

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**Competencia de la enfermera en la inmovilización y traslado de
pacientes politraumatizados en la red de salud Félix Mayorca**

Soto, Tarma – 2019

Para optar el título profesional de:

Licenciada en Enfermería

Autoras: Bach. Elva Celina BARZOLA ORTEGA

Bach. Roxana Rocío MEZA ASTUHUAMÁN

Asesor: Dr. César Iván ROJAS JARA

Tarma – Perú – 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**Competencia en la enfermera en la inmovilización y traslado de
pacientes politraumatizados en la red de salud Félix Mayorca**

Soto, Tarma – 2019

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dra. Nelly Marleni HINOSTROZA ROBLES
Presidente

Dr. Isaac Sicilio CÓRDOVA BALDEÓN
Miembro

Mg. Elda Nelly MOYA MÁLAGA
Miembro

DEDICATORIA:

A Dios, por concedernos la vida quien supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas.

A nuestros padres, que gracias a ellos somos lo que somos por ser la fuerza para obtener todos los logros además porque son el motivo de nuestra inspiración y superación.

A nuestros hermanos, por estar en los momentos más importantes de la vida.

AGRADECIMIENTO:

A la UNDAC, por permitirnos ser parte de esta hermosa casa de estudio y brindarnos esta maravillosa profesión.

A los docentes de la UNDAC que nos brindaron los conocimientos necesarios para aplicarlos en el campo laboral.

A todos aquellos que fueron partícipes, directa e indirectamente, en el presente estudio.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: Determinar el nivel de competencia de la enfermera en la inmovilización y traslado de pacientes politraumatizados en la Red de salud Félix Mayorca Soto Tarma. El estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo comparativo. Para la recolección de datos se utilizó instrumentos: Cuestionario cognitivo actitudinal.

Ficha de observación procedimental

La población de estudio estuvo constituida por 33 enfermeras de los centros de salud y 54 enfermeras de los puestos de salud de la Red de Salud Félix Mayorca Soto de Tarma. La muestra estimada aplicando el SurveyMonkey nos permite calcular como tamaño a un total de 87 enfermeras. Se obtuvo como resultados: El nivel de competencia en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno en el 72,7% frente a un 62,9% que tienen las enfermeras de los Puestos de Salud evaluados.

El nivel de competencia en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno en el 72,7% frente a un 62,9% que tienen las enfermeras de los Puestos de Salud evaluados.

PALABRAS CLAVES: Competencia de la enfermera, competencia e inmovilización y traslado del politraumatizado.

ABSTRACT

This research work aimed to: Determine the level of competence of the nurse in the immobilization and transfer of polytraumatized patients in the Félix Mayorca Soto Tarma Health Network. The research study was quantitative, comparative descriptive design. For data collection instruments were used: Attitudinal cognitive questionnaire. Procedural observation sheet.

The study population consisted of 33 nurses from the health centers and 54 nurses from the health posts of the Félix Mayorca Soto Health Network in Tarma. The estimated sample applying the SurveyMonkey allows us to calculate a total of 87 nurses as size. It was obtained as results: The level of competence in the group of nurses of the Health Centers is good in 72.7% compared to 62.9% that have the nurses of the Health Posts evaluated.

The level of competence in the group of nurses from the Health Centers is good in 72.7% compared to 62.9% of the nurses from the Health Posts evaluated.

KEY WORDS:

Nurse competence, competence and immobilization and transfer of polytrauma.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó que existen 10 millones de heridos y 5 millones de muertes anuales en el mundo por politraumatismos; siendo causa de muerte en las personas menores de 45 años de edad en los países en desarrollo en un 74% y en vías de desarrollo 90%; presentándose mayormente en los varones 72.4% y mujeres 27.6%, principalmente por los accidentes de tráfico 69.2% (vehículos de 4 ruedas 43.5%, motocicleta 9.7%, bicicleta 2.6%, atropello 11.4%), caídas 15.8%, aplastado 13.7% y quemados 4.6%; asimismo, estos accidentes pueden ser evitables en un 12 a 26%. (1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define politraumatizado a toda aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos, siendo el traumatismo severo la principal causa de muerte en personas menores de 40 años de edad; teniendo una mortalidad según la edad la cual se presenta en dos picos de incidencia; en torno a los 20 años por accidentes de tráfico y armas de fuego, y en torno a los 80 años por atropellos y caídas por la presencia de osteoporosis; asimismo, Brasil, Colombia, Estados Unidos, México y Venezuela; son los únicos países con el mayor número de muertes por politraumatismos. (2)

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), evidenció que los accidentes de tránsito provocan la muerte de siete personas a diario y dejan con heridas severas a cinco cada hora, actualmente se han registrado 83 mil 753 accidentes de tránsito, provocando 2 mil 852 muerte y casi 50 mil lesionados; asimismo, 8 de cada 10 personas que mueren a consecuencia de accidente de tránsito son peatones, una cifra que nos ubica al frente de la lista de transeúntes fallecidos por esta causa a nivel de América Latina. Casi el 50% de los lesionados por accidentes de tránsito tienen entre 13 y 25 años de edad, que frustra en la mayoría de casos de personas en su inserción laboral. (1)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señaló que el término politraumatizado a toda aquella persona que sufre de dos o más lesiones que pongan en peligro la vida del paciente lesionado; teniendo picos de mortalidad de 3 días a

semanas por la presencia de sepsis y falla multiorgánica en 20%, de 2 minutos a horas debido a hemorragias, hematomas epidurales y taponamiento cardiaco en un 30%, de unos minutos por obstrucción de la vía aérea, lesiones medulares y arritmias cardíacas 50%. (2)

El paciente politraumatizado constituye un reto del profesional de Enfermería de Emergencia desde el inicio de su asistencia hasta la adecuación de todos los medios hospitalarios necesarios en su tratamiento; la frecuencia del politraumatismo ha aumentado de forma progresiva en las últimas décadas; lo fundamental en el tratamiento del politraumatizado son las medidas iniciales que se tomen en la fase prehospitalaria y evacuación en el menor tiempo posible hacia una institución hospitalaria para una atención especializada. (2)

Por ello, los pacientes politraumatismos son cuadros de accidentes graves, producen lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando al estado general y/o constantes vitales que pueden ocasionar un estado en el que peligrasen sus vidas, requiriendo actuaciones de urgencias; por ende, en el paciente politraumatizado la rápida y correcta valoración de los signos vitales y otros parámetros como pupilas, piel, relleno capilar, son imprescindibles para la valoración, tratamiento y cuidados que necesita cada paciente. (1)

El profesional de Enfermería pese a ser un profesional especialista, cuya condición le permite un desenvolvimiento dependiente y eficiente, con rapidez y en forma ordenada y sistemática, aún está debilitada su accionar, pudiendo ser por falta de uso de instrumentos que les permita guiar su labor y asumir con mayor seguridad lo que le corresponde realizar de urgencias, sabiendo que el paciente solo cuenta con solo 03 minutos para pasar a un estado de recuperación o quedar con secuelas irremediables de por vida.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y Planteamiento del Problema.	1
1.2. Delimitación de la investigación.....	3
1.3. Formulación del Problema	4
1.3.1. Problema General.	4
1.3.2. Problemas Específicos.	4
1.4. Formulación de objetivos.....	4
1.4.1. Objetivo General.	4
1.4.2. Objetivos Específicos	4
1.5. Justificación de la investigación.....	5
1.6. Limitaciones de la investigación	5

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	7
2.2. Bases teórico-científicas	9
2.3. Definición de términos básicos.....	34

2.4. Formulación de hipótesis.....	35
2.5. Identificación de variables.	36
2.6. Definición Operacional de variables e indicadores	36

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.....	41
3.2. Nivel de investigación.....	41
3.3. Métodos de investigación.	41
3.4. Diseño de investigación.	42
3.5. Población y muestra.....	42
3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.	43
3.7. Técnicas de procesamiento análisis de datos.	45
3.8. Tratamiento estadístico.	45
3.9. Orientación ética filosófica y epistémica.	45

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo.....	46
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	46
4.3. Prueba de hipótesis.	54
4.4. Discusión de resultados.	59

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y Planteamiento del Problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cada año pierden la vida 1,35 millones como resultado de los accidentes de tránsito. Entre 20 y 50 millones de personas padecen traumatismos no graves, y muchos de ellos provocan algún tipo de discapacidad. (1)

Estas lesiones originan grandes pérdidas económicas para las familias y la sociedad en general que asumen los costos del tratamiento que se agrava por la falta de trabajo de las personas que mueren o quedan discapacitadas, o los familiares dejan de laborar o estudiar para atender a estas personas. (1)

Los accidentes por vehículos motorizados cuestan al erario de los países cerca al 3% de su PBI. Y el 90% a más de defunciones causadas por accidentes por vehículos motorizados se producen en los países de bajos ingresos económicos.

(2)

La problemática de los elevados índices de pacientes politraumatizados se debe básicamente a la carencia de un protocolo de salvaguarda o protección que abogue por un plan de transporte tangible y eficaz para todos los usuarios de las carreteras. (2)

Esta perspectiva debe enfocarse por la vulnerabilidad de las personas a sufrir lesiones moderadas y graves causadas por los motorizados, y deben reconocer que el protocolo se debería proyectar para solucionar los efectos del accidente. El punto de vista de la perspectiva son las carreteras y los arcones seguros, las velocidades seguras, los vehículos seguros y los usuarios de carreteras seguros, lo cual se deberá afrontar con miras a poner desenlace a los accidentes mortales.

Entre las causales de accidentes es el incremento de la rapidez de conducción que tiene proporción directa con la posibilidad de que ocurra una incidencia de tránsito con graves consecuencias. Por ejemplo, un aumento de un 1% de la velocidad media del motorizado da como resultado al incremento de un 4% en la ocurrencia de accidentes mortales y un 3% de accidentes con politraumatismos. (1)

De igual manera manejar en estado de ebriedad o de haber ingerido cualquier estupefacto psicoactivo aumenta el riesgo de un suceso con desenlace irremediable o lesiones graves. (1)

Además, existen muchos tipos de distractores que pueden afectar la conducción como el uso de teléfonos móviles y que tienen cuatro veces más probabilidad de estar involucrados en un accidente.

La efectiva utilización de las normas viales, la modernización periódica y el uso de normas de precaución de los factores de riesgo, en los niveles nacional, regional y municipal. Ello incluye además la aplicación de sanciones apropiadas. (2)

A nivel local en el distrito de Tarma son altamente frecuentes los accidentes por motorizados y es más recurrente en feriados largos o festividades.

En la red de Salud Félix Mayorca Soto de Tarma la prestación de atención por la entidad es dada por el trabajador de salud que labora y que pese a ser

profesionales especialistas y nombrados adoptan comportamientos que muchas veces afectan los procedimientos de servicio; por ejemplo, actúan con pesadez, y su conducta muestra ineficacia cuando se presenta un herido con politraumatismo.

Por otro lado se observa que el personal que labora incurre en deficiencias referente a la noción del uso de los elementos con que se atiende en el área de emergencia, por ejemplo en la aplicación del collarín cervical, tabla rígida y otros, lo que aparentemente nos hace suponer que muchos de ellos desconocen la forma como se usa estos elementos; al hacerles preguntas básicas en base a estos procedimientos habitualmente dan respuestas vagas que manifiestan inexperiencia hipotética por lo que no lo aplican en el establecimiento.

1.2. Delimitación de la investigación.

Esta investigación se efectuó en los centros y puestos de salud de la jurisdicción de la red de salud Félix Mayorca Soto tomando como población objetivo a los profesionales de Enfermería.

Delimitación conceptual.

En esta investigación se desarrolló la teoría de las variables: Competencia de la enfermera en la inmovilización y traslado de pacientes politraumatizados, tomando el enfoque conductista y las competencias en base al modelo de Virginia Henderson (20) como base.

Delimitación espacial.

La investigación se efectuó al profesional de enfermería de los centros y puestos de salud de la red de salud Félix Mayorca Soto de Tarma.

Delimitación temporal.

El estudio se desarrolló el año 2019.

Delimitación social.

El estudio estuvo dirigido para la provincia de Tarma, en los Centros y Puestos de salud de la red de salud Félix Mayorca Soto de Tarma

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General.

¿Cuál es la diferencia que existe entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma?

1.3.2. Problemas Específicos.

- ¿Cuál es la diferencia que existe entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área cognitiva en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma?
- ¿Cuál es la diferencia que existe entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área procedimental en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma?
- ¿Cuál es la diferencia que existe entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área actitudinal en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma?

1.4. Formulación de objetivos.

1.4.1. Objetivo General.

Comparar los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Comparar los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área cognitiva en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

- Comparar los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área procedimental en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.
- Comparar los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área actitudinal en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

1.5. Justificación de la investigación.

Esta investigación se fundamentó en la necesidad de evaluar el nivel de competencia que tiene la enfermera para realizar la inmovilización de los pacientes politraumatizados con la finalidad de evitar complicaciones que podrían resultar irreversibles e incapacitarlos para el resto de su vida o bien producirles la muerte por una deficiente actuación inoportuna al momento de brindar estos procedimientos.

La realidad observada permitió realizar esta investigación para mejorar la calidad de atención y en forma pertinente y con eficiencia al paciente politraumatizado ya que es muy frecuente observar una alta demanda de pacientes que sufren accidentes de tránsito en esta zona distrital donde el medio de transporte más utilizado son los vehículos medianos y pequeños como las motos lineales y que por desidia de los usuarios no prevén medidas de prevención de accidentes incrementándose las tasas de accidentes con repercusiones de ser de tipo politraumatismo en su mayoría y que son atendidos en la jurisdicción del hospital de Tarma.

Así mismo esta investigación cuantitativa permitirá conocer las competencias profesionales de las enfermeras que laboran en este establecimiento con la finalidad de tomar decisiones Institucionales, a través de mejorar la gestión planificando y ejecutando actividades de capacitación continua al personal para una atención de calidad y eficiente.

1.6. Limitaciones de la investigación.

Según la evaluación establecida por las investigadoras, este estudio no

tuvo limitaciones ya que se realizó un exhaustivo análisis de factibilidad y viabilidad.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Antecedentes Internacionales.

