

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN
DOCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA
EMBLEMÁTICA “SAN JUAN DE LA LIBERTAD”-
CHACHAPOYAS – 2016**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Autora : Br. Enf. Silvia Isabel Muñoz Tafur

Asesora : Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo

CHACHAPOYAS – PERÚ

2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN
DOCENTES, INSTITUCIÓN EDUCATIVA
EMBLEMÁTICA “SAN JUAN DE LA LIBERTAD”-
CHACHAPOYAS - 2016**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Autora : Br. Enf. Silvia Isabel Muñoz Tafur

Asesora : Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo

CHACHAPOYAS – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por fortalecer mi fe, esperanza e iluminarme guiándome por el camino correcto todos estos años de mi formación profesional para llegar a cumplir mis deseos de brindarme la oportunidad de llegar a ser una enfermera.

A mi madre, a mis hermanos quienes, con su apoyo, amor, y esfuerzo está haciendo realidad mi meta de ser una profesional para el bien de la sociedad.

A mi padrino quien con su ejemplo y confianza me guió a lo largo de mi educación.

AGRADECIMIENTO

Al equipo de docentes de la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad” por el apoyo brindado durante el proceso de recolección de datos. Al director por aceptar realizar el estudio de investigación en la institución donde labora.

A mi asesora Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo por la paciencia, comprensión y amistad brindada en el transcurso de mi aprendizaje. A mis compañeras de estudio gracias por el apoyo y amistad brindados durante este periodo de aprendizaje.

Y a todas aquellas personas que, de una u otra forma, colaboraron o participaron a lo largo de mis estudios, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE
MENDOZA DE AMAZONAS**

Dr. Policarpio Chauca Valqui
Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillon
Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán
Vicerrector de Investigación

Dr. Edwin Gonzáles Paco
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres
Director de la Escuela Profesional de Enfermería

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo. Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo con DNI N° 18197672, con domicilio legal en el jirón Santo Domingo N°722. Docente asociada a tiempo completo del Escuela Profesional de Enfermería, Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza” de Amazonas, declaro dar el VISTO BUENO al informe de tesis titulado “**CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN DOCENTES, INSTITUCION EDUCATIVA EMBLEMATICA “SAN JUAN DE LA LIBERTAD” – CHACHAPOYAS – 2016**” de la investigadora Silvia Isabel Muñoz Tafur para optar el título de Licenciada en Enfermería por lo indicado doy testimonio y visto a la investigación mencionada

POR LO TANTO

Para mayor constancia y validez firmo la presente

Chachapoyas, 24 de enero del 2018

Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo
DNI N° 18197672

JURADO EVALUADOR
(RESOLUCION DE DECANATO N°014-2018-UNTRM-VRAC/F.C. S)

Dr. Edwin Gonzáles Paco
Presidente

Mg Wilfredo Amaro Cáceres
Secretario

Mg. Oscar Pizarro Salazar
Vocal

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	v
VISTO BUENO DEL ASESOR	vi
JURADO EVALUADOR	vii
INDICE DE CONTENIDOS	viii
INDICE DE TABLAS	ix
INDICE DE FIGURAS	x
INDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
II. OBJETIVOS	17
III. MARCO TEORICO	18
IV. MATERIAL Y METODO	46
4.1 Tipo y diseño de la investigación	46
4.2 Población y muestra	46
4.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
4.4 Análisis de datos	48
V. RESULTADOS	49
VI. DISCUSION	53
VII. CONCLUSION	58
VIII. RECOMENDACIONES	59
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
X. ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.	
Tabla 01	Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertad – 2016	48
Tabla 02	Nivel de conocimiento según dimensiones en docentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertas 2016.	49
Tabla 03	Nivel de conocimientos sobre primeros auxilios según edad de los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.	84
Tabla 04	Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según sexo de los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.	85
Tabla 05	Nivel de primeros auxilios según condición laboral de los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.	86
Tabla 06	Nivel conocimiento sobre primeros auxilios según el nivel educativo en el que laboran los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.	87
Tabla 07	Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según capacitación recibida por los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.	88

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01	
Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertad-2016.	48
Figura 02	
Nivel de conocimiento según dimensiones en docentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertas-2016.	50

ÍNDICE DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 01	Operacionalización de variables	63
Anexo 02	Matriz de consistencia	66
Anexo 03	Cuestionario sobre primeros auxilios	69
Anexo 04	Evaluación de la validez del instrumento de medición	77
Anexo 05	Evaluación de la confiabilidad del instrumento de medición	82

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad” – Chachapoyas - 2016. El enfoque de investigación fue cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo observacional, prospectivo, transversal y de análisis estadístico univariable. El universo muestral estuvo conformado por 110 docentes. Se utilizó como método de la encuesta, técnica del cuestionario y para el instrumento “formulario sobre primeros auxilios”, cuya validez estadística, se realizó mediante el juicio de expertos obteniendo un valor de 7.13 mediante la prueba binomial y una confiabilidad de 0.89 mediante Split Halves, utilizando el software SPSS versión 21 para el análisis estadístico. Los resultados obtenidos fueron: del 100% (110) de docentes encuestados, el 82.7% (91) presenta conocimiento medio, el 10% (11) bajo y el 7.3% (8) alto. Por lo que se concluye que los docentes presentan un nivel de conocimiento medio sobre primeros auxilios. Así mismo, con respecto a las dimensiones: principios generales, maniobra de desobstrucción de las vías aéreas, reanimación cardiopulmonar, heridas, hemorragias, esguince, luxación, fractura y convulsiones la mayoría de los docentes presentaron un conocimiento de nivel medio, seguido de nivel bajo y alto, respectivamente.

PALABRAS CLAVES: Docentes, nivel de conocimiento, primeros auxilios

ABSTRACT

The general objective of this research was to: Determine the level of knowledge about first aid in teachers of the Emblematic Educational Institution "San Juan de la Libertad" - Chachapoyas - 2016. The research focus was quantitative, descriptive level, observational type, prospective, transversal and univariable statistical analysis. The sample universe was made up of 110 teachers. The questionnaire technique was used as a method of the survey and for the instrument "first aid form", whose statistical validity was made by expert judgment, obtaining a value of 7.13 through the binomial test and a reliability of 0.89 using Split Halves., using SPSS software version 21 for statistical analysis. The results obtained were: 100% (110) of teachers surveyed, 82.7% (91) presented average knowledge, 10% (11) low and 7.3% (8) high. So it is concluded that teachers have a level of knowledge about first aid. Likewise, with respect to the dimensions: general principles, maneuver of unblocking of the airways, cardiopulmonary resuscitation, wounds, hemorrhages, sprain, dislocation, fracture and seizures the majority of the teachers presented a knowledge of medium level, followed by low level and high, respectively.

KEYWORDS: Teachers, level of knowledge, first aid

I. INTRODUCCIÓN

La urgencia médica se define como toda situación en que lleva al paciente, testigo o familiar, a solicitar asistencia médica inmediata; diferenciándolas de otros problemas de carácter no sanitario, que por su naturaleza requieren respuestas diferenciadas. La emergencia médica se corresponde con una situación donde existe un peligro inmediato, real o potencial para la vida del paciente y riesgo de secuelas graves permanentes, si no recibe atención calificada de inmediato. (León, 2008, p. 2)

Se entiende por accidente a un acontecimiento que sucede sin intención y del que pueden derivarse daños para un ser vivo considerando como tal un suceso fortuito del que se derivan daños para la salud de una persona. Dado que la Organización Mundial de la Salud define a la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedades, deduciremos que el daño a la persona puede producirse tanto en el área física como psicológica de la misma. (Migoya, Crespo, Rivero y Martínez, 2013, p. 3)

También se define como primeros auxilios al conjunto de técnicas y procedimientos de carácter inmediato que se llevan a cabo en los primeros momentos en que una persona sufre una enfermedad o un accidente, con el fin de salvar su vida o minimizar el riesgo de sus lesiones. (Pérez, Hernández y Barranco, 2017, p. 13)

Así mismo los primeros auxilios son los cuidados inmediatos prestados a una persona accidentada o con una enfermedad que aparece de forma súbita hasta la llegada de un personal sanitario especializado. Dando así las primeras acciones en el lugar donde se produjo el accidente, muchas veces con medios materiales improvisados. (Arriaza, P., Martínez, J. y Sánchez, C., 2013, p. 3)

La importancia, especialmente desde la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna, de conocer las teorías y técnicas y de animar a los gobiernos de todo el mundo a que impulsen la enseñanza de los primeros auxilios. En este sentido, la posibilidad de que alguien que presencie un accidente de cualquier magnitud sepa asistir a las víctimas en un primer momento mientras aguardan la llegada de la asistencia médica, puede marcar la diferencia entre la vida o la muerte de quienes se han

visto involucrados en la colisión. Ser capaces de hacer una primera cura hasta llegar al centro de salud más cercano o simplemente reaccionar sin dejarte dominar por los nervios, es fundamental para que haya un final feliz (Universidad Alfonso X el Sabio, 2015, p. 1).

Cruz Roja estima que si al menos un 20% de la población tuviera conocimientos de primeros auxilios aumentaría el nivel de supervivencia en determinados accidentes. En estos casos muchos fallecen por hemorragias u obstrucción de vías respiratorias que podrían evitarse (Universidad Alfonso X el Sabio, 2015, p. 1).

