



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

“CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA SOBRE SIGNOS Y
SINTOMAS DE ALARMA EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE
URGENCIA, EN PROFESIONALES DE SALUD DEL CENTRO DE
SALUD CASTILLO GRANDE, TINGO MARIA, LEONCIO PRADO-
2018”

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD
CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA**

AUTORA

Teófila, LÓPEZ ISIDRO

ASESORA

Mg. Maricela luz, MARCELO ARMAS

HUÁNUCO– PERÚ

2018



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los veintiséis días del mes de julio del año dos mil diecinueve, siendo las 10 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Amalia Leiva Yaro, **Presidenta**, Dra. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi, **Secretaria**, y Mg. Edith Jara Claudio, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 385-2019-D-EPG-UDH, de fecha julio del año dos mil diecinueve y la aspirante al Grado Académico de Maestra, **Teófila LOPEZ ISIDRO**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"CONOCIMIENTOS, ACTITUD Y PRACTICA SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE URGENCIA, EN PROFESIONALES DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CASTILLO GRANDE, TINGO MARÍA, LEONCIO PRADO - 2018"**, para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la Salud, mención: Salud Pública y Docencia Universitaria.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobada Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Bueno (Art. 54).

Siendo las 11³⁰ horas del día 26 del mes de Julio del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA

Dra. Amalia Leiva Yaro


SECRETARIA
Dra. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi


VOCAL
Mg. Edith Jara Claudio

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía espiritual,
mi luz a seguir, por darme
sabiduría, fortaleza y valentía
para lograr mis metas.

A mi madre Marcelina Isidro
Gonzales, que desde el cielo mi
ilumina.

A mi esposo e hijos, por su
comprensión y paciencia.

AGRADECIMIENTO

A los profesionales que aportaron con sus conocimientos en mi formación académica, Especialmente a la plana docente del post grado.

A todos aquellos que facilitaron la realización de esta Investigación, y que de alguna manera estuvieron presentes en los momentos difíciles, alegres, y tristes. Estas palabras encierran mi más sincero agradecimiento.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
CAPÍTULO I	8
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1. Descripción del problema.....	8
1.2. Formulación del problema	10
1.1.1. 1.2.1 Problema general	10
1.1.2. 1.2.2 Problemas específicos	11
1.3. Objetivo general.....	11
1.4. Objetivos específicos.....	12
1.5. Justificación de la investigación.....	12
1.6. Limitaciones de la investigación	15
1.7. Viabilidad de la investigación	16
CAPITULO II	17
2.MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de investigación.....	17
1.1.3. A nivel Internacional	17
1.1.4. A nivel nacional	22
1.1.5. A nivel local.....	25
2.2. Bases teóricas.....	25
1.1.6. Teoría social cognitiva de Dorothea Orem	25
1.1.7. Teoría de Nola J. Pender.....	25
1.1.8. Teoría de las necesidades básicas del ser humano.....	26
2.3. Definiciones conceptuales.....	26
2.4. Sistema de Hipotesis	31
1.1.9. Hipótesis general.....	31
1.1.10. Hipótesis específico	32
2.5. Sistema de Variables	32

2.5.1.	Variable independiente	32
2.5.2.	Variable dependiente	32
2.5.3.	Variables sociodemograficos	32
2.6.	Operacionalización de variables	33
CAPITULO III		34
3 MARCO METODOLOGICO.....		34
3.1.	Tipo de investigación.....	34
3.1.1.	Enfoque	34
3.1.2	Alcance o nivel.....	34
3.1.3.	.Diseño de investigación	35
3.2.	Población y muestra.	35
3.2.1.	Población	35
3.2.2.	Ubicación de la población en el espacio y tiempo	36
3.2.3.	Tamaño de muestra.	36
3.2.4.	Muestra y muestreo	36
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	37
3.3.1.	Técnicas de recolección de datos	37
3.3.2.	Instrumentos.	37
3.3.3.	Procedimientos de recolección de datos.....	39
3.3.4.	Técnicas para la presentación de datos.....	39
3.4.	Técnica para el procesamiento y análisis de la información.....	40
CAPITULO IV.....		42
4 RESULTADOS		42
4.1.	Resultados descriptivos.....	42
4.2.	Resultados inferenciales.....	47
CONCLUSIONES.....		48
RECOMENDACIONES.....		50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		51
ANEXOS.....		55

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre el grado de conocimiento y la actitud, práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018. **Metodología:** estudio observacional, prospectivo. Con diseño correlacional. **Resultados:** El total de profesionales de la muestra en estudio que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado podemos observar que el 65,6% son mujeres y un 34,4% son varones. El 56.25% son egresados de la universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco; el 25% son egresados de la Universidad de Huánuco; el 9.40% de la Universidad Mayor de San Marcos y otros 9.40% egresados de otras universidades. **Conclusión:** Al establecer la relación entre el grado de conocimiento , actitud y práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en la muestra en estudio , se encontró como valor definitivo del conocimiento y la actitud un valor de $X^2= 5,107$ y un valor $p= 0,024$ y el conocimiento con la practica con un valor de $X^2= 5,107$ y un valor $p= 0,024$, siendo estadísticamente significativas, donde se asevera que el grado de conocimiento está relacionado a la actitud y prácticas en los profesionales de la salud estudiados

Palabras claves: Grado de conocimiento, actitud, práctica, urgencia, Centro de Salud Castillo Grande.

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between the degree of knowledge and attitude, practice on signs and symptoms of alarm in patients in emergency situation, in health professionals of the Castillo Grande Health Center, Leoncio Prado -2018. **Methodology:** observational, prospective study. With correlational design. **Results:** The total number of professionals in the study sample who attended patients in emergency situations at the Castillo Grande Health Center, Leoncio Prado, we can observe that 65.6% are women and 34.4% are men. 56.25% are graduates of the Hermilio Valdizan de Huánuco National University; 25% are graduates of the University of Huánuco; 9.40% of the Universidad Mayor de San Marcos and another 9.40% graduated from other universities. **Conclusion:** When establishing the relationship between the degree of knowledge, attitude and practice on signs and symptoms of alarm in patients in emergency situation, in the sample under study, a value of $X^2 = 5.107$ was found as the definitive value of knowledge and attitude. and a value $p = 0.024$ and knowledge with practice with a value of $X^2 = 5.107$ and a value of $p = 0.024$, being statistically significant, where it is asserted that the degree of knowledge is related to the attitude and practices of professionals in the field. health studied

Keywords: *Degree of knowledge, attitude, practice, urgency, Castillo Grande Health Center.*

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Las urgencias médicas han existido por siempre, es considerado como un referente de salud pública que afecta al Perú y al mundo entero, cada año aproximadamente 287,000 mueren personas por consecuencias de no acudir oportunamente los episodios agudos de enfermedades recurrentes, más aún cuando estos signos y síntomas no son tomados en cuenta inmediatamente por los servidores de salud; y de estas el 43.6% acontecen en países en proceso de desarrollo.¹

Las urgencias difieren en su atención entre los países desarrollados y sub desarrollados producto del sistema, la incidencia de la mortalidad por sucesos inesperados en las regiones de desarrollo es mucho más alta que las regiones desarrolladas.¹

En América Latina y el Caribe las demoras de atención de urgencias se redujeron en 40% entre 1990 y 2013 las cuales están en situaciones de espera del control y reconocimiento oportuno; entre los países que asumieron seriamente el manejo de signos y síntomas de alarma en diferenciación de las urgencias fueron: Brasil, Ecuador, el Salvador; dejando de lado al Perú que cuenta con serias dificultades al respecto.²

En el Perú se estima que las urgencias médicas atendidos por personal profesional de salud se incrementó en un 64% al 2010, produciéndose muertes del incremento en un 75%, se relaciona también con las urgencias maternas, sin embargo, el Perú debe alcanzar para el cierre del milenio menos mortalidad general y maternas, ello significaría

una importante política sanitarias desde vuestra implementación y capacitación permanente.³

También la Oficina General de Epidemiología informa que seis regiones han concentrado el mayor número de urgencia y fallecimientos relacionados a la inoportunidad de referencias producto del exceso de confianza en la remisión de los signos y síntomas ello entre el 2000 y el 2013: Lima, Cajamarca, Puno, Piura, La libertad y Loreto.⁴

En las regiones del país se han identificado 4 demoras en la atención, producto de no precisar el signo o síntoma de alarma motivo de consulta y de prioridad estas demoras son: a) falta de reconocimiento del problema (desconocimiento sobre complicaciones luego de una señal de peligro), b) falta de oportunidad y decisión (demora en las decisiones para procurar la atención), c) falta de acceso a la atención logística de referencia (demora en seleccionar la institución de referencia, optimizando el tiempo), d) inadecuada calidad de atención (demora para recibir un tratamiento adecuado y apropiado); estas situaciones es una realidad, los esfuerzos humanos, no superan a las barreras logísticas y de organización institucional.⁵

Dentro del plan estratégico nacional, se están considerando el descenso de la morbilidad y mortalidad producto de deficiencias sanitarias, involucra la identificación de los signos y síntomas de alarma, así como la atención oportuna y la referencia sostenida y confiable con personal entrenado.

