.

Mamani, (20), en el 2022, en la ciudad de Arequipa y se realizó con la finalidad de “Establecer la correlación entre el grado de conocimiento sobre el cuidado primario y engagement del paciente politraumatizado en enfermeros de emergencias de un hospital de Arequipa”. Fue transversal, cuantitativa y correlaciona. Se aplicó a 30 profesionales de la salud y los instrumentales de información fueron escala engagement y cuestionario. Como resultado se evidencio que el 50% tuvieron conocimiento medio, seguido por un 36.8% de conocimiento alto y 13.2% bajo, en relación a engagement fue con un 81.6% apropiada y un 18.4% un nivel medio. Se concluye finalmente que no existe asociación entre las variables.

Zúñiga y Namay, (21), en el 2022, llevo a cabo en Lima, realizaron el estudio que tuvo como objetivo “Establecer la relación entre los conocimientos del personal asistencial sobre métodos de inmovilización y la capacidad de respuesta en pacientes politraumatizados”, fue un estudio descriptivo, cuantitativo, básico, no experimental. La muestra fue de 50 profesionales de la salud. El instrumento de análisis fue la observación y cuestionario. Se evidencio que el 56% presenta un conocimiento regular y sobre la capacidad de respuesta ante pacientes politraumatizados un 82% del personal asistencial presenta una capacidad de respuesta eficaz. Se concluye que existe asociación del conocimiento de métodos de inmovilización y capacidad de contestación en politraumatizados, lo que se puede resaltar la importancia de fortalecer la capacitación continua en técnicas de inmovilización y atención prehospitalaria.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Variable 1: Conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado

Definición de conocimiento

Es la indagación, experiencias e información obtenida por un individuo mediante el aprendizaje o auto formación , comprensión teórica o práctica de una realidad o campo determinado, incluyendo el “saber qué”, “como” y “donde” (22).

De esta manera el proceso del pensamiento y voluntad que tiene como finalidad obtener una respuesta de la persona, que se verá reflejada en el cambio de conducta y toma de decisiones en situaciones futuras. Este proceso interviene elementos como el sujeto, objeto, operación y representación. Desde el punto de vista científico, el conocimiento no solo requiere coherencia y validez lógica, también requiere corroboración mediante procedimientos sistemáticos del método científico o experimental (23).

Conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado

Se define como un daño físico provocado o casual, resultado de exponer al cuerpo de forma repentina a energías donde se sobrepasa la capacidad física (24).

La fisiopatología del paciente politraumatizado puede comprenderse dividiéndola según los sistemas más afectados se encuentra el sistema circulatorio, sistema respiratorio, sistema locomotor y nervioso. El aspecto cardiovascular, deterioro se origina por la pérdida de mucha sangre, con volúmenes de 15% en total. También puede presentarse un shock cardiogénico, situación en el cual el corazón no logra impulsar suficiente sangre hacia los órganos. Sobre este último puede existir previo al trauma, desencadenarlo o ser provocado por el, sin embargo, en pacientes con politraumatismo suelen relacionarse principalmente con una contusión directa el

corazón (25).

Dimensión de la variable conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado

1. Valoración primaria

Atención primaria del paciente politraumatizado busca estabilizar rápidamente las funciones vitales y controlar las amenazas inmediatas a la vida. En este contexto, el protocolo ABCDE es fundamental porque sigue una secuencia de prioridades para evaluar y manejar al paciente: 1. Exanguinación (Hemorragias masivas) Se refiere al control inmediato de hemorragias exanguinantes, que son la principal causa de muerte prevenible en el trauma. Estas hemorragias deben ser controladas de manera urgente utilizando torniquetes, compresión directa, apósitos hemostáticos o dispositivos de presión. El enfoque se centra en hemorragias visibles en extremidades y otras partes expuestas del cuerpo, antes de continuar con otros pasos del protocolo. Ejemplo clínico: Si se observa una hemorragia masiva en una extremidad, el primer paso es aplicar un torniquete por encima del sitio de la hemorragia (26).

2. A – Airway (Vía aérea) La segunda prioridad es asegurar la vía respiratoria del paciente. Se busca evaluar si está taponada, comprometida por la lengua, sangre, vómito o cuerpos extraños. Si el paciente está consciente y hablando, la vía aérea está probablemente despejada, pero si no es así, deben utilizarse maniobras como la inclinación de la cabeza, la elevación del mentón o la tracción mandibular. En situaciones graves, puede ser necesario intubar al paciente o realizar una cricotiroidotomía. Ejemplo clínico: Un paciente inconsciente con una obstrucción de la vía aérea puede requerir intubación endotraqueal (27).

3. B – Breathing (Respiración) En esta etapa se evalúa la respiración y ventilación del paciente. Esto incluye observar el tórax para detectar movimientos anormales (como retracciones o asimetrías), palpar el tórax para buscar fracturas y auscultar para identificar la presencia o ausencia

de sonidos respiratorios. Condiciones que amenazan la vida, como el neumotórax a tensión, deben ser tratadas de inmediato, por ejemplo, con la descompresión con aguja o un drenaje torácico. Ejemplo clínico: Si un paciente presenta disminución de sonidos respiratorios en hemotórax, puede ser indicativo de un neumotórax que requiere intervención inmediata (28).

4. C – Circulation (Circulación) Este paso implica evaluar el estado circulatorio del paciente. Se revisa la presencia de pulsos centrales y periféricos, se evalúa el llenado capilar y se mide la presión arterial. Se deben identificar y controlar las hemorragias internas o externas. Además, es importante iniciar la administración de líquidos intravenosos o transfusión de sangre en casos de shock hemorrágico. Ejemplo clínico: Un paciente con presión arterial baja, taquicardia y piel pálida y fría puede estar en shock hipovolémico, lo que requiere administración rápida de líquidos y sangre (29).

5. D – Disability (Discapacidad neurológica) Aquí se valora utilizando la Escala de Coma de Glasgow para medir la consciencia del paciente, además se evalúa las pupilas para detectar reacciones anormales o anisocoria. Esto ayuda a identificar lesiones cerebrales traumáticas o problemas neurológicos como el aumento de la presión intracraneal. Ejemplo clínico: Si un paciente presenta una disminución rápida en la escala de Glasgow y pupilas dilatadas, podría estar desarrollando una hernia cerebral (30).

6. E – Exposure (Exposición y control ambiental) En este último paso, el paciente debe ser completamente expuesto para una revisión detallada de lesiones ocultas. Se debe prestar atención a lesiones en la espalda, glúteos o zonas no visibles en la evaluación inicial. Además, es importante prevenir la hipotermia, ya que los pacientes con trauma son propensos a perder temperatura corporal rápidamente. Se deben utilizar mantas térmicas, calefactores o líquidos intravenosos tibios. Ejemplo clínico: Un paciente con politraumatismos múltiples puede presentar lesiones no

detectadas en la evaluación inicial; la exposición completa permitirá una evaluación minuciosa (31).

2. Valoración Secundaria

Posterior a la primera evaluación se debe efectuar una segunda valoración de cabeza a los pies, sin embargo, es en el centro hospitalario donde se realizará el examen correspondiente. Se continua con la recolección de datos prehospitalarios en referencia el mecanismo. Se debe continuar con la evaluación y exploración primaria de manera periódica y repetitiva en intervalos de 10 a 15 minutos, en búsqueda de lesiones (32).

Análisis corporal: Cabeza y rostro, en este examen y palpamiento se evalúa el cuero cabelludo, estado del cráneo junto con el rostro, buscando contusiones externamente y/o fisuras, de esta forma la apariencia de sangre por las fosas nasales, orejas, moretones dentro de lentes o mastoideo, indica una sospecha de fisura del cráneo. Cabe descartar un edema periorcular que causará un impedimento de posteriores exámenes, los cuales deben retirarse antes de presentarse el edema (33).

Al tener un caso de traumatismo maxilofacial que no comprometa la vía aérea o pérdida de masiva, puede tratarse si el paciente se encuentre estable. Los casos con traumatismo en rostro suelen existir asociación con fractura de lámina cribosa, en este caso se debe emplear un sondaje gástrico vía oral. Además, se debe atender nuevamente la vía respiratoria para identificar variaciones que generen obstrucción (34).

En referencia a la columna cervical y cuello. - es de suponerse la presencia de una lesión cervical inestable que puede ser fractura o lesión ligamentosa, los cuales son frecuentes en los pacientes politraumatizados en especial en casos que sufren traumatismo sobre la clavícula. Por ello se debe mantener inmovilizado el cuello hasta que la columna cervical sea evalué en su

totalidad, es necesario volver a evaluar la tráquea, que debe encontrarse en posición media. En caso se observe ingurgitadas las venas yugulares, la prioridad es considerar un diagnóstico como el neumotórax a tensión o tapamiento cardiaco, dependiendo la frecuencia (35).