En el Perú según los estudios que se realizaron se puede apreciar que los docentes no tienen conocimientos adecuados sobre primeros auxilios, evidenciándose que solo un 70 % conoce sobre convulsiones y el 18% tiene conocimiento sobre heridas, fracturas y quemaduras. Siendo esto una gran preocupación ya que se conoce que los niños y adolescentes a nivel escolar por su misma edad llegan a ser más extrovertidos encontrándose de esa manera en un riesgo constante por los diferentes accidentes que podrían sufrir (Ríos, 2011, p. 126)

El papel de la enfermera escolar en los centros educativos es primordial. Una figura que no sólo realiza la función asistencial, además imparte formación sobre educación en salud, también fomenta la adquisición de hábitos de vida saludables en toda la comunidad educativa y participa en todas las actividades que se organizan en las instituciones educativas.

Este proyecto se centra en el conocimiento que poseen los docentes de la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad “sobre primeros auxilios ya que se observó que durante los años de formación académica que la gran mayoría no presenta una actuación adecuada; ya sea por el temor y la inadecuada información que poseen, motivo por el cual se formuló la siguiente interrogante ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertad-Chachapoyas-2016?

La gran incidencia de accidentes que se puede presentar en una Institución Educativa o en su entorno, y las graves consecuencias que se pueden tener por una demora o inadecuada intervención, nos hace reconocer la necesidad de brindar información sobre

el tema tratado para que de esa manera se pueda tomar en cuenta posibles capacitaciones futuras.

La realización de este trabajo de investigación tiene como fin, dar a conocer en qué nivel de conocimiento se encuentran los docentes; y así poder contribuir en la realización de un manual sobre primeros auxilios y un curso de capacitación, el cual ayude a los docentes tener más información y por lo tal más confianza para actuar frente a un accidente que se pueda presentar. Dando a conocer también la importancia de las actividades de enfermería involucrándose a la prevención; por lo cual observando las necesidades de los docentes se decidió realizar el presente trabajo de investigación.

II. OBJETIVOS

General

- Determinar el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en docentes, Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.

Específicos

- Caracterizar a la población objeto de estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según dimensiones: principios generales, maniobra de desobstrucción de las vías aéreas, reanimación cardiopulmonar, heridas, hemorragias, esguinces, luxaciones, fracturas y convulsiones.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de investigación

Moraleda, L. (2013). España. En su estudio de investigación cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos en primeros auxilios que tienen los maestros de los distintos colegios públicos de educación infantil y primaria de Toledo. Los resultados fueron: que el 64.7% de los docentes participantes en este estudio han presenciado algún accidente escolar durante su experiencia profesional y que en el 81.8% de estos casos es el maestro el que resolvió en primera instancia las consecuencias del mismo o el que toma la decisión de dónde acudir o a quién recurrir ante un problema de esta naturaleza, queda claro que éste debería tener una concepción amplia de lo que significan los accidentes como problema de salud pública, de cómo prevenirlos y cómo ofrecer un primer auxilio cuando éstos ocurren.

Abraldes, J., & Ortín, A. (2010). España. En su estudio de investigación cuyo objetivo ha sido analizar los conocimientos que tienen los profesores de Educación Física en función de los cursos de formación recibida, del tiempo transcurrido desde esa última formación y del sexo de los docentes. Los resultados fueron que un 62,20% del profesorado objeto de estudio han realizado algún curso de formación en primeros auxilios, frente a un 37,80% que no realizaron formación específica alguna, en relación al género, podemos apreciar como el hombre presenta un porcentaje mayor en conocimientos buenos, en el total de profesores (50%) y en el grupo de los que han realizado algún curso de formación (54.90%). En donde concluyó que los conocimientos que presentan los profesores de Educación Física de Enseñanza Secundaria Obligatoria en primeros auxilios son buenos. Existiendo una tendencia a poseer conocimientos más altos para aquellos profesores que han realizado algún curso de formación, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos.

Alba, R. (2015). España. En su estudio de investigación cuyo objetivo fue valorar el incremento en el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios e el profesorado, posterior a una intervención educativa. Los resultados fueron que: la media de respuestas acertadas antes de la intervención educativa es del 38.6%, y asciende después

de la intervención al 76.2%. Donde concluyo que hay un notable aumento en los conocimientos adquiridos, con una media de diferencia del 37.6%, lo cual confirma que hubo cambio en el nivel de información adquirida.

Zuriñe, G., & Zaloa, V. (2017). España. En su estudio de investigación cuyo objetivo fue analizar el conocimiento sobre primeros auxilios que posee el profesorado de educación infantil y primaria. Los resultados fueron el 68.42% del profesorado que ha participado en el test tiene un conocimiento deficiente en materia de PA, a los que se suma un 3.60% con conocimientos muy deficientes. Hay que señalar igualmente que cero sujetos contestan correctamente a todas las preguntas del test y sólo 2 docentes alcanzan la puntuación de excelente. Así mismo, se constata que los conocimientos sobre la forma de actuar ante diferentes dolencias varían considerablemente. Así, mientras que el 73,95% del profesorado sabe cómo actuar ante accidentes de trauma (53.73% aprobado y 20.22% excelente), más del 50% del colectivo tiene considerables carencias sobre la forma correcta de actuar ante heridas, casos en los que sea preciso la realización de RCP y otros accidentes.

Fontana, M. (2006). Argentina. En su estudio de investigación cuyo objetivo fue indagar sobre la capacitación de los docentes del área de educación física, egresados del I.S.E.F. N°11, para desempeñarse eficazmente en situaciones que requieran la aplicación de primeros auxilios. Los resultados fueron: que durante las entrevistas realizadas queda de manifiesto que los docentes que han recibido alguna capacitación arrojan nociones globales, pero bastante confusas, mientras que los docentes que solo recibieron capacitación que brinda su institución reflejan una clara desinformación. De acuerdo a los docentes entrevistados han reflejado un tipo de conocimiento bastante superficial en lo que a primeros auxilios se refiere, manifestando haberlos adquiridos fuera de lo que es el ámbito del profesorado de educación física.

Lagla, W., & Lagla, M. (2013). Ecuador. En su estudio de investigación cuyo objetivo fue capacitar al personal docente sobre los diversos tipos de accidentes escolares, mediante la práctica del manual de primeros auxilios. Los resultados fueron que del 100%, el 81% conoce poco sobre primeros auxilios, 15% sabe mucho y 4% no

sabe nada; referente a las capacitaciones el 76% refiere recibir capacitación algunas veces, el 12% siempre y el 12% nunca recibe capacitación.

Ríos, R. (2011). Perú. En su estudio de investigación cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un programa educativo “Pensando y Actuando” en los conocimientos de docentes de niños especiales, sobre primeros auxilios. Los resultados fueron: que el 70% tenían conocimientos sobre convulsiones, y en promedio el 18% manifestaron conocer sobre heridas, asfixia, hemorragia, quemaduras y fracturas; habiendo observado que después de la ejecución del programa educativo los docentes evidenciaron conocimientos de un 100% sobre heridas, fracturas y convulsiones, y en promedio un 90% sobre quemaduras, hemorragias y asfixia. La gran mayoría de los docentes de niños especiales incrementaron sus conocimientos sobre primeros auxilios luego de participar en un programa educativo.

Cortez, M., & Rene, E. (2011). Perú. En su estudio de investigación cuyo objetivo fue determinar el grado de conocimiento de los docentes sobre primeros auxilios y la forma de actuar frente a un accidente en la escuela. Los resultados fueron que: 74% de los encuestados identificaron con claridad el conocimiento acerca de primeros auxilios, y sobre si brindan la primera atención al niño accidentado en la escuela, responde un 70% que no lo hace porque no sabe cómo hacerlo, teniendo en cuenta lo antes expuesto coincide con la mención de un 69% de los docentes de no saber cómo actuar frente a un accidente ocurrido en la escuela.

A nivel local no existen estudios relacionados, con el trabajo de investigación.

3.2.Base teórica

A. El conocimiento

El conocimiento o actividad cognoscitiva es uno de los más importantes de los atributos humano, imprescindibles para hacer viables la supervivencia y los horizontes del proceso de la especie. Pero el conocimiento en tanto facultad humana, no solo que nos permite aprender con mayor o menor eficacia el mundo exterior, uno de los ámbitos más misteriosos y complejos. El conocimiento mismo como tal, sea que proceda de la realidad exterior o de lo más íntimo de nuestro ser, es harto maravilloso y en enorme proporción siempre compleja y siempre destinada al provisor edad gnoseológica (Florida, 2003, pp. 31-32).

Para Rueda, es el acúmulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que conocer es captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto - objeto (Rueda, 2011, p. 1).

Así mismo Florida, indica que, en el sentido común, el conocimiento es la más elemental, útil e indispensable para hacer la supervivencia humana. Denominado también “buen sentido”, “saber espontáneo”, “conocimiento”, “común”, “conocimiento ordinario”, “conocimiento cotidiano”, y equívocamente, “conocimiento empírico”. El sentido común es el que nos pone en inmediato contacto con la realidad. (Florida, 2003, p. 34).