Morales Navarro et al., en el año 2015. En su estudio “Atención inicial al politraumatizado maxilofacial: evaluación de la vía aérea y la circulación”. Tuvo la metodología de revisión bibliográfica. Evaluaron revistas de impacto de Web of Sciences (41 revistas) y 6 libros. Se estudió 50 temas enfocados de forma completa. Conclusiones: La atención adecuada al politraumatizado maxilofacial garantiza resultados óptimos, en la conservación de la vida, y estéticamente funcional. En este caso es muy necesario manejar el Soporte Vital Avanzado del trauma y manejo de la vía aérea con estabilización de la columna cervical, ventilación y circulación. (2)

Por su parte, **Bartolomé G. Leticia**, en el año 2017. Estudió el “Manejo Asistencial Inicial Del Paciente Politraumatizado Con Sospecha De Lesión Medular Cervical Aguda, Madrid”. La metodología se ha ejecutado con la búsqueda bibliográfica en 5 bases de datos de Ciencias de la Salud. Conclusiones: la técnica de una deficiente inmovilización está asociada al

aumento de mortalidad. Por lo que es necesario unir criterios en cuanto a la inmovilización, y mejora en la formación de profesionales que intervienen en el tratamiento de estos pacientes. La enfermería es una profesión trascendental en la valoración y evaluación del estado del paciente. (3)

Asimismo, **Abreu Irene**, en el año 2015, estudió el “Cuidado de enfermería en el paciente politraumatizado al ingreso y su relación con los factores que influyen en la práctica en el Hospital de Valera”. La metodología manejada en el estudio fue con una población de 25 Enfermeras. La recogida de datos a través de un cuestionario estructurado, La segunda y tercera construidas en escala de Likert con 43 ítems midió el conocimiento de la enfermera sobre el cuidado del paciente politraumatizado al ingreso a la emergencia. Y la escala de observación con 41 ítems midió cuidado de enfermería al ingreso del paciente politraumatizado. Conclusión: el tratamiento de enfermería en pacientes politraumatizados al ingreso se relaciona con el conocimiento que tiene el profesional de enfermería sobre los cuidados y recursos necesarios para realizarlo. (4)

Antecedentes Nacionales.

Belaunde García et al., en el año 2018. Estudió los “Conocimiento y práctica del personal de enfermería en la atención de pacientes politraumatizados por el Servicio Móvil de Urgencias. Universidad Peruana Cayetano Heredia”. En cuanto al diseño metodológico: El tipo de estudio fue de enfoque cuantitativo, correlacional, corte transversal, área de estudio las 33 unidades del servicio móvil de urgencias, la población considerada es de 165 licenciados en enfermería. Análisis de datos: Los datos fueron recolectados mediante los instrumentos validados y aprobados por el juicio de expertos, el cuestionario consta de 28 preguntas, a su vez la lista de cotejo consta de 14 ítems, compuestos por preguntas cerradas que se aplicó a las enfermeras que cumplían los criterios de inclusión. (5)

Por último, **Blas R.**, en el año 2015. Estudió el “Nivel de conocimiento y aplicabilidad en el manejo de la atención de enfermería en pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital II EsSalud Pasco”. La metodología usada fue de un estudio correlacional a 20 enfermeras del servicio de Emergencia. Se empleó un cuestionario y una guía de observación para recoger los datos. Conclusiones: El nivel de conocimiento se relaciona con la aplicación en el cuidado de enfermería a pacientes politraumatizados. (6)

2.2. Bases teórico-científicas

I. COMPETENCIA.

a. Definición

La aptitud que tenemos para desempeñarnos en contextos diferenciados. Un individuo capaz es aquella que sabe desempeñarse, que sabe lo que se espera de ella, que sabe lo que le pide el ambiente y lo hace, y para eso va a utilizar conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes que son todos esos recursos que tenemos para desempeñarnos en el ambiente. La competencia es un desempeño específico frente a demandas complejas, ante a problemas complejos, es lo que la persona sabe hacer. (7)

II. COMPETENCIAS EN ENFERMERÍA.

a. Concepto.

No es *sencillo* delimitar el concepto de competencia, cuando una somera estudio de las publicaciones referentes a esta área, del mismo modo de evidenciar los continuos esfuerzos dedicados a esta actividad y los diferentes vaivenes habidos en su concreción a partir de lo psicológico, académico, profesional, social, etc., indican que esta palabra no es unívoca. (5)

Por otro lado, además es trascendental recalcar que en todo termino existen supuestos previos o unos niveles de conceptualización distintas con los que cada escritor opera. Esta primera diferenciación, que implica diferentes parámetros de informe, provoca que el desenlace conceptual, obviamente,

sea distinto. (6)

Por otro lado, en las diferentes definiciones sobre competencia se incluyen otros conceptos -talento, cualificación, habilidad, facultad, etc., que por uno mismos la forma resultan en la gran parte de las veces ambiguos o incluyen en su interior dificultades semánticas. (6)

Sea como fuere, a diferencia de la problemática individual del enunciado, y aparte de la investigación histórica que podríamos realizar concerniente, lo que nos interesa en el instante es emplear una prueba de clarificación de este tema. Para ello, con autonomía de otros procedimientos, vamos a acudir al estudio lexicológico de la palabra, el estudio de algunas definiciones significativas referente a la revisión de algunos enfoques, para finalizar con la diferenciación de las competencias de otros conceptos asociados. (7)

b. Análisis lexicológico del término competencia.

Desde el inicio del siglo XV nos encontramos con dos verbos en castellano “competir” y “competere” que proviniendo del propio verbo latino (“competere”) se diferencian significativamente, asimismo se entranan semánticamente el espacio de la competitividad. (8)

- Competere: concernir, dando parte al sustantivo competencia y al adjetivo competente (idóneo, adecuado).
- Competir: luchar, competir, dando parte de la misma forma al sustantivo competencia, competitividad, y al adjetivo competitivo.

Sea como fuere, en los dos casos, el sustantivo competencia es habitual, lo que añade apuro y genera equívocos.

Si recurrimos en los diccionarios de la lengua española, en busca del término, verificamos que las acepciones propuestas tienen que ver con el doble sentido, resultando complicado señalar la dificultosa que es la demarcación en una u otra orientación, con lo cual, llegados a este sentido, es interesante retomar el estudio que nos presenta Prieto (9) concerniente las diferentes

acepciones ubicados en el espacio socio profesional, aunque únicamente aludiremos a algunas de ellas por su ventaja en el momento.

c. Definiciones.

Los diferentes enfoques no tienen que ser la demostración escueta de la mencionada complejidad conceptual. Estamos comprometidos a efectuar una equiparación conceptual para lograr afrontar las implicaciones derivadas de las competencias en el área de la educación profesional y ocupacional. Prescindiendo momentáneamente de los diferentes enfoques, podemos confirmar que las competencias hacen mención a:

- Conjuntos estabilizados de saberes y saber-hacer, de conductas modo, de procedimientos estándares, de tipos de raciocinio, que se pueden situar en práctica sin nueva instrucción. (10).
- Posesión y el incremento de destrezas, conocimientos, actitudes adecuadas y práctica suficientes para desenvolverse con superación en los papeles de la existencia. (10).
- La habilidad particular para abordar actividades que requieran una planificación, realización y supervisión autónomos. (10)

d. Caracterización de las competencias.

Estas definiciones a cerca de las competencias, sin intentar ser completo (concretamente en la última década), nos pone de evidente que el termino de competencia en la actualidad posee un atractivo singular (11): lo complicado de definirlo crece con la demanda de utilizarlo. De modo que, en estos momentos, como destaca el autor, indica que es un término activo; es un enunciado en inicios de fabricación.

Por otro lado, lo complicado, es preciso realizar y alcanzar a algunos puntos de síntesis de enunciación para nuestra labor. (12)

Una primera característica en la definición de competencia es que importa todo un grupo de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados,

coordinados e integrados, en el contexto que el sujeto ha de saber hacer y saber estar para la práctica profesional. La propiedad de estos saberes le hacen capaz de proceder con eficiencia en situaciones profesionales. A partir de esta perspectiva, no sería diferenciable de habilidad, dirigiéndose al trascurso de capacitación clave para alcanzar las competencias. Sin embargo, una cosa es “ser capaz y otra bien distinta es ser competente, poseyendo distintas implicaciones idiomáticas (13). Después se detallará sobre ello.

Desde lo elemento de la competitividad nos parece notable el planteamiento del maestro Ferrández (13) que arrancando de la capacidad llega a la competitividad.

Las competencias únicamente suelen ser definibles en el ejercicio. En la línea de lo apuntado inicialmente, las competencias no suelen ser reducibles ni al saber, ni al saber-hacer, por consiguiente, no son asimilables a lo aprendido en la escuela. Tener unas capacidades no significa ser competente. En otras palabras, la competitividad no reside en los medios (capacidades) sino en la movilidad misma de los medios. Para ser eficientes es indispensable saber la colección de medios. Tener en cuenta, también, no es tener, es manejar, migrar y conocer al ejercicio es una restauración: es un trascurso con valía añadido. Esto nos indica que la competitividad es un trascurso antes de una etapa; es poniendo en práctica-acción la competencia como se llega a ser competente. (14)

No basta con comprobar que elementos suelen ser constitutivos de las competencias. Hemos de profundizar más y a partir de hoy recurrir a cómo se conforman. Cabría ya que, más allá de lo mencionado referente a las capacidades y competencias, tener en cuenta que no basta con el trascurso de capacitación –por ende, posibilitador de las capacidades y defendiendo en la formación, sin embargo, en este territorio la práctica se muestra como

necesario. (14)

En síntesis, la definición de competencia es indisociable de lo que se sabe del progreso (12). No debemos dejar de lado que como resultado de este trascurso de provecho equivalentemente se incrementa la zona de las capacidades entrando en un bucle continuo que va desde las capacidades a las competencias y de éstas a las capacidades, iniciando de nuevo el curso potenciador en ambas direcciones, en un continuo interminable “espiral centrífuga y ascendente” en palabras de Ferrández. (13)

El argumento, por último, ya que, es clave en la descripción. Si no hay más competitividad que aquella que se pone en ejercicio, la competencia no puede entenderse ni mucho menos al lado del medio individual en el que se pone en juego. En otras palabras, no puede separarse de las circunstancias específicas en las que se muestra. Este suceso se pone de manifiesto en un buen conjunto de definiciones. (11-12)

e. Enfoques sobre las competencias.

Conscientemente hemos eludido hasta este instante el enmarcamiento hipotético en base a las competencias, a sabiendas que es un expreso en cada una de las definiciones que hemos utilizado para nuestra síntesis conceptual. Llega la hora de proyectar algunos enfoques teóricos. De nuevo nos tropezamos con una gran diversidad que podemos explicar en acorde de Jones y More (15) en base a las concepciones de la competencia como estructuras profundas, propio de las teorías de Levi Strauss, Chomsky o Piaget; como principio sintetizador dentro de la teoría de la Gestalt; como procedimientos de práctica, según Bourdieu; como signo de Bernstein; como ejecución de beneficio en la etnometodología; como conductas operacionales en el conductismo, etc.

Pormenorizar en estas concepciones escapa a los propósitos de nuestra labor, es por ello que optamos por un plan más globalizador de enfoques, tal

y como propone Gonczi. (16)

Este autor intelectual nos presenta tres enfoques, marcadamente diferenciales, sin embargo, que, a nuestro concebir, evidencian en lo global el semblante hipotético concerniente a las competencias:

➤ Enfoque conductista: que entiende la competencia dentro de las conductas discretas asociadas con el desenlace de tareas atomizadas. Pretende efectuar una descripción clara de competencias de tal forma que no existan desacuerdos concernientes a lo que constituye un cumplimiento satisfactorio. Esta perspectiva no se preocupa por las conexiones entre las tareas e ignora la forma de dicha unión que podría propiciar su evolución (Lo total no es más que la adición de las partes).
(16)

➤ Enfoque genérico: se concentra en base a aquellas características generales del sujeto que son cruciales para un desempeño efectivo. Prioriza los procesos subyacentes (comprensión, habilidad de pensamiento de análisis, etc.) y ofrece las bases hacia características más transferibles o más específicas. No obstante, la característica general de discernimiento crítico, asimismo asumido, suelen estar aplicadas a muchas o a todas las situaciones. En el patrón, las competencias son conceptualizadas como características generales, ignorando el contextual en el que ellas se aplican o se ponen en juego.
(16)

➤ Enfoque integrado o relacional: intenta coger una perspectiva antepuesto de los atributos generales con el argumento en el que ellos son utilizados. Vistos a grandes rasgos estos tres enfoques, nos enmarcamos en el último, por cuanto que uno mismo satisface sus exigencias de conceptualización que en el apartado anterior hemos dado sitio la evidencia, superando, al mismo tiempo, las limitaciones de los dos anteriores. No se basa solo en lo reciente

cuanto del hecho de algunas características que en sintonía con Jones y More (15) nos parece apropiado destacar:

Esencialmente, la competencia es el trato que existe entre lo interior del individuo y lo externamente. En otras palabras, el idéntico proceso de obtención la demostración de la facultad, reconocida públicamente, asimismo como la aprobación propia (capaz) como parte de una población, se torna o transforma al mismo tiempo en un aumento seguro de habilidad para posteriores incrementos o nuevas competencias. (15)

El centro de transferencia, interés y actuación de las competencias está también por dentro de las prácticas formales como informales de la vida cotidiana o profesional. Además, la obtención de la competencia como su consecuente demostración constituyen un logro práctico. Lo que se adquiere es, esencialmente, la realización de prácticas sociales contextualmente localizadas. Es mucho más, la competencia como un lucro implícito en las prácticas de la vida cotidiana profesional puede ser contrastada con las representaciones construidas teóricamente mediante la formación previa para ello. (15)

Queda implícita lo fundamental del argumento en el concepto, adquirir y ejecución de la competencia. En otras palabras, la competencia únicamente puede estar expresada mediante prácticas sociales contextualmente definidas y está relacionada con las reglas tácitas y expectativas derivadas del medio. (15)

III PACIENTE POLITRAUMATIZADO.

La OMS (1) define como: Contusión Anatómico a nivel orgánico, intencional o no intencional, resultante de una manifestación aguda infligida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de pasividad fisiológica.

Concepto de Politraumatizado: individuo con más de una contusión y /o contusión peligrosa a nivel visceral o periférica que comprometen a la función

circulatoria o respiratoria que atenta el bienestar del sujeto. (1)

El Ministerio de Salud (MINSA) institución reguladora de Salud en nuestra nación en su manual del Politraumatizado de la persona mayor, lo define como:” Politraumatizado es la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un incidente, que comporta peligro de su vida para el accidentado. (2)

Clasificación del politraumatismo.