La población no están preparados para reconocer signos de alarma, producto de ello la tardía derivación del domicilio al centro de salud

cercano, las familias sin preparación, pierde el valioso tiempo de reconocer el problema, organizarse, buscar transporte y llegar al centro de atención de mejor accesibilidad; sin embargo creemos en que tomando acciones apropiadas sanitariamente podría evitarse muertes generales y maternas significativamente, se sugiere abordar mediante la sensibilización acerca de los signos y síntomas de peligro de enfermedades recurrentes con cuadro agudo, mejoraríamos la detección temprana de complicaciones durante la fase clínica y/o patogénica.⁶

Por todas estas representaciones de la realidad es relevante evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de salud sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma que oriente una urgencia, de este modo mejorar el desempeño profesional mediante estrategias institucionales, que involucre al sistema sanitario con políticas acertadas orientadas a controlar la salud y reducir las muertes por urgencias no atendidas oportunamente. Considerando siempre el nivel de atención, la logística y el capital humano para la finalidad solucionar problemas de índole sanitaria, mejorando la calidad de vida y el desarrollo de la comunidad.

1.2. Formulación del problema

1.1.1. 1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el grado de conocimiento y la actitud, práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018?

1.1.2. 1.2.2 Problemas específicos

P₁: ¿Cuáles son las características socio demográficas del profesional que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018?

P₂: ¿Cuál es el grado de conocimiento que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018?

P₃: ¿Cuáles son las actitudes que tiene el profesional ante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018?

P₄: ¿Cuáles son las principales prácticas que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018?

1.3. Objetivo general

Establecer la relación entre el grado de conocimiento y la actitud, práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018.

1.4. Objetivos específicos

O₁: Determinar las características socio demográficas del profesional que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018.

O₂: Determinar el grado de conocimiento que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

O₃: Determinar las actitudes que tiene el profesional ante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

O₄: Determinar las principales prácticas que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

1.5. Justificación de la investigación

Optimizar la salud de la población es fundamental desde la atención en el primer nivel, tratando causas que podrían modificar la salud de las personas súbitamente o en situación de urgencias; la cual a nivel mundial constituye una complicación de salud pública, representa un indicador importante de efectividad y eficiencia para el desarrollo de una nación. En esta perspectiva de identificar oportunamente los signos y síntomas de una urgencia disminuiría la morbi mortalidad, debido a la

alta incidencia de casos que acuden al servicio de tóxico, se considera que puede lograrse mediante el efecto sinérgico de reconocimiento oportuno con intervenciones combinadas en un marco estratégico de promoción y prevención sanitaria acompañado de mejorar el sistema de salud.

Las urgencias representan las condiciones, determinantes sociales y la calidad de la atención en los servicios de salud deficientes juntamente con estilos de vida deteriorado, tiene características específicas en los servicios, se vincula con las debilidades cognitivas, actitudes y prácticas rutinarias que no contribuyen a la intervención rápida en una situación de urgencia, más aún reconocer los principales signos de alarma.

En el año 2013, la urgencia superó el 64.0% de cobertura en la gran parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, desde los niveles I -1 hasta el nivel III-1, con predominancia en la costa, seguido de la selva, finalmente en la sierra, se han presentado importantes aportes para mejorar la calidad de atención.

En el servicio de tóxico, se han incrementado las actividades, no disminuyendo los indicadores negativos para la salud de los individuos, brechas que se incrementaron por la sobrepoblación, y la práctica para la atención de contingencia y población adscrita al Distrito de Castillo Grande; del mismo modo es notoria la pobreza, muy a pesar del quintil de pobreza asignado, sin embargo, las brechas de oportunidad del cuidado de urgencias están manifestándose de insatisfacción y subsisten.

Una atención de urgencias de calidad implica que los profesionales de la salud informen constantemente a la población usuaria sobre los signos y síntomas de alarma durante el episodio agudo de la enfermedad. Pese a ello la defensoría del Pueblo halló el 35.0% de usuarios que están informados a diferencia de 5 años atrás que fueron menos.

En países en desarrollo como el Perú, la gran parte de los usuarios de una comunidad desconocen o no diferencian entre una urgencia con signos y síntomas recurrentes a una consulta ambulatoria, ello también depende de la identificación y comunicación del profesional en salud sobre los signos y síntomas de importancia que coadyuve a una atención oportuna cuando el compromiso es mediano para evitar consecuencia no deducible.

En lo referente a las organizaciones en salud y su funcionamiento, los estudios desde la unidad de trabajo de la calidad, evidencia que la insatisfacción en las diferentes áreas de atención está tornándose muy expresivas, donde los atributos de oportunidad, manejo de la información, privacidad, respeto y disponibilidad están comprometidas. Los signos y síntomas de enfermedades que vulneran la fisiología humana deben ser identificadas con idoneidad, se observan falencias y demoras para las intervenciones sanitarias, lo que no debería suceder en un nivel de atención I-3.

Cabe resaltar que durante el año 2016, el Centro de Salud Castillo Grande, reportaron 216 urgencias entre todas las edades, representando el 23% de las urgencias, muchos de ellos con ciertas

falencias de manejo, siendo una situación que se incrementa cada vez más en el ámbito rural y urbano.

La Red de Salud Leoncio Prado registró la mayor frecuencia de urgencias, aquellas morbilidades súbitas que hicieron que los establecimientos de salud cuenten con la estadística, siendo Castillo Grande, Supte San Jorge, Monzón y Aucayacu con más urgencias según el orden de denominación. La principal causa de traslado los cólicos abdominales, fracturas, descompensaciones, fiebre recurrente infecciones generalizadas.

En el cuidado de las enfermedades recurrentes a urgencias, juega un papel definitivo el tiempo transcurrido, desde la aparición de los primeros síntomas y signos de alarma y su debida atención. Por ello es muy importante analizar este aspecto, para impulsar mejoras en campañas educativas por parte del personal de salud, ya que podrían de una manera sencilla informar a los usuarios los signos y síntomas que estarían comprometiendo la salud y bienestar y buscar ayuda con quienes acortar y evitar las complicaciones. El médico que hace las consultas externas, no debe quedarse solo en evaluar al paciente, tendría que transmitir información sobre todo en el reconocimiento de signos y síntomas de alarma y explicar la importancia de acudir al médico u otro profesional que clasifique la urgencia y la atención sea oportuno en un establecimiento de salud a nivel local, regional y nacional.

1.6. Limitaciones de la investigación

El estudio a realizarse considera dentro de la realidad algunas limitaciones para el proceso de la investigación, tales como el rechazo

de los usuarios que acudieron por una urgencia y fueron atendidos inadecuadamente, demoras en la atención y no identificación de prioridades en triaje, no contar con el seguro integral de salud y su insatisfacción, informalidad del usuario en acudir fuera del horario de atención diurno; asimismo el espacio reducido del servicio de tópico para la privacidad, percepción de contaminación y deterioro de la expectativa para acudir al establecimiento de salud.

1.7. Viabilidad de la investigación

La presente tesis es viable por las siguientes razones:

- Se contó con un marco teórico amplio y diverso para la medición de la variable principal, sin embargo, la variable secundaria también cuenta información para el ajuste de la confiabilidad del estudio
- Hubo empatía con la población de estudio lo cual facilitó el desarrollo del instrumento de recolección, la accesibilidad por ser parte de la institución mediante ello enfocarse a realizar planes de mejora continua para lograr el resultado deseado y mejorar las intervenciones sanitarias desde el espacio de vista informativo y toma de decisiones oportunas.
- El informe de investigación se desarrolló asumiendo la disponibilidad económica del investigador, acorde a la realidad.

CAPITULO II

2.MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

2.1.1. A nivel Internacional

Madrid 2017, Garcés Molina.⁷Organización de un servicio de urgencias: observación de la actividad y de las medidas adoptadas para mejorar la calidad. Analizar las características de la atención sanitaria en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey, durante el periodo de 2009 a 2014 con la finalidad de que su conocimiento permita optimizar el proceso asistencial hospitalario. Realizamos un estudio epidemiológico observacional, de carácter descriptivo, prospectivo, y con recogida de datos de forma retrospectiva. Conclusión: La población asume que los Servicios de Urgencia Hospitalarios son muy difíciles de gestionar, debido a que son los “incontrolables” e “impredecibles” determinantes externos al propio servicio, los responsables de la frecuente saturación de los mismos; La población atendida en el SU del HUSES es mayoritariamente de sexo femenino, nacida en España, de entre 26 y 55 años de edad, La mayor parte de la población atendida (55%) es clasificada con un nivel de gravedad 4 (sin riesgo vital ni patología grave), lo que si se suma al 25% de los que son clasificados como nivel de gravedad 5 (patología leve), supone un 80%; El análisis de algunas de las variables consideradas indicadores de calidad por la SEMES aquí estudiadas (porcentaje de ingresos, tasa de mortalidad anual, tiempo de espera hasta la primera

valoración facultativa así como la tasa de retorno a las 72 horas), muestra una mejoría a lo largo del período estudiado.