Para Ramírez, “El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprender su mundo y realizarse como individuo, y especie” (Ramírez, 2009, p. 3)

A.1. Estructura del conocimiento: Según (Kant, 1804, pp. 2-5)

Para que haya conocimiento es necesario que se sinteticen los siguientes dos elementos:

A.1.1. El elemento a priori: Deriva de la facultad de conocer. Es independiente de la experiencia, pero se activa con ella. Constituye la “forma” del

conocimiento; son estructuras en las que acomodamos nuestros conocimientos, es necesario y universal. Son diferentes para cada facultad de conocimiento.

A.1.2. El elemento a posteriori: Es la "materia" del conocimiento. Proviene de la sensación.

A.2. Facultades y/o proceso del conocimiento: Según (Kant, 1804, p. 5)

A.2.1. Sensibilidad: Es la primera facultad que interviene en el proceso del conocimiento. Representa la capacidad de abrirnos al mundo, es decir, la receptividad necesaria para construir una representación de la realidad.

A través de la sensibilidad recibimos una serie de datos, las sensaciones, que tenemos de la realidad, tiene carácter subjetivo ya que es nuestra capacidad representativa la que se ve afectada por un objeto. Al acto de conocer a través de los sentidos lo denominamos intuición. El conjunto de los datos obtenidos a través de los sentidos lo denominamos materia de conocimiento. Pero esta materia tiene que ser estructurada por las formas a priori de la sensibilidad, el espacio y el tiempo. Recibimos una multitud de sensaciones que estructuramos en el espacio y en el tiempo. A este conjunto de sensaciones lo denominamos fenómeno.

A.2.2. Entendimiento: El entendimiento actúa sobre la intuición que hemos obtenido a través de la sensibilidad, es decir, sobre el fenómeno. El conocimiento deriva pues de dos fuentes: la sensibilidad que me permite recibir representaciones a través de las cuales nos son dados los conceptos, y el entendimiento que es la capacidad para conocer objetos a través de dichas representaciones.

A.2.3. Razón: Esta facultad se va a encargar de elaborar juicios cada vez más generales partiendo de los juicios elaborados por el entendimiento. Sin la labor de la razón el conocimiento sería fragmentario puesto que el entendimiento sólo nos permite entender una parte de la realidad.

A.3. Tipos de conocimiento: Según (Ramírez, 2009, p. 3).

A.3.1. Conocimiento empírico o conocimiento vulgar. En sus inicios, el hombre por observación natural comienza a ubicarse en la realidad, apoyado en el conocer que le da la experiencia de sus sentidos y guiado únicamente por su curiosidad.

Este conocer inicial aprendido en la vida diaria se llama empírico, por derivar de la experiencia, y es común a cualquier ser humano que cohabite una misma circunstancia.

A.3.2. Conocimiento filosófico. Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprendido en la etapa del conocimiento empírico. Este cambio propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía (...).

A.3.3. Conocimiento científico. El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo: explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones.

Desde entonces entendemos al conocimiento como: toda experiencia que llega al ser humano mediante la percepción del uso de los sentidos captados de lo externo, que al ser procesado en la psique de cada ser hace capaz que el ser humano sea consciente de su existencia y como resultado puede modificar cambios intelectuales y físicos, asimismo permitiendo mejor la relación entre sujeto – sujeto y objeto logrando así el entendimiento y satisfacción personal.

A.4. Niveles del conocimiento: Según (Ramón, & Abarca, s. f, p. 7).

.4.1. Nivel de conocimiento alto: Facultad de conocer, entender y comprender las cosas en la mayoría del aspecto más específico.

A.4.2. Nivel de conocimiento medio: Que no está excepto del conocimiento alto ya que mantiene la acción de conocer con una menor medida con algunos aspectos que podrían ser mínimos ya sea por capacidad de entendimiento y/o aplicación de lo aprendido.

A.4.3 Nivel de conocimiento bajo: Acción deficiente que solo se conoce algunos aspectos debido a algunos factores que podría estar sujetos a sus vivencias, este conocimiento es limitado.

B. Primeros auxilios

Los primeros auxilios, son medidas terapéuticas urgentes que se aplican a las víctimas de accidentes o enfermedades repentinas hasta disponer de tratamiento especializado. El propósito de los primeros auxilios es aliviar el dolor y la ansiedad del herido o enfermo y evitar el agravamiento de su estado. En casos extremos son necesarios para evitar la muerte hasta que se consigue asistencia médica. (Guadalupe, 2011, p. 10)

Los primeros auxilios varían según las necesidades de la víctima y según los conocimientos del socorrista. Saber lo que no se debe hacer es tan importante como saber qué hacer, porque una medida terapéutica mal aplicada puede producir complicaciones graves (Guadalupe, 2011, p. 10)

b.1. Principios generales

b.1.1 Proteger: En primer lugar, evaluar si el sitio es seguro tanto para el auxiliador como para la víctima, nunca se debe socorrer a una persona en un lugar inseguro o

de alto riesgo para el auxiliador, ya que puede transformarse en víctima y agravar la situación. Solo se moverá a la víctima si ésta corre peligro. (Náyade, 2011, p. 6)

b.1.2. Avisar: Contactarse con el número de emergencias. (Náyade, 2011, p. 6)

b.1.3. Socorrer: Previa evaluación del herido. Se debe hablar al accidentado para ver si responde, luego observarlo para evaluar sus daños y finalmente decidir cuál es la ayuda que va a brindar. (Náyade, 2011, p. 6)

b.2. Consideraciones Generales

1. El auxiliador debe siempre mantener la calma, estar tranquilo, pero actuar con rapidez.
2. Evaluar si el lugar es seguro antes de entregar la ayuda.
3. No hacer más de lo indispensable, solo realizar las acciones que conoce y maneja con seguridad. Se ha demostrado que una mala maniobra de rescate en un accidentado con eventual lesión de columna vertebral puede provocar discapacidad motora irreversible.
4. En el caso de encontrarse con múltiples víctimas, la atención debe ser jerarquizada (se atenderá primero al accidentado que más lo necesite). Dar prioridad a accidentados con paro cardiorrespiratorio, con hemorragia masiva y personas inconscientes.
5. No mover al accidentado hasta identificar la gravedad de sus lesiones, la postura se modifica solo después de conocer los riesgos y con el cuidado necesario.
6. Mantener la temperatura corporal del accidentado, abrigarlo en los casos que sea necesario.
7. Nunca dar líquidos ni nada por boca a una persona inconsciente.
8. Tranquilizar al accidentado y nunca dejarlo solo: “Señor (a)...mi nombre es... y lo voy a ayudar, quédese tranquilo, en este momento estoy llamando a una ambulancia” Evitar que la persona observe sus lesiones, principalmente si son escenas con abundante sangrado o pérdida de una extremidad.
9. En caso de pérdida de extremidades, recoger y llevar en una bolsa al servicio de urgencia, junto con el afectado, ya que según su estado podría reimplantarse.

10. Solicitar ayuda a todos los presentes, a fin de facilitar el tránsito, comunicarse con un centro asistencial o carabineros. Asimismo, alejar a observadores para que el accidentado respire mejor y los auxiliares puedan trabajar sin problemas. (Náyade, 2011, p. 7)

B.1.- Maniobra de desobstrucción de la vía aérea. (maniobra de Heimlich)

El sistema respiratorio está capacitado única y exclusivamente para aceptar elementos gaseosos. La introducción en el mismo de cualquier cuerpo sólido o líquido implica la puesta en funcionamiento de los mecanismos de defensa, siendo la tos el más importante. La obstrucción de las vías respiratorias (atragantamiento) impide que la sangre de nuestro organismo reciba el oxígeno necesario para alimentar los tejidos, lo que implicará la muerte de los mismos (Moline & Sole, 2014, p. 2).

B.1.1. Personas inconscientes

La principal causa de obstrucción de la vía respiratoria en personas inconscientes es la caída de la lengua hacia la retro faringe (Moline & Sole, 2014, p. 2).

B.1.2. Personas conscientes

Generalmente, en este caso, el motivo de obstrucción es la «comida», suceso conocido popularmente como atragantamiento y que puede ocurrir en los comedores de cualquier empresa. Esta obstrucción por cuerpo sólido se produce por la aspiración brusca (risa, llantos, sustos...) de la comida que está en la boca. En el momento de producirse la inspiración, la epiglotis (estructura anatómica que separa el tubo digestivo del respiratorio) deja libre el paso respiratorio introduciéndose el aire y la comida en la tráquea. La obstrucción puede ser de dos tipos: incompleta y completa (Moline & Sole, 2014, p. 2).

B.1.3. Obstrucción incompleta o parcial

El cuerpo extraño no tapa toda la entrada de aire, por lo que se pone en funcionamiento el mecanismo de defensa y la persona empieza a toser. Actuación:

- Dejarlo toser (los mecanismos de defensa funcionan).
- Observar que siga tosiendo o que expulse el cuerpo extraño.
- No golpear nunca la espalda, ya que se podría producir la obstrucción completa o introducirse más el cuerpo extraño (Moline & Sole, 2014, p. 2).

B.4. Obstrucción completa o total

En este caso la persona no tose, ni habla. Esto indica que no entra ni sale aire, pues las cuerdas vocales se mueven gracias a la vibración que produce el aire al respirar. Generalmente el accidentado se lleva las manos al cuello y no puede explicar lo que le pasa, emitiendo sonidos afónicos. Presenta gran excitación, pues es consciente de que no respira: tiene la sensación de muerte inminente (Moline & Sole, 2014, p. 2).