Según la guía ATLS (8) (Soporte vital avanzado en trauma) los politraumatismos se pueden especificar tal como se presenta:

- **P. Leve:** Pate con lesiones superficiales, contusas a excepción de heridas ni fracturas.
- **P. Moderado:** Con lesiones o heridas que generan ciertos tipos de imposibilidad funcional mínima.
- **P. Severo o Grave:** Paciente con alguna de los siguientes problemas:
 - Eyección de pate de automóvil cerrado.
 - Muerte de cualquier habitante del automóvil.
 - Caída mayor a dos veces la altura del pate.
 - Impacto a gran aceleración >50 km/hr
 - Compromiso hemodinámico: Presión sistólica <90 mmHg.
 - Glasgow <13
 - Fractura de dos o más huesos largos
 - Herida profunda en cabeza, cuello, dorso, ingle.
 - Embarazo

Al mismo tiempo, se considera que la defunción en el Politraumatizado acontece en tres picos visiblemente delimitados:

Picos de la mortalidad del accidentado politraumatizado.

➤ **Primer Pico.**

Se produce en los primeros minutos tras el atentado. Aparece a causa

de laceraciones cerebrales, en grandes vasos y corazón y lesiones espinales altas. Muy pocos de estos enfermos suelen salvarse. (16)

➤ **Segundo Pico.**

Se produce entre los primeros minutos y las primeras horas, es la mencionada hora de oro. La defunción ocurre por hematomas epidurales, subdurales, hemoneumotórax, rotura esplénica, laceración hepática, fracturas pélvicas y otras lesiones múltiples. Es en el instante en el que se alcanzan su gran validez los equipos de incidencia, dependiendo de ellos la salud de los lesionados. (16)

➤ **Tercer Pico.**

Se produce a los días o semanas posterior del trauma fundamentalmente a causa de la sepsis o defecto multiorgánico. Fallecen el 20% de los pactes que llegan a esta fase. (16)

Como se observa, en los pacientes con el secundario pico, aquellos que pueden recuperarse con receta y atención inmediata, para ello es fundamental que se cumplan 3 contextos:

- Atención Inmediata por personal competente y experimentado.
- Traslado en el menor tiempo posible hacia un establecimiento Especialista para la atención de paciente Politraumatizado.
- Transporte en movilidad apropiado, por trabajador idóneo y autorizado.

La atención del accidentado traumatizado delicado requiere de una intervención rápida de sus lesiones y designar el procedimiento que resguarde la salud del accidentado. Sin embargo, el tiempo es básico, es favorable implantar una atención sistemático sencillo de inspeccionar y de intervenir. (1)

IV. INMOVILIZACIÓN EN POLITRAUMATIZADOS.

Agrupación de maniobras y técnicas que se realizan a un accidentado con

trauma para reducir los movimientos de zonas lesionadas. (17)

La inmovilización del lesionado se efectúa por profesionales de salud de la unidad de rescate en el mismo sitio de la incidencia, dando exclusiva categoría a las lesiones de la columna vertebral, las que son de modo gravísimo. Los inmovilizadores no deben estar retirados por ninguna circunstancia, hasta que sea descartada radiológicamente una contusión espinal. (17)

Debemos tener en claro que la falta de un déficit neurológico no descarta una contusión ósea o ligamentosa de la columna ni otros problemas que supongan una sobrecarga para la médula espinal. En caso contrario: inmovilizar.

Técnicas de inmovilización y transporte en trauma.

Los pacientes traumatizados están expuestos a experimentar un segundo trauma si no son adecuadamente inmovilizados y trasladados de forma rápida a un establecimiento asistencial más próximo pero idóneo para su tipo de trauma (tercer nivel, centro de trauma, etc.). (17)

Objetivos de la Inmovilización.

- Estabilizar las lesiones existentes.
- Evitar lesiones secundarias.
- Aliviar la dolencia.
- Controlar la hemorragia.

La inmovilización debe ser realizada por profesionales competentes para ello y en la misma zona del incidente. Los inmovilizadores no deben ser retirados por ninguna causa hasta que el accidentado arribe al establecimiento de urgencias y sea examinado en manera particular por un médico especialista en trauma. En el caso de las extremidades la inmovilización debe abordar la articulación proximal y distal, dejando los dedos de la extremidad inmovilizada a la mirada para poder estar alerta de la perfusión, mecanismo esencial

debido a que, si no se detecta la isquemia precozmente, puede ocasionar la pérdida de la extremidad. Cuando sea dable, se deben supervisar los pulsos, sino, por el contrario, la perfusión en los dedos. Por lo contrario, si es factible la extremidad lesionada que esta inmovilizada debe residir elevada para reducir el edema por el traumatismo. En caso de no estar seguro inmovilice.

(17)

Tiene específico valor las lesiones de la columna vertebral. Se debe inmovilizar en acto y en el trascurso del tiempo que dure el traslado a todo accidentado traumatizado en quien se sospeche tenga la lesión de columna vertebral. (18)

El motivo por la cual se debe quedarse inmóvil al accidentado es para impedir que la función neurológica sea lesionada a causa del movimiento de la vértebra lesionada y consecuente daño de la medula espinal; se sabe que entre 3 a 25% de las lesiones medulares ocurren después del trauma inicial, ya sea en el trascurso del traslado o al inicio de la intervención del accidentado traumatizado en la unidad de urgencias. De otro modo, hasta un 20% de las lesiones de columna vertebral involucran varios y diferentes niveles vertebrales no continuos, de modo que toda la columna está potencialmente en riesgo.

El diagnóstico de lesión inestable de la columna vertebral puede ser dificultoso, y puede haber consecuencias devastadoras como la paraplejia, la cuadriplejia, etc.; de modo que usted debe asumir que el accidentado lo tiene hasta que pueda ser adecuadamente excluido. Algunos estudios referentes a trauma raquimedular han hallado una proporción de lesiones inadvertidas tan elevado como de un 33%, y esta problemática se debe básicamente a una falta de cuidado de la lesión, ya sea de menor grado a inadecuada interpretación de las radiografías. (18)

Cuando nos enfocamos al trauma raquimedular es esencial precisar Si hay

lesión, pero teniendo en claro toda la columna. Si bien la columna torácico-lumbar está más protegida, debe ser evaluada tanto clínica como radiológicamente. Se evalúa que hasta un 5% de lesiones en columna presentan una segunda lesión en alguna parte más de la columna, no colindante a la lesión detectada. (18)

Condiciones que hacen sospechar de Trauma Raquimedular (indicaciones de inmovilización espinal):

- Accidente automovilístico, sea el chofer, pasajero o peatón.
- Trauma Craneoencefálico.
- Trauma por aplastamiento.
- Víctimas de explosión.
- Zambullidas en aguas poca profundas.
- Heridas por arma de fuego, pero de gran resolución y que atraviesan la columna transversalmente.
- No es necesario paralizar las heridas por arma blanca; recuerde que los dispositivos de inmovilización pueden obstruir con la localización y reconocimiento de lesiones que amenazan la salud. (18)

Elementos utilizados para la inmovilización de un paciente traumatizado.

a. Collar cervical.

Para inmovilizar la columna cervical se debe inmovilizar manualmente la cabeza, se sujeta entre ambas manos y se lleva a la posición neutral, limitando los movimientos anteroposteriores, laterales y rotacionales. Si el accidentado está consciente y colaborador, se le pide que activamente coloque la cabeza en la posición neutral. Si está inconsciente o no puede cooperar, entonces debe hacerse pasivamente. Si hay daño neurológico, resistencia al movimiento, o dolencia, el intento debe ser abandonado y el cuello y cabeza deben ser dejados en la posición en que se

encontraban inicialmente. inmediatamente se coloca el collar cervical donde va acompañado de las almohadillas laterales o inmovilizador lateral cefálico. Inicialmente, se empleó un collar blando, pero rápidamente fue reemplazado por el collar rígido introducido por Hare en 1974. (18)

Contraindicaciones de movilización de la cabeza hacia la posición neutra:

- Espasmos de los músculos del cuello.
- Incremento del dolor.
- presencia o exacerbación de signos neurológicos: adormecimientos, hormigueos, trastornos de motilidad.
- Compromiso de la vía aérea o de la ventilación.

En estas circunstancias deje la cabeza en la posición en que la encontró y manténgala inmovilizada en esa posición, manualmente

La posición neutral no está notoriamente definida, sin embargo, tomaremos el concepto de Schriger, quien definió a la posición neutral como la posición anatómica normal de la cabeza y el torso, que uno asume, cuando está de pies mirando hacia adelante que se correlaciona con 12 grados de extensión de la columna cervical en una radiografía lateral (19). Para obtener esta posición neutral se debe emplear una almohadilla pequeña sobre la tabla espinal rígida, que la traen incorporadas las bases de los inmovilizadores cervicales.

McSwain determinó que, para lograr este estado neutral, más del 80% de los adultos requieren una almohadilla entre 1.3 y 5.1 cm que eleva la cabeza con relación al tronco.

Para alcanzar la posición neutral en los niños, debe colocar una almohada detrás de los hombros y el torso, de otro modo en una tabla espinal rígida quedará con hiperflexión, debido al gran tamaño de su

cabeza, y el reducido desarrollo de los músculos torácicos.

Para inmovilizar la columna cervical, se lleva la cabeza a la posición neutral y se coloca un collar cervical, pero tenga en claro que los collares cervicales no inmovilizan completamente, aunque si protegen la columna cervical de la compresión, contribuyen a reducir el grado de movimientos de la cabeza y le recuerdan al rescatista que debe permanecer inmovilizando manualmente, aunque haya colocado el collar cervical.

(19)

Hay una diversidad de collares cervicales. Los collares cervicales pueden ser blandos, semirrígidos o rígidos.

Los collares blandos no se usan en trauma ya que no cumplen su rol de inmovilización adecuadamente, no consiguen una ventana que permita el paso a la vía aérea quirúrgica, y no están adecuadamente diseñados para los requerimientos del convaleciente traumatizado. (19)

Los collares semirrígidos o collares de Philadelphia han sido inferiores en su desempeño a los collares rígidos, por consiguiente, los collares adecuados y de utilización en trauma son los collares rígidos, sin embargo, deben asociarse a las almohadillas laterales en combinación con la cinta que cruza la frente del accidentado y permite establecer estos dispositivos. (19)

El collar cervical de Philadelphia se coloca entre dos operadores; el operador uno mantiene manualmente la inmovilización de la columna cervical y el operador dos coloca la parte posterior del collar con la parte más larga hacia abajo, luego coloca la parte anterior cuidando de apoyar el mentón del accidentado en la parte horizontal y luego fija el collar utilizando el cierre de velcro. El collar debe permanecer estable en su lugar, pero no excesivamente apretado. Este collar es semirrígido por lo que su utilización en rescate vehicular no está recomendada. (19)

El mejor collar cervical es apto de disminuir el grado de movimientos de flexión en un 75%, y en un 50% otro tipo de movimientos, pero nunca en un 100%, por ello no hay que desatender la inmovilización manual. (19)

De esta manera, los collares cervicales hacen fragmento de la inmovilización manejable o mecánica de la cabeza. Adicionalmente, el collar que usted seleccione debe ser el correcto para el convaleciente; un collar muy corto permitirá cierto rango de flexión y si lo coloca muy elevado causará hiperextensión indistintamente perjudicial para una columna cervical traumatizada o inconsistente. Si lo deja sin ajustar, no limita la circulación y puede tapar el mentón, la boca o la nariz obstruyendo la vía aérea del accidentado; y si lo deja extremadamente apretado puede presionar las venas del cuello limitando el retorno venoso e incrementando la presión intracraneana. (19)

Un collar apropiado y adecuadamente aplicado debe admitir que el accidentado mantenga la boca abierta y no debe obstaculizar la administración de la vía aérea o la inhalación de secreciones, hemorragias y emesis. (19)

Condiciones que debe efectuar el accidentado traumatizado para una correcta intervención hospitalaria verídico de la columna cervical:

- Completamente alerta, consciente y orientado.
- No ser paciente psiquiátrico o con retardo mental.
- No haber tenido Trauma Encéfalo – Craneano.
- No estar bajo el efecto de drogas y/o alcohol.
- No padecer dolencias en el cuello.
- No poseer signos neurológicos anormales.
- No cursas con otra contusión o magulladura que distraiga el cuidado del paciente.

Si no cumple estas disposiciones, quiere decir que está indicado solicitar

estudios radiológicos: Solicite rayos X simple de columna cervical, tres proyecciones AP, Lateral y Boca Abierta; con el propósito de descartar trauma raquímedular. (19)

En los pacientes que presentan síntomas persistentes (dolencias) con radiografías normales, debe sospecharse como una contusión ligamentosa de columna, a causa de esto se solicitan Rayos X con flexión y extensión estáticas del cuello, en los extremos de los movimientos activos de flexión y extensión que se le pide al accidentado se realice en el instante de hacerse sacar las placas. (19)

b. Inmovilizador lateral cefálico.

Los inmovilizadores laterales de cabeza, están diseñados para impedir la flexión lateral de la cabeza pueden encontrarse de diferentes tipos como cintas, papel, rollos, espumas, entre otros. Las bolsas de arena que se empleaban inicialmente, no se debe usar como inmovilizadores laterales ya que por su talla y peso pueden deslizarse en el momento del traslado lo que puede originar deslizamiento lateral de la cabeza y cuello del accidentado. Para terminar, no olvide sujetar adecuadamente las correas de sujeción. (19)

c. Tablas espinales.

Tabla espinal rígida larga (42cm x186cm):

Son camillas rígidas de madera, polietileno, metal u otro material para el traslado de pacientes. En salvamento vehicular se utiliza de madera y/o plásticos porque suelen ser livianas, y son radios lúcidas (no interfiere en los rayos X), lo que permite radiografiar al lastimado sin necesidad de sacarlo de la tabla. (19)

Indicaciones:

En el momento de evacuación del accidentado con posibles lesiones en la columna vertebral desde la zona del incidente inclusive el medio de evacuación sanitario, minimizando los movimientos de la columna vertebral y manteniendo alineado el eje longitudinal del cuerpo. (19)

Generalmente se utilizan la composición del collarín cervical y el inmovilizador cefálico.

La sujeción debe iniciarse por el tórax y culminar por la cabeza.

De esto se desprende que una tabla dañada no se puede remendar con clavos.

Tabla espinal corta (46cm x81cm):

Son camillas rígidas elaboradas habitualmente en madera u otro tangible, empleado para la inmovilización del accidentado o como aparato de extricación.