Ecuador 2014, Toto y Cabezas.⁸Conocimiento de triaje en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Periodo octubre 2013 – marzo 2014. Cuyo fue determinar el Conocimiento de triaje del personal Profesional de Enfermería y su efecto en el ordenamiento del paciente en el Servicio de Emergencia. La hipótesis planteada fue el conocimiento de triaje del personal Profesional de Enfermería influye en la categorización del paciente. La investigación fue cuantitativa, de campo, longitudinal y prospectivo. Se trabajó con el universo de 16 Licenciadas/os de Enfermería; para obtener resultados sobre el conocimiento sobre triaje en el personal de Enfermería, se aplicó: una encuesta y la guía de observación directa. Los resultados revelan que el 100 % del universo si conoce de triaje, el 87.5 % adquirió mediante experiencia y autoeducación, el 94 % conoce el procedimiento de triaje pero no describe los pasos a seguir en el triaje, por lo cual se acepta la hipótesis planteada en razón que el conocimiento de triaje del personal Profesional de Enfermería interviene en la categorización del paciente, las principales causas que dificulten la aplicación de triaje es el conocimiento adquirido mediante experiencia laboral de las Licenciadas de Enfermería. La aplicación incorrecta de triaje en la labor diaria de las Licenciadas, aplicando la guía educativa de triaje en emergencia para la categorización y valoración del paciente, se logrará disminuir la espera en el usuario/a y

de la misma manera mejorará la atención en el Servicio de Emergencia.
Luis Joselito Totoy Cabezas.

Colombia 2014, Gómez Díaz.⁹Conocimientos, actitudes y prácticas sobre trauma dento alveolar en docentes de instituciones educativas oficiales de Cartagena, Objetivo. Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre trauma dento alveolar en docentes de instituciones educativas oficiales, Estudio descriptivo de corte transversal la muestra fue de tipo muestreo aleatorio estratificado. Resultados. El género con mayor prevalencia fue el femenino en un 57%, el nivel de formación fue universitario en su mayoría con un 67%, el área de mayor desempeño en los encuestados fue castellano en un 56%, la experiencia como docentes con mayor porcentaje fue de 11 a 20 años con un 63%, el 55% de la población conoce los tejidos que protegen los dientes, pero el 86% desconoce que es un trauma, el 57% desconoce los tipos de trauma, el 51% conoce de los beneficios en el manejo de trauma dento alveolar. El 96% de los encuestados suponen necesario capacitarse para el manejo de trauma dento alveolar. Conclusiones. A partir de los resultados obtenidos se dio la seguridad de que la mayoría de los docentes encuestados a pesar que conocen los tejidos que protegen los dientes desconocen que es trauma y los tipos que se derivan de este. Paola Milena Gómez Díaz.

Colombia 2013, Bautista Rodríguez.¹⁰ Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. Objetivo. Identificar el nivel de conocimiento y aplicación de las medidas

de bioseguridad que tiene el personal de Enfermería. Materiales y Métodos. La investigación es cuantitativa, de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 96. Para la información se consideró una encuesta y una lista de chequeo, que fueron analizadas por medio de tabulaciones y representaciones gráficas. Resultados. El personal de Enfermería de la Clínica San José cuenta con conocimiento regular en un 66% en relación a las medidas de bioseguridad y un 70% de aplicación deficiente. Conclusión. Se identificó que las principales medidas de bioseguridad, como métodos de barrera, eliminación adecuada del material contaminado, manejo adecuado de los elementos corto punzante, lavado de manos no están siendo aplicadas correctamente por el personal de Enfermería de la institución, convirtiéndose estas situaciones en un factor de riesgo para el presentar un accidente laboral esta población. Luz Marina Bautista Rodríguez.

Ecuador 2012, Altamirano Freire.¹¹ Satisfacción del usuario frente a la actitud del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital provincial docente Ambato, en los meses de agosto a diciembre del 2010. Tuvo como finalidad determinar los principios básicos y actitudes profesionales de la enfermera que intervienen en la satisfacción del usuario del Servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato. Bajo un enfoque cuali – cuantitativo, Conclusión, se determinó que la satisfacción del usuario en relación a las actitudes de la enfermera en el Servicio de Emergencia es regular, debido a la desorganización entre los pacientes que están esperando atención y miran preocupados como se atiende a otras personas que recién van llegando; según los resultados

no todas las enfermeras ponen en práctica las normas éticas de enfermería y en determinado momento existe privilegio en la atención a sus amistades; se guían por el nivel cultural, apariencia y grado de educación de los usuarios para brindar atención de salud; siendo calificada la atención y el trato de enfermería recibida como regular por los usuarios porque ellos relacionan el tiempo de espera y el trato recibido con la satisfacción de atención de enfermería. Los principios éticos que la enfermera de emergencia con el que se desarrolla la atención son la objetividad y la equidad, situación no compartida por los usuarios quienes se quejan porque las enfermeras no son equitativas en su trato ni en su atención profesional con el paciente; evidenciándose además la falta de trabajo en equipo y un alto estrés laboral. Altamirano Freire Jenny Alexandra.

Habana 2007, Grondona Torres.¹²en su estudio: Atención integral a la urgencia y la emergencia médica para un hospital de excelencia. Muestra un modelo de atención integral a la urgencia y la emergencia para un hospital de excelencia, refieren las transformaciones de estructura y marcha de los servicios en función de la urgencia y la emergencia, la jerarquía del trabajo en equipo multidisciplinario cumpliendo los formalidades y algoritmos de actuación ante los importantes problemas en la atención al paciente grave adecuadas de consenso a la morbilidad del territorio, las situaciones concretas y las misiones asignadas al centro y se plantean los principales indicadores para valorar la calidad de los resultados en los procesos de atención a la urgencia y la emergencia. Fernando Grondona Torres

2.1.2. A nivel nacional

Lima 2016, Gonzales Espejo.¹³Conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Objetivo: Establecer la relación entre Conocimientos y Actitudes frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, comparativo – correlacional, con diseño no experimental de corte transversal. La muestra fue de 156 gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico. El instrumento empleado fue estructurado en tres partes: Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Resultados: En la apreciación de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, existe dependencia significativa entre los niveles de Conocimientos y Actitudes frente a las señales de alarma durante el embarazo en general ($X^2=69.720$; $gl=4$; $p=0.000$) y según signos ($X^2=27.946$; $gl=4$; $p=0.000$) y síntomas ($X^2=30.605$; $gl=4$; $p=0.000$); el nivel alto de conocimiento se vincula con una actitud favorable, el nivel medio de conocimiento se asocia con una actitud de indiferencia, y el nivel bajo de conocimiento se asocia con una actitud desfavorable frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo- Conclusiones: En líneas generales, las gestantes que tienen mayor conocimiento sobre las señales de alarma (en general y según: signos y síntomas), tienen actitudes favorables, confrontadas con las que tienen alguna idea sobre los signos y síntomas lo cual las lleva a ser indiferentes frente a los mismos, y consecuentemente, las que desconocen, no tienen actitudes

alentadoras frente a los signos y síntomas que puedan presentar. Brenda Johana Gonzales Espejo.

Tacna 2014, Sosa Pagaza.¹⁴ Capacitación y el comportamiento del personal de enfermería durante la atención a los pacientes en el servicio de urgencia del Centro de Salud San Francisco. Tacna 2010. El Objetivo fue Establecer la relación entre la capacitación y el comportamiento del profesional de enfermería en la atención a los pacientes en el servicio de urgencia. La investigación fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y correlacional. Resultados: En la capacitación del personal de enfermería se evidencia que la mayoría reportó la modalidad de capacitación en especialización y; nivel de capacitación avanzado. Con predominio de un comportamiento formal y menos de la cuarta parte comportamiento informal. Existe relación significativa entre la capacitación y comportamiento del personal de enfermería, aplicando la prueba chi. Cuadrado. Melva Nelly Sosa Pagaza.