B.5. Maniobra de Heimlich

La maniobra de Heimlich, también descrita como presiones abdominales sub diafragmáticas, ahora se considera el estándar para aliviar obstrucciones de vías respiratorias altas por cuerpos extraños en adultos. Teóricamente, la maniobra de Heimlich causa un aumento súbito de la presión intraabdominales, que eleva el diafragma e incrementa por lo tanto la presión intratorácica, que a su vez comprime los pulmones. La exhalación producida tiene suficiente fuerza para expulsar la obstrucción de las vías aéreas. Se puede aplicar con la persona consciente e inconsciente (Santona & Ficucane, 1989, p. 29)

B.5.1 Persona consciente. - la víctima puede estar de pie o sentada. el operador por detrás, pone sus brazos alrededor de la cintura de la víctima. en una mano se

cierra el puño, de manera que el pulgar descansa con firmeza en la pared abdominal en la parte media entre el apéndice xifoides y el ombligo. luego se toma la mano empuñada con la otra y se presiona, nunca debe presionar sobre el xifoides o las costillas inferiores (Santona & Ficucane, 1989, p. 30).

B.5.2. Persona inconsciente. - la víctima estará de cubito sobre una superficie firme. arrodillándose a horcajadas o al lado de la víctima, el operador colocara la parte posterior de la palma de una mano a la mitad entre el apéndice xifoides y el ombligo. la otra mano se colocará encima de la primera y con rapidez se aplicará presión hacia adentro y arriba. una vez más, siempre hay que evitar contacto con el apéndice xifoides y la parrilla costal (Santona & Ficucane, 1989, p. 30).

B.2.- Reanimación cardio pulmonar (RCP).

Una parada cardiorrespiratoria (PCR) consiste en la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y la circulación. La PCR puede comenzar por un paro respiratorio (PR) o un paro cardiaco (PC) o por ambos a la vez y se supone una situación de máxima urgencia, ya que si se mantiene durante más de 4-5 minutos provoca la muerte biológica de la víctima. (Lexus, 2005, p. 710)

El objetivo del masaje cardiaco externo e reproducir la función de bomba del corazón enviando la sangre hacia los órganos vitales. Se trata de una medida de apoyo circulatorio, solo aplicable cuando se ha constatado que la víctima carece de pulso y no se percibe el latido cardiaco. (Lexus, 2005, p. 712)

B.2.1. Cambio de “ABC” a “CAB”

Pasos a seguir:

- 1.- Verificar si la víctima responde, “señor está usted bien” es la pregunta más frecuente. Es recomendable moverlo fuerte y asegurarse de que no responde.

- 2.- Activar el sistema de emergencia
- 3.- Iniciar 30 compresiones torácicas (contando en voz alta). Se deben ubicar las manos del auxiliador en el esternón, justo en la línea media mamilar (en el centro del tórax). Las compresiones deben ser rápidas, más de 100 compresiones por minuto, logrando comprimir al menos 5 centímetros el esternón, luego de cada compresión se debe permitir que el tórax vuelva a su posición normal.
- 4.- Posicionar la cabeza, esta debe extenderse para lograr el máximo de permeabilidad (extensión de la cabeza con elevación del mentón), en personas con sospecha de lesión de columna cervical se utiliza la técnica de tracción mandibular (con ambas manos se lleva la mandíbula hacia adelante).
- 5.- Administre dos respiraciones efectivas, esto implica que el pecho se eleva con la insuflación, se utiliza la técnica boca-boquilla (en vez de boca-boca por protección del auxiliador), en niños se usa boca-boca-nariz (aire a boca y nariz).
- 6.- Repita compresiones, se realizan ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones, 30x2. Se continúa hasta la llegada del personal especializado (Náyade, 2011, p. 51)

B.3.- Heridas

Una herida es la pérdida de integridad de la piel o mucosa por una lesión traumática, debido a la acción violenta de un agente extraño externo (cuchillo) o interno (hueso fracturado). Pueden ser abiertas o cerradas, leves o complicadas (Náyade, 2011 p. 13)

B.3.1. Se clasificación

B.3.1.1. Heridas Abrasivas: corresponden a erosiones o rasmilla duras, comunes en los niños, son superficiales, irregulares y de extensión variable. Se producen con mayor frecuencia en codo, talón de la mano y rodillas, son dolorosas y producen ardor. Se infectan fácilmente debido al contacto directo con la tierra y sus microorganismos, principalmente las esporas del tétanos.

B.3.1.2. Heridas Cortantes / Incisivas: son producidas por elementos con filo, como un cuchillo, un vidrio, una tijera, etc., los bordes son lisos (debido al filo), la extensión varía dependiendo del elemento que lesiona y el tipo de accidente. La hemorragia es variable y está en función de la profundidad de la incisión, puede lesionar vasos sanguíneos, nervios y hasta tendones, lo cual determina su gravedad. El riesgo de infección es menor ya que los objetos causales generalmente están limpios, excepto si estos están contaminados con tierra.

B.3.1.3. Heridas Punzantes: son producidas por elementos con punta, como clavos, astillas, alambres, palillos y algunas mordeduras de animal (como las de serpiente). La extensión es reducida (se observa la incisión y es difícil determinar la profundidad). El sangrado es escaso, pero tienen alto riesgo de infección especialmente en objetos oxidados o sucios.

B.3.1.4. Heridas Contusas: generalmente se provocan por caídas, golpes o aplastamientos, son producidas por objetos romos (sin punta) como piedras o palos. Lesionan los tejidos muchas veces sin producir hemorragia, la extensión es variable.

B.3.1.5. Heridas Penetrantes: son causadas por armas de fuego o armas blancas, tienen un pequeño orificio de entrada con sangrado externo escaso a moderado. Pueden alcanzar varios centímetros de profundidad, comprometiendo órganos internos, provocando un estado de shock y hemorragias masivas (Náyade, 2011 p. 14).

B.3.2. ¿Cómo se puede evaluar la gravedad de una herida?

Es importante considerar:

B.3.2.1. Extensión y Profundidad: mientras más tejido abarque, más posibilidad de lesión a órganos internos, tendones o lesión de vasos sanguíneos. La hemorragia puede ser o no visible.

B.3.2.2. Cuerpos extraños: en este caso no es posible determinar que estructuras han sido dañadas, se recomienda no sacar los objetos, sino fijarlos (inmovilizar) y trasladar a un centro asistencial.

B.3.2.3. Lesiones por Aplastamientos: es posible que ciertos órganos se dañen a tal punto de perder su funcionalidad.

B.3.2.4. Herida Infeccionada: la multiplicación de microorganismos impide el proceso de cicatrización, además de afectar órganos vecinos. Las heridas se ven infectadas alrededor de las 72 horas posteriores a la lesión, se puede observar secreción purulenta, inflamación (aumento de volumen), coloración rojiza, dolor y en algunos casos olor desagradable. En este momento es fundamental la curación diaria, ya que podría empeorar el cuadro y evolucionar el proceso infeccioso.

B.3.2.5. Heridas en ancianos, bebés, diabéticos y personas enfermas: en estos casos hay menor capacidad de cicatrización, sistemas desgastados o inmaduros y sistema inmunológico deficiente. Además, la localización es importante: rostro, genitales, etc. En los orificios naturales pueden producir daño a los sentidos y funcionalidad (Náyade, 2011 p. 15).

B.3.3. ¿Qué factores pueden complicar la evolución de una herida?

B.3.3.1. La desnutrición u obesidad retrasa la cicatrización en cualquier tipo de herida. Así como también los hábitos de alcohol, tabaco y otras drogas

B.3.3.2. Tratamientos farmacológicos como la aspirina, radioterapia, anticoagulantes y corticoides interfieren en la coagulación, muy importante en heridas con hemorragia.

B.3.3.3. Los hábitos higiénicos, aunque no garantizan una piel saludable, la favorecen.

B.3.3.4. En edades avanzadas (mayores de 65 años) la epidermis es más delgada, seca, menos elástica y pigmentada, esto disminuye la función protectora de la piel. En el caso de recién nacidos o lactantes (menores de dos años) el sistema protector está inmaduro (Náyade, 2011 p. 15).

B.3.4. ¿Cómo puedo curar una herida?

Los pasos fundamentales son tres:

B.3.4.1. Lavarse las manos,

B.3.4.2. Contener hemorragia y

B.3.4.3. Limpiar la herida.

La contención se puede realizar con un paño limpio o ropa planchada. Las heridas se limpian solo con agua de la llave, y se secan con un paño limpio (Náyade, 2011 p. 16).

B.3.5. En circunstancias ideales los pasos son:

1. Lavado de manos.
2. Utilizar guantes de plástico o látex.
3. Contener hemorragia si corresponde.
4. Evaluar el tipo de herida.
5. Lavar el contorno de la herida con agua de la llave. En caso de heridas sucias utilizar jabón para limpiar el contorno.
6. Lavar el interior de la herida con suero fisiológico o agua hervida.
7. Limpiar con una gasa estéril de lo más limpio a lo más sucio y secar con pequeños toques.
8. Colocar un apósito o gasa estéril y cubrir. Utilizar vendaje si es necesario.
9. Trasladar a un centro asistencial, según la gravedad de la lesión (Náyade, 2011 p. 16).