Las hematomas y heridas penetrantes deben ser valoradas para identificar su presencia a través del músculo, esta exploración no se debe realiza de manera manual sino de manera quirúrgica. Se debe buscar signos de traumatismo también en la carótida los cuales son frecuentes en los casos poli traumático presentando lesiones en arterias que inicialmente no exista síntomas y signos. El enfisema subcutáneo cervical constituye un hallazgo sugestivo de neumotórax (36).

Mediante un reconocimiento y tanteo completo del tórax, tanto posterior como preliminar ayudara a identificar contusiones que deben advertir daños ocultos, los movimientos torácicos, vacilación y apariencia de dilatación subcutánea deberán ser valoradas. Al existir heridas penetrantes que no se hayan detectado la primera evaluación se contrastan y examinan las selladas (37).

Una valoración torácica incluye auscultación y percusión de hemitórax, llevadas a cabo de manera simultánea para identificar un hemotórax, contusión pulmonar o neumotórax. También se evalúan ruidos respiratorios y cardiacos, en el caso de haberse hallado una descompresión de un neumotórax a tensión se requiere una comprobación de permeabilidad de catéter de drenaje para proporcionar una adecuada ventilación (38).

La valoración abdominal incluye la identificación de distensión o lesiones externas, la evaluación de dolor mediante la palpación, detección de timpanismo o matidez por percusión y descartes de ruidos intestinales por auscultación , así como la observación de sangrado, desgarros, hematomas o sangrado uretral (39).

En el musculo esquelético también se buscan heridas, deformaciones, contusiones, etc.

Palpar extremidades para identificar zonas de dolor, crepitación, movimiento anormal y otros signos que permita identificar fracturas ocultas. Los puntos periféricos también se deben de evaluar como también la sensibilidad. Se curan las heridas externas e inmoviliza las facturas controlando antes y después los pulsos periféricos. Las fracturas dorsolumbares y/o lesiones neurológicas deben identificarse según los hallazgos cénicos y mecanismo del trauma. Frente posibles lesiones medulares, em manejo inmediato es esteroides a altas dosis dentro de las 8 horas (40).

Una valoración neurológica integral incluye evaluaciones de la capacidad de movimiento y percepción sensorial, valoración de la “escala de Coma de Glasgow” y el volumen y respuesta de la pupila. Frente a una lesión del sistema nervioso se realiza una nueva revisión del ABC, para descartar hipoxemia o hipovolemia. La inmovilización completa del paciente con politraumatismo se debe dar en todo momento, principalmente durante su traslado (41).

El traumatismo craneoencefálico se considera grave en un 40%, las secuelas de quienes sobreviven no son nada alentadores. En la evaluación se debe identificar la existencia de perdida de conocimiento y duración en esa condición, episodio de amnesia e intoxicación etílica y otras sustancias. Al inspeccionar la cabeza y cara se debe identificar fracturas que levanten sospechas sobre alguna lesión intracraneal, sin embargo, no se puede obviar que existen casos donde no se puede pasar por alto que existen circunstancias en las que no presentan lesiones externas evidentes (42).

La escala de Glasgow consiste en catalogar el traumatismo craneoencefálica según la gravedad en un nivel leve con 14-15, moderado con 9-13 y grave con menor a 9 (43). Por otro lado, la radiografía (RX) de cráneo no es recomendable de forma rutinaria por su limitada utilidad, a excepción de los casos de fractura, presencia de cuerpos extraños en el cuero cabelludo o heridas penetrantes (44).

Clasificación del politraumatizado: La categorización del politraumatizado según el nivel de prioridad constituye un proceso esencial para garantizar una atención adecuada y oportuna. El politraumatismo leve corresponde a pacientes que presentan lesiones superficiales sin evidencia de heridas importantes ni fracturas. En el politraumatismo moderado, las lesiones generan un compromiso funcional mínimo, pudiendo afectar parcialmente la capacidad operativa del individuo. Por su parte, el politraumatismo grave se distingue por lesiones que amenazan la vida, manifestadas mediante inestabilidad hemodinámica, alteraciones respiratorias, fracturas múltiples y la presencia de heridas de distinta magnitud, lo que facilita su identificación clínica. (45)

Teoría de enfermería según Jean Watson

Sostiene que el profesional de enfermería debe integrar conocimientos científicos, habilidades clínicas y una actitud humanista para brindar un cuidado seguro y de calidad. Desde esta perspectiva, el conocimiento en el manejo del paciente politraumatizado no se limita al dominio técnico de los procedimientos, sino que implica comprender la integralidad del ser humano en una situación crítica, reconocer sus vulnerabilidades y actuar con juicio clínico fundamentado. Jean Watson enfatiza que el cuidado transpersonal se basa en competencias científicas que permiten al enfermero analizar el contexto del trauma, priorizar intervenciones y tomar decisiones rápidas y éticas, garantizando así la preservación de la vida y la dignidad del paciente. Esta teoría respalda la necesidad de una formación sólida en evaluación primaria y secundaria, estabilización fisiológica y respuesta ante situaciones de emergencia, puesto que el conocimiento clínico constituye un componente esencial del cuidado profesional (46).

Teoría de déficit de autocuidado – Dorothea Orem

Es indispensable para identificar déficits de autocuidado y suplirlos cuando la persona no puede mantener funciones vitales. Estudios recientes que aplican la teoría de Orem sostienen que el enfermero necesita un dominio profundo de conocimientos clínicos para suplir los déficits de autocuidado en pacientes incapaces de mantener su estabilidad fisiológica, como ocurre en el politraumatizado. Investigaciones actuales destacan que el conocimiento técnico permite al profesional identificar necesidades prioritarias, ejecutar intervenciones inmediatas y prevenir complicaciones hemodinámicas y respiratorias, lo que convierte esta teoría en un soporte conceptual clave para el abordaje inicial del trauma severo (47).

2.2.2 Variable 2: *Práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado*

Se define como resultado total: conocimientos y conjunto de habilidades del profesional de enfermería con relación al manejo del paciente politraumatizado, se destaca que la práctica está ligada al conocimiento, porque ello garantiza un manejo adecuado de las complicaciones que se puedan presentar en la situación de emergencia (48).

Diversas organizaciones internacionales dan a conocer que la práctica profesional en enfermería está compuesta por conductas, procedimientos y respuestas que el enfermero debe atender de manera sistemática para atender situaciones clínicas frecuentes. Estudios recientes recalcan que las prácticas se fortalecen como hábitos, los cuales van a permitir que el enfermero actúe de manera eficiente frente a escenarios de alto estrés laboral como son los espacios de emergencia con pacientes politraumatizados. En esta línea, la práctica de enfermería comprende un alto compromiso ético y humanístico que permite comprender de forma integral las diversas circunstancias de paciente politraumatizado bajo su cuidado, garantizando así intervenciones oportunas que contribuyan a su mejoría (49).

Dimensión de la variable: Práctica en el manejo del paciente politraumatizado

Evaluación Primaria

a) Acciones de la vía aérea: Frente a un paciente politraumatizado la primera acción es afirmar la vía aérea y controlar columna cervical. Esto es primordial porque hay que demostrar lo contrario. En el examen físico se debe buscar alguna obstrucción de las vías aéreas debido a la presencia de cuerpos insólitos, fractura de huesos faciales, lesión de tráquea, laringe, sangre o vomito. Los signos de alarma incluyen dificultad para respirar, ventilación forzada, coloración azulada, lesiones faciales o cervicales, ausencia de ruido respiratorio, imposibilidad para comunicarse y frecuencia cardiaca elevada. Acciones del enfermero al paciente politraumatizado: -asegurar la vía aérea mediante tracción mandibular sin hiperextender el cuello, retirar cuerpos insólitos y secreciones, mantener la inmovilización cervical con collar rígido. Proporcionar oxígeno en altas concentraciones, manteniendo la función respiratoria. Asistir al médico en la intubación o cricotiroidotomía, si fuera necesario. Evaluar la permeabilidad nasal en menores de un año y evaluación frecuente de la respiración (50).

b) Acciones en la ventilación: El primer paso para una correcta ventilación es contar con una vía aérea permeable. Si posterior a este intento la respiración no mejora se deberá buscar otras causas como por ejemplo trauma torácico directo o fracturas costales. Las acciones que debe realizar el enfermero son exponer el tórax del paciente para evaluar la dinámica ventilatoria e identificar la tasa respiratoria. Si presenta ausencia de respiración espontánea iniciar ventilación básica o avanzada. Identificar signos de neumotórax hipertensivo, tórax inestable, realizar vigilancia continua del patrón respiratorio y cubrir las lesiones con apósito o gasa estéril (51).

c) Acciones de circulación: En el paciente politraumatizado la pérdida de sangre es la característica principal, el organismo produce como respuesta compensatoria vasoconstricción periférica para mantener la perfusión de órganos vitales como el cerebro, corazón, pulmón y riñones. En la evaluación es indispensable evaluar los signos de hipoperfusión como taquipnea, alteraciones del nivel de conciencia, llenado capilar retardado, así como disminución o ausencia de diuresis. Las acciones que debe desempeñar el enfermero son: Valorar el nivel de razón, llenado capilar, coloración y temperatura, prevenir la hipotermia. Canalizar al menos dos Accesos venosos de gran calibre, de preferencia fuera de los pliegues, e iniciar la administración de soluciones cristaloides. Ante hemorragias externas, se debe ejercer presión directa con material estéril o vendaje compresivo. Es fundamental identificar signos de tapamiento cardiaco y colaborar con el medico en los procedimientos necesarios. Finalmente se debe colocar una sonda vesical para controlar la producción de orina, antepuesta a una evaluación de supresiones como lesión de pelvis o hemorragia urogenital (52).