Lima. 2012, Barrenechea Baca.¹⁵ Conocimientos, actitudes y prácticas de los principios bioéticos del profesional de enfermería en el cuidado del paciente hospitalizado, del Hospital II De Vitarte-EsSalud, 2011. Se muestra como objetivo el determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los principios bioéticos del profesional de enfermería en el cuidado del paciente. El estudio tuvo un diseño cuantitativo, de alcance exploratorio y descriptivo. Realizado en una muestra conformada por 35 profesionales de enfermería que laboran en el área asistencial de los Servicios de Medicina, Cirugía, Emergencia y UVI (Unidad de Vigilancia

Intensiva). La medición fue mediante un cuestionario que sirvió para medir el nivel de conocimientos, una escala para actitudes y una guía de observación para prácticas. Entre los resultados se evidencia que el 20% de los participantes tiene un nivel excelente de conocimientos sobre los principios bioéticos, el 45.7% tiene un nivel bueno, el 31.4% regular y el 2.9% tiene un nivel deficiente. Para los niveles de actitud de los principios bioéticos el 71.4% es positiva y el 28.6% presenta un nivel de actitud medianamente positiva. En cuanto a las prácticas, el 60% de los participantes practica los principios bioéticos durante el cuidado al paciente. Lo que significa que la mayoría de los profesionales de enfermería presenta un nivel de conocimientos y un nivel de actitudes de los principios bioéticos, bueno y positivo respectivamente. Asimismo, el nivel de prácticas es muy aceptable y requerido en el cuidado del paciente. Liria Oportuna Barrenechea Baca.

Tacna 2011, García Valdivia.¹⁶ Nivel de conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad en el personal de enfermería que labora en el área de emergencias de Essalud de Tacna 2011. Objetivo es determinar el nivel de conocimiento y la aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en el área de urgencia. Estudio de investigación es de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 50 profesionales, se aplicó 02 instrumento uno para identificar el nivel de conocimiento y el otra para evaluar la aplicación de normas de bioseguridad. Se concluye que el 56% más de la mitad del personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Essalud de Tacna, A veces aplica las Normas de Bioseguridad. El 72% más de la

mitad del personal de enfermería que labora en el área de emergencia de Essalud de Tacna, tiene un nivel de conocimiento Alto sobre las Normas de Bioseguridad y a pesar de tener un nivel alto A veces aplica las normas de Bioseguridad con un 56% lo que nos indica de que existen factores ajenos que no permiten la aplicación de las normas. Lisset Gloria García Valdivia.

2.1.3. A nivel local

Se realizó búsqueda exhaustiva sobre estudios similares a nivel local, según el registro nacional de tesis de investigación, no existe hasta la actualidad tema relacionado con la variable principal del proyecto, por lo que el presente estudio será partida de una gran fuente de información para futuras investigaciones en la localidad.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría social cognitiva de Dorothea Orem

Dorothea Orem¹⁷ **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

2.2.2. Teoría de Nola J. Pender

Nola J. Pender,¹⁸ Noroeste en Evanston, Illinois EE.U Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía

anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones expectativas las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

2.2.3. Teoría de las necesidades básicas del ser humano

Virginia Henderson ¹⁹“Teoría de las necesidades básicas del ser humano” Establece que la enfermera ejerza con experticia en el planeamiento científico para mejorar el ejercicio profesional, en consecuencia discute la importancia de la independencia e interdependencia respecto a la asistencia sanitaria; en la teoría determina promover y ejecutar las 14 necesidades básicas del ser humano, precisando en el acápite 9 “Evitar los peligros del entorno” donde la enfermera contextualiza tomando en cuenta: la valoración, diagnóstico, planeamiento, ejecución de acciones, orientados a mejorar la alimentación complementaria que repercuta en un estado nutricional adecuado de acuerdo a la etapa de vida en la que se encuentra el ser humano.

2.3. Definiciones conceptuales

CONOCIMIENTOS:

El conocimiento es un acumulado de información almacenada mediante la praxis y el aprendizaje, o a través de la introspección. El

conocimiento tiene su comienzo en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y finalmente en la razón. ¹⁹

Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.

ACTITUDES

Es la forma de proceder de una persona, la conducta que maneja una persona para formar las cosas. ¹⁹

Actitud es lo que sienten las personas respecto a un tema en particular, así como ideas preconcebidas o creencias que puedan tener sobre ese tema. Es una predisposición a actuar. Una actitud es un instruido de una conducta a futuro, por eso los arranques deben estar destinados a infundir o cambiar actitudes.

PRÁCTICAS son los trabajos que ejecutan los individuos ante determinadas circunstancias o situaciones. ²⁰

SIGNOS

Son las expresiones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica. La Semiología clínica es el método de la que se vale el médico para investigar, mediante el examen psicofísico del Paciente, sobre los diferentes signos que puede presentar.

SÍNTOMAS

Es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad. ²¹

DEFINICIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

Según la Organización Mundial de la Salud, los signos y síntomas de alarma son aquellos que indican que la salud de la persona está en peligro.²¹

Los signos y síntomas de alarma por los que una persona, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano son los siguientes:

FIEBRE

Se precisa como una elevación de la temperatura corporal por encima de variación diaria normal. El umbral para la fiebre se considera generalmente que es la temperatura ≥ 38 grados C por vía oral. Las personas son susceptibles a muchas infecciones y enfermedades infecciosas. Algunos de estos pueden ser muy graves y potencialmente mortales para el individuo, mientras que otros tienen un gran impacto sobre el pronóstico final debido a la probabilidad elevada de infección.

Una historia cuidadosa y un examen físico se debe realizar para buscar las causas posibles, de fiebre.²¹

NÁUSEAS Y VÓMITOS EXCESIVOS:

Náuseas con o sin vómitos es tan común en procesos infecciosos, los síntomas leves pueden ser considerados parte de la fisiología normal del ser humano. Sin embargo, estos síntomas pueden afectar significativamente la disposición de vida de la persona afectada, sobre todo cuando se vuelven persistentes y severos. Algún grado de náuseas con o sin vómitos se produce en el 50 a 90 % de los embarazos, con inicio a la 5ta o 6ta semana de gestación, alcanzando un máximo de nueve

semanas, y por lo general suelen disminuir entre las 16 a 20 semanas de gestación; sin embargo, los síntomas pueden continuar hasta el tercer trimestre en el 15 a 20 % de las mujeres y hasta el parto en un 5 %.

La incidencia de síntomas graves no está bien documentada salvo en enfermedades diarreicas agudas profusas como el cólera, informes varían de 0,3 a 3 por ciento de los embarazos.

El diagnóstico de la hiperémesis gravídica se hace clínicamente en una mujer con la aparición de vómitos persistentes acompañados de pérdida de peso superior al 5 % y cetonuria en el primer trimestre, sin relación con otras causas, que pueden evolucionar de manera severa y producir hipotensión ortostática, deshidratación y desequilibrio metabólico - electrolítico que requieren hospitalización para estabilización de la gestante.²¹

Hipertensión arterial generalmente el hallazgo clínico más temprano indica presencia de la enfermedad. La presión arterial normalmente se eleva gradualmente, alcanzando el rango hipertensivo ($\geq 140 / 90$ mmHg) en algún momento, a menudo después de una exageración en la dieta hipercalórica, e hipersódica. Sin embargo, en algunas personas, la hipertensión se desarrolla rápidamente o antes de los 30 años.

En mujeres gestantes, la pre eclampsia se refiere a la nueva aparición de la hipertensión y proteinuria o disfunción de órganos diana después de 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa y se define como presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, medida en dos ocasiones por lo menos con seis

horas de diferencia y proteinuria $>0,3$ g/día. Una presión arterial sistólica de ≥ 160 mm Hg o presión arterial diastólica de ≥ 110 mm Hg en dos ocasiones por lo menos cuatro horas de diferencia es una característica de pre eclampsia severa. La pre eclampsia se estima que ocurre en 4.6 % de los embarazos en todo el mundo.

Manifestaciones del sistema nervioso central incluyen dolor de cabeza, síntomas visuales y auditivos, e hiperreflexia generalizada.⁽²¹⁾

Cefalea puede ser temporal, frontal, occipital, o difusa. Por lo general es un palpitante / fuerte dolor. Aunque no es patognomónico, una característica que sugiere dolor de cabeza relacionados con infección en lugar de otro tipo de dolor de cabeza es que persiste a pesar de la administración de un exceso de analgésicos y puede llegar a ser grave (es decir, incapacitante, "el peor dolor de cabeza de mi vida").²²

Los síntomas visuales son causados, al menos en parte, por la retina espasmo arteriolar de la retina. Los síntomas incluyen visión borrosa, destellos de luz o chispas (fotopsia), y escotomas (zonas oscuras o lagunas en el campo visual). También se pueden presentar diplopía o amaurosis fugaz (ceguera en un ojo). Ceguera cortical es rara y generalmente transitorios.²³

Tinnitus es el término médico para el hecho de "escuchar" ruidos en los oídos cuando no hay una fuente sonora externa. El sonido suele ser una pulsación, un silbido, o un zumbido profundo y prolongado. De manera aislada no tiene importancia; pero si se asocia a cefalea intensa, síntomas visuales es un síntoma de alarma indicador de enfermedades no transmisibles.²³

Convulsiones significan un cambio en el estado neurológico, se caracteriza por ser de tipo tónico clónico generalizado. Unos de cada 400 personas presentan convulsión leve y 1 en 50 mujeres con pre eclampsia severa desarrollan convulsiones eclámpicas.