B.4.- Hemorragias

El sistema circulatorio tiene la función de transportar los nutrientes y el oxígeno a las células del organismo, también es el responsable de mantener la temperatura interna del cuerpo humano. Está compuesto por el corazón, los vasos sanguíneos y la sangre (Moline & Sole, 2014, p. 3).

El corazón es un músculo que actúa de bomba, impulsando la sangre a través de los vasos sanguíneos. Los vasos sanguíneos son los conductos por donde circula la sangre. Existen tres tipos de vasos:

- Arterias: son los vasos que salen del corazón.
- Venas: son los vasos que van hacia el corazón.
- Capilares: son los vasos más pequeños responsables del intercambio gaseoso en tejidos y órganos (Moline & Sole, 2014, p. 3).

Denominamos hemorragia a cualquier salida de sangre de sus cauces habituales (los vasos sanguíneos). Existen dos tipos de clasificaciones, una atendiendo al tipo de vaso que se ha roto, siendo ésta arterial, venosa o capilar y otra atendiendo al destino final de la sangre, o dicho de otra forma: ¿a dónde va a parar la sangre que se pierde? Atendiendo a este último criterio, las hemorragias pueden ser: externas, internas y exteriorizadas (Moline & Sole, 2014, p. 4).

El objetivo del socorrista es evitar la pérdida de sangre del accidentado, siempre que ello sea posible. Existen casos en que siendo imposible controlar la hemorragia, la actuación consistirá en evitar el empeoramiento del estado de salud del lesionado, concretamente ante las hemorragias internas y exteriorizadas (Moline & Sole, 2014, p. 4).

B.4.1. Hemorragias exteriorizadas

Son aquellas hemorragias que siendo internas salen al exterior a través de un orificio natural del cuerpo: oído, nariz, boca, ano y genitales (Moline & Sole, 2014, p. 4).

B.4.2. Hemorragia de oído

Las hemorragias que salen por el oído se llaman otorragias. Cuando la pérdida de sangre es abundante y previamente ha existido un traumatismo (golpe) en la cabeza, el origen de la hemorragia suele ser la fractura de la base del cráneo (Moline & Sole, 2014, p. 5).

En este caso la actuación del socorrista va encaminada a facilitar la salida de sangre de la cavidad craneal, pues de lo contrario, la masa encefálica sería desplazada o comprimida por la invasión sanguínea, pudiendo ocasionar lesiones irreversibles en el cerebro. Para facilitar la salida de sangre, se debe colocar al accidentado en Posición Lateral de seguridad, con el oído sangrante dirigido hacia el suelo y siempre que se dominen las técnicas de movilización de traumáticos, caso contrario es mejor no tocarlo. Control de signos vitales y evacuación urgente (Moline & Sole, 2014, p. 5).

B.4.3. Hemorragias de nariz

Las hemorragias que salen por la nariz se denominan epistaxis. El origen de estas hemorragias es diverso, pueden ser producidas por un golpe, por un desgaste de la mucosa nasal o como consecuencia de una patología en la que la hemorragia sería un signo, como por ejemplo en el caso de la hipertensión arterial (HTA) (Moline & Sole, 2014, p. 5).

Para detener la hemorragia, se debe efectuar una presión directa sobre la ventana nasal sangrante y contra el tabique nasal, presión que se mantendrá durante 5 minutos (de reloj). La cabeza debe inclinarse hacia adelante, para evitar la posible

inspiración de coágulos. Pasados los 5 minutos, se aliviará la presión, con ello comprobaremos si la hemorragia ha cesado. En caso contrario se introducirá una gasa mojada en agua oxigenada por la fosa nasal sangrante (taponamiento anterior). Si la hemorragia no se detiene se debe evacuar a un Centro sanitario con urgencia (Moline & Sole, 2014, p. 5).

B.4.4. Pautas de actuación

Cuando la víctima presenta una hemorragia externa copiosa, su contención adquiere prioridad sobre el resto de las maniobras de soporte vital. La primera medida que debe tomarse y que suele resultar muy efectiva consiste en aplicar presión directa sobre el vaso sanguíneo del que procede el sangrado. Se debe utilizar guantes esteriles siempre y sea posible. Para favorecer la comprensión se puede recurrir al uso de compresas, paños, toallas o ropa, según la disponibilidad, aunque en algunos casos es necesario ejercer presión directa con los dedos por dimensiones o profundidad de heridas (Lexus, 2005, p. 730).

En las hemorragias arteriales persistentes pese a todo lo anterior, se puede efectuar maniobras de comprensión de los vasos arteriales cerca del lugar del sangrado, en zonas más o menos superficiales y accesibles en las que la arteria discurre sobre un hueso y puede ser comprimida contra este. Esta maniobra está indicada en forma particular en el caso de fracturas graves en la zona de la hemorragia o de sangrado masivo (Lexus, 2005, p. 731).

B.5.- Esguinces

Son las lesiones traumáticas más frecuentes, se define como la lesión de los ligamentos (partes blandas, no hueso) que se encuentran alrededor de una articulación. Los ligamentos son fibras fuertes y flexibles (como elásticos) que sostienen los tejidos óseos, cuando se desgarran la articulación duele y se inflama (Náyade, 2011, p. 30).

Se clasifican según gravedad, desde desgarro parcial del ligamento hasta una destrucción completa (Náyade, 2011, p. 30).

Puede existir rotura de ligamentos externos e internos:

- Grado I o Leve,
- Grado II de Mediana Gravedad y
- Grado III o Graves, donde la rotura es completa.

B.5.1. Signos y síntomas característicos:

B.5.1.1. Dolor localizado en la articulación que aumenta al tacto. A la palpación aumenta el dolor en toda la extensión del tobillo.

B.5.1.2. Equimosis (sangrado interno, “moretón”), aparece dentro de las primeras horas y se extiende más allá del área de la lesión. La coloración de la piel puede aparecer morada o roja.

B.5.1.3. Impotencia funcional, relativa al grado de esguince, (por ejemplo, no se puede pisar con el pie accidentado), además de movilidad anormal.

B.5.1.4. Inflamación, aumento de volumen instantáneo progresivo, implica la existencia de un daño, óseo o de partes blandas (Náyade, 2011, p. 30).

B.6.- Luxaciones

Ocurren cuando el hueso se ha desplazado de su articulación, desgarrando los ligamentos que los mantienen en su sitio. Las articulaciones más afectadas son; hombro, codo, cadera, rodilla, tobillo, dedo pulgar, dedo grueso del pie y mandíbula.

B.6.1. ¿Cuáles son los signos y síntomas más comunes?

B.6.1.1. Dolor de comienzo intenso, sensación de desgarro profundo, con sensación de desmayo en ocasiones, luego disminuye en intensidad y vuelve con el movimiento.

B.6.1.2. Impotencia funcional, generalmente no es posible movilizar la extremidad.

B.6.1.3 Deformidad por aumento de volumen, más característico en codo y pérdida de los ejes en hombro y cadera (se observa rotado o fuera de lugar).

B.6.2. Primeros Auxilios en Luxaciones:

B.6.2.1. Inmovilizar la articulación. Reposo absoluto de la zona.

B.6.2.2. Aplicar frío local.

B.6.2.3. Nunca intentar volver a posición original, esta técnica llamada reducción debe realizarla un profesional capacitado con los implementos necesarios.

B.6.2.4. Traslado a un servicio de urgencias (Náyade, 2011, p. 29).

B.7.- Fracturas.

Cuando se ha roto un hueso se dice que ha ocurrido una fractura. La gravedad de la lesión varía desde una fisura una rotura completa; sin embargo, por leve que sea el daño a tal estado se le da el nombre técnico de fractura (Guadalupe, 2011, p. 12)

B.7.1. Fracturas espontaneas. - En ocasiones aparece roto un hueso sin haber aplicado violencia. Esta es la llamada fractura espontanea o patológica, y por lo general es debida a un tumor dentro del hueso que gradualmente ha ido erosionándolo a tal grado que acaba por romperlo. No hay que perder de vista la posibilidad de una fractura espontánea si un paciente tiene todos los síntomas y signos de una fractura, pero sin historia de violencia.

B.7.2. Simples. - Una fractura simple es aquella en que un hueso ha quedado roto, pero sin lesionar gravemente a otros tejidos importantes próximos. Desde luego, siempre causa algún daño a los tejidos adyacentes; así, ordinariamente hay rotura de los pequeños vasos sanguíneos cercanos a los fragmentos.

Las fracturas simples se clasifican además en:

B.7.2.1. Transversas. En éstas la rotura del hueso es casi transversal. Esto ocurre en la mayoría de las fracturas causadas por violencia directa.

B.7.2.2. En espiral. El hueso se rompe oblicuamente, cosa frecuente en las fracturas debidas a violencia indirecta, por ejemplo, la rotura de una pierna por caer de pie.

B.7.2.3. Fisuradas. Esta es una variedad común de fractura simple donde el hueso queda rajado, pero no completamente roto. Muchas fracturas sencillas son de esta clase, pero no siempre se diagnostican debido a los pocos síntomas y signos que producen (Guadalupe, 2011, p. 13).