Se usa cuando el paciente está en un estado en que no es viable empezar la inmovilización con la tabla larga, como sucede con un individuo sentada en el auto, o que ha caído doblada fuera de lugar de él. (19)

Se debe tener en cuenta que únicamente se debe utilizar la tabla corta cuando no es factible comenzar al instante con la tabla larga, que es la que nos permite mover al accidentado. (19)

d. Chalecos de inmovilización y extricación.

Estos dispositivos utilizados para quedarse inmóvil el accidentado de modo sentado para después ser colocado encima de la tabla larga. (19)

Está formada por las siguientes partes:

- Dos o tres bandas de sujeción o correas de sujeción torácicas, cada una de un tono específico.
- Dos cintas de sujeción para la parte frontal del cráneo y de mentón.
- Dos asas para el traslado del accidentado en bloque.
- Una almohadilla que ocupa la zona entre la cabeza del accidentado y el chaleco, evitando la flexo - extensión cervical.

Extricación: “Vocablo utilizado en el cuidado prehospitalaria de pacientes accidentados. Se refiere a aislar al accidentado del accidente cuando permanece atrapada dentro del automóvil colisionado. Implica la sustracción de puertas y vidrios o la incisión de los metales del armazón del automóvil y, por otro lado, su estabilidad para impedir mayores daños a las víctimas o a las

personas de asistencia. (19)

e. Correos de fijación o araña.

Suelen ser elementos que se emplean para implantar el convaleciente la tabla espinal y los dispositivos de inmovilización a la cama, si utilizamos las cintas de sujeción y los dispositivos de inmovilización realizaremos una consistencia de las 2 cinturas óseas; así como en el escapular como pélvica de un 80 a 90%, teniendo en consideración que la cintura pélvica se debe quedarse inmóvil con una banda añadida. (19)

Fuera del chaleco de extracción, que se puede reemplazar por la tabla corta, nada de estos elementos puede carecer en un equipo de rescate.

Material necesario:

Si queremos efectuar inmovilización completa del eje cabeza- cuello – tronco (baja con antecedente traumático): Araña, tablero espinal y Collarín cervical.

Si no queremos efectuar inmovilización completa. (baja sin antecedente traumático): Araña y tablero espinal.

Adicionalmente, la inmovilización, si bien es adecuada pero prolongada puede ocasionar morbilidad, como úlceras de presión, paresia por compresión nerviosa, complicación en el manejo de la vía aérea, aumento en el riesgo de broncoaspiración, disfagia, dolencia, isquemia tisular, incremento de costos, etc., por lo que la inmovilización debe ser separada lo pronto posible, tan rápido como se considere que es indudable hacerlo.

Las Radiografías de columna toracolumbar están indicadas si hay dolencia, laceraciones, crepitaciones, imperfección, edema, o signos neurológicos anormales atribuibles a la columna dorsolumbar. La aparición de fractura en una zona de la columna, amerita ser investigada toda la columna radiológicamente. (19)

f. Tabla espinals para extremidades.

La tabla espinals suelen ser empleadas para estabilizar las extremidades

lesionadas disminuyendo de esta manera la dolencia, la hemorragia y la manifestación de lesiones posteriores.

Hay tres clases de tabla espinal:

Tabla espinal Rígidas:

Se caracteriza a causa de su representación no puede cambiarse y la extremidad afectada debe adaptarse a su perfil.

Estas incluyen tabla espinal de papel, plástico, metal y las neumáticas. (19)

Tabla espinal Moldeables:

Estas pueden suelen ser moldeadas en diversas formas para ajustarlas a las extremidades.

En este conjunto se da con las tablas espinal al vacío, almohadas, toallas, tabla espinal de aluminio cubiertas con espuma, etc. (19)

Tabla espinal de Tracción:

Diseñadas para ejecutar tracción mecánica lineal con el propósito de favorecer a realinear fracturas.

Se usan usualmente en fractura de fémur. (19) Contraindicaciones: Fracturas de pelvis, Fracturas de cadera, Lesiones de rodilla, Amputaciones traumáticas de pie y tobillo.

Cuidados posteriores:

En el transcurso su utilización se han de tener en conocimiento como principios fundamentales el control neurovascular (pulsación, fiebre y sensibilidad) revisar antes y después de su empleo, y en el transcurso el transporte. De esta forma, es trascendental supervisar y reajustar el grado de tensión para evadir la merma de eficiencia evitando la demanda de tensión y la dilatación excesiva de la tracción durante 2 horas. (19)

V. COMPETENCIAS EN BASE AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:

La competencia de la enfermera.

Obtener conocimientos, actitudes y habilidades que hacen estar al tanto en la

labor profesional, según Virginia Henderson. (20)

Proceso enfermero.

La experiencia de los cuidados supone una gran cantidad de conocimientos y habilidades esenciales para lograr proporcionar unos cuidados de calidad.

Los altamente fundamentales se refieren al grupo de elementos donde se cimienta el actuar profesional y estas al mismo tiempo le confieren una característica peculiar. (20)

Estos elementos se refieren:

- A la habilidad que ha de constar la enfermera de asentar su ejercicio en un patrón conceptual.
- Aplicar el sistema verídico apoyándolo en determinados conocimientos.
- Poder entablar una unión enfermera-cliente válida.

Elementos de la competencia:

➤ **Conocimiento de un modelo conceptual de los cuidados:**

Un profesional, cualquiera que sea su área laboral, debe tener los medios de explicar cuál es la atención que presta a la población y establecer qué es lo específico de él. Es indispensable precisar: (20)

- El ente de la carrera: es la persona
- El propósito de su ejercicio: suelen ser los cuidados
- Su quehacer: depende del patrón conceptual que se elija (nosotros el de V. Henderson)
- Las dificultades que tiene el usuario que atiende: suelen ser las causas que le provoca al usuario que no pueda ser autónomo.
- La esencia de su mediación en el usuario: es curativa, preventiva y de rehabilitación
- El resultado de su interposición: es que el usuario vaya mejorando o que vaya a peor.

Esto constituye un perfil intelectual de las principales dimensiones de la

enfermería. Se acentúa de una forma simplificada de ver lo verídico de carrera.

Todos estos elementos cognitivos, cuando se realizan en el interior de un sistema teórico íntegro se convierten en un cuadro o patrón conceptual.

Modelo Conceptual

- Es un cumulo de conceptos o retrato psicológico que permite el perfil de la realidad. (20)
- Es el cimiento en el que se apoya la actividad del profesional de enfermo, cualquiera que sea su área de labor (estudio, comisión de enseñanza o atención) y a todos los niveles de asistencia. (20)
- El marco conceptual vincula los postulados y la ética que conforman los conocimientos teóricos en el que se apoya el enunciado de cuidado. (20)
- Estos postulados y la ética constituyen el cómo y la razón de la carrera de enfermería. (20)

El marco conceptual que se adopta debe ser la consecuencia referente con nuestra ideología de los cuidados de enfermería, en otras palabras, debe permitirnos ejecutar nuestro ejercicio en base con nuestra manera de observar al individuo y permanecer a la junto al convaleciente las 24 horas. (20)

Por ello, nuestro cuadro conceptual seleccionado nos permite emplear nuestra ideología a cuidados de enfermería.

➤ **Conocimientos que sirven de base a los cuidados de enfermería:**

En el transcurso la educación y la vida activa la enfermera adquiere una gama de actitudes, saberes y habilidades (competencias); estos elementos los adquieren en su entorno individual de conocimientos de los cuidados como de otras ciencias afines que completan la estructura cognitiva de los conocimientos que necesita. Estos conocimientos se

relacionan en un contexto acreditado, experimentado, de proporción a lo ético y jurídico. (20)

- Conocimientos científicos: Sirven de cimiento para entendimiento del individuo en sus dimensiones físicas, intelectuales y afectivas. Asimismo, aportan instrucciones acerca de su aspecto corporal y sociológico. (20)
- Nociones y habilidades técnicas: Tienen como propósito el empleo de estos conocimientos a los cuidados de enfermería. Estos conocimientos y habilidades suelen ser procedimientos metódicos y ordenados científicamente que ayudarán a la enfermera a enfrentar el padecimiento y resguardar el bienestar. (20)
- Conocimientos de unión: estimulan a la enfermera para entablar lazos de unión con los pacientes y para establecer un ambiente adecuado a un diálogo cálido y significativa para ellos. Además, sirve para laborar en un grupo multidisciplinar y ejecutar actividades en el interior de la comunidad. (20)
- Conocimientos éticos: se relacionan con el acumulado de normas y principios referente a los valores morales del individuo y de la carrera, que regulan la conducta adecuada de la enfermera. (20)
- Conocimientos legales: se refieren a los reglamentos y directrices que contemplan el resguardo de la enfermera y el paciente y que se contienen en las leyes. (20)

➤ **Conseguir la relación enfermera-cliente:**

Esta competencia lo constituye la destreza que tiene el profesional de los cuidados para entablar una unión enfermera-cliente cálida y adaptada a su condición.

“Los cuidados del personal de enfermería deben responsabilizarse de su desempeño de suplencia del individuo cuidada en la complacencia de

sus demandas fundamentales, al mismo modo la enfermera debe beneficiar el camino hacia la anatomía del paciente.” V. Henderson. (20)
Para lograr esto necesita: estar inspirado en un aliento de vocación de apoyo de un comienzo al otro, que constituye el ambiente exclusivo en el que se desarrolla el desempeño de la enfermera.

Esta unión debe admitir implantar un dialogo práctico, pedagógica y terapéutica. (20)

- Comunicación eficaz: facilita y proporciona eficiencia a los intercambios diarios.
- Comunicación pedagógica o de enseñanza: permite aportar al usuario información necesaria para proveer el padecimiento y su intervención, en otras palabras, para la recuperación corporal y intelectual del cliente.
- Comunicación terapéutica o de proporción de ayuda: permite implantar lazos significativos entre las enfermeras y los clientes. Con esto se consigue la aprobación, la obediencia y la empatía (ponerse en el lugar de la otra persona) que ayudan al usuario cuando se enfrenta a un conflicto específico, cuando sufre o se siente sólo, afligido o deprimido. (20)

Es un proceso intelectual y voluntario, que está estructurado con carácter a una sucesión de etapas, que están ordenadas lógicamente, que se utiliza para planear unos cuidados personalizados dirigidos al mayor bienestar de la persona VIRGINIA HENDERSON: “El proceso de cuidados es un transcurso cognitivo de solución de problemas que debería ser utilizado por todos los profesionales que trabajan con enfermos”. (20)

Para que el proceso de cuidados sea eficiente, requiere una cadena de capacidades cognitivas, interpersonales y técnicas.

Es un proceso irrefutable ya que se utiliza de forma sistemática y estructurada. Comprende una cadena de etapas definidas que corresponden a las reglas del conocimiento común a todos los métodos científicos.

La atención durante el transcurso del profesional de enfermería, requiere no únicamente conocimientos, también debe poseer creatividad, la cual es un componente básico para adecuarse los cuidados al constante cambio en la etapa del paciente a sus carencias particulares y a la cultura, lo que no suele ser objeto fácil.

Además, su atención debe poseer una comprensión del aprendizaje que va más allá de los objetivos de la organización.

El proceso del personal de enfermería descansa en unos postulados que deberían estar presentes en la lógica de la enfermera al efectuar el proceso:

Postulados del proceso de cuidados:

- El profesional de enfermería es un individuo con su propio valor y dignidad. (20)
- Las personas tienen unas carencias que si no se satisfacen causan una cadena de problemas que exigen la intromisión de otro individuo, sin embargo, se da únicamente mientras no pueda admitir por sí misma el compromiso de dichas necesidades. (20)
- Los profesionales de enfermería están amparados ante la ley a unos cuidados de excelencia dispensados con cuidado, humanidad y capacidad, centrados en el avance hacia un mayor bienestar y en la prevención. (20)
- En este transcurso la unión entre la enfermera y el paciente cuidada es importante. (20)

El compromiso de la enfermera.

En el transcurso de la atención es una herramienta cognitiva que ayuda a la enfermera a delimitar lo que puede realizar concerniente al individuo que está en cuidado. (20)

Es una manera de especificar su función concerniente con otros miembros del equipo. (20)

Existen varias definiciones referentes a la función participar de la enfermera, algunas de ellas es la que dicen Rosemar y Crow: “la función independiente de la enfermera está más bien vinculado con la conducta de la enfermera en la ejecución de sus funciones”. (18)

La autonomía de la enfermera no está únicamente relacionada con la posible planeación de acciones no prescritas, excepto en la capacidad de gobernarse, es decir:

- Elegir por uno misma
- Tomar sus propias decisiones
- Actuar tranquilamente en efecto, para cerciorar la buena salud del individuo que está en cuidado.

La planificación sistemática de los cuidados permite a la enfermera desempeñarse de una forma más comprometedora y profesional.

- ¿Queremos que nos consideren profesionales?
- ¿Queremos que se nos vean como personas responsables preparados de tomar decisiones y de proceder conscientemente?
- ¿Qué criterios han de tenerse en claro para que una labor acceda a profesión?

Hace varios años se vienen realizando estudios referentes la profesionalidad de la enfermería, estableciendo criterios de profesionalidad. (18)

Los más importantes de los cuales se pueden provenir del resto son:

- La presencia verídica de los criterios de conocimientos propios de

los cuidados de enfermería. Estos existen a partir 1959 y Doroty Jhonson describía los cuidados de enfermería de la siguiente forma: “Los cuidados de enfermería son una síntesis, un restablecimiento o un incremento de conceptos sacados de otras ciencias, que con su nueva formulación se convierten en estos conceptos”.

Marta Rogers, en 1990, coincide con Roger y describe: “las ciencias de la enfermería como un grupo de conocimientos científicos y de principios predictivos concerniente a los procesos vitales del individuo”.

- La autonomía de la enfermera, y es un principio que muchas veces se pone en duda.

Actualmente, se suele considerar las acciones realizadas, la labor de la enfermera no es completamente independiente, por lo que algunos de los actos que realiza se deben a su función de colaboradora, y viene establecido por la receta médica y ciertos protocolos de cuidados preestablecidos.

Es cierto que ciertas unidades de atención requieren numerosos actos técnicos que están vinculadas con las preinscripciones médicas. De igual forma es real que la autonomía de la enfermera no se ejerce en proporción de equipos de actos que realiza como en su manera de realizarlos. Cualquiera que sea el modo de cuidados que la enfermera prodigue, siempre debe tener autonomía pues esto suele estar al oído del paciente que está en cuidado y ejecutar los actos que le ayuden a complacer las demandas de estas. (20)

2.3. Definición de términos básicos.

a. Competencia.