Las complicaciones son difíciles de revertir. Los estados hipertensivos en el embarazo constituyen una causa de riesgo de primer orden de prematuridad, bajo peso al nacimiento, retraso de crecimiento intraútero y morbilidad perinatal.²⁴

Por ello es importante reconocer los signos y síntomas de alarma y acudir de inmediato a un establecimiento de salud para evitar mayores complicaciones.

Dolor epigástrico

Dolor epigástrico es uno de los síntomas cardinales severa. Una revisión de este síntoma no específico reveló que se experimenta normalmente como un constante dolor severo que comienza en la noche, por lo general en el epigastrio, pero puede irradiarse hacia el hipocondrio derecho o la espalda.²⁴

2.4. Sistema de Hipotesis

2.2.4. Hipótesis general

Ha: El grado de conocimiento, la actitud y práctica están asociadas al reconocimiento sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018.

Ho: El grado de conocimiento, la actitud y práctica no están asociadas al reconocimiento sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en

situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018

2.2.5. Hipótesis específico

Ha₁: Existe un adecuado nivel conocimiento que tiene el profesional de salud sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

Ha₂: Existen adecuadas actitudes que tiene el profesional ante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

Ha₃: Existen adecuadas prácticas que tiene los profesionales sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

2.5. Sistema de Variables

3.5.1. Variable independiente

Grado de conocimiento, Actitud y práctica

3.5.2. Variable dependiente

Signos y Síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia

3.5.3. Variables sociodemograficos

Genero

Sexo

Tiempo de servicio

Universidad de estudios

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Variable independiente				
Conocimiento	Única	Cualitativa	Alto Medio bajo	ordinal
Actitud	Única	Cualitativa	Alto Medio bajo	ordinal
Práctica	Única	Cualitativa	Alto Medio bajo	ordinal
Variable dependiente				
VARIABLE DE DEPENDIENTE	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Signos y Síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia	Única	Cualitativa	Leves Graves	nominal
Variable de caracterización				
VARIABLE DE SOCIODEMOGRAFICO	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
edad	Años	Cuantitativa	Edad en años	Razón
Genero	Identidad sexual	Cualitativa	Masculino femenino	Nominal
Universidad donde culmino	Universidad de donde procede el profesional	Cualitativa	UNHEVAL UDH UMSM OTROS	Nominal

CAPITULO III

3 MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación

Según la intervención del investigador el estudio fue **observacional**.

Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue **Prospectivo**.

Según el número de mediciones de la variable de estudio fue **transversal**.

Según la cantidad de variable a estudiar el estudio fue **analítico**. Las variables a estudiar son dos o más, con la finalidad de buscar asociación o dependencias entre ellas. El análisis es multivariado.²⁵

3.1.1. Enfoque

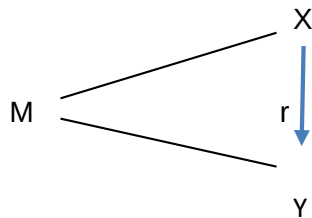
El enfoque de la investigación es cuantitativo, adaptándose al nivel de confianza sobre conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en urgencias y su repercusión.

3.1.2 Alcance o nivel

Mediante el número de variables de interés, el estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal, donde nos permitió alcanzar y explicar las variables de interés, porque plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel básico establece la magnitud del conocimiento, actitud y práctica de los signos y síntomas de alarma en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande.

3.1.3. .Diseño de investigación

Para efecto de la investigación se considerará el diseño descriptivo correlacional:²⁷



Dónde:

M= Muestra

X= Variable independiente

y= Variable dependiente

r= Relación

3.2. Población y muestra.

4.2.1. Población

La población estuvo conformada por 32 profesionales vinculados a la atención de urgencias del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

Criterio de inclusión se incluyeron a:

- Que trabajan en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.
- Nombrados y contratados vigentes durante el estudio en el Centro de Salud Castillo Grande.
- Profesionales que aceptaron participar en el estudio de investigación con el consentimiento informado.

Criterio de exclusión, se excluyeron a:

- Profesionales de la salud que trabajan en el Centro de Salud Castillo Grande, pero que no estén involucrado en urgencias.
- Profesionales de la salud contratados por terceros con vigencia corta el estudio en el Centro de Salud Castillo Grande.
- Profesionales de la salud que no aceptaron participar en el estudio de investigación.

4.2.2. Ubicación de la población en el espacio y tiempo

- **Ubicación en el espacio.** El estudio se realizó en el Centro de Salud Castillo Grande sito en la Av. Iquitos N° 1599., del distrito de Rupa Rupa, provincia Leoncio Prado y departamento de Huánuco
- **Ubicación en el tiempo.** La presente investigación se realizó entre los meses de junio a diciembre del año 2018.

4.2.3. Tamaño de muestra.

El tamaño de la muestra se determinó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 0.05%. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la estadística de proporciones para una población finita, siendo los 32 profesionales como muestra en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

4.2.4. Muestra y muestreo

- **Unidad de análisis:** Profesionales de la salud que trabajan en el Centro de Salud Castillo grande involucrado en urgencias.
- **Unidad de muestreo:** La unidad seleccionada en la presente investigación fue igual a la unidad de análisis.

- **Marco muestral:** Nomina de personal profesional que se construyo en una hoja de cálculo del programa Excel 2013.

Tamaño muestral

Se considero una población universo de 32 profesionales, el muestreo es no probabilístico elemental por el tamaño de población y el reajuste necesario. Sin formula.

Tipo de muestreo

La selección de la muestra fue mediante el muestreo probabilístico, por conveniencia y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.3.1. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas a utilizadas en el estudio fueron la observación y la documentación, que permitió determinar la relación que existe entre los conocimientos .actitudes y prácticas del personal de salud, en el reconocimiento de signos y síntomas en pacientes en situación de urgencia.

4.3.2. Instrumentos.

Entre los instrumentos que fueron utilizados para la recolección de datos, tenemos los siguientes:

Cuestionario sobre los conocimientos de los profesionales en estudio (Anexo1)

Este instrumento fue anónimo y constó de dos partes distribuido de la siguiente manera: (Ver anexo 03)

I PARTE: Incluyó dieciséis preguntas, claras y precisas con varias opciones en relación al nivel de conocimientos de los signos de alarma en pacientes en situación de urgencia, el cual se asignó un puntaje según las respuestas, de tal manera que se clasificó en:

Conocimiento alto si presenta de 8-16 puntos, medio si es de 4-7 puntos y bajo si presenta de 0- 3 puntos.

II PARTE: Comprendió las ocho siguientes preguntas que corresponden a la segunda variable de estudio que son las actitudes hacia los signos de alarma en pacientes en situación de urgencia, cada una de ellas con 05 alternativas cuyo valor fue de 0 a 4 puntos según las afirmaciones vertidas por el encuestado, haciendo una puntuación total de 40 puntos. De acuerdo a la escala de Likert se evaluó las actitudes teniendo en cuenta los criterios de medición; la clasificación de las respuestas de la encuesta fue agrupada en Adecuada si cuenta con una puntuación de 33-40 puntos, Inadecuada si la puntuación es de 17- 32 puntos

III PARTE : La tercera correspondió a las 08 últimas preguntas referidas a las practicas con 08 preguntas y 05 alternativas , haciendo una puntuación total de 40 puntos. El valor final fue adecuado 33-40 puntos e inadecuada si el puntaje es menor de 33 puntos.

4.3.3. Procedimientos de recolección de datos

- **Autorización:** Se presentó la solicitud al Centro de Salud pidiendo el permiso de recolección de datos.
- **Aplicación de instrumentos:** Se aplicó los instrumentos en la fecha establecida.

4.3.4. Técnicas para la presentación de datos.

Para la elaboración de datos del presente proyecto de investigación se considera las siguientes técnicas:

- **Revisión de datos.** Se examinaron en forma rigurosa cada uno de los instrumentos de recolección de datos; asimismo, se realizarán el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de datos.** se realizó en la etapa de recolección de datos, transformaré en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables de estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ordenó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Procesamiento de los datos.** Se realizó el tratamiento de la información mediante el análisis estadístico planteado.
- **Presentación de datos.** Se mostró los datos en tablas académicas y figuras de las variables en estudio.
-
- **Validez:**

Se realizó a través de juicio de expertos, siendo los resultados favorables demostrándose su validez.

- **Confiabilidad.**

Se desarrolló un estudio piloto con 10 personas, cada dimensión fue medida por separado para conocimientos , actitudes y practica se realizó el análisis con el Alfa de Cronbach, y con respecto a prácticas se realizó su confiabilidad con Kuder Richardson obteniéndose para los tres una confiabilidad adecuada

3.4. Técnica para el procesamiento y análisis de la información

Los datos fueron procesados adecuadamente con la finalidad de aplicar los estadísticos que se ajustaron a los requisitos y características de las variables, a fin de atender a los objetivos planteados en el estudio. Se utilizó la estadística descriptiva teniendo en cuenta las medidas de tendencia central tales como media y mediana, así mismo se utilizará la desviación estándar, la información se presentará a través de tablas y gráficos con sus respectivas frecuencias absolutas y porcentuales, los cuales se realizarán en el SPSS V. 21 y el EXCEL. Utilizamos la prueba **no paramétrica** chi - cuadrado (χ^2), dado que las variables de la hipótesis son de naturaleza nominal y lo que se pretende es estimar, no consideradas relaciones causales.