B.7.3. Complicada. - Es fácil comprender que cuando se rompe un hueso existe el peligro de que los extremos mellados de los fragmentos lesionen otros tejidos próximos. Así, pueden ser perforados importantes vasos sanguíneos o dañados los nervios, y cuando la lesión ocurre en la extremidad del hueso puede afectar la articulación. Por otra parte, si la rotura tiene lugar en la región del tronco, órganos vitales como los pulmones, corazón, hígado y bazo pueden ser afectados, en tanto que la lesión cerebral es una complicación común en los casos de fractura de la bóveda del cráneo (Guadalupe, 2011, p. 14).

Por lo tanto, cabe definir una fractura complicada diciendo que es aquella fractura que lleva aparejada cualquier lesión a un vaso sanguíneo, nervio, articulación u órgano vital (Guadalupe, 2011, p. 14).

Aunque muchas fracturas se convierten inmediatamente en compuestas o complicadas, como resultado de la violencia original, es muy posible que una fractura simple degenere en alguna de las variedades más graves. Esto puede ocurrir por descuido en el manejo del paciente, por falta de previsión al no dejarlo inmovilizado después del accidente, o por omitir cualquiera de las reglas importantes que norman el tratamiento de las fracturas (Guadalupe, 2011, p. 14).

B.7.4. Fractura con hundimiento. - Esta es una fractura en la que uno de los fragmentos ha quedado hundido por debajo de su nivel normal. Ocurre cuando en

la fractura de la bóveda del cráneo un trozo de hueso es comprimido hacia adentro. Esto acaso dañe al cerebro, dando lugar a los síntomas y signos de compresión; por consiguiente, una fractura hundida es usualmente una variedad de fractura complicada (Guadalupe, 2011, p. 15).

B.7.5. Fractura en tallo verde. - Los huesos de un niño o lactante son mucho más blandos que los de un adulto, porque todavía no están completamente calcificados. Los huesos se desarrollan a partir de un tejido cartilaginoso (ternilla) en el que, por un proceso de calcificación, se deposita tejido óseo. Conforme pasan los años se van haciendo los huesos más duros y más frágiles. El cartílago es hasta cierto punto elástico de modo que los huesos de los niños, hasta los 12 años, tienden a combarse y astillarse produciendo la fractura en tallo verde (como la rama verde tierna de un árbol), en tanto que los del adulto están más expuestos a quebrarse (Guadalupe, 2011, p. 16).

B.7.6. Impactada. - En ocasiones los fragmentos de una fractura pueden clavarse entre sí y quedar firmemente empotrados. A esto se llama impacto, y ocurre por lo general en las extremidades de los huesos largos» por ejemplo, el extremo superior del húmero (Guadalupe, 2011, p. 16).

No es rara una combinación de variedades de fracturas y ocurre en los accidentes graves. Así, una fractura compuesta también puede ser complicada y conminuta (Guadalupe, 2011, p. 16).

Sin embargo, las fracturas en tallo verde y fracturas impactadas, son casi siempre del tipo simple (Guadalupe, 2011, p. 16).

De las variedades mencionadas, las fracturas conminuta, impactada, fisurada o hundida, usualmente no pueden ser diagnosticadas por el primer auxiliador (Guadalupe, 2011, p. 16).

Métodos de diagnóstico. El diagnóstico de una fractura se hace estudiando cuidadosamente la historia del accidente, los Síntomas que aquejan al paciente y los signos que el primer auxiliador es capaz de descubrir (Guadalupe, 2011, p. 16).

B.7.7. Síntomas y signos

- Dolor
- Pérdida de fuerza.
- Deformidad.
- Irregularidad
- Acortamiento
- Turne facción
- Sensibilidad.
- Crepitación.
- Movimiento anómalo.

B.7.8. Tratamiento

- Prevenir el movimiento ulterior de los fragmentos que podría ser causa de que la fractura se convirtiera en compuesta o complicada.
- Disponer lo necesario para el rápido traslado del paciente a un centro adecuado donde pueda recibir un tratamiento más cuidadoso.
- Si la fractura es compuesta, detener la hemorragia y acometer el tratamiento apropiado de la herida para evitar la infección de los fragmentos (Guadalupe, 2011, pp. 17-19).

B.8.- Convulsiones

Las convulsiones se producen por una descarga eléctrica (neuronal) anormal del cerebro. Las manifestaciones son variables, principalmente movimientos musculares involuntarios e inconsciencia. Es auto limitada (se detiene sola), durando de uno a dos minutos en promedio. Luego de la convulsión viene un período de somnolencia o cansancio, con pérdida de fuerza en las extremidades,

alteración de los sentidos y confusión (Manual práctico de primeros auxilios, 2005, p. 453).

Pueden ser provocadas por epilepsia, traumatismos y tumores cerebrales, fiebre, intoxicaciones, abstinencia o abuso de alcohol y otras drogas. Es más frecuente en los extremos de la vida (niños y ancianos), si una persona vive 80 años, la probabilidad de tener una crisis convulsiva sería alrededor del 10% (Manual práctico de primeros auxilios, 2005, p. 453).

B.8.1. Signos frecuentes de crisis convulsiva:

- La persona grita al comienzo de la crisis e inmediatamente pierde el conocimiento
- Se pone rígida durante unos segundos y luego dobla y estira las piernas durante algunos minutos.
- La crisis puede provocar la micción y defecación involuntaria
- Pasada la crisis, la persona presenta confusión y somnolencia (Manual práctico de primeros auxilios, 2005, p. 453).

B.8.2. Primeros Auxilios en convulsiones

- El objetivo principal es evitar que la persona se dañe. Para esto se deben correr todos los objetos que pudiesen resultar dañinos.
- Mantener la calma y pedir ayuda.
- Poner almohadillas u objetos blandos alrededor, proteger la cabeza con un cojín.
- No interferir con sus movimientos, contener suavemente.
- Nunca introducir los dedos a la boca de una persona que está convulsionando, ya que podría cortarlos.
- Colocar al paciente de costado si es que hay vómitos o exceso de saliva.
- Soltar ropa apretada o que pudiese interferir con la respiración.
- Es importante que alguien tome el tiempo que dura la convulsión, esta pregunta la realizará el médico posteriormente.

- Pasada la convulsión mantener a la persona acostada, en reposo y ayudar a que se reincorpore lentamente.
- Trasladar a un centro asistencial para evaluación médica (Náyade, 2011, p. 63).

C. Teorías relacionadas

C.1. Teoría del conocimiento: según (Dewey, 2001, pp. 280- 287)

Dewey comenta sobre dualismo como una corriente que afirman o aplican ciertas divisiones. El origen de estas divisiones se ha encontrado en los muros duros y rígidos que separan a los grupos y clases sociales dentro de un grupo, como los que existe entre ricos y pobres, hombres y mujeres, nobles y plebeyos, gobernantes y gobernados. En tanto que persisten estas divisiones y se añaden otras de ellas, cada uno deja su señal sobre el sistema de educación, hasta que éste, tomado como un todo, se convierte en un depósito de diversos propósitos y procedimientos.

En primer lugar, está la oposición entre el conocer empírico y el racional superior. La primera esta conexasionado con los asuntos cotidianos sirve a los propósitos del individuo ordinario que no persigue fines intelectuales especializados y pone sus necesidades en alguna conexión operando con el ambiente inmediato. Tal conocer es menospreciado, si no desprestigiado, como puramente utilitario, carente de significado cultural. El conocimiento racional se supone que es algo que toca a la realidad de un modo último e intelectual; que ha de ser perseguido por su propio valor y terminar propiamente en una visión puramente intelectual, no rebajada por su aplicación en la conducta. Socialmente, la diferencia corresponde a la de la inteligencia usada por las clases trabajadoras y la empleada por una clase culta alejada de la preocupación de ganarse la vida.

Otra antítesis la sugiere los dos sentidos de la palabra “aprender” de un lado es la suma total que se conoce, como los que se trasmite por los libros y las personas cultas. Es algo externo, unas acumulaciones de cogniciones, como se podrían almacenar productos materiales en una tienda. El dualismo existe aquí entre el conocimiento

como algo externo, o como se llama a menudo, objetivo, y el conocer como algo puramente interno, subjetivo, psíquico. Hay, por otra una parte, un cuerpo de verdad, ya hecha y por otra, una mente hecha ya también equipada con una facultad de conocer, con solo que se quiera ejercitarse, lo que con frecuencia odia hacer.

Asimismo, Dewey, da a conocer la fisiología y psicología enfocado al proceso de conocimiento, como aquello que está asociada con ella y mostrado la conexión de la actividad mental con la del sistema nervioso. El cerebro es esencialmente un órgano para efectuar el ajuste recíproco de cada uno de los estímulos recibidos del ambiente y de las respuestas dirigidas a él. El cerebro no solo capacita a la actividad orgánica para influir sobre un objeto del ambiente en respuesta a un estímulo sensorial, sino que esta respuesta determina también cual es el estímulo siguiente.

En cuanto al desarrollo de la biología explica que, cuando una actividad llega a ser más compleja, coordinando un mayor número de factores en el espacio y el tiempo, la inteligencia desempeña un papel cada vez más marcada, pues tiene un mayor espacio del futuro que prever y planear.

Por ejemplo, en lo experimental por una parte significa que no tenemos derecho a llamar a nada conocimiento sino es cuando nuestra actividad ha producido realmente ciertos cambios físicos de las cosas, de tales cambios específicos, nuestras creencias son solo hipótesis, teorías, sugerencias, sospechas y han de ser sostenidas como tentativas y utilizadas como indicaciones de experimentos que han de intentarse. Por otra parte, el método experimental de pensar significa que el pensar es de provecho, que es anticipación de las consecuencias futuras sobre la base de una completa observación de las condiciones presentes.