Es la destreza que tenemos para desempeñarnos en contextos diferenciados. Un individuo capaz es aquella que sabe desempeñarse, que

sabe lo que se espera de ella, que sabe lo que le pide el medio y lo hace, y para eso va a emplear conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes que suelen ser todos esos medios que tenemos para desempeñarnos en el contexto. La competitividad es un desempeño específico concerniente a demandas complejas, ante problemas complejos, es lo que el individuo sabe hacer". (14)

b. Competencia del enfermero.

Montmollin (10) indica que es un conjunto estabilizado de saberes y saber-hacer, de conductas maneras, de procedimientos estándares, de tipos de conocimiento, que se pueden poner en ejercicio sin nuevo aprendizaje.

c. Inmovilización de pacientes.

Es la manera correcta de resguardar el paciente politraumatizado a mediante diversos elementos mecánicos que van a imposibilitar que haya complicaciones para su futura restablecimiento y preservación de la existencia. (10)

d. Politraumatismos.

Politraumatismo se define según la OMS como lesión en el cuerpo a nivel orgánico intencional o no intencional, resultante de una manifestación aguda infringida a cantidades de energía que sobrepasan el umbral de tolerancia fisiológica. (1)

2.4. Formulación de hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general.

Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

2.4.2. Hipótesis específicas.

- Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área cognitiva en

enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

- Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área procedimental en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.
- Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área actitudinal en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

2.5. Identificación de variables.

Univariable

Nivel de competencia de la enfermera en la inmovilización de en pacientes politraumatizados.

2.6. Definición Operacional de variables e indicadores

2.6. Definición operacionalización de variables e indicadores.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA VALORATIVA
Nivel de competencia de la enfermera en la inmovilización de en pacientes politraumatizados.	En esta investigación se refiere a las capacidades que tienen los profesionales para inmovilizar a pacientes politraumatizados.	<p>1. Cognitiva. En esta investigación se refiere a la valoración del aspecto cognitivo en cuanto a la variable en estudio. Es decir, cuanto conoce sobre inmovilización y traslado del accidentado politraumatizado</p> <p>2. Procedimental. Se refiere a la valoración del procedimiento de inmovilizar y trasladar al politraumatizado, se evaluará a través del instrumento respectivo (anexos)</p> <p>3. Actitudinal. Se refiere a cómo el profesional de enfermería se comporta al momento de estar</p>	<ol style="list-style-type: none"> ¿Qué es politraumatismo? ¿Cómo se clasifica el politraumatismo? ¿Qué medidas generales debe tenerse presente en el tratamiento del politraumatizado? ¿Cuáles son los cuidados inmediatos que usted da a los pacientes con politraumatismos (Marque con una x las respuestas que aparecen en listado) La escala de Glasgow en adultos debe aplicarse: En la evaluación de la escala de Glasgow en el rubro de APERTURA OCULAR, los puntajes se asignan de la manera siguiente: Las técnicas de inmovilización se realizan para: Marcar la respuesta actitudinal correcta según las proposiciones siguientes: <p>INMOVILIZACION CON COLLARIN CERVICAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Realiza la valoración inicial ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión en el cuello que no puedan ser valorados tras colocar el collarín. Coloca la columna cervical en posición neutral, salvo en los casos en que se produce dolor, bloqueos o déficit neurológicos en la movilización a esta posición, donde no será posible la colocación del collarín. Elije el tamaño del collarín adecuado. Se ayuda con otro colaborador que sujetará, firmemente la cabeza, apoyándose en los resaltes óseos Retira el pelo, la ropa o adornos que puedan interferir en la colocación del collarín. Tapa las heridas del cuello con cobertura aséptica, previamente, a la colocación del collarín. Fija el collarín con las sujeciones intentando no comprimir en exceso el cuello del paciente. <p>INMOVILIZACIÓN DE CABEZA</p> <ul style="list-style-type: none"> Realiza la valoración previa de ambos oídos con el fin de descartar la 	<p>Cuestionario cognitivo actitudinal.</p> <p>Ficha de observación procedimental</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bueno Regular Aceptable Adecuado Poco adecuado

		brindando atención al accidentado.	<p>presencia de otorragia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloca previamente el collarín cervical. • Realiza la técnica con al menos dos colaboradores. • Realiza control cervical hasta su completa fijación por parte de uno de los colaboradores. • Otro colaborador coloca la base del inmovilizador sobre la parte de la cabeza de la camilla de cuchara o el tablero espinal, fijándola mediante las cinchas con el velcro que lleva incorporadas. • Coloca la cabeza del paciente sobre esta base, y fije las dos piezas trapezoidales sin presionar, aplicándolas simétricamente. • Coloca el ángulo de 90° de las piezas trapezoidales hacia la cabeza del paciente cuando se utiliza con tablero espinal y el otro lado cuando se utiliza con camilla de cuchara. • Fija las correas sujeta cabezas ajustando, en primer lugar, la de la barbilla, haciéndola pasar sobre el soporte mentoniano del collarín cervical y, posteriormente alcance las correas de fijación, utilizando el velcro para bloquearlas. • Luego, coloca la otra correa sobre la frente, cruzándola para fijarla. <p>INMOVILIZADOR CON TABLA ESPINAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza la valoración ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión en cuello, tórax y abdomen que pueden quedar ocultos con el dispositivo • Una de las enfermeras deberá sujetar, continuamente, la cabeza del paciente con el collarín hasta la colocación total del dispositivo. • Introduzca la tabla espinal entre el paciente y el respaldo del asiento hasta el final de éste. • Libera las cintas del arnés. evite liberar el resto de las cintas torácicas. • Pasa las alas laterales del dispositivo correspondientes al tronco, dejando los brazos fuera. • Abroche y tense las cintas del arnés, y posteriormente, las cintas torácicas por colores (puede comenzar con las centrales, y luego las inferiores y superiores). • Coloca las alas superiores a ambos lados de la cabeza, rellenando el hueco entre el occipucio y la tabla espinal con la almohadilla al efecto. 		
--	--	------------------------------------	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Sujeta las alas cefálicas con los barbuquejos en la frente y el mentón, o bien con un vendaje con la misma disposición. • Para la extracción de la víctima proceda, junto con otro colaborador, a la rotación de ésta en bloque, considerando la mejor opción en función de las características del habitáculo, lesiones de la víctima y número de rescatadores disponibles. • Recline el asiento y tumbe al paciente sobre la camilla de cuchara para su extracción por la parte posterior en vehículos con portón trasero, o cuando las circunstancias del accidente no hagan posible otra vía. • Coloca a la víctima, una vez extraída, en decúbito sobre la camilla de cuchara, y está sobre la camilla de la ambulancia. • Desabrocha los correajes para favorecer los movimientos respiratorios del paciente y para la valoración secundaria de éste. <ul style="list-style-type: none"> • Uno de los colaboradores realiza una tracción axial del miembro lesionado. Esta se mantiene hasta la colocación completa del dispositivo. • Comprueba la presencia de pulso distal. • Cubre con apósito estéril y comprima, si procede, las heridas presentes. • Coloca la férula a la longitud deseada, y coloque la almohadilla isquiática alrededor del muslo, a la altura de la ingle y con el cierre en posición superior. Cierre el anclaje sin ceñirlo. • Coloca en posición vertical el soporte pedio. • Ajusta las barras telescópicas al tamaño del miembro, y fije las barras girando sobre el punto de unión. • Sin abandonar la tracción manual, coloca la pierna sobre la férula, situando el tobillo en la cincha almohadillada correspondiente, y apoyando la planta del pie sobre el soporte. • Ajusta el velcro de la cincha pedia de manera que la zona almohadillada quede en la parte superior del tobillo, y engánchela la anilla correspondiente. • Cruza la cincha superior sobre el pie, fijándolo firmemente al soporte. • Aplica la tracción mediante giro de la rueda en sentido contra reloj. • Fija las cinchas sobrantes por encima y por debajo de la rodilla, cerrando el anclaje. • Comprueba la sensibilidad, el color y la presencia de pulso distal. 		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Retira, previamente, la ropa u objetos en el interior de bolsillos de la víctima que puedan estorbar en la correcta colocación del dispositivo.• Coloca el cinturón a la altura de las caderas (trocánter), mediante movilización en bloque del paciente. El recubrimiento del dispositivo generalmente permite que se deslice fácilmente por la parte posterior, minimizando la movilización necesaria.• Fija el cinturón mediante cinta/s en la parte delantera hasta que quede apretado. Si el dispositivo dispone de enganche de seguridad, es necesario mantener la tensión tras el enganche hasta pegar la cinta negra al velcro para asegurarlo. Si se oye o nota otro "clic" del enganche tras asegurarlo esto es normal (es un ajuste del enganche).• En el caso de no disponer de cinturón pélvico, utiliza una sábana alrededor de los trocánteres mayores del paciente, inmovilizando además las extremidades inferiores en rotación interna alrededor de los tobillos.• El cinturón debe permanecer puesto hasta que se haga la fijación/estabilización de pelvis o angioembolización en el hospital, no debiéndose retirar antes o durante la transferencia. Con una adecuada colocación es posible la punción venosa femoral y el sondaje vesical sin su retirada.		
--	--	--	---	--	--

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.

Esta fue una investigación de tipo cuantitativo ya que fue medido de manera objetiva estableciendo relaciones entre los grupos de estudio, se basa sobre dos muestras representativas de la población de profesionales de enfermería de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. (21)

Así mismo, según Hernández Sampieri y Mendoza Torres (22) es una investigación básica que se sustenta en la investigación teórica para luego aplicar teorías existentes y procesos técnicos para controlar hechos de la realidad.

3.2. Nivel de investigación.

La investigación es de nivel correlacional, es decir, busca establecer la asociación existente en dos a más variables, tomando en cuenta el objetivo donde se direccionen las hipótesis. (22)

3.3. Métodos de investigación.

Para efectuar esta investigación se utilizó los métodos estadísticos descriptivos e inferenciales. Se tuvo en cuenta el método, deductivo, analítico y sintético para

arribar a las conclusiones y resultados del estudio. (23)

3.4. Diseño de investigación.

Por la naturaleza de las variables fue un estudio de tipo descriptivo comparativo (22) sobre las actividades del cuidado para inmovilización y traslado de pacientes politraumatizados.

El diseño fue de tipo comparativo (21) entre un grupo de profesionales de enfermería de los Centros de Salud y otro grupo conformado por enfermeras de los Puestos de Salud de la Red de Salud Félix Mayorca de Tarma.

Éste estudio a efectuar respondió al diseño de tipo descriptivo comparativo que se adecúa al siguiente esquema:

M1	O1
M2	O2

Donde.

M1: Muestra de enfermeras de enfermeras de los Centros de Salud.

M2: Muestra de enfermeras de enfermeras de los Puestos de Salud.

O1: Observación de las competencias de las enfermeras de los Centros de Salud.

O2: Observación de las competencias de las enfermeras de los Puestos de Salud.

3.5. Población y muestra.

3.5.1. Población.

La población de estudios son todos los profesionales de enfermería que laboran en condiciones de nombradas o CAS en estos establecimientos de salud de la periferia que en total son 112 enfermeras

3.5.2. Muestra.

Para efectuar esta investigación se estimó como muestra calculada a través del **software on line SurveyMonkey** que nos indicó un tamaño de muestra de 87 enfermeras quienes fueron seleccionadas a través de la técnica probabilística al

azar aleatorio, pero para ello se realizó la siguiente especificación técnica de distribución muestral.

ESTABLECIMIENTOS	N°	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA
Centro de salud	42	33
Puestos de salud	70	54
TOTAL	112	87

El tamaño de muestra calculada en 87 enfermeras nos permitió utilizar el tipo de muestreo probabilístico al azar aleatorio.

Criterios de inclusión.

- Enfermeras que se encuentran laborando en los centros y puestos de salud de la jurisdicción.
- Que tengan mínimo un año de servicio.
- Que sean en modalidad de nombradas o personal CAS.

Criterios de exclusión.

- Que tengan menos de un año de servicio.
- No intervendrán SERUMS, ni internas de enfermería.

3.6. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

3.6.1. Técnicas.

Las técnicas de recolección que se aplicó en esta investigación fueron los siguientes:

Entrevista individual.

Para aplicar el cuestionario cognitivo actitudinal se aplicó esta técnica que fue operativa y acorde al tipo de emergencia que atendió la enfermera en los servicios de la periferia de la Red de Salud Félix Mayorca Soto de Tarma.

Observación directa participante.

A través de esta técnica se aplicó el instrumento: ficha de observación procedimental que valoró el actuar de la enfermera al momento que está aplicando los procedimientos de inmovilización al paciente politraumatizado en el servicio de emergencia. Y se menciona que fue de tipo participante ya que las investigadoras estuvimos presentes al momento en que se estuvo efectuando dichos procedimientos.

3.6.2. Instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos utilizados en esta investigación fueron:

Cuestionario cognitivo actitudinal.

El cuestionario tiene dos partes en una primera parte se encuentran preguntas generales para evaluar la competencia cognitiva de la enfermera y está conformado por 7 preguntas con alternativas de respuesta que favorecen el marcaje de las respuestas.

En la segunda parte se evalúa la competencia actitudinal de la enfermera y está conformado por 7 preguntas con alternativa de respuesta dicotómica

El instrumento sirvió para medir la competencia cognitivo y actitudinal que fueron categorizados en su calificación como Muy bueno, Bueno, y Regular.

Ficha de observación procedimental

Este es un instrumento de tipo estructurado con alternativas de respuesta dicotómica que va favoreció el registro de la información recolectada sobre el actuar de la profesional de enfermería al momento que esté realizando la inmovilización del paciente politraumatizado en cuanto al uso de Collarín cervical, Inmovilizador de cabeza, Tabla espinal, chaleco de inmovilización y extricación, Correas de fijación o araña, Férulas para

extremidades. Este instrumento fue valorado como: Adecuado, Poco adecuado e inadecuado.

3.7. Técnicas de procesamiento análisis de datos.

Para ello se realizó lo siguiente:

- a. Se solicitó el permiso correspondiente al director de servicios de la Red de Salud Félix Mayorca Soto de Tarma.
- b. Coordinó con los enfermeros de los establecimientos de salud.
- c. Aplicación de los instrumentos de investigación a la muestra.