1. Acciones en lo neurológico: Evaluar el estado inicial de conciencia cuando se recibe al paciente mediante la conversación sobre los procedimientos que causen dolor posterior al ABC, examinando las pupilas se reconoce cuan involucrado está el sistema neurológico. Acciones del enfermero al paciente politraumatizado: Administrar oxígeno en altas concentraciones mediante mascarilla bolsa de ventilación, así como suministrar analgésicos según la prescripción del médico (53). Acciones en la exposición: Retira toda la ropa del paciente exponiéndolo a realizarle un examen físico y localizar lesiones de riesgo. Posteriormente se deberá cubrir para evitar hipotermia, ya que en los pacientes de politraumatismo es común y tiene efectos nocivos. Es recomendable mantener la temperatura corporal. Acciones del enfermero al paciente

politraumatizado: Retirar por completo la ropa del paciente, de preferencia cortarla, evitando exposiciones innecesarias. Realizar una valoración física de cabeza hasta los pies, proporcionar líquidos a temperatura templada y mantener al paciente seco evitando la permanencia de sangre o secreciones sobre la piel (54).

Evaluación secundaria

La revaloración del ABCD constituye el primer paso dentro de esta fase, ya que es indispensable asegurar que la vía aérea, la respiración, la circulación y el estado neurológico se mantengan estables durante todo el proceso de atención. Los cambios fisiológicos del paciente pueden aparecer de manera súbita, por lo que el personal de enfermería debe estar atento a cualquier deterioro que requiera intervención inmediata (55).

Se realiza la anamnesis mediante el método AMECE (Alergias, Medicación, Enfermedades previas, Comidas recientes y Eventos relacionados con el trauma), esta herramienta permite obtener información rápida y concisa sobre antecedentes relevantes para la toma de decisiones clínicas. Esta información es particularmente útil cuando el paciente está consciente y puede colaborar, o cuando los acompañantes brindan datos complementarios (56).

La valoración de las lesiones con el Injury Severity Score (ISS) permite clasificar la gravedad del trauma mediante la cuantificación de las lesiones en diferentes regiones corporales. Esta escala es fundamental para predecir el riesgo de mortalidad, priorizar intervenciones y definir la necesidad de traslado a un centro de mayor complejidad. Su aplicación favorece un manejo más organizado y acorde con el nivel de severidad del daño (57).

Proporcionar orientación al paciente durante la valoración secundaria reduce la ansiedad,

mejora la colaboración y favorece una comunicación terapéutica efectiva. Explicar los procedimientos fortalece el vínculo terapéutico y contribuye al éxito de las intervenciones (58).

La referencia del paciente politraumatizado se realiza cuando su condición excede la capacidad del establecimiento. El traslado debe ser seguro, coordinado y con estabilidad mínima garantizada, manteniendo inmovilización, vía aérea protegida y comunicación con el centro receptor (59).

Teoría de enfermería según Patricia Benner

Esta teoría describe el cuidado de la enfermera a modo de un proceso entre persona con una insuficiencia de asistencia del personal de salud, con las capacidades que se requieran para proporcionar ayuda (60). La teoría “De principiante a experta” de Patricia Benner fundamenta la importancia de la práctica clínica progresiva en el desarrollo de competencias avanzadas en enfermería, especialmente en contextos de alta complejidad como el manejo del paciente politraumatizado. Benner señala que la práctica experta se construye a través de la experiencia acumulada, la capacidad de reconocer patrones clínicos y la toma de decisiones basada en el razonamiento práctico. Desde esta perspectiva, la práctica del enfermero en el cuidado del politraumatizado requiere no solo habilidades técnicas en la valoración primaria y secundaria, sino también la capacidad de anticiparse a complicaciones, priorizar intervenciones críticas y actuar con rapidez bajo presión (61).

La teoría sostiene que el dominio profesional se evidencia cuando el enfermero integra

conocimiento, intuición clínica y respuesta eficaz ante situaciones de emergencias, garantizando así un cuidado seguro y oportuno para el paciente con trauma severo (62).

Teoría de enfermería de Callista Roy

Diversos estudios manifestando que la práctica del profesional de enfermería debe orientarse a promover respuestas adaptativas fisiológicas frente a las situaciones que pongan en riesgo o amenaza la vida. En el paciente politraumatizado, se señala que la intervención del enfermero debe centrarse en restaurar la oxigenación, perfusión y estabilidad hemodinámica mediante acciones rápidas y basadas en guías clínicas, lo que se alinea directamente con la propuesta de Roy en el sentido de favorecer procesos adaptativos que preserven la vida del paciente politraumatizado (63).

2.3. *Formulación de hipótesis*

2.3.1. *Hipótesis general*

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público Lima - 2025.

H0: No hay relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público Lima – 2025.

2.3.2. *Hipótesis específicas*

H1. Existe una relación estadísticamente significativa del conocimiento según la dimensión de valoración primaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de emergencia de un hospital público Lima - 2025.

H2. Existe una relación estadísticamente significativa del conocimiento según la dimensión de valoración secundaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de emergencia de un hospital público Lima - 2025.

3. **METODOLOGÍA**

3.1. ***Método de la investigación***

Inductivo, permite evaluar circunstancias particulares para establecer conclusiones generales y aplicar principios generales que permitan obtener conclusiones específicas (64).

3.2. **Enfoque de la investigación**

Cuantitativo, observa contextos sobre medición y evaluaciones estadísticas en determinar patrones o resolver problemas planteados (65).

3.3. **Tipo de investigación**

Aplicativa, busca una solución empleando el conocimiento teórico. Se orienta a la acción, buscando soluciones innovadoras y prácticas para alcanzar los procesos y tomar decisiones más acertadas (66).

3.4. **Diseño de la investigación**

No experimental, porque limita a observar hechos tal como ocurren, sin intervenir en las variables. (67)

El corte será transversal, porque el proyecto se analizará y medirá sus respectivas variables dentro de un solo periodo de estudio. El nivel será correlacional, permite obtener información sobre la relación de las variables y sus dimensiones (68).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Será finita, 50 enfermeras de emergencia del Hospital María Auxiliadora (HMA) durante el periodo del presente estudio. En investigaciones de salud, definir con precisión a la población permite garantizar la coherencia metodológica y la validez de los resultados, especialmente cuando se trabaja con grupos clínicamente homogéneos y delimitados en un contexto hospitalario específico (69).

Muestra

Se entiende por muestra al subconjunto de seleccionados de un todo con el propósito de analizar características y extrapolar los resultados al grupo total. La literatura reciente en investigación en salud sostiene que una muestra adecuadamente delimitada optimiza la precisión de los hallazgos y asegura la coherencia entre los objetivos del estudio y las variables evaluadas (70).

Muestreo

La técnica de muestreo será por conveniencia, empleando la totalidad, respetando criterios de elección y descarte permitiendo identificar a enfermeros como parte población. Este muestreo es ampliamente utilizado en investigaciones hospitalarias debido a la disponibilidad de persona, características operativas del servicio y la necesidad de recopilar información en contextos de alta demanda (71)

Crterios de seleccin***Crterios de inclusin***

- Enfermeros laborando en emergencia del HMA.
- Enfermeros que estn de acuerdo y firman en consentimiento informado para participar de forma voluntaria.