A la apreciación de Dewey es que da a conocer dos formas de conocimiento que sin duda permite dar a cada persona su parte o interiorizarlo en ello; llámese capacitados o intelectuales y otra empírica o ser parte de las personas relacionadas con sus actividades diarias lejos de ver sus causas y efectos de lograr construir conocimientos propios de haber hecho cambios en su proceso. De modo que toda

persona tenemos las mismas facultades solo con diferencia de que cada uno decide lo que más necesita.

Es así que tomamos la parte empírica con el fin de relacionar con el presente trabajo desde la perspectiva de que todos nacimos con un sistema capacitado o llámese mente hecha y que con el pasar del tiempo hay cada vez un despertar; desde luego las personas aprendemos con frecuencia todos los días. Hoy en día se puede aprender de muchas maneras al hacer uso de los medios como: las redes sociales; además el sistema de educación y del sistema de salud que tienen la visión de reducir el analfabetismo como también los problemas de salud de cada ser humano. De tal modo el ser humano tiene los medios de aprender cada vez más si inclináramos cada vez más a ejercitar la mente logramos a conocer mucho más, Dewey hace mención: “cuando una actividad llega hacer más compleja, coordinando un mayor número de factores en el espacio y el tiempo, la inteligencia desempeña un papel cada vez más marcada”. Es así que la salud de la persona está en estrecha relación o tiene como base el conocimiento mejorando cada vez la disciplina de la salud de cada grupo etario; de luego cada uno ello tiene cuidado especial, pero con mayor énfasis la salud de los infantes ya que ellos no dependen de ellos mismos; de tal modo estas personas encargadas deben conocer y tener conocimiento al hacer uso de estos medios y estar capacitadas de poder atender las necesidades de los niños.

La utilidad de ésta teoría del conocimiento de Jon Dewey, en la que se basa la presente investigación, es debido a que hay diversas teorías al respecto y que cada una definen el conocimiento de varias maneras, sin embargo, la presente teoría muestra la sencillez distinguiendo fácilmente los tipos de conocimiento sin dejar de lado del hecho de ser empíricas que a su vez se reconoce como la base de construir y aportar a la ciencia. Dewey, así como otros autores explica el conocimiento desde su perspectiva, mencionado como un dualismo que si bien permite diferenciar de manera precisa entre las dos clases de personas. De modo que el apoyo de esta teoría va a permitir el mejor entendimiento e interés del conocimiento que se debe tener en cuenta de cada persona, debido a que hay una gran mayoría de personas con un nivel educativo deficiente y que se debe tomar interés no solo por el aporte social y económico, sino en el aporte que pueden tener para contribuir en conjunto a dar

soluciones a problemas en la salud que se viene generando en cada ser humano, ya que hoy en día se generaliza las informaciones sin tener en cuenta el nivel de conocimiento, de tal modo se necesita cada vez más actuar de manera interdisciplinaria y en conjunto con la población considerando el contexto e interculturalidad de las personas, debido a que existen varios tipos de informaciones y se puede entender o interpretarles de manera errónea, en consecuencia se observa los efectos negativos consecuente en la salud. Desde entonces la teoría de Dewey queda concisa que existe persona pobre o rica, empírica o científica y se debe actuar según cada persona.

D. Definición de términos básicos

D.1. Docentes. - persona que realiza la labor de enseñanza referente a cualquier materia asignada.

D.2. Nivel de conocimiento. - se da a través de tres niveles alto medio y bajo; en el nivel alto la persona conoce de manera más específica; en el medio la persona tiene conocimientos a través de su capacidad de entendimiento o aplicación de lo entendido; y en el nivel bajo la persona está sujeto a las vivencias obtenidas.

D.3. Primeros auxilios. - Se entiende a la vez como primeros auxilios al conjunto de técnicas y procedimientos de carácter inmediato que se llevan a cabo en los primeros momentos en que una persona sufre una enfermedad o un accidente, con el fin de salvar su vida o minimizar el riesgo de sus lesiones.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de investigación

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: observacional, prospectivo, según la variable de estudio transversal; según el número de variables de interés fue de análisis univariable (Supo, 2015, pp. 6-13).

Cuantitativo: porque permite evaluar la variable mediante un análisis estadístico y probar teorías; descriptivo: porque permite describir o estimar parámetros en la población de estudio a partir de una muestra; de tipo observacional: porque no existe intervención del investigador, ya que los datos reflejaran la evolución natural de los eventos, ajeno a la voluntad del investigador; prospectivo: porque los datos necesarios para el estudio serán recogidos a propósito de fuentes primarias, por lo que se tubo control del sesgo de medición; transversal: porque la variable serán medidas en una sola ocasión (Supo, 2015, pp. 6-13).

El diseño a utilizar fue de una casilla tal como se representa en el siguiente esquema:



DONDE:

M = Docentes

O = Conocimiento sobre primeros auxilios

4.2 Población y muestra

En el presente trabajo de investigación, estuvo conformado por todos los docentes que laboran en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad” tanto del nivel primario como del nivel secundario, trabajadores del año 2016; los cuales

suman un total de 110 docentes (Fuente: Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”).

Criterios de selección

- Docentes que trabajan de manera permanente en la institución educativa

Criterios de exclusión

- Docentes con licencia mayor a un mes.

	Primaria	Secundaria	TOTAL
DOCENTES	51	59	110

4.3 MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. Método: Encuesta (Canales, 1994, pp. 167-168)

4.3.2. Técnica: Cuestionario (Canales, 1994, pp. 167-168)

4.3.3. Instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se utilizó el formulario sobre primeros auxilios elaborado por la investigadora, constituido por 9 dimensiones con un total de 37 ítems: principios generales (1-5), maniobra de desobstrucción de las vías aéreas (6-12), reanimación cardiopulmonar (13-18), heridas (19-22), hemorragias (23-26), esguinces (27-29), luxaciones (30-31), fracturas (32-34) y convulsiones (35-37).

Así mismo para evaluar los ítems se utilizó la escala dicotómica de distorsión con respuestas múltiples: a, b, c, d, e de las cuales unas de ellas fueron verdaderas (V) y las demás falsas (F) cuyo valor tuvo $V= 1$ y $F= 0$

Para medir la variable en estudio se utilizó la escala ordinal según las categorías:

Nivel alto= 24-37

Nivel medio= 11-23

Nivel bajo= 0-10

4.3.4. Validez y confiabilidad

El instrumento utilizado fue el formulario del cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios, fue sometido a validez, a través del juicio de 5 expertos aplicando la prueba binomial. Obteniendo como resultados de validez 7.13 (Anexo 04) y una confiabilidad de 0.89 indicando fuerte confiabilidad (Anexo 05).

4.3.5. Procedimiento de recolección de datos

En cuanto a procedimientos de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

1. Se seleccionó el instrumento de medición para identificar el nivel de conocimiento sobre Primeros Auxilios, a través del formulario del cuestionario.
2. Se realizó la validez del instrumento para poder aplicar a la población objeto de estudio.
3. Se solicitó autorización al director de la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad” con la finalidad de que nos brinde las facilidades para la ejecución del presente trabajo de investigación
4. Se encuestó a los docentes de la institución educativa de manera individual.
5. Se realizó la tabulación de los datos obtenidos.
6. Se realizó el procesamiento de los datos.
7. Se pasó a analizar los datos y a comparar con antecedentes obtenidos.

4.4 Análisis de datos

La información final fue procesada en el software SPSS versión 21, Microsoft Word y Excel. Los datos fueron procesados de manera individual utilizando el análisis estadístico descriptivo para la variable (tabla, figura) mediante la distribución de frecuencia (frecuencia relativa y frecuencia absoluta), cuadros estadísticos simples, figuras de barras.

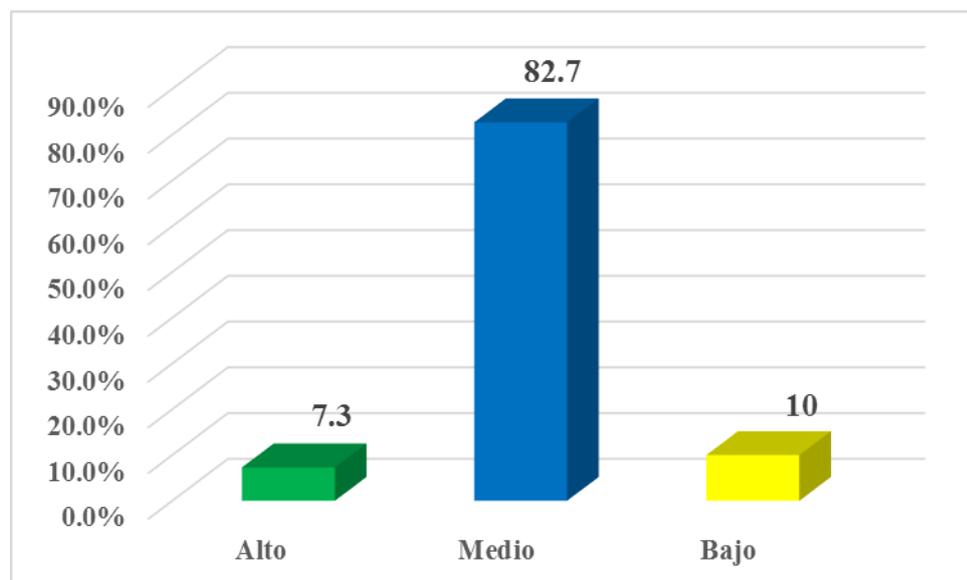
V. RESULTADOS

Tabla 01: Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertad-2016.