3.8. Tratamiento estadístico.

Para realizar el tratamiento de datos se procedió a:

- a. Se construyó la base de datos en el SPSS V 24
- b. Vaciamiento de información a la base de datos.
- c. Se realizó el cruce de variables y construyó las tablas estadísticas.
- d. Para el contraste de hipótesis se aplicó la prueba T para muestras relacionadas con un margen de significancia del 95% para contrastar la hipótesis de estudio.
- e. Se realizó el análisis e interpretación de los resultados.
- f. Se realizó la presentación de la información en tablas y se arribó a las conclusiones del estudio.

3.9. Orientación ética filosófica y epistémica.

En el estudio se realizó el llenado del consentimiento informado por cada unidad de análisis, haciendo de su conocimiento el propósito y los objetivos del mencionado estudio de investigación; con la finalidad de que cada participante tenga conocimiento y esté de acuerdo con su participación voluntaria en la investigación, además el participante tendrá la decisión de retirarse del estudio en cuanto él lo vea necesario.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo.

Una vez concluida la investigación se procedió a la elaboración de las tablas que a continuación se presentan.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.

TABLA N° 01

NIVEL DE COMPETENCIA DE LA ENFERMERA SEGÚN INMOVILIZACIÓN Y
TRASLADO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN LA RED DE SALUD FÉLIX
MAYORCA SOTO TARMA 2019

NIVEL DE COMPETENCIA	Enfermeras del Centro de Salud		Enfermeras del Puesto de Salud	
	Nº	%	Nº	%
Muy Bueno	6	18,2	19	35,2
Bueno	24	72,7	34	62,9
Regular	3	9,1	1	1,9
Total	33	100,0	54	100,0

FUENTE: Cuestionario cognitivo actitudinal. Ficha de observación.

INTERPRETACIÓN:

En esta tabla se visualizan los resultados de las variables principales de la investigación sobre el nivel de competencia de la enfermera y la variable inmovilización y traslado del paciente politraumatizado.

Al comparar estos resultados se observa que el nivel de competencia en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno en el 72,7% frente a un 62,9% que tienen las enfermeras de los Puestos de Salud evaluados. **(Objetivo 1)**

GRÁFICO N° 01

NIVEL DE COMPETENCIA DE LA ENFERMERA SEGÚN INMOVILIZACIÓN Y
TRASLADO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN LA RED DE SALUD FÉLIX
MAYORCA SOTO TARMA 2019

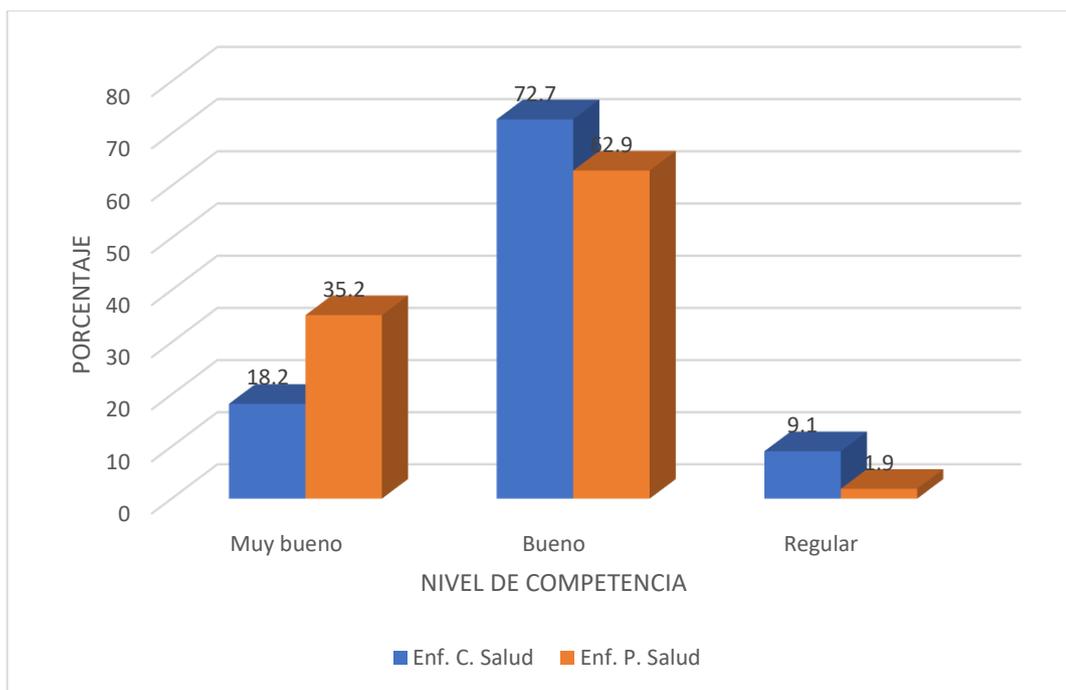


TABLA N° 02

NIVEL DE COMPETENCIA COGNITIVA DE LA ENFERMERA
 SEGÚN INMOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS
 EN LA RED DE SALUD FÉLIX MAYORCA SOTO TARMA 2019

NIVEL DE COMPETENCIA COGNITIVA	Enfermeras del Centro de Salud		Enfermeras del Puesto de Salud	
	N°	%	N°	%
Muy Bueno	6	18,2	22	40,8
Bueno	21	63,6	26	48,1
Regular	6	18,2	6	11,1
Total	33	100,0	54	100,0

FUENTE: Cuestionario cognitivo actitudinal. Ficha de observación.

INTERPRETACIÓN:

En esta tabla se visualizan los resultados de las variables: competencia cognitiva de la enfermera y la variable inmovilización y traslado del paciente politraumatizado.

Al comparar estos resultados se observa que el nivel de competencia cognitiva para la inmovilización y traslado del paciente politraumatizado en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno: 63,6% y en el personal de enfermería de los Puestos de Salud es bueno en el 48,1%. **(Objetivo 2)**

GRÁFICO Nº 02

NIVEL DE COMPETENCIA COGNITIVA DE LA ENFERMERA
SEGÚN INMOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS
EN LA RED DE SALUD FÉLIX MAYORCA SOTO TARMA 2019

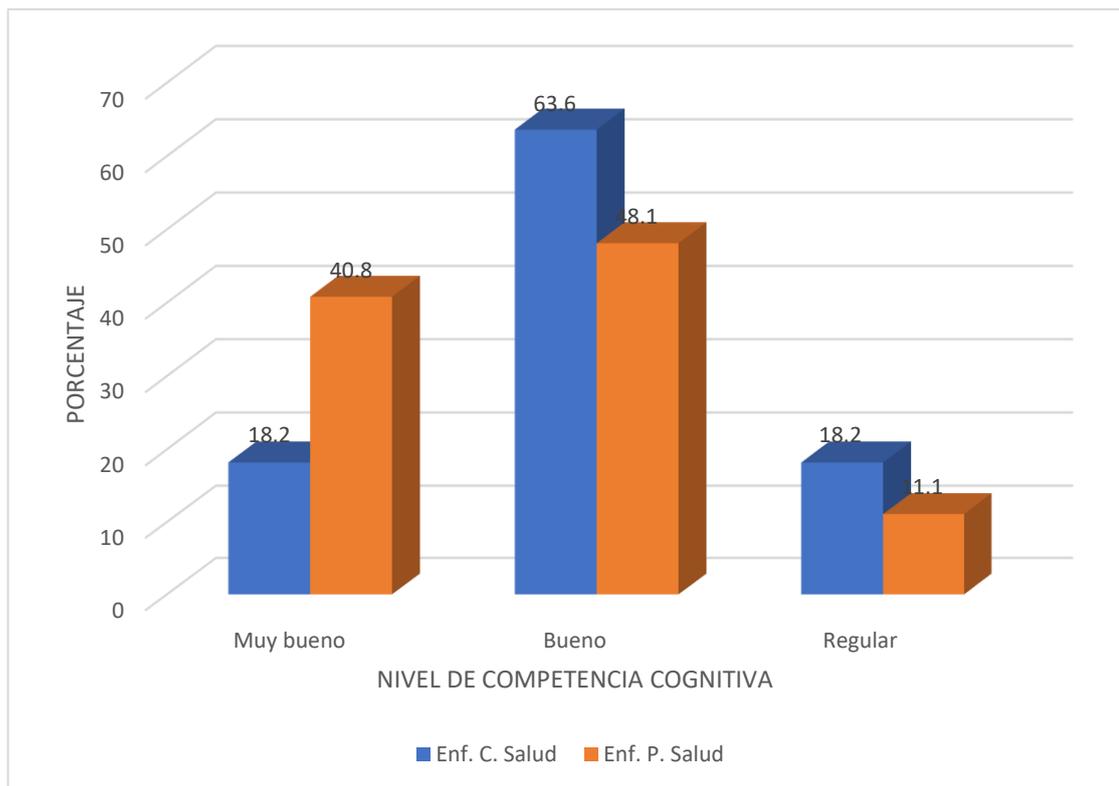


TABLA N° 03

NIVEL DE COMPETENCIA PROCEDIMENTAL DE LA ENFERMERA SEGÚN
INMOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN LA
RED DE SALUD FÉLIX MAYORCA SOTO TARMA 2019

NIVEL DE COMPETENCIA PROCEDIMENTAL	Enfermeras del Centro de Salud		Enfermeras del Puesto de Salud Total	
	Nº	%	Nº	%
Muy Bueno	9	27,3	23	42,6
Bueno	18	54,5	20	37,0
Regular	6	18,2	11	20,4
Total	33	100,0	54	100,0

FUENTE: Cuestionario cognitivo actitudinal. Ficha de observación.

INTERPRETACIÓN:

En esta tabla se visualizan los resultados de las variables: competencia procedimental de la enfermera y la variable inmovilización y traslado del paciente politraumatizado.

Al comparar estos resultados se observa que el nivel de competencia procedimental para la inmovilización y traslado del paciente politraumatizado en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno: 54,5%. Y en el personal de enfermería de los Puestos de Salud es muy bueno en el 42,6%. **(Objetivo 3)**

GRÁFICO Nº 03

NIVEL DE COMPETENCIA PROCEDIMENTAL DE LA ENFERMERA SEGÚN INMOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN LA RED DE SALUD FÉLIX MAYORCA SOTO TARMA 2019

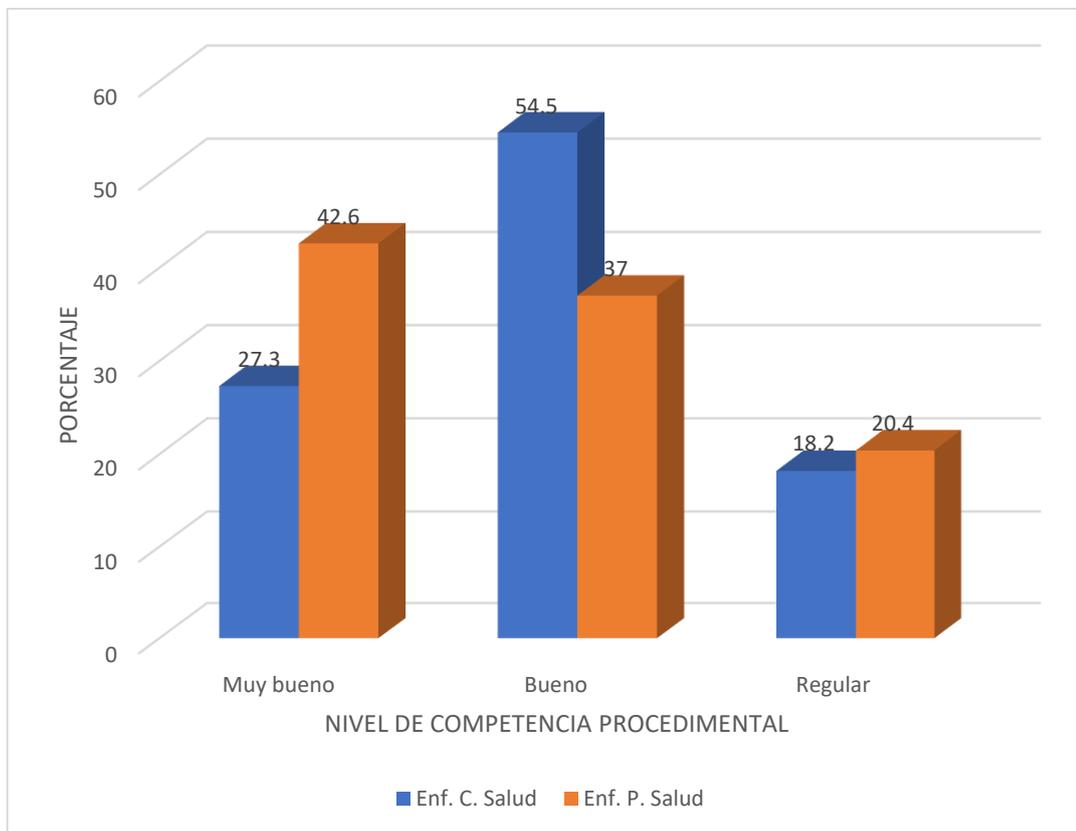


TABLA N° 04

NIVEL DE COMPETENCIA ACTITUDINAL DE LA ENFERMERA
SEGÚN INMOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS
EN LA RED DE SALUD FÉLIX MAYORCA SOTO TARMA 2019

NIVEL DE COMPETENCIA ACTITUDINAL	Enfermeras del Centro de Salud		Enfermeras del Puesto de Salud	
	Nº	%	Nº	%
Muy Bueno	14	42,4	27	50,0
Bueno	14	42,4	22	40,7
Regular	5	15,2	5	9,3
Total	33	100,0	54	100,0

FUENTE: Cuestionario cognitivo actitudinal. Ficha de observación.