Crterios de exclusin

- Enfermeros no se encuentren laborando en emergencia del HMA.
- Enfermeros en desacuerdo con el consentimiento informado para participar de forma voluntaria.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Conocimiento del enfermero en el manejo paciente politraumatizado	Es el proceso cognitivo que el profesional de enfermería adquiere sobre el manejo del paciente politraumatizado y mediante en índice de severidad de lesiones se determina la valoración clínica de categorización (72).	El proceso cognitivo que orienta la atención del paciente politraumatizado y se consolida a través de la valoración primaria y secundaria. El instrumento está conformado por 11 preguntas, de las cuales las 06 primeras evalúan la valoración primaria y los 05 restantes evalúan la valoración secundaria..	Valoración primaria	A: Vía aérea con protección de la columna cervical B: Ventilación y Respiración C: Circulación y control de hemorragia D: Déficit neurológico E: Exposición al entorno	Cuantitativa Ordinal	Conocimiento Alto : 16 - 22 puntos Conocimiento Medio : 8 – 15 puntos Conocimiento Bajo : 0 - 7
			Valoración secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • ABCDE en toda la evaluación • Anamnesis (Aplica la siguiente nemotecnia: AMECE) • Valoración del Índice de severidad de las lesiones (ISS) • Conductas a seguir en el paciente estable • Conductas a seguir en el paciente inestable • Valoración neurológica • Valora la escala de intubación • Adecuado manejo de la vía aérea • Valora la dificultad respiratoria • Valoración del trauma abdominal • Valoración del trauma pélvico 		

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado	Se define como el resultado total de los conocimientos y conjunto de habilidades de la enfermera con relación a la manipulación del paciente con politraumatismo, se destaca que la práctica está ligada al conocimiento, porque ello garantiza un manejo adecuado de las complicaciones que se puedan presentar en la situación de emergencia (73).	Corresponde a las habilidades y competencias prácticas que el profesional de enfermería evidencia en su desempeño, basadas en protocolos y lineamientos vigentes. Su evaluación se efectuará mediante una guía de valoración primaria y secundaria de 14 ítems, clasificándose en práctica adecuada (48-94), practica inadecuada (1-47) y no practica (0 puntos).	Evaluación primaria	A: acciones en la vía aérea B: Acciones en la ventilación C: Acciones en la circulación D: Acciones en lo neurológico E: Acciones en la exposición	Cuantitativa Ordinal	Práctica Adecuada : 48–94 puntos Práctica Inadecuada : 1 – 47 puntos No practica : 0 puntos
			Evaluación secundaria	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del ABCD - Anamnesis (AMECE) - Valoración de las lesiones (ISS) - Conductas a seguir según el tipo de paciente - Orientación al paciente - Valoración de resultados de exámenes de diagnóstico - Acciones gestantes Politraumatizada - Referencia del Paciente Politraumatizado 		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnicas

Utilizará como técnica la encuesta y observación. En la primera variable la técnica aplicada es la encuesta permitirá obtener información directa de los profesionales de enfermería a través del cuestionario, que incluirá preguntas diseñadas para obtener los datos específicos y resaltantes del presente estudio. Mediante esta técnica se obtiene información objetiva y cuantificable de los participantes mediante un cuestionario estructurado, aplicado de forma directa para medir variables de estudio (74).

En la variable dependiente, la guía de observación proporciona una forma específica y estructurada que registra el comportamiento, labores o simulaciones del entorno estudiado. Se llevará a cabo para garantizar la coherencia y precisión de los datos recolectados. La observación es una técnica sistemática que consiste en registrar de manera directa y objetiva las conductas y prácticas del profesional en su contexto real, sin manipular las variables estudiadas (75).

3.7.2. Descripción de instrumentos

a) Para medir la primera variable sobre el nivel del conocimiento del enfermero se empleará lo siguiente:

Como primer instrumento corresponde al “Cuestionario de conocimientos del enfermero sobre la atención del politraumatizado”, elaborado por Maquera Pilco N., Vidal Arias en el 2018 (76), el cual fue adaptado al estudio reciente de Puican Alarcón en el 2022 (77). Este cuestionario está conformado por 11 ítems. distribuida por 02 dimensiones: atención primaria y atención secundaria. Con categorizaciones de la siguiente forma: Correcto (2), Incorrecto (0). Clasificado de la siguiente manera: Conocimiento Alto: (16 – 22), Conocimiento Medio: (8 – 15),

Conocimiento Bajo: (0 – 7).

b) Para medir la segunda variable sobre practica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado se empleará lo siguiente:

El segundo instrumento empleado fue la “Guía de evaluación”. corresponde al “Cuestionario de conocimientos del enfermero sobre la atención del politraumatizado”, elaborado por Maquera Pilco N., Vidal Arias en el 2018 (76), el cual fue adaptado al estudio reciente de Puican Alarcón en el 2022 (77). Esta guía de evaluación consta de 14 ítems, diseñada para valorar la destreza en el manejo de la enfermera, el cual se adaptará a la realidad del Perú. Con categorizaciones de la siguiente forma: Correcto (2), Incorrecto (0). Clasificado de la siguiente manera; Práctica Adecuada (48– 94 puntos). Práctica Inadecuada (1 – 47 puntos). No practica (0 puntos)

3.7.3. Validación

a) Validez del instrumento 1

Se validado y sometido a juicio de expertos, en el estudio de investigación de Maquera Pilco N., Vidal Arias en el 2018 (76), el cual fue adaptado al estudio reciente de Puican Alarcón en el 2022 (77). demostrando adecuación en su contenido. El estadístico obtenido fue un DPP de 1.29, ubicándose “A”, lo que indica una adecuación total del instrumento.

b) Validez del instrumento 2

La validez del segundo instrumento fue confirmada mediante juicio de expertos, en el estudio de investigación de Maquera Pilco N., Vidal Arias en el 2018 (76), el cual fue adaptado al estudio reciente de Puican Alarcón en el 2022 (77). demostrando adecuación en su contenido. El

estadístico desarrollado fue $DPP= 1,29$ cayendo en la zona “A” lo cual significa una adecuación total del instrumento y guía de observación, lo cual nos indica que sí puede ser aplicado para la recolección de información del estudio.

3.7.4. Confiabilidad

a) Confiabilidad del instrumento 1

El instrumento fue sometido a confiabilidad utilizando la prueba de confiabilidad alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0,759 lo que indica una marcada homogeneidad y equivalencia de respuestas, en el estudio de investigación de Maquera Pilco N., Vidal Arias en el 2018 (76), el cual fue adaptado al estudio reciente de Puican Alarcón en el 2022 (77).

b) Confiabilidad del instrumento 2

El instrumento fue sometido a confiabilidad utilizando la prueba de confiabilidad alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0,804 lo que indica que el instrumento esta apto para ser aplicado, en el estudio de investigación de Maquera Pilco N., Vidal Arias en el 2018 (76), el cual fue adaptado al estudio reciente de Puican Alarcón en el 2022 (77).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos serán organizados en Microsoft Excel 2022 y analizados con el paquete estadístico SPSS versión 20, generándose tablas y representaciones graficas para la descripción e interpretación de las variables. La comprobación de la hipótesis se realizará mediante la aplicación de la prueba exacta de Fisher para establecer la asociación entre las variables.

3.9. Aspectos éticos

Será tomado a consideración lo señalado por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener y los principios bioéticos de Belmont: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Autonomía. Bajo este principio, se procederá a respetar la decisión voluntaria de las madres de menores de un año que acuden a inmunizaciones. Para ello, ellas firmarán el consentimiento informado lo cual faculta su participación en el estudio.

Beneficencia. El principio se refiere al beneficio que obtendrán las madres y sus hijos para evitar el incumplimiento de la vacunación respectiva; igualmente, beneficiara el trabajo de la enfermera y del establecimiento de salud a fin de mejorar la calidad en los cuidados.

No Maleficencia. Este principio consiste en no causar daño a las madres y a sus menores que acuden a su vacunación ya que su participación se limitará al llenado de los instrumentos.