Nivel de conocimiento	fi	%
Alto	8	7.3
Medio	91	82.7
Bajo	11	10.0
Total	110	100

Fuente: Cuestionario formulario sobre primeros auxilios

Figura 01: Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertad-2016.



Fuente: tabla 01

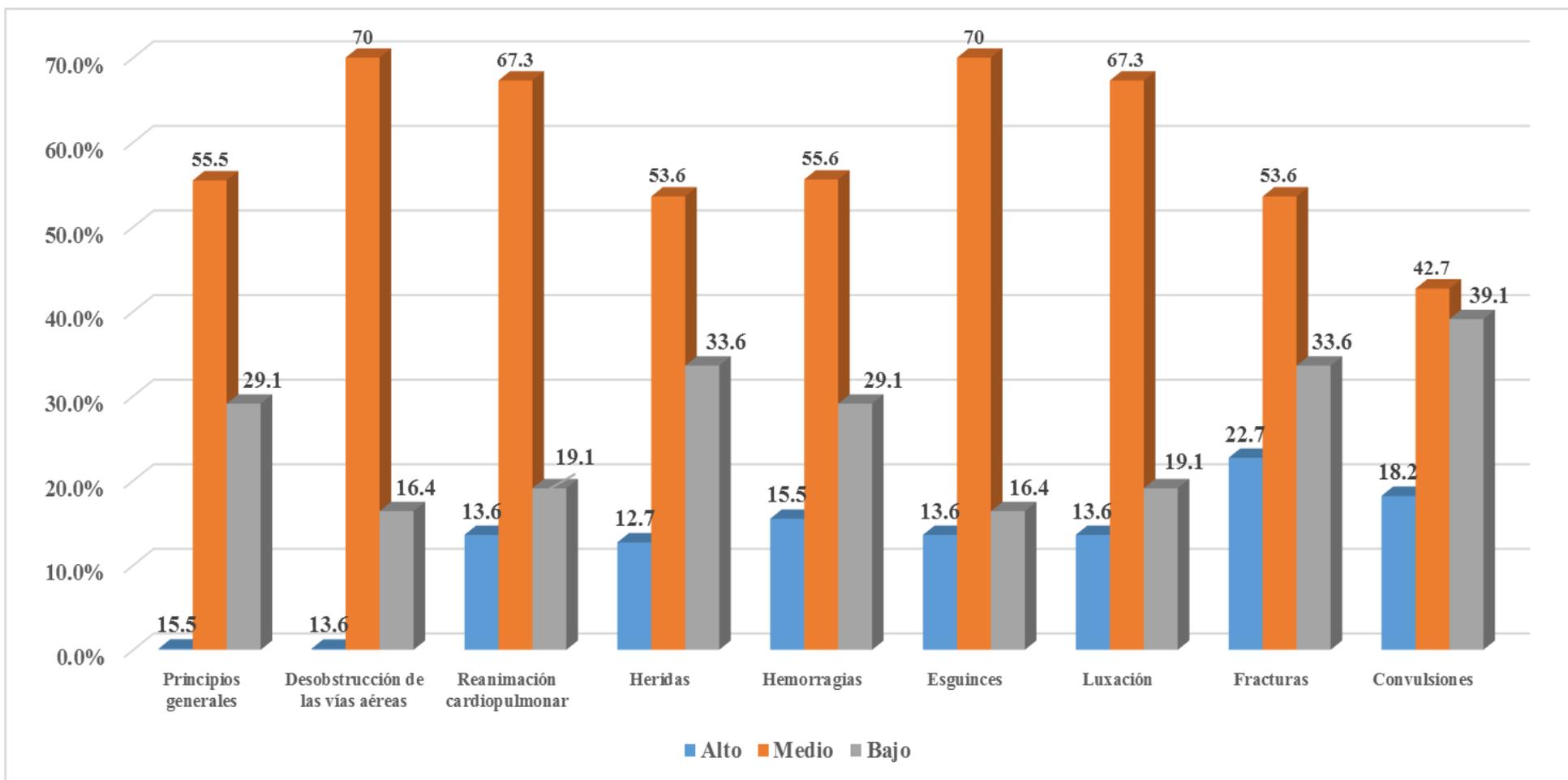
En la tabla/figura 01 se puede observar que del 100%(110) de docentes encuestados, 82.7% (91) presenta conocimiento medio, el 10% (11) conocimiento bajo, mientras que el 7.3% (8) conocimiento alto sobre primeros auxilios.

Tabla 02: Nivel de conocimiento según dimensiones en primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertad-2016.

Niveles Dimensiones	Alto		Medio		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Principios generales	17	15.5	61	55.5	32	29.1	110	100
Desobstrucción de las vías aéreas	15	13.6	77	70	18	16.4	110	100
Reanimación cardiopulmonar	15	13.6	74	67.3	21	19.1	110	100
Heridas	14	12.7	59	53.6	37	33.6	110	100
Hemorragias	17	15.5	61	55.6	32	29.1	110	100
Esguince	15	13.6	77	70	18	16.4	110	100
Luxación	15	13.6	74	67.3	21	19.1	110	100
Fractura	14	22.7	59	53.6	37	33.6	110	100
Convulsiones	20	18.2	47	42.7	43	39.1	110	100

Fuente: Cuestionario formulario sobre primeros auxilios

Figura 02: Nivel de conocimiento según dimensiones en primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Emblemática San Juan de la Libertad-2016.



Fuente: tabla 02

En la tabla/figura 02 se puede observar que del 100% (110) de docentes encuestados, el 55.5% (61) presenta conocimiento medio sobre principios generales, el 29.1% (32) bajo y el 15.5% (17) alto; en cuanto a desobstrucción de las vías aéreas se observó que el 70% (77) presenta un nivel medio, el 16.4% (18) presenta un conocimiento bajo y el 13.6% (15) alto; referente a reanimación cardiopulmonar el 67.3% (74) presenta conocimiento medio, el 19.1% (21) bajo y el 13.6% (15) alto; correspondiente a heridas se encuentra que el 53.6% (59) presenta conocimiento medio, el 33.6% (37) bajo, y el 12.7% (14) alto; en hemorragias se tiene que el 55.6% (61) presenta conocimiento medio, el 29.1% (32) bajo, y el 15.5% (17) alto; en el tema de esguince se encuentra que el 70% (77) presenta conocimiento medio, el 16.4% (18) bajo, y el 13.6% (15) alto; referente a luxación se encontró que el 67.3% (74) presenta conocimiento medio, el 19.1% (21) conocimiento bajo y el 13.6% (15) conocimiento alto; referente a fractura se presenta que el 53.6% (59) presenta conocimiento medio, el 33.6% (37) bajo, y el 22.7% (14) alto; y por ultimo referente a convulsiones se encuentra que el 42.7% (47) presenta un conocimiento medio, el 39.1% (43) bajo y el 18.2% (20) alto.

VI. DISCUSIÓN

Tabla 01 con respecto al nivel de conocimiento que presentan los docentes se obtuvo que del 100% de encuestados, el 82.7% presenta nivel de conocimiento medio sobre primeros auxilios; el 10% conocimiento bajo, mientras que el 7.3% conocimiento alto sobre primeros auxilios; es decir que los docentes mantienen la acción de conocer con una menor medida sobre algunos aspectos de primeros auxilios lo cual nos indica que ante un problema o accidente que podría suscitarse en la institución educativa, los docentes actuarían de forma parcial tomando en cuenta los porcentajes que se obtuvo. Como nos menciona Ramón & Abarca (s.f) que en el nivel de conocimiento medio el hombre no está excepto del conocimiento alto ya que mantiene la acción de conocer con una menor medida con algunos aspectos que podrían ser mínimos ya sea por capacidad de entendimiento y/o aplicación de lo aprendido.

Estos resultados difieren a los encontrados en el estudio realizado por Lagla & Lagla (2013), donde los docentes encuestados presentaban un bajo conocimiento sobre primeros auxilios en diversos tipos de accidentes escolares, seguido de docentes que responden que tienen mucho conocimiento sobre el tema. Así mismo también difiere, con el estudio realizado por Cortes & Rene (2011) donde obtuvieron que el mayor porcentaje de docentes tenían un alto nivel de conocimiento seguido de aquellos que tenían deficiente conocimiento sobre el tema. Ante esto, se puede evidenciar que los docentes de las instituciones educativas pueden presentar algún tipo de conocimiento sobre primeros auxilios, pero no son suficientes para actuar de manera eficiente ante un evento adverso que se presente en la institución poniendo en riesgo la salud y vida de los escolares.

Según el grupo etareo, tal como se observa en el anexo 06, el mayor porcentaje de docentes que presentan nivel de conocimiento medio son aquellos que se encuentran entre los 51-60 años con un 87.6% quienes por los años de experiencia que laboran en una institución educativa les ha ayudado a tener un conocimiento empírico y de esa manera