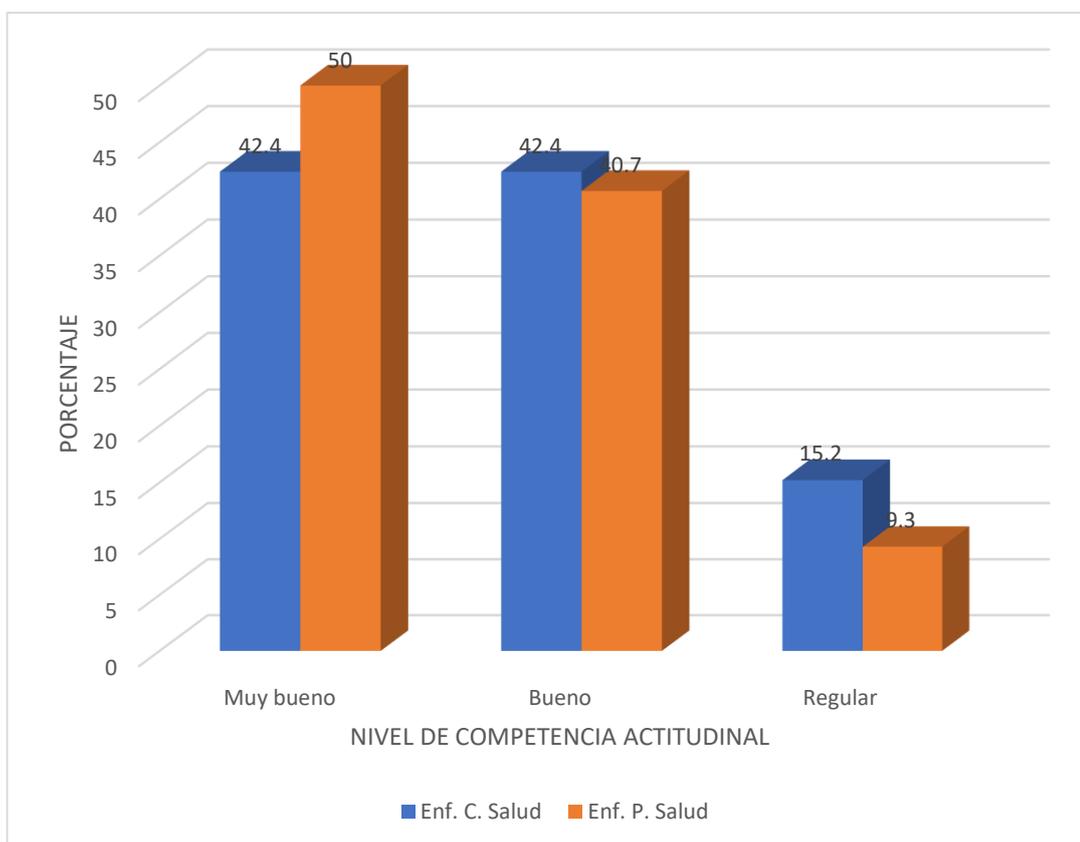
INTERPRETACIÓN:

En esta tabla se visualizan los resultados de las variables: competencia actitudinal de la enfermera y la variable inmovilización y traslado del paciente politraumatizado.

Al comparar estos resultados se observa que el nivel de competencia actitudinal para la inmovilización y traslado del paciente politraumatizado en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es muy bueno y bueno: 42,4%. Y en el personal de enfermería de los Puestos de Salud es muy bueno en el 50.0%. **(Objetivo 4)**

GRÁFICO Nº 04

NIVEL DE COMPETENCIA ACTITUDINAL DE LA ENFERMERA
SEGÚN INMOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS
EN LA RED DE SALUD FÉLIX MAYORCA SOTO TARMA 2019



4.3. Prueba de hipótesis.

A. Formulación de hipótesis general

H_i: Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

H_o: No existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

- **Nivel de significancia**

$\alpha = 0,05$

- **Valor de probabilidad**

Prueba de muestra relacionada						
	Valor de prueba = 0					
	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencias de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
NIVEL DE COMPETENCIA EN MANEJO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS	54,341	87	,121	1,923	1,83	2,04
ENFERMERAS DE CENTROS DE SALUD	33,487	33	,121	1,843	1,64	1,89
ENFERMERAS DE PUESTO DE SALUD	24,572	54	,121	1,654	1,42	1,77

$p = 0,121$

- **Decisión y conclusión**

Al ser el valor de probabilidad ($p = 0,121$) mayor al nivel de significancia (α)

= 0,05), entonces se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. Esto indica que, con un 95% de confianza, no existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

B. Formulación de hipótesis específica N° 01

H_i: Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área cognitiva en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

H_o: No existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área cognitiva en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

- **Nivel de significancia**

$\alpha = 0,05$

- **Valor de probabilidad**

Prueba de muestra relacionada						
	Valor de prueba = 0					
	T	GI	Sig. (bilateral)	Diferencia s de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
NIVEL DE COMPETENCIA EN MANEJO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS – ÁREA COGNITIVA	48,211	87	,110	1,654	1,76	1,84

ENFERMERAS DE CENTROS DE SALUD	35,127	33	,110	1,734	1,76	1,86
ENFERMERAS DE PUESTO DE SALUD	32,112	54	,110	1,698	1,54	1,65

$p = 0,110$

- **Decisión y conclusión**

Al ser el valor de probabilidad ($p = 0,110$) mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0,05$), entonces se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. Esto indica que, con un 95% de confianza, no existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área cognitiva en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

C. Formulación de hipótesis específica N° 02

H_i : Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área procedimental en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

H_o : No existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área procedimental en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

- **Nivel de significancia**

$\alpha = 0,05$

- **Valor de probabilidad**

Prueba de muestra relacionada						
	Valor de prueba = 0					
	T	GI	Sig. (bilateral)	Diferencia s de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
NIVEL DE COMPETENCIA EN MANEJO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS – ÁREA PROCEDIMENTAL	45,251	87	,115	1,745	1,65	1,71
ENFERMERAS DE CENTROS DE SALUD	38,143	33	,115	1,812	1,84	1,91
ENFERMERAS DE PUESTO DE SALUD	35,342	54	,115	1,789	1,78	1,90

$p = 0,115$

- **Decisión y conclusión**

Al ser el valor de probabilidad ($p = 0,115$) mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0,05$), entonces se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. Esto indica que, con un 95% de confianza, no existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área procedimental en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

D. Formulación de hipótesis específica N° 03

H_i: Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área actitudinal en

enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

H₀: No existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área actitudinal en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

- **Nivel de significancia**

$\alpha = 0,05$

- **Valor de probabilidad**

Prueba de muestra relacionada						
	Valor de prueba = 0					
	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia s de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
NIVEL DE COMPETENCIA EN MANEJO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS – ÁREA ACTITUDINAL	47,143	87	,127	1,687	1,90	1,95
ENFERMERAS DE CENTROS DE SALUD	39,837	33	,127	1,764	1,54	1,70
ENFERMERAS DE PUESTO DE SALUD	37,845	54	,127	1,734	1,65	1,87

$p = 0,127$

- **Decisión y conclusión**

Al ser el valor de probabilidad ($p = 0,127$) mayor al nivel de significancia ($\alpha = 0,05$), entonces se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. Esto indica que, con un 95% de confianza, no existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de

pacientes politraumatizados respecto al área actitudinal en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.

4.4. Discusión de resultados.

En el estudio efectuado en los establecimientos del primer nivel de atención se encontró que el nivel de competencia en el grupo de enfermeras de los C. de S. es bueno en el 72,7% frente a un 62,9% que tienen las enfermeras de los Puestos de Salud evaluados. (Objetivo 1). El estudio efectuado por Abreu Irene (4), el 2015, reporta en sus conclusiones que el cuidado de enfermería en pacientes politraumatizados se relaciona al conocimiento que tiene la enfermera. Este resultado se relaciona indirectamente con lo encontrado en nuestro estudio donde el nivel de competencia es aceptable.

El nivel de competencia cognitiva para la inmovilización y traslado del paciente politraumatizado en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno: 63,6% y en el personal de enfermería de los Puestos de Salud es bueno en el 48,1%. (Objetivo 2), El nivel de competencia procedimental para la inmovilización y traslado del paciente politraumatizado en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno: 54,5%. Y en el personal de los Puestos de Salud es muy bueno en el 42,6%. (Objetivo 3). Según Blas R. (6), el 2015, de su estudio concluye que existe relación entre el nivel cognitivo con la aplicación del manejo de la atención de enfermería a politraumatizados. Cifras obtenidas que se relacionan significativamente con lo reportado en esta investigación.

Por lo tanto, es importante recordar que la inmovilización del politraumatizado se efectúa por personal del equipo de rescate en lugar del accidente, brindando atención primordial a las lesiones de la columna vertebral. Los elementos inmovilizadores no se retiran por ningún motivo, hasta descartar por radiografía la lesión.

El nivel de competencia actitudinal para la inmovilización y traslado del paciente

politraumatizado en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es muy bueno y bueno: 42,4%. Y en el personal de enfermería de los Puestos de Salud es muy bueno en el 50.0%. (Objetivo 4). Según Henderson (20) la competencia de enfermería es tener conocimientos, actitudes y habilidades para el ejercicio profesional.

CONCLUSIONES

1. El nivel de competencia en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno en el 72,7% frente a un 62,9% que tienen las enfermeras de los Puestos de Salud evaluados. **(Objetivo 1)**
2. El nivel de competencia cognitiva para la inmovilización y traslado del paciente politraumatizado en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno: 63,6% y en el personal de enfermería de los Puestos de Salud es bueno en el 48,1%. **(Objetivo 2)**
3. El nivel de competencia procedimental para la inmovilización y traslado del paciente politraumatizado en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es bueno: 54,5%. Y en el personal de enfermería de los Puestos de Salud es muy bueno en el 42,6%. **(Objetivo 3)**
4. El nivel de competencia actitudinal para la inmovilización y traslado del paciente politraumatizado en el grupo de enfermeras de los Centros de Salud es muy bueno y bueno: 42,4%. Y en el personal de enfermería de los Puestos de Salud es muy bueno en el 50.0%. **(Objetivo 4)**

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de enfermería se les sugiere estar en continua revisión de los últimos avances científicos y cuidados a brindar a los pacientes en casos de presentar politraumatismo.
2. Se sugiere aplicar prácticas generales y especializadas a los pacientes politraumatizados utilizando los protocolos estandarizados en los servicios de emergencia y en los servicios de hospitalización continuar con los cuidados necesarios.
3. Mejorar la actitud de los profesionales de enfermería en cuanto a la atención que brindan a los pacientes en los servicios de salud. Con la finalidad de disminuir los riesgos de complicaciones en la salud de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Trauma, definiciones y características. Disponible en: <https://vdocuments.mx/trauma-definicion-la-oms-la-oms-la-define-como-lesion-corporal-a-nivel-organico.html>. Revisado el 05/02/19.
2. Morales Navarro D, Vila Morales D. Atención inicial al politraumatizado maxilofacial: evaluación de la vía aérea y la circulación. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2015 jul [cited 2019 May 19];52(3):78–91. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=115954817&lang=es&site=eds-live&scope=site>
3. Bartolomé G. Leticia; 2017. Manejo asistencial inicial del paciente politraumatizado con sospecha de lesión medular biblioteca online ENFISPO, entre diciembre de 2016 y enero de 2017.
4. Abreu Irene; 2015. “Cuidado de enfermería en el paciente politraumatizado al ingreso y su relación con los factores que influyen en la práctica en el Hospital de Valera”
5. Clavijo OF Aslla. Et, al. 2018. “Factores que influyen en el cuidado de enfermería en pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Cayetano Heredia”
6. Blas R. César. 2015. “Nivel de conocimiento y aplicabilidad en el manejo de la atención de enfermería en pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD Pasco”
7. Frade Rubio, Laura Doctora en Educación y Psicología. Consultora e investigadora en Calidad Educativa Consultores S. C, Propuesta de lineamientos para la formación por Competencias en educación superior. MEN.2010
8. Corominas, J. (1967) Breve diccionario etimológico de la Lengua Castellana,

Gredos, Madrid.

9. Prieto (1997) Prólogo en Levi-Leboyer La gestión de las competencias, Ediciones Gestión 2000, Barcelona.
10. Montmollin, (1984) L'intelligence de la tache, p. Lang, Berna.
11. FEU (1984) Towards a competence-based system, London.
12. Le Boterf, G. (1997) Entrevista, por AATTANE, CH. Entreprises-formation, 100, 48-49.
13. Ferrández, A. (1997) El perfil profesional de los formadores, Departamento de Pedagogía Aplicada, Doc. Policopiado.
14. Le Boterf, G. (1996) De la competence a la navigation professionnelle, Les Editions d'Organisations, Paris.
15. Jones, L. And MORE, R. (1995) Appropriating competence: the competence movement, the new righth and the culture change project, British Journal of Education and Work, 2, 78-92.
16. Gonczi, A. (1994) Competency based assessment in the professions in Australia, Assessment in Education, 1, 27-44.
17. Guía del paciente politraumatizado Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/guia_d_e_practica_clinica_del_paciente_politraumatizado.pdf Revisado el 05/02/19
18. Juliana Buitrago Jaramillo, MD., MSc. "Técnicas de inmovilización y transporte en trauma" Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/265986349 Tecnicas de inmovilizacion y transporte en trauma](https://www.researchgate.net/publication/265986349_Tecnicas_de_inmovilizacion_y_transporte_en_trauma). Revisado el 04/02/19
19. Juliana Buitrago Jaramill, "Técnicas de inmovilización y en pacientes politraumatizados" Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/265986349 Tecnicas de inmovilizacion y transporte en trauma](https://www.researchgate.net/publication/265986349_Tecnicas_de_inmovilizacion_y_transporte_en_trauma). Revisado el 14/05/19
20. Henderson, V.A. (1978) the concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing,

marzo. Pag 24.