3.4.1 Bioética de la investigación

La presente investigación se realizó en un marco ético y de respeto a los derechos humanos, teniendo en consideración los tres principios fundamentales: como el principio de Beneficencia

- **No maleficencia**; el cual tiene como propósito evitar todo tipo de daño que pudiera afectar a la población en estudio durante el proceso de la

investigación, puesto que la investigación ha sido ejecutada por personal calificado el cual ha utilizado la información únicamente para fines de la investigación .

El principio de Autonomía; que se basó en la autodeterminación, es decir, que todas las unidades de análisis tuvieron la potestad o el derecho de decidir participar o retirarse en el momento deseado, se les explicó el propósito y los objetivos del estudio, así también se aclararon sus dudas y se informó de la libertad de retirarse en el momento que lo deseen; y por último el principio de justicia, Con este principio se aseguró que la información que proporcionen las mujeres embarazadas que participen en la investigación sea de carácter confidencial, además se brindó un trato justo y equitativo antes, durante y después de su participación en el estudio, preservando asimismo su anonimato .

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

Tabla N° 01: Características sociodemográficas del profesional que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018.

Genero	n = 32	
	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	21	65.6
Masculino	11	34.4
Total	32	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Investigadora: López Isidro, Teófila.

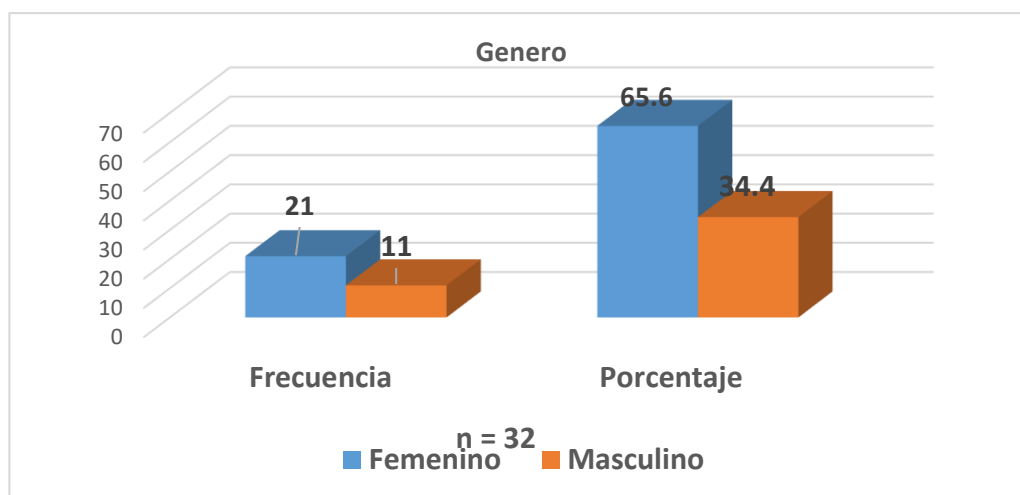


Grafico N° 01: Características sociodemográficas del profesional que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018.

Interpretación:

De los profesionales que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado podemos observar que el 65,6% son mujeres y un 34,4% son varones.

Tabla N° 02 : Características socio demográficas del profesional que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018.

n = 32		
Universidad donde estudió		
	Frecuencia	Porcentaje
UNHEVAL	18	56.25
UDH	08	25
UMSM	03	9.40
OTRAS	03	9.40
Total	32	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Investigadora: López Isidro, Teófila.

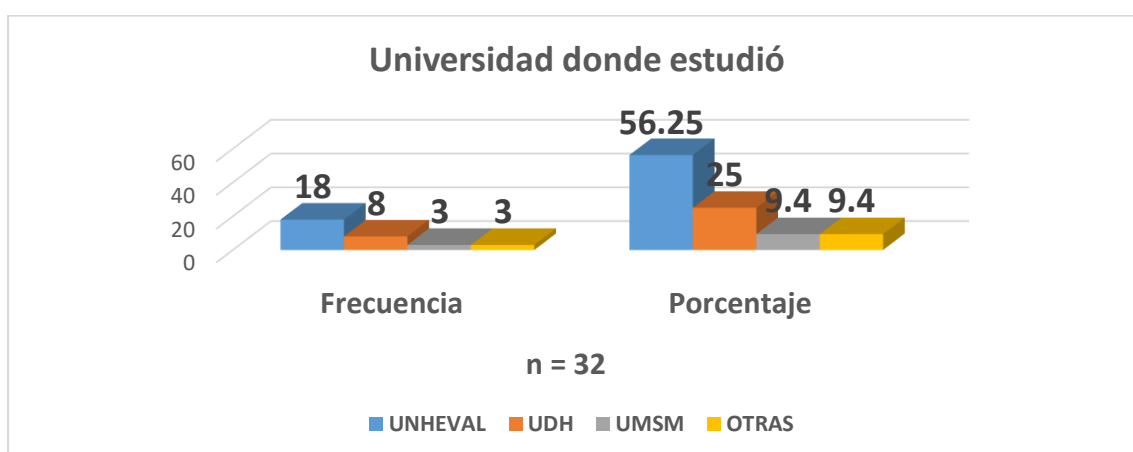


Grafico N° 02 : Características socio demográficas del profesional que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018

Interpretación:

De los profesionales que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado podemos observar que el 56.25% son egresados de la universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco; el 25% son egresados de la Universidad de Huánuco; el 9.40% de la Universidad Mayor de San Marcos y otros 9.40% egresados de otras universidades.

Tabla N° 03 : Grado de conocimiento que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

n = 32		
Grado de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento alto	25	78.10
Conocimiento medio	05	15.70
Conocimiento bajo	02	6.30
Total	32	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Investigadora: López Isidro, Teófila.

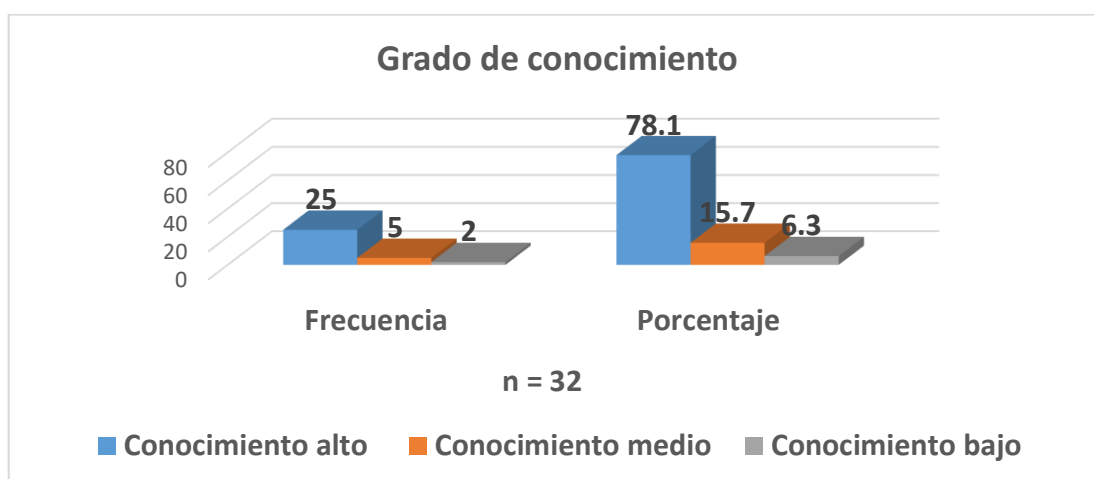


Grafico N° 03 : Grado de conocimiento que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

Interpretación:

De los profesionales que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado podemos observar que el 78.10% de los profesionales tiene un Grado de conocimiento alto sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia; un 15.70% tiene un conocimiento medio y un 6.30% de los profesionales restantes tuvieron un grado de conocimiento bajo.

Tabla N° 04 : Actitudes que tiene el profesional ante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

Actitudes que tiene el profesional.	n = 32	
	Frecuencia	Porcentaje
Actitud adecuada	26	81.25
Actitud inadecuada	06	18.75
Total	32	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Investigadora: López Isidro, Teófila.