Justicia. Por este principio, se evitará todo trato discriminatorio contra las madres o sus menores hijos sea por un tema de economía, genero, raza, edad, religión u opinión política.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025 - 2026					
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Búsqueda de la realidad problemática	X					
Identificación de las fuentes bibliográficas	X					
Situación problemática y marco teórico	X	X				
Importancia y justificación de la investigación	X	X				
Planteamiento de problemas y objetivos		X				
Enfoque y diseño de investigación		X	X			
Población, muestra y muestreo		X	X			
Técnicas e instrumentos de recolección de datos		X	X			
Aspectos bioéticos			X			
Métodos de análisis de información			X	X		
Aspectos administrativos del estudio				X		
Elaboración de los anexos				X		
Aprobación del proyecto					X	X
Sustentación del trabajo						x

4.2. Presupuesto

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	
				Unitario	Total
Servicios	Tipeo	Hoja	150	2.00	300.00
	Internet	Horas	250	2.00	500.00
	Encuadernación	Unidad	06	35.00	210.00
	Viático	Unidad	100	10.00	1,000.00
	Movilidad	Unidad	100	2.00	200.00
	Subtotal				2,210.00
Recursos materiales	Papel bond	Millar	01	100.00	100.00
	Lapiceros	Unidad	10	2.00	20.00
	Archivadores	Docena	05	20.00	100.00
	Memoria USB	Unidad	01	100.00	100.00
	Subtotal				320.00
N°	ÍTEMS				COSTO (S/.)
1	Servicios				2,210.00
2	Recursos materiales				320.00
TOTAL					2,530.00

5. REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077612>
2. American College of Surgeons. ATLS: Advanced Trauma Life Support. 10th ed. Chicago: ACS; 2020. Disponible en: <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/atls>
3. Baik D, Choi J, Lee S, et al. Trauma nursing competency in emergency departments: a qualitative study. *BMJ Open*. 2024;14:e079259. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/14/6/e079259>
4. Organización Panamericana de la Salud. Uso de los datos sobre accidentes de tránsito durante el confinamiento por la COVID-19 para orientar la política relativa a seguridad de transporte en Cali [Internet]. Cali; 2020 [citado 24 nov 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias>
5. Pan American Health Organization. New PAHO report on road safety highlights slow and uneven progress reducing traffic injuries and deaths [Internet]. 2025 Jan 22 [citado 4 dic 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/22-1-2025-new-paho-report-road-safety-highlights-slow-and-uneven-progress-reducing-traffic>
6. Evaluating the effectiveness of trauma care and emergency preparedness training: a systematic review. *Cureus*. 2024. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/316164>
7. Escobar B. Nivel de conocimientos del personal de enfermería en la aplicación del proceso de enfermería en un hospital de segundo nivel en Sonora, México [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/341179454>
8. Defensoría del Pueblo del Perú. Informe de siniestralidad vial 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe>

9. Ministerio de Transportes y Comunicaciones del Perú. Estadísticas de siniestros viales 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/mtc>
10. Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Informe sobre capacidad hospitalaria 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.susalud.gob.pe>
11. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur (DIRIS Sur). Reporte de actividad asistencial 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/dirislimasur>
12. Amare M. Knowledge and practice of adult emergency nurses towards post traumatic hypovolemic shock management in selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia [thesis]. Addis Ababa: Addis Ababa University; 2024. Disponible en: <https://etd.aau.edu.et/items/543c29b7-fcb9-4a3a-a746-f66ce516148a>
13. Tippens EG. Healthcare workers' perceptions, practices, and knowledge of trauma-informed care in the hospital setting [thesis]. Abilene (TX): Abilene Christian University; 2023. Disponible en: <https://digitalcommons.acu.edu/etd/580/>
14. Mohamed Y, Mohamed A, Abdou F. Impact of nursing intervention protocol about polytrauma care during the golden hour on nurses' performance. Egypt J Health Care. 2020;11(3):292–309. Disponible en: https://ejhc.journals.ekb.eg/article_119015.html
15. Shabiha NA. Nurses' knowledge and practice regarding patients with post traumatic hypovolemic shock [Internet]. 2020. Disponible en: https://pssjn.journals.ekb.eg/article_99141.html
16. Wa'el S, Ahmad A, Lobna H. Knowledge and practice of nurses regarding the care of patients with head trauma in intensive care units in the West Bank. 2023. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10568987/pdf/10.1177_22799036231204336.pdf
17. Ojeda GF, Vigo AP. Conocimiento y práctica de atención a pacientes politraumatizados en

- el personal de enfermería de la unidad de emergencias del Hospital Cayetano Heredia – Lima [tesis]. Lima: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAC_b06343d30a392ead56cb6bd830d4f18d
18. Martínez F. Conocimiento y prácticas del profesional de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado, Hospital General de Jaén, Cajamarca, 2023 [tesis]. Jaén: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/7024>
 19. Jeri N, Mejía T, Meza P. Conocimiento y práctica del cuidado de enfermería al paciente politraumatizado en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, 2023 [tesis]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7997>
 20. Mamani Mamani A. Nivel de conocimiento sobre el manejo inicial de pacientes politraumatizados y engagement, enfermeras servicio de emergencia Hospital III Yanahuara. Arequipa, 2019 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2022 [citado 2024 Dic 29]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11906>
 21. Zúñiga Yañez GJ., Namay Reyes EJ. Conocimiento del personal asistencial sobre las técnicas de inmovilización y la capacidad de respuesta en pacientes politraumatizados por accidentes de tránsito de una compañía de Bomberos del Callao [Internet]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2022 [Citado 2025 Dic 29]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7198?show=full>
 22. Altamira-Camacho R, et al. Epistemología y reflexión crítica en la evaluación de teorías de enfermería: desafiando paradigmas y construyendo conocimiento. *Lux Médica*. 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.33064/56lm20245004>
 23. Maas G, Telumbre T, Castillo L, Noh M, Cerón A. Construcción epistemológica del conocimiento disciplinar en estudiantes de enfermería. *Enferm Cuid Human*. 2022;14(2).

Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v14i2.4550>

24. Fernández Díaz M, Martínez V, Martínez H, Pierre R. Comportamiento del lesionado en el Hospital Universitario General Calixto García. *Rev Cubana Cir.* 2021;60(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000100007
25. Pape HC, Moore EE, McKinley T, et al. Fisiopatología en pacientes con politraumatismos. *Lesión.* 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lesion.2022.04.009>
26. Moreno García B. Nueva valoración inicial al paciente con trauma grave: del ABCDE al XABCDE [tesis]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10366/146487>
27. American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support (ATLS) Guidelines.* 2020.
28. Anestesar.org. Paciente politraumatizado, ABCDE, ¿qué hacemos después? [Internet]. 2020. Disponible en: <https://anestesar.org/2020/paciente-politraumatizado-abcde-que-hacemos-despues-manejo-durante-la-segunda-hora/>
29. Universidad Regional Autónoma de Los Andes. *Proceso enfermero en shock hipovolémico: una revisión sistemática.* Mérida: Uniandes; 2023. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/16006>
30. Escala de Coma de Glasgow. *Ocronos.* 2025 Aug 15 [citado 4 dic 2025]. Disponible en: <https://revistamedica.com/escala-coma-glasgow-conclusiones-clinicas/>
31. *Revista Médica.* Manual ATLS: metodología [Internet]. [citado 4 dic 2025]. Disponible en: <https://revistamedica.com/manual-atls-metodologia/>
32. *Valoración secundaria APH-PHTLS* [Internet]. Scribd; [citado 4 dic 2025]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/662071021>

33. Melgarejo Ávila D. Cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado [Internet]. [citado 14 may 2025]. Disponible en: <https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero15/politraum.htm>
34. Bowe T, Murphy C, Sharif F. Maxillofacial trauma management in the emergency setting: updated clinical recommendations. *J Oral Maxillofac Surg.* 2022;80(3):521–9.
35. Sanchez A, Phelan M, Kwolek CJ. Cervical spine trauma: current approaches for evaluation and stabilization. *Trauma Surg Acute Care Open.* 2023;8(1): e001091.
36. Kazemi A, Modagi M, Armanfar F. Neck trauma: diagnostic priorities and airway management in penetrating injuries. *Trauma Case Rep.* 2021; 33:100456.
37. Macias Roque YR. Manejo prehospitalario del trauma craneoencefálico de adultos [Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2021. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24884>
38. Juncal Ferreiro M. Plan de cuidados a un paciente politraumatizado [tesis]. Coruña: Universidade da Coruña; 2020. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/27474>
39. Oluyide R, Bashir M, Adeyemi R. Abdominal trauma assessment in emergency care: current clinical considerations. *Trauma Care.* 2022;4(3):178–87.
40. Choi J, Kim M, Lee S. Evaluation and early management of musculoskeletal injuries in polytrauma patients. *J Orthop Trauma.* 2023;37(1):45–54.
41. Budohoski KP, Guilfoyle M, Helmy A. Contemporary neurological assessment in trauma: best practices for early detection of deterioration. *Neurocrit Care.* 2021;35(2):455–67.