21. Sánchez Flores, F. A. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. doi: <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644> *Correo de correspondencia: *email: fsanchez@uandina.edu.pe.
22. Sampieri, R. H. y Mendoza Torres C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
23. Arnau, J. (1995d). Análisis estadístico de datos para los diseños de sujeto único. En M. T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez-Arias, J. Pascual y G. Vallejo (Eds.) *Métodos de investigación en psicología* (pp. 195-243). Madrid: Síntesis.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Competencia de la enfermera en la inmovilización y traslado de pacientes politraumatizados en la red de salud Félix Mayorca Soto,

Tarma 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INSTRUMENTO
<p>General: ¿Cuál es la diferencia que existe entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma?</p> <p>Específicos: ¿Cuál es la diferencia que existe entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área cognitiva en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma?</p>	<p>General: Comparar los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.</p> <p>Específicos: Comparar los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área cognitiva en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.</p>	<p>Principal: Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.</p> <p>Específicos Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área cognitiva en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.</p>	<p>Competencia en el manejo de pacientes politraumatizados</p>	<p>Cognitiva</p> <hr/> <p>Procedimental</p>	<p>Cuestionario de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados</p>

<p>¿Cuál es la diferencia que existe entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área procedimental en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma?</p>	<p>Comparar los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área procedimental en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.</p>	<p>Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área procedimental en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.</p>		<p>Actitudinal</p>	
<p>¿Cuál es la diferencia que existe entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área actitudinal en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma?</p>	<p>Comparar los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área actitudinal en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.</p>	<p>Existe diferencia significativa entre los niveles de competencia en el manejo de pacientes politraumatizados respecto al área actitudinal en enfermeras de centros y puestos de salud de la Red de salud Tarma.</p>			

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO COGNITIVO ACTITUDINAL

1. **¿Qué es politraumatismo?**
 - a. Es el traumatismo individual producido por elemento contundente.
 - b. Es la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente.
 - c. Es la coexistencia de lesiones traumáticas múltiples producidas por un mismo accidente, comportando, aunque sea un de ellas como riesgo vital para el paciente.
 - d. N. A.
2. **¿Cómo se clasifica el politraumatismo?**
 - a. Coexistencia de Traumatismo Craneoencefálico y lesiones viscerales y/o periféricas.
 - b. Coexistencia de lesiones viscerales y lesiones periféricas.
 - c. Coexistencia de dos o más lesiones periféricas graves.
 - d. Todos los anteriores
 - e. Solo a y b
 - f. Ninguno de los anteriores.
3. **¿Qué medidas generales debe tenerse presente en el tratamiento del politraumatizado?**
 - a. Mantener la vía aérea permeable y la estabilización de la columna cervical:
 - b. Mantener adecuada función cardio-circulatoria:
 - c. Todos los anteriores
 - d. Ninguno de los anteriores
4. **¿Cuáles son los cuidados inmediatos que usted da a los pacientes con politraumatismos (Marque con una x las respuestas que aparecen en listado)**
 - a. Toma de signos vitales ()
 - b. Comunica verbal y por escrito ()
 - c. Coloca oxígeno ()
 - d. Valora Glasgow ()
 - e. Canaliza vía con solución salina ()
 - f. Exploración física rápida ()
 - g. Descubre sin causar daño ()
 - h. Examina pupilas ()
 - i. Vigila permanentemente al paciente ()
 - j. Valora el estado de conciencia ()
 - k. Colabora en exámenes de conciencia ()
 - l. Administración de fármacos ()

5. La escala de Glasgow en adultos debe aplicarse:
 - a. A todo paciente con trauma cráneo encefálico.
 - b. A todo paciente mayor de 25 años
 - c. Ninguno de los anteriores
6. En la evaluación de la escala de Glasgow en el rubro de APERTURA OCULAR, los puntajes se asignan de la manera siguiente:
 - a. Abre antes del estímulo () pts.
 - b. Tras decir o gritar la orden () pts.
 - c. Tras estímulo con la punta del dedo () pts.
 - d. No abre los ojos, no hay factor que interfiera () pts.
 - e. Cerrados por un factor a nivel local () pts
7. Las técnicas de inmovilización se realizan para:
 - a. Disminuir la lesión primaria y evitar el progreso o aparición de la lesión secundaria.
 - b. Porque algunos de los dispositivos expuesto permiten también una adecuada movilización del paciente al utilizarse conjuntamente con los dispositivos de movilización.
 - c. Todos los anteriores
 - d. Solo a
 - e. Ninguno de los anteriores
8. Marcar la respuesta actitudinal correcta según las proposiciones siguientes:

PROPOSICIONES	ALTERNATIVAS	
	SI	NO
Las actuaciones en el período crítico condicionan la supervivencia y morbilidad posterior		
Priorizar: vida-funcionalidad-estética		
Valoración primaria, clave para detectar y tratar las lesiones que amenazan la vida		
No se debe retrasar el traslado puesto que el tratamiento es, casi siempre, hospitalario		
La ausencia de diagnóstico definitivo no debe impedir la aplicación de medidas terapéuticas		
No desatender sufrimiento psíquico y dolor		
Siempre tener en cuenta el principio de "primum non nocere"		

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 03

FICHA DE OBSERVACIÓN PROCEDIMENTAL

INMOVILIZACIÓN CON COLLARÍN CERVICAL

TÉCNICA	ALTERNATIVAS	
	SI	NO
Realiza la valoración inicial ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión en el cuello que no puedan ser valorados tras colocar el collarín: lesiones traqueales, desviaciones de la tráquea, enfisema subcutáneo, ingurgitación yugular, ausencia de pulso carotideo, heridas, hematomas en cuello.		
Coloca la columna cervical en posición neutral, salvo en los casos en que se produce dolor, bloqueos o déficit neurológicos en la movilización a esta posición, donde no será posible la colocación del collarín.		
Elije el tamaño del collarín adecuado.		
Se ayuda con otro colaborador que sujetará, firmemente la cabeza, apoyándose en los resaites óseos.		
Retira el pelo, la ropa o adornos que puedan interferir en la colocación del collarín.		
Tapa las heridas del cuello con cobertura aséptica, previamente, a la colocación del collarín.		
Fija el collarín con las sujeciones intentando no comprimir en exceso el cuello del paciente.		

INMOVILIZADOR DE CABEZA

TÉCNICA	ALTERNATIVAS	
	SI	NO
Realiza la valoración previa de ambos oídos con el fin de descartar la presencia de otorragia.		
Coloca previamente el collarín cervical.		
Realiza la técnica con al menos dos colaboradores.		
Realiza control cervical hasta su completa fijación por parte de uno de los colaboradores.		
Otro colaborador coloca la base del inmovilizador sobre la parte de la cabeza de la camilla de cuchara o el tablero espinal, fijándola mediante las cinchas con el velcro que lleva incorporadas.		
Coloca la cabeza del paciente sobre esta base, y fije las dos piezas trapezoidales sin presionar, aplicándolas simétricamente. Coloca el ángulo de 90° de las piezas trapezoidales hacia la cabeza del paciente cuando se utiliza con tablero espinal y el otro lado cuando se utiliza con camilla de cuchara		
Fija las correas sujeta cabezas ajustando, en primer lugar, la de la barbilla, haciéndola pasar sobre el soporte mentoniano del collarín cervical y, posteriormente alcance las correas de fijación, utilizando el velcro para bloquearlas.		
Luego, coloca la otra correa sobre la frente, cruzándola para fijarla.		

INMOVILIZADOR CON TABLA ESPINAL.

TÉCNICA	ALTERNATIVAS	
	SI	NO
Realiza la valoración ABC para descartar lesiones vitales o signos con expresión en cuello, tórax y abdomen que pueden quedar ocultos con el dispositivo		
Una de las enfermeras deberá sujetar, continuamente, la cabeza del paciente con el collarín hasta la colocación total del dispositivo.		
Introduzca la férula espinal entre el paciente y el respaldo del asiento hasta el final de éste.		
Libera las cintas del arnés. Evite liberar el resto de las cintas torácicas.		
Pasa las alas laterales del dispositivo correspondientes al tronco, dejando los brazos fuera.		
Abroche y tense las cintas del arnés, y posteriormente, las cintas torácicas por colores (puede comenzar con las centrales, y luego las inferiores y superiores).		
Coloca las alas superiores a ambos lados de la cabeza, rellenando el hueco entre el occipucio y la férula espinal con la almohadilla al efecto.		
Sujeta las alas cefálicas con los barbuquejos en la frente y el mentón, o bien con un vendaje con la misma disposición.		
Para la extracción de la víctima proceda, junto con otro colaborador, a la rotación de ésta en bloque, considerando la mejor opción en función de las características del habitáculo, lesiones de la víctima y número de rescatadores disponibles.		
Recline el asiento y tumbe al paciente sobre la camilla de cuchara para su extracción por la parte posterior en vehículos con portón trasero, o cuando las circunstancias del accidente no hagan posible otra vía.		
Coloca a la víctima, una vez extraída, en decúbito sobre la camilla de cuchara, y está sobre la camilla de la ambulancia.		
Desabrocha los correajes para favorecer los movimientos respiratorios del paciente y para la valoración secundaria de éste.		

INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA DE TRACCIÓN.

TÉCNICA	ALTERNATIVAS	
	SI	NO
Uno de los colaboradores realiza una tracción axial del miembro lesionado. Ésta se mantiene hasta la colocación completa del dispositivo.		
Comprueba la presencia de pulso distal.		
Cubre con apósito estéril y compresa, si procede, las heridas presentes.		
Coloca la férula a la longitud deseada, y coloque la almohadilla isquiática alrededor del muslo, a la altura de la ingle y con el cierre en posición superior. Cierre el anclaje sin ceñirlo.		
Coloca en posición vertical el soporte pedio.		
Ajusta las barras telescópicas al tamaño del miembro, y fije las barras girando sobre el punto de unión.		
Sin abandonar la tracción manual, coloca la pierna sobre la férula, situando el tobillo en la cincha almohadillada correspondiente, y apoyando la planta del pie sobre el soporte.		
Ajusta el velcro de la cincha pedio de manera que la zona almohadillada quede en la parte superior del tobillo, y engánchela la anilla correspondiente.		
Cruza la cincha superior sobre el pie, fijándolo firmemente al soporte.		
Aplica la tracción mediante giro de la rueda en sentido contra reloj.		
Fija las cinchas sobrantes por encima y por debajo de la rodilla, cerrando el anclaje.		

Comprueba la sensibilidad, el color y la presencia de pulso distal.		
---	--	--

INMOVILIZACIÓN CON CINTURÓN PÉLVICO.

TÉCNICA	ALTERNATIVAS	
	SI	NO
Retira, previamente, la ropa u objetos en el interior de bolsillos de la víctima que puedan estorbar en la correcta colocación del dispositivo.		
Coloca el cinturón a la altura de las caderas (trocánter), mediante movilización en bloque del paciente. El recubrimiento del dispositivo generalmente permite que se deslice fácilmente por la parte posterior, minimizando la movilización necesaria.		
Fija el cinturón mediante cinta/s en la parte delantera hasta que quede apretado. Si el dispositivo dispone de enganche de seguridad, es necesario mantener la tensión tras el enganche hasta pegar la cinta negra al velcro para asegurarlo. Si se oye o nota otro "clic" del enganche tras asegurarlo esto es normal (es un ajuste del enganche).		
En el caso de no disponer de cinturón pélvico, utiliza una sábana alrededor de los trocánteres mayores del paciente, inmovilizando además las extremidades inferiores en rotación interna alrededor de los tobillos.		
El cinturón debe permanecer puesto hasta que se haga la fijación/estabilización de pelvis o angioembolización en el hospital, no debiéndose retirar antes o durante la transferencia. Con una adecuada colocación es posible la punción venosa femoral y el sondaje vesical sin su retirada.		

VALORACIÓN:

Adecuada	
Poco adecuada	
Inadecuada	

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO DEL INFORMADO

Título del Trabajo: _____

Yo, _____

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con (Nombre del investigador): _____

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando yo desee.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mi formación personal.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha y hora: _____

Firma del participante _____

Firma del Familiar responsable o testigo (según el caso)

Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que él comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora (la misma fecha cuando firma el participante) _____

Firma del Investigador/a: _____

Nombre del Investigador/a: _____

ANEXO N° 05

BASE DE DATOS

Datos Roxana.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	ID	NCO MPE TEN	Cogn itiva	Proc edim ental	Actit udina l	INM OVII ZACI	Colla rinCe rnical	Inmc vilize dorC	Tabla Espa ñal	Ferul aTra cción	Cintu ronP évic.	var								
1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1									
2	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1									
3	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1									
4	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2									
5	1	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2									
6	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1									
7	1	2	2	3	1	1	1	1	2	2	1									
8	1	2	3	2	1	2	1	1	2	2	2									
9	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1									
10	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1									
11	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1	2									
12	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1									
13	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2									
14	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1									
15	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1									
16	1	2	2	2	3	2	2	1	2	2	1									
17	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2									
18	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2									
19	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2									
20	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2									
21	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1									

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON 01:04 p. m. 28/01/2021

Datos Roxana.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	ID	NCO MPE TEN	Cogn itiva	Proc edim ental	Actit udina l	INM OVII ZACI	Colla rinCe rnical	Inmc vilize dorC	Tabla Espa ñal	Ferul aTra cción	Cintu ronP évic.	var									
21	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1										
22	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1										
23	1	2	2	3	2	2	1	1	2	2	2										
24	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2										
25	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1										
26	1	3	3	3	3	1	1	1	1	1	2										
27	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1										
28	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2										
29	1	3	3	3	2	1	1	2	1	1	1										
30	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1										
31	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2										
32	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2										
33	1	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1										
34	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1										
35	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1	2										
36	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1										
37	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2										
38	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1										
39	2	3	3	3	3	2	1	1	2	2	1										
40	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2										
41	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2										

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON 01:05 p. m. 28/01/2021

Datos Roxana.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	ID	NCO MPE TEN	Cogn itiva	Proc edim ental	Actit udina l	INM OVII IZACI	Colla rinCe rnical	Inmc vilize dorC.	Tabla Espis nal	Ferul aTra cción	Cintu ronP évic.	var							
41	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2								
42	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1								
43	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2								
44	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	2								
45	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1								
46	2	2	1	3	2	2	1	1	2	2	1								
47	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1								
48	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2								
49	2	2	3	3	1	2	2	1	1	1	2								
50	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1								
51	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1								
52	2	2	3	1	3	2	1	1	2	2	1								
53	2	2	2	2	3	2	1	1	2	2	2								
54	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2								
55	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1								
56	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2								
57	2	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2								
58	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2								
59	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2								
60	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1								
61	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1								

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

01:05 p. m. 28/01/2021

Datos Roxana.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	ID	NCO MPE TEN	Cogn itiva	Proc edim ental	Actit udina l	INM OVII IZACI	Colla rinCe rnical	Inmc vilize dorC.	Tabla Espis nal	Ferul aTra cción	Cintu ronP évic.	var							
62	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2								
63	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2								
64	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1								
65	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2								
66	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2								
67	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2								
68	2	2	3	2	2	2	2	1	1	1	2								
69	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2								
70	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1								
71	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1								
72	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2								
73	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1								
74	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1								
75	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2								
76	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2								
77	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2								
78	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1								
79	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1	2								
80	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1								
81	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1								
82	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1								

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

01:06 p. m. 28/01/2021

Datos Roxana.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 11 de 11 variables

	ID	NCO MPE TEN	Cogn itiva	Proc edim ental	Actit udina l	INM OVIL IZACI	Colla rinCe nical	Inmc vilize dorC.	Tabla Espil nal	Ferul aTra cción	Cintu ronP évic.	var							
73	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1								
74	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1								
75	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1								
76	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2								
77	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2								
78	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1								
79	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1	2								
80	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1								
81	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1								
82	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1								
83	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2								
84	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1								
85	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1								
86	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1								
87	2	1	2	2	3	1	2	1	1	1	2								
88																			
89																			
90																			
91																			
92																			
93																			

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

01:06 p. m. 28/01/2021