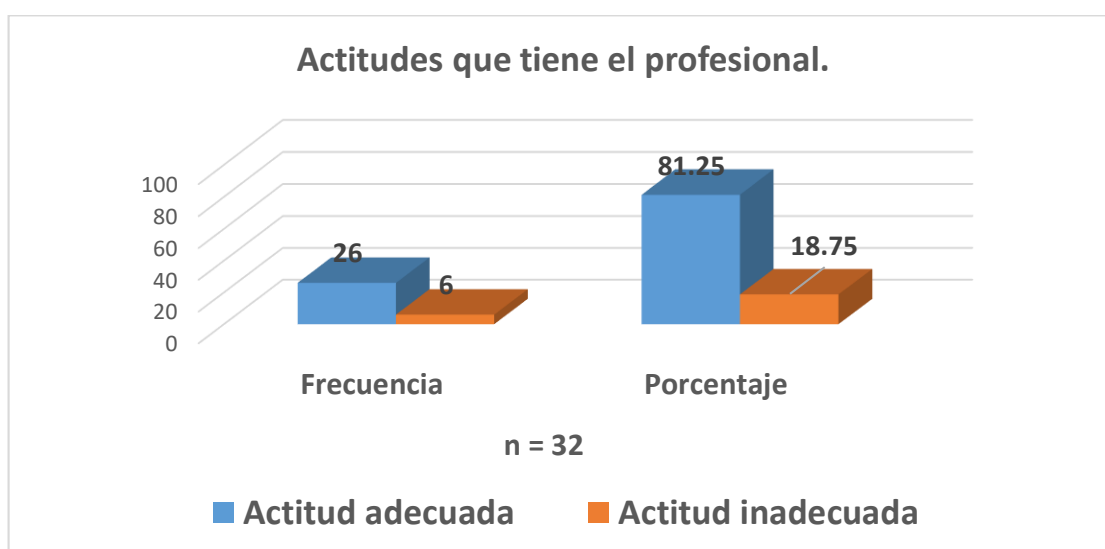


Grafico N° 04 : Actitudes que tiene el profesional ante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

Interpretación:

De los profesionales que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado podemos observar que el 81.25% de los profesionales tiene actitudes adecuadas sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia y un 18.75% de los profesionales restantes tuvieron actitudes inadecuadas.

Tabla N° 05 : Prácticas que tiene el profesional ante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

Profesión	n = 32	
	Frecuencia	Porcentaje
Practicas adecuada	26	81.25
Practicas inadecuada	06	18.75
Total	32	100

Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Investigadora: López Isidro, Teófila.

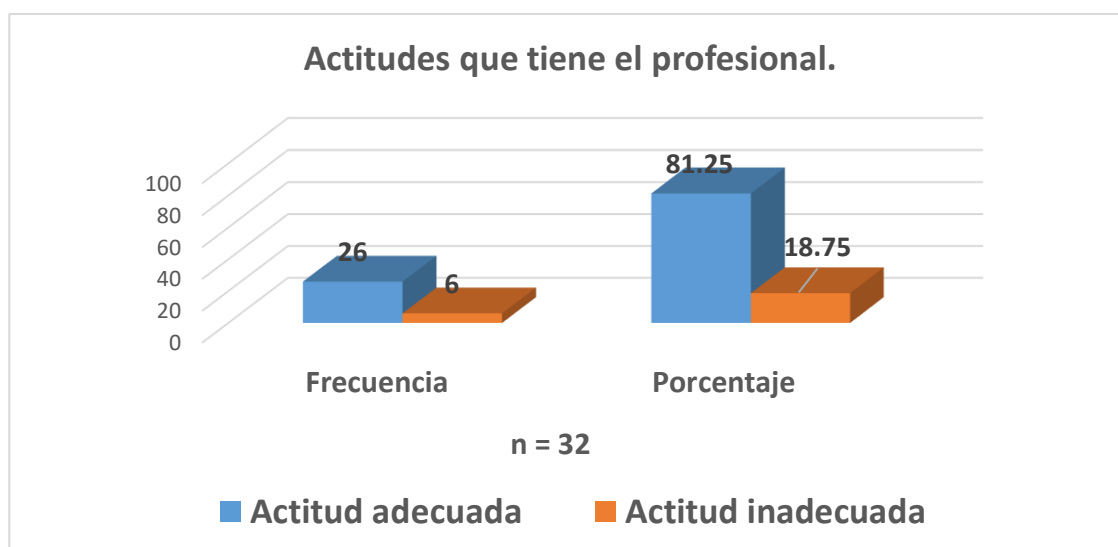


Grafico N° 05: Prácticas que tiene el profesional ante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.

Interpretación:

De los profesionales que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado podemos observar que el 81.25% de los profesionales tiene practicas adecuadas sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia y un 18.75% de los profesionales restantes tuvieron practicas inadecuadas.

4.2. Resultados inferenciales

Tabla N° 06: Relación entre el grado de conocimiento y la actitud, práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018.

La actitud, práctica sobre signos y síntomas de alarma	Grado de conocimiento	
	Chi cuadrada (X2)	p Valor
Actitud	5,107	0,024
Practica	Chi cuadrada (X2)	p Valor
Practica	5,107	0,024

INTERPRETACION:

En cuanto a la relación entre el grado de conocimiento y la actitud, práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, se encontró como valor definitivo del conocimiento y la actitud un valor de $X^2= 5,107$ y un valor $p= 0,024$ y el conocimiento con la practica con un valor de $X^2= 5,107$ y un valor $p= 0,024$, siendo estadísticamente significativas, que el grado de conocimiento está relacionada a la actitud y prácticas en los profesionales de la salud estudiados.

CONCLUSIONES

De los profesionales que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado podemos observar que el 65,6% son mujeres y un 34,4% son varones. El 56.25% son egresados de la universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco; el 25% son egresados de la Universidad de Huánuco; el 9.40% de la Universidad Mayor de San Marcos y otros 9.40% egresados de otras universidades.

El 78.10% de los profesionales tiene un Grado de conocimiento alto sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia; un 15.70% tiene un conocimiento medio y un 6.30% de los profesionales restantes tuvieron un grado de conocimiento bajo.

El 81.25% de los profesionales tiene actitudes adecuadas sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia y un 18.75% de los profesionales restantes tuvieron actitudes inadecuadas.

De los profesionales que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado podemos observar que el 81.25% de los profesionales tiene practicas adecuadas sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia y un 18.75% de los profesionales restantes tuvieron practicas inadecuadas.

En cuanto a la relación entre el grado de conocimiento y la actitud, práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, se encontró como

valor definitivo del conocimiento y la actitud un valor de $X^2= 5,107$ y un valor $p= 0,024$ y el conocimiento con la practica con un valor de $X^2= 5,107$ y un valor $p= 0,024$, siendo estadísticamente significativas, que el grado de conocimiento está relacionada a la actitud y prácticas en los profesionales de la salud estudiados.

RECOMENDACIONES

- La información obtenida puede servir de base para la realización de otros estudios de investigación relacionados al tema, puesto que no existen estudios locales que reporten datos actuales al respecto.
- Socializar los resultados obtenidos para la mejora del desempeño profesional y concientizar a las pacientes los riesgos que pueden correr al no acudir inmediatamente al establecimiento de salud.
- Se recomienda suministrar al paciente información de calidad y detallada sobre cada signo y síntoma de alarma por parte de personal de salud capacitado durante cada atención; enfocando la importancia del reconocimiento oportuno de estos, fortaleciendo puntos débiles que tengan en conocimientos sobre el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Hailu D, Berhe H. Knowledge about obstetric danger signs and associated factors among mothers in Tsegedie district, Tigray region, Ethiopia 2013: community based cross-sectional study. P LoS One. 2014. Feb 6; 9(2):e83459. Doi: 10.1371/journal.pone.0083459. ECollection
- 2) WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: WHO.2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
- 3) Encuesta Demográfica y de salud familiar –ENDES 2013. Pág.403-408. http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/st/Lib1151/index.html.
- 4) Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2015/SE12/mmaterns.pdf>.
- 5) Mazza MM, Vallejo CM, González M. Mortalidad general: análisis de las Cuatro demoras. Rev Venez. 2012; 72(4):233-248/
- 6) Hailu M, Gebremariam A, Alemseged F. Knowledge about danger signs among pregnant women in Aleta Wondo district, Sidama Zone, Southern Ethiopia. Ethiop J Health Sci. 2010; 20(1):25-32.
- 7) Garcés Molina. “Organización de un servicio de urgencias: análisis de la actividad y de las medidas adoptadas para mejorar la calidad. Analizar las características de la atención sanitaria en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste de Arganda del Rey” [Tesis doctoral], Madrid 2017.
- 8) Totoy Cabezas. “Conocimiento de triaje en el personal Profesional de Enfermería y su relación con la categorización del paciente en el Servicio de

Emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador; 2014

9) Gómez Díaz. “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre trauma en docentes de instituciones educativas oficiales de Cartagena” Revista Colombiana de Investigación 2011; 2 (5): 20-28. Colombia 2014.

10) Bautista Rodríguez. “Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería” Revista ciencia y cuidado. 2013; vol.10. Colombia 2013.