42. Galgano MA, Toshkezi G, Qiu X. Traumatic brain injury: evaluation, management, and long-term considerations. *Med Sci Monit.* 2022;28: e937629.
43. Badhiwala JH, Wilson JR, Fehlings MG. Advances in the assessment and management of traumatic brain injury. *Lancet Neurol.* 2023;22(1):10–25.
44. Olano Rodríguez S. Nivel de conocimiento y su relación con la atención inicial del paciente politraumatizado en profesionales de enfermería en emergencia del Hospital Cayetano Heredia – 2021 [tesis]. Lima; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.13053/5316>
45. Körner M, Hilbert-Carius P, Mommsen P. Classification and early prioritization of polytrauma: current concepts and clinical implications. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2022;48(2):937–48.
46. Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring* [Internet]. Rev ed. Boulder: University Press of Colorado; 2018. (Citado el 10 de noviembre del 2025). Disponible en: <https://archive.org/details/nursingphilosoph0000wats>
47. Rincón-Ríos J, Salas-Hernández P, Velázquez M. Aplicación de la teoría del déficit de autocuidado en la atención de pacientes críticos. *Enferm Univ.* 2022;19(1):45–52.
48. Espinoza. Atención básica y avanzada del politraumatizado. *Acta Med Peruana.* 2011;28(2). (Citado el 12 de noviembre del 2025). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007
49. Moreno-Fuentes L, Aguilar-González R, Palomino-Suárez C. Práctica clínica basada en evidencias y competencia profesional en enfermería: revisión integrativa. *Rev Cuid.* 2022;13(1): e2034.
50. Tanta Teccsi V. Conocimiento del profesional de enfermería en manejo del paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Hospital Regional de Ayacucho – 2024

- [tesis]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/2193>
51. Toledo-Asanza JA, Álvarez-Silva JS, Mero-Mero LL, Montero-Altamirano AD. Protocolo de atención para el manejo del paciente politraumatizado en emergencia. *Cienc Salud*. 2023;3(1):1–10.
 52. Abril Ruiz N, Naval Garcés R, Torres Ruiz A, Paco Sesé P, Subías Sánchez L, Angusto Satué M. Traumatismos craneoencefálicos y sus posibles consecuencias [Internet]. 2025 Dic 27. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/traumatismos-craneoencefalicos-y-sus-posibles-consecuencias/>
 53. Sociedad Valenciana de neurología. Base de datos de internet. [Internet]. 2025 Dic 27 Disponible en: <https://www.svneurologia.org/fc/ictustablas.htm>
 54. Marsden NJ, Tuma F. Polytraumatized Patient. *Natl Libr Med* [Internet]. 2021 Jul 5 [Citado 2025 Dic 27];2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554426/>
 55. Villanueva-Benites ME, Silva-Ramos K, Monteza-Rojas NJ, Carmen-Álvarez NC, Cárdenas-Siri CE, Leitón-Espinoza ZE. Diagnósticos de enfermería en pacientes con politraumatismo: variables asociadas. *Salud (Barranquilla)*. 2019;35(3):403–21. (Citado el 17 de noviembre del 2025). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522019000300403
 56. Joyce S, Grow R, Brenneman JL, et al. EMS tactical remote assessment and surrogate care. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2025–. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557834/>
 57. Monsell SB, Díaz MC. Anamnesis y examen físico. *Rev Alerg Mex*. 2023;70(4):234–7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-

91902023000400234

58. Escena Formación. Realizar anamnesis: etapas y preguntas que no debes olvidar [Internet]. [citado 8 dic 2025]. Disponible en: <https://www.esneca.com/blog/realizar-anamnesis-etapas-preguntas/>
59. Green B, et al. Patient communication strategies in acute trauma care. *Int Emerg Nurs*. 2020; 52:100919.
60. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative ed. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2021.
61. Oostema JA, et al. Interfacility transfer of trauma patients: best practices. *Prehosp Emerg Care*. 2021;25(4):548–56.
62. Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enferm Glob*. 2013;12(32):346–61. (Citado el 27 de noviembre del 2025). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021
63. Mejía-Torres A, Villalba G, Ramos K. Teoría de adaptación de Roy aplicada al cuidado del paciente crítico. *Aquichan*. 2023;23(1):1–12.
64. Castán Y. Introducción al método científico y sus etapas [Internet]. IACS; 2019 [citado 2025 Oct 31]. Disponible en: <https://claustrouniversitariodeorientede.edu.mx/pedagogialinea/introduccionalmetodocientificoycoysusetapas.pdf>
65. Toro C. Metodología cuantitativa, selección [apunte]. Santiago: Universidad Andrés Bello; 2024. Disponible en:

https://uddo.unab.cl/archivos/2024_2%20%28posgrado%29/MSPE001/recursos/mspe001_s4_seleccion.pdf

66. Hernández-Ramos P, González-Montoya J, Ledesma-López A. Características y aplicaciones del diseño transversal en estudios de salud. *Rev Salud Pública*. 2022;24(3):345–52.
67. Villanueva-García D, Medina-Soto A, Cabrera-Luna M. Estudios correlacionales en ciencias de la salud: fundamentos y aplicaciones. *Rev Enferm Invest*. 2021;6(2):112–9.
68. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7a ed. México: McGraw-Hill; 2021.
69. Santos-Moreno A, Vélez-Rojas C, Martínez-López L. Consideraciones metodológicas para definir población y unidad de análisis en estudios de enfermería. *Rev Enferm Actual*. 2022;38(1):120–7.
70. Martín-Gonzales M, Paredes A, Silva-Flores C. Importancia de la delimitación muestral en estudios cuantitativos de salud. *Rev Investig Salud*. 2021;8(3):45–52.
71. Mora-Delgado J, Pérez-Gutiérrez L, Aguilar-Soto M. Métodos de muestreo aplicados en investigaciones clínicas y de enfermería: una revisión actualizada. *Enferm Univ*. 2021;18(4):423–30.
72. Enfermería Actual. Valoración de enfermería [Internet]. [lugar desconocido]: Enfermería Actual; [citado 2025 Sep 30]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/valoracion-de-enfermeria/>
73. Herrera, Jorge Luis Herrera, Pérez, Yolima Judith Llorente, López, Edinson Oyola. Conocimientos y competencia cultural en enfermería. *Salud Ciencia* [Internet]. 2023 Oct

[citado 2025 Dic 30] ; 25(5): 298-301. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902023000200298&lng=es. Epub 05-Oct-2023. <https://doi.org/10.21840/siic/173385>

74. Sánchez y Sánchez CL, Hernández Olvera K. La encuesta como técnica de investigación en ciencia política. *Rev Mex Opin Publica*. 2024;(37):13–31. Epub 2025 Feb 4. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rmop/article/view/88492/>
75. Hernández Mendoza S, Duana Avila D. Técnicas e instrumentos de recolección de datos. *Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA* [Internet]. 2020 Dec 5 [citado 2024 Jul 29];9(17): pág. 51–3. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/icea/article/view/6019>
76. Maquera N, Vidal Y. 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 [tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2018. (citado el 27 de noviembre del 2025). Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/700541f5-0881-4e26-b5df-1aca7fdc9d4d/content>
77. Puican K “Conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado por accidentes de tránsito en un hospital de lima metropolitana, 2022”. [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado: 2025, diciembre]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/207371be-9768-427a-afb1-abd44f437820/content>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título de la investigación:

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general ¿Cómo se relaciona el conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencias de un hospital público, Lima - 2025?</p> <p>Problemas específicos ¿Cómo se relaciona el conocimiento según la dimensión de valoración primaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público, Lima - 2025? ¿Cómo se relaciona el conocimiento según la dimensión de valoración secundaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público, Lima - 2025?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público, Lima – 2025.</p> <p>Objetivos específicos Identificar la relación del conocimiento según la dimensión de valoración primaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público , Lima – 2025. Identificar la relación del conocimiento según la dimensión de valoración secundaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público , Lima – 2025.</p>	<p>Hipótesis general Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público Lima - 2025. H0: No hay relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público Lima - 2025.</p> <p>Hipótesis específicas H1. Existe una relación estadísticamente significativa del conocimiento según la dimensión de valoración primaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público Lima - 2025. H2. Existe una relación estadísticamente significativa del conocimiento según la dimensión de valoración secundaria y la práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia de un hospital público Lima - 2025.</p>	<p>Variable 1 Conocimientos de manejo de pacientes politraumatizados.</p> <p>Dimensiones: Valoración primaria Valoración secundaria</p> <p>Variable 2 Prácticas de manejo de pacientes politraumatizados.</p> <p>Dimensiones: Evaluación primaria Evaluación secundaria</p>	<p>Tipo de investigación Aplicativa</p> <p>Método y diseño de la investigación Cuantitativo, no experimental de corte transversal, nivel descriptivo correlacional.</p> <p>Población y muestra 50 profesionales de enfermería de un hospital público. La muestra será tipo censal por conveniencia.</p>

Anexo 2. Instrumentos

Cuestionario sobre el Conocimiento del Manejo del Paciente Politraumatizado

(Adaptado de Puican Alarcón, Perú, 2022)

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y marque con una X en la respuesta elegida. Se solicita mucha veracidad en sus respuestas.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad: 18 a 29 años (Joven) 30 a 59 años (adulto).... 60 a más (adulto mayor)

2. Sexo:

Masculino:

Femenino:.....

3. Grado de formación:

Licenciada:

Especialista en emergencia:.....

4. Situación laboral:

Nombrada

Contratada

5. Años de experiencia en el servicio de emergencia:

< 1 año:.....