11) Altamirano Freire. “Satisfacción del usuario frente a la actitud del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital provincial docente Ambato” [Tesis de Licenciatura]. Ecuador; 2012

12) Grondona Torres. “proyecto de atención integral a la urgencia y la emergencia médica para un hospital de excelencia” [Tesis de maestro en urgencias]. La Habana – Cuba 2007

13) Gonzales Espejo. “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo” [Tesis médico cirujano]. Lima 2016.

14) Sosa Pagaza. “Capacitación y el comportamiento del personal de enfermería durante la atención a los pacientes en el servicio de urgencia del Centro de Salud San Francisco. Tacna 2010” [Tesis segunda especialidad]. Tacna; 2014

15) Barrenechea Baca. “Conocimientos, actitudes y prácticas de los principios bioéticos del profesional de enfermería en el cuidado del paciente hospitalizado” Revista científica de ciencias dela salud 5;5 2012; 2 (5): 22-29. Lima 2012

- 16) García Valdivia. “Nivel de conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad en el personal de enfermería que labora en el área de emergencias de Essalud” [Tesis segunda especialidad]. Tacna; 2012
- 17) Orem, D.E. Teoría y modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Teoría general de enfermería. Barcelona. Ed. Masson-Salvat; 199
- 18) Pender Hernández N. modelos de enfermería. análisis histórico de los cuidados de enfermería. McGraw-Hill. Interamericana, Madrid. Nola Pender “Promoción de la salud”. 1995
- 19) Cuyubamba Damián N. Conocimiento y actitud del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del Hospital Félix Mayor Soto Tarma -2003.
- 20) Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Protocolo para el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en el control de infecciones intrahospitalarias. OGE-RENACE/VIGIA. Hosp. DT 005- 200. Vol. 1.
- 21) Flores Bazán. Ylatoma Meléndez. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma [Tesis]. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto-Perú 2012.
- 22) Henderson, V. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Inter-Americana McGraw-Hill. Madrid. 199
- 23) Flores Bazán. Ylatoma Meléndez. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma [Tesis]. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto-Perú 2012.

- 24) Vergara Olivares JM, Bufoñ Galiana A, Rodríguez Serrano C. Triage. Manual de urgencias y Emergencias 2001. Disponible en CD-R (ISBN 8469-9839-9-7).
- 25) Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. Rev Mex Pediatr. 2002 junio; 68(4): p. 152-159.
- 26) MINSAP. Urgencia médica en el subsistema hospitalario. Principios y conceptos. La Habana. Cuba. 1996:1-10.
- 27) Schultz KL, Birnbaum AD, Goldstein DA. Ocular disease in pregnancy. Curr Opin Ophthalmol 2005; 16:308.
- 28) Harmon QE, Huang L, Umbach DM, et al. Risk of fetal death with convulsion. 2015; 125:628.
- 29) Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. Rev Mex Pediatr. 2002 junio; 68(4): p. 152-159.

ANEXOS

ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE URGENCIA, ATENDIDOS POR PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD CASTILLO GRANDE, LEONCIO PRADO -2018”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	VALOR FINAL	METODOLOGIA
Problema general: ¿Cuál es la relación entre el grado de conocimiento y la actitud, práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018? Problemas específicos: ¿Cuáles son las características sociodemográficas del profesional que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018? ¿Cuál es el grado de conocimiento que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en	Objetivo general: Determinar la relación entre el grado de conocimiento y la actitud, práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018. Objetivos específicos: O₁: Determinar las características sociodemográficas del profesional que atendieron a pacientes en situación de urgencia en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018. O₂: Determinar el grado de conocimiento que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos	Hipótesis General. Ha: El grado de conocimiento está asociado a la actitud y práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018. Ho: El grado de conocimiento está asociado a la actitud y práctica sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, en profesionales de salud del Centro de Salud	Edad del profesional Sexo del profesional Universidad de egreso Especialidad	Edad en años Masculino, femenino UNHEVAL UDH UMSM OTROS Médico Enfermero otros Alto	Tipo de Investigación: Cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Diseño de investigación: Nivel correlacional Población y muestra: 32 profesionales de la salud, muestra 32 trabajadores nombrado y contratado de la Institución de salud Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Técnica entrevista estructurada. El instrumento será la escala de Lickert. Validez y confiabilidad Para la validez, se utilizará el juicio de expertos.

pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018? ¿Cuáles son las actitudes que tiene el profesional ante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018? ¿Cuáles son las principales prácticas que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado?	y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018. O₃: Determinar las actitudes que tiene el profesional ante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018. O₄: Determinar las principales prácticas que tiene el profesional sobre el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia atendidos en el Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018.	Castillo Grande, Leoncio Prado -2018.	Conocimiento Actitudes Práctica Signos Síntomas	Medio Bajo Adecuada Inadecuada Adecuada Inadecuada Leves Graves Leves Graves	Para la confiabilidad se utilizará el coeficiente de AIKEN. Análisis de datos Se utilizará la estadística descriptiva Para determinar relación se utilizará el Chi cuadrado.
--	---	--	--	---	---



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERIA

Estimado profesional de la salud, su colaboración es importante para el estudio, responde con sinceridad el presente cuestionario. Reservamos su identidad.

El objetivo del proyecto: Evaluar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, atendidos por profesionales del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado - 2018. Conteste a las preguntas considerando una sola alternativa o completando con palabras en las líneas de completamiento.

PARTE I: ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad en años

.....

1. Sexo

a) Masculino: ()

b) Femenino: ()

3. Universidad donde estudió

a) UNHEVAL ()

b) UDH ()

c) UMSM ()

d) OTROS ()

4. Especialidad

✓ Médico. ()

✓ Enfermero ()

✓ Otros ()

PARTE II: A) CONOCIMIENTO

Conteste las preguntas según corresponde:

Nº	Preguntas	1	2	3	4	5
01 P	Los signos de alarma indican posible peligro para la salud de la persona					
02 P	Si se presentara un signo de alarma se debe acudir con prioridad en el servicio de tópico					
03 P	El sangrado vía nasal es algo normal durante la presión alta					
04 P	El dolor de cabeza es normal en el usuario.					
05 P	El descenso de líquido claro y olor fétido del oído interno es normal					
06 P	Las náuseas y vómitos intensos o repetidos son de preocupación para usted.					
07 P	La hinchazón de cara, manos y/o pies es considerado de alarma					
08 P	La disminución o ausencia de movimientos fetales es de importancia en la consulta					
09 P	El presentar zumbido de oído es normal durante la caminata					
10 P	La visión borrosa y la presencia estrellitas son de urgencia.					
11 P	Las contracciones musculares con fasciculaciones indican urgencia para usted.					
12 P	El dolor abdominal o en la boca del estómago intenso es de urgencia para usted.					
13 P	La fiebre alta es de prioridad para usted.					
14 P	El ardor al orinar, acompañado de pus es prioridad.					
15 P	El acumulo de líquido en el abdomen es normal					
16 P	La disminución del volumen corporal es de prioridad para usted.					

- 1 De acuerdo
2. Medianamente de acuerdo-
3. indiferente
4. mediana mente en desacuerdo
5. En desacuerdo

PARTE II: B) ACTITUDES

Nº	Preguntas	1	2	3	4	5
01 A	Si tuviera alguna molestia (signo de alarma) se acercaría a su centro de salud / hospital.					
02 A	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital al presentar convulsiones?					
03 A	Acudiría al Centro de Salud/hospital si presentara visión borrosa o de mosquitas o manchitas flotando?					
04 A	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si su bebé se mueve menos o no se mueve de forma normal?					
05 A	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si tuviera dolor de cabeza intenso o permanente?					
06 A	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si presentara sangrado vía nasal u otro?					
07 A	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital al presentar descenso de líquido del oído de la oreja?					
08 A	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si tuviese zumbido de oídos?					

- 1 De acuerdo
- 2 Medianamente de acuerdo
- 3 indiferente
- 4 mediana mente en desacuerdo
- 5 En desacuerdo

PARTE II: C) PRACTICAS

Nº	Preguntas	trata	observa	refiere	tiempo
01 PR	Dolor de cabeza intenso o permanente				
02 PR	Visión borrosa o estrellitas				
03 PR	Zumbido de oídos				
04 PR	Convulsiones				
05 PR	Sangrado nasal				
06 PR	Náuseas y vómitos intensos o repetidos				
07 PR	Ardor al orinar y con pus				
08 PR	Fiebre alta				

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO

“conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, atendidos por profesionales del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado -2018”

PROPOSITO

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en pacientes en situación de urgencia, atendidos por profesionales del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado - 2018.

SEGURIDAD

El estudio no pondrá en riesgo su salud física ni psicológica ni laboral.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se incluirá a los profesionales de salud del Centro de Salud Castillo Grande, Leoncio Prado 2018

CONFIDENCIABILIDAD

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

COSTOS

El estudio no afectara recursos económicos ya que todos los gastos serán asumidos por el investigador. Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO

“Como profesional en ciencias de la salud, he leído la información de esta página y acepto participar en el estudio”

Firma.....

Fecha...../...../.....