1 a 5 años:.....

6 a 10 años:.....

11 a 15 años:.....

6. Recibe capacitación sobre el Manejo del Paciente Politraumatizado:

Si :...

No:....

7. La capacitación que recibe sobre el Manejo del Paciente politraumatizado lo califica como:

Excelente....

Buena:....

Mala:....

8. Dispone de insumos necesarios para el Manejo del Paciente Politraumatizado:

Suficiente:.....

Insuficiente:.....

9. ¿El servicio de emergencia cuenta con Protocolos sobre el Manejo del Paciente Politraumatizado?

Si:...

No:...

Desconoce:....

II. DESARROLLE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**Marque verdadero o Falso según corresponda:****1. El ABCDE intrahospitalario consiste en:****A: vía aérea con protección cervical; B: Ventilación; C: circulación; D: déficit neurológico; E: exposición y examen**

- | | |
|---------------------------------|---|
| A: vía aérea y control cervical | () Si esta inconsciente coloca cánula de Guedel, aspiración de secreciones. |
| B: Ventilación | () Valora la frecuencia respiratoria, inspecciona el tórax (tapa heridas), coloca oxígeno. |
| C: Circulación | () Valora la escala de Glasgow. |
| D: Déficit neurológico | () busca hemorragias, color y temperatura de la Piel. |
| E: Exposición y examen | () Cubre y previene la hipotermia |

**2. En la valoración primaria, el manejo de la atención con obstrucción de las vías aéreas es:
Seleccione una o más de una:**

- a) Técnicas básicas de apertura de la vía aérea: Maniobra frente. mentón, elevación mandibular, Tracción mandibular
- b) Técnicas básicas instrumentalizadas: dispositivos: Guedel, aspiración, mascarilla -balón, oxígeno, capnografía precoz
- c) Dispositivos supraglóticos alternativos a la intubación
- d) En la vía aérea: garantizar vía aérea permeable, tracción mandibular y aspiración

3. La tracción mandibular consiste en:

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

4. ¿Para qué se utiliza el tubo oro faríngeo (tubo de mayo)? Seleccione una o más de una:

- a) Para protección de aspiración
- b) Para facilitar la respiración durante la administración de O₂ con una máscara de oxígeno
- c) Para aperturar las fosas nasales
- d) Para mantener la vía aérea libre cuando le lengua se cae, ya que el paciente esta inconsciente
- e) Para protegerse de posibles mordidas en una intubación

5. Relacione:

- | | |
|----------------------------|--|
| a) Problemas respiratorios | () Taquicardia, bradicardia, disminución de la perfusión periférica, disminución de la presión arterial, perfusión orgánica (dolor torácico, estado mental, débito urinario), sangrado , pérdida de líquidos, ECG |
| b) Problemas circulatorios | () Respiración dificultosa, falta de aliento, respiración ruidosa, patrón respiratorio asincrónico. |
| c) Problemas neurológicos | () Escala de Glasgow, pupilas, signos de lateralización. |

d) Problemas en la obstrucción de la vía aérea () respiración ruidosa, cianosis, uso de músculos accesorios

6. ¿Cuáles son las alternativas seguras para asegurar la vía aérea? Seleccione una o más de una:

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

7. En la valoración secundaria, se realiza lo siguiente. Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda:

- a) Se evalúa el ABCDE ()
- b) Se aplica la valoración del índice de severidad en las lesiones ()
- c) Valora la conducta a seguir según la estabilidad e inestabilidad del paciente. ()
- d) Valora el control de daños, en shock hemorrágico; realiza la clasificación del estado del shock. ()
- e) Valoración neurológica: la escala de Glasgow, tamaño y reacción pupilar. ()
- f) Valora la escala de intubación temprana ()
- g) Realiza un adecuado manejo de la vía aérea: escala de Mallampati, Frente mentón, tracción mandibular, uso adecuado de dispositivos de la vía aérea. ()
- h) En caso de trauma torácico valora la dificultad respiratoria por tórax inestable, neumonía a tensión, taponamiento cardiaco etc. ()
- i) En caso de trauma abdominal, valora la distensión abdominal y lesión abdominal inaparente. ()

j) En el trauma pélvico, valora si está abierto (preparación pre quirúrgica para cirugía inmediata) o cerrado; y si es cerrado valora la estabilidad e inestabilidad del paciente para categorizarlo como urgencia o emergencia. ()

8. ¿A partir de qué valor en la Escala de coma de Glasgow debería ser intubado un paciente?

Seleccione una o más de una:

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

9. Cuando el paciente Politraumatizado se encuentra inestable, se realizará:

Marque verdadero (V) o falso (F)

- a) Monitoreo hemodinámico y cardiovascular ()
- b) Monitoreo respiratorio ()
- c) Monitoreo renal ()
- d) Monitoreo hematológico ()
- e) Monitoreo Neurológico ()
- f) Equilibrio de ácido base y electrolitos ()

10. El tratamiento integral del Paciente Politraumatizado implica: Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda:

- a) Soporte ventilatorio ()
- b) Soporte hemodinámico ()
- c) Protección gástrica ()
- d) Soporte metabólico – nutrición ()
- e) Profilaxis y tratamiento trombo embolico ()
- f) Terapia antimicrobiana ()
- g) Protección renal (volumen y diuréticos) ()

11. El manejo del Paciente Politraumatizado. Marque verdadero (v) o falso (f)**según corresponda:**

- a) En una evaluación primaria, se debe reconocer y tratar inmediatamente un sangrado que ponga en riesgo la vida del paciente o un paro cardiaco. ()
- b) Evaluación primaria: primera impresión: el enfoque es ABCDE, y en la evaluación secundaria es la segunda impresión: examinación de la cabeza a los pies. ()
- c) En la evaluación secundaria consiste en la valoración constante del ABCD, anamnesis (AMECE), valoración de la escala ISS, y conducta a seguir según el estado del paciente ()
- d) En la evaluación secundaria la prioridad consiste es estabilizar al paciente con un aporte adecuado de oxígeno a los órganos vitales y en continuar con una secuencia establecida y adecuada de prioridades para identificar lesiones que ponen potencialmente en peligro la vida. ()
- e) Un grado IV de Mallampati predice una intubación difícil en el 90% de los casos ()
- f) La ASA (American Society of Anaesthesiologists) considera a la máscara laríngea dentro de un algoritmo como alternativa para la intubación endotraqueal difícil ()
- g) Una vez estabilizado el Paciente politraumatizado, o después de haber sido internado quirúrgicamente, pasa a continuar sus vigilancia y tratamiento específico a la unidad de cuidados intensivos ()
- h) En la clasificación del estado de choque(hemorragia) el I-II se administrará cristaloides y observación; mientras que en el estadio III y IV se administrará cristaloides, coloides y hemoderivados ()

Guía de Observación sobre la Práctica del Manejo del Paciente Politraumatizado

(Adaptado de Puican Alarcón, Perú, 2022)

Este instrumento tiene como finalidad describir la práctica en el manejo del paciente politraumatizado por el profesional de enfermería del servicio de emergencia.

INSTRUCCIONES:

1. El correcto llenado es muy importante, garantiza una información confidencial por el uso de codificación para cada persona observada.
2. La guía tiene 5 ítems relacionado a las dimensiones del manejo del paciente politraumatizado, en la cual se verá el cumplimiento o no de la actividad (indicador) en el procedimiento correspondiente. Si la enfermera (o) cumple con la actividad se coloca el valor de la actividad en el recuadro de SI, y si no realiza la actividad se coloca el valor de 0 en el recuadro de NO.
3. En cada actividad Usted puede anotar observaciones no consideradas en la presente guía y son relevantes para cada actividad.

DATOS GENERALES:

Fecha: _____ Turno: _____ Hora: _____

N	ITEMS	SI	NO	OBSERVACION
	1-. Prioriza la secuencia de ABCDE			

<p>EVALUACIÓN</p> <p>PRIMARIA</p>	<p>1. Vía aérea y control de la columna cervical:</p> <p>a) Apertura la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> - En personas inconscientes levanta el mentón por tracción de la mandíbula, sin hiperextender el cuello. - Revisa la boca y extrae todo tipo de cuerpo extraño. (teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad) <p>b) Coloca cánula de Guedel, evitando que la lengua descienda hacia la orofaringe en las personas inconscientes</p> <p>c) Coloca el collar de Philadelphia, asumiendo que toda persona politraumatizada tiene lesión cervical hasta demostrar lo contrario.</p> <p>d) Aspira secreciones, cada vez que el paciente lo requiera y coloca en posición de decúbito lateral si no hay trauma cervical.</p> <p>e) Administra oxígeno al 100% por mascarilla con bolsa de reservorio a un flujo de 15 Lt / mn, mejorando la perfusión cerebral.</p> <p>f) Si la paciente lesionada continúa apnéica e hipoxémica, la enfermera prepara el equipo para la intubación endotraqueal (orotraqueal o nasotraqueal)</p> <p>g) Si es fallida la ventilación proporciona, en forma continua ventilación manual con oxígeno al 100% utilizando el Ambú</p> <p>h) Una vez realizada la intubación endotraqueal, verifique la posición del tubo, auscultando ambos campos pulmonares y observando expansión torácica. Insufla el balón, fija el tubo y conecta al Ambú, tubo en T o al ventilador mecánico de acuerdo con parámetros prescritos</p>			
---	--	--	--	--

	<p>i) Si es imposible la intubación, prepara el material para la cricotiroidea o traqueostomía quirúrgica. Previo consentimiento informado de él o su familia cuando la persona esté inconsciente.</p>			
--	--	--	--	--

	<p>2. Ventilación</p> <p>a) Valora la Frecuencia respiratoria: Respira (Si) y No respira (No) realiza RCP-básico-RCP-a</p> <p>b) Inspecciona el tórax: Observa la forma simetría en la expansión e integridad: busca heridas para taparlas)</p> <p>c) Identifica signos de Neumotórax a tensión como: ausencia de murmullo vesicular del lado afectado, dificultad respiratoria, agitación psicomotora, cianosis aleteo nasal, taquicardia, hipotensión, sudoración, ingurgitación de las venas yugulares, etc. Y prepara el material para realizar punción pleural.</p> <p>d) Detecta signos de Neumotórax abierto: observa si hay herida abierta en el pecho con salida de burbujas de sangre alrededor del sitio de la lesión. Verifica si hay dolor, ansiedad y disnea. Coloca apósito en la herida abierta.</p> <p>e) Detecta signos de tórax inestable: Verifica si hay asimetría y movimiento no coordinado durante la respiración (respiración paradójica), dolor severo y disnea durante la inspiración, disminución de la expansibilidad pulmonar, respiración rápida poca profunda y cianosis. A la palpación crepitaciones. Realiza estabilidad del área lesionada.</p> <p>f) Proporciona oxígeno: Asegura oxigenación Si la insuficiencia respiratoria se agudiza coloca al paciente al ventilador mecánico, previa intubación endotraqueal, analgesia y sedación.</p>			
--	---	--	--	--

	<p>3. Circulación y control de hemorragia:</p> <p>a) Valora el nivel de conciencia (si disminuye el volumen sanguíneo, la perfusión cerebral se altera, lesionando los hemisferios cerebrales alterando la conciencia)</p> <p>b) Controla el pulso y presión arterial</p> <p>c) Valora el llenado capilar</p> <p>d) Valora coloración de la piel y temperatura</p> <p>e) Busca hemorragias y cohibe hemorragias no importantes.</p> <p>f) Reposición de la volemia. – Canaliza dos venas periféricas con abocat N° 18</p> <p>g) Realiza prueba cruzada, de acuerdo con protocolos establecidos</p> <p>h) Realiza la clasificación del estado de shock: que permite valorar el porcentaje de pérdida de sangre</p> <p>i) Administra cristaloides, coloides y hemoderivados, según la identificación de clasificación del estado de choque</p> <p>j) Identifica la inestabilidad del paciente, cuando presenta hemorragia extrema.</p> <p>k) Aplica presión directa sobre el sitio sangrante con una compresa estéril y vendaje compresivo, previa revisión rápida de la herida, aplicando las medidas de bioseguridad.</p> <p>l) Prepara y administra medicamentos según prescripción médica: Omeprazol o Ranitidina, ceftriaxona, Transamin, enoxaparina etc.</p> <p>m) Detecta signos de taponamiento cardiaco: hipotensión severa, ingurgitación yugular, tonos cardiacos pagados durante la auscultación. Prepara al paciente para Pericardiocentesis</p>			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">n) Instala y vigila la sonda vesical (débito urinario)o) Instala y vigila la sonda nasogástrica de acuerdo con el protocolo. (contraindicado en sospecha de fractura de base de cráneo)p) Controla estrictamente líquidos administrados y eliminados cada hora.q) Controle la temperatura corporalr) Valora la colocación del CVc (pvc)			
--	---	--	--	--

	<p>4. Déficit Neurológico:</p> <p>a) Valora la escala de Glasgow: Apertura ocular Respuesta verbal Respuesta motora</p> <p>b) Evalúa las pupilas (simetría y reacción pupilar: presencia de anisocoria, reflejo fotomotor)</p> <p>c) c) Signos de lateralización</p>			
	<p>5. Exposición: (desnudar a la persona)</p> <p>a) Valora la exposición de zona afectadas: cubriendo y previniendo la hipotermia (teniendo cuidado de no movilizar segmentos inestables, ni la columna cervical)</p> <p>b) b) Mantiene la dignidad (cubre inmediatamente cada área valorada).</p>			
EVALUACION SECUNDARIA	<p>1. Valora constantemente el ABCD</p>			
	<p>2. Aplica la siguiente nemotecnia: AMECE (Preguntar al paciente si está consciente, o a la familia o al personal que le prestó atención prehospitalaria)</p>			
	<p>A: alergia, M: medicamento que toma usualmente, E: enfermedades anteriores, C: última comida, E: eventos y ambientes relacionados con el trauma.</p>			
	<p>3. Valoración de las lesiones:</p> <p>a) La enfermera (o) aplica y valora el índice de severidad de las lesiones (ISS), que va de 0 a 5 b) Tras la valoración ISS, realiza la evaluación del riesgo: que va desde trauma menor a una sobrevivencia incierta.</p>			
	<p>4. Conducta a seguir según la estabilidad del paciente:</p> <p>a) Paciente estable:</p> <p>a) Realiza la exploración física completa</p> <p>b) Cursa exámenes auxiliares</p> <p>c) Reevaluación de ATLS</p>			

	b) Paciente inestable: a) Realiza el control de daños b) Preparación prequirúrgica c) Cursa Interconsulta a UCI, para su traslado d) Restauración fisiológica e) e) Restauración fisiológica			
	4.1 Orienta al paciente y a sus familiares sobre los procedimientos a realizar (Exámenes de diagnóstico: radiografía. tomografía), y autorización mediante el consentimiento informado			
	4.2 Una vez realizadas las pruebas es necesario que la enfermera conozca los resultados, para planear oportunamente las acciones de enfermería y proporcionar cuidados que el mismo procedimiento exige			
	4.3 Valora en la gestante politraumatizada: a) Medición de la altura uterina b) Sangrado vaginal o salida de líquido amniótico c) Presencia de contracciones d) d) Colabora en la evaluación feto placentaria (Doppler).			
	4.4 Estabilizado el paciente pasa a la unidad de UCI para continuar su vigilancia y tratamiento definitivo.			

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Lic. Juan Pablo, Medina Tudela

Título: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL ENFERMERO EN EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, LIMA – 2025.

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Conocimiento y practica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencias de un hospital público, Lima - 2025”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. Juan Pablo Tudela. El propósito de este estudio es determinar la relación entre el conocimiento y práctica del enfermero en el manejo del paciente politraumatizado en el servicio de emergencia. Su ejecución ayudará a/permitirá establecer la relación que existe entre las variables estudio, proponer mejorar en la atención del área de emergencia en pacientes politraumatizados y llevar a cabo capacitaciones al profesional de enfermería para lograr una atención eficaz y oportuna promoviendo la preservación de la vida del paciente politraumatizado.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente: Se explicará el procedimiento a realizar para la toma del instrumento, se firmará el consentimiento informado y se procederá con el llenado de los cuestionarios.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 20 minutos y (según corresponda, añadir a detalle). Los resultados de la/los instrumentos 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

Beneficios

Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación (de manera individual o grupal), que puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco 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 su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la aplicación del instrumento, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el Juan Pablo Medina Tudela por el 997445397 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.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:

Investigador

Nombres:

DNI:




17% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 15%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet		
repositorio.uwiener.edu.pe			4%
2	Trabajos entregados		
Universidad Wiener on 2024-10-06			2%
3	Trabajos entregados		
uwiener on 2024-06-14			2%
4	Trabajos entregados		
uwiener on 2023-11-06			2%
5	Internet		
repositorio.unjbg.edu.pe			2%
6	Trabajos entregados		
Submitted on 1685851126987			1%
7	Trabajos entregados		
uwiener on 2023-12-28			1%
8	Trabajos entregados		
Universidad Wiener on 2022-09-08			<1%
9	Trabajos entregados		
Universidad Wiener on 2026-01-24			<1%
10	Trabajos entregados		
uwiener on 2024-06-14			<1%
11	Trabajos entregados		
uwiener on 2023-02-19			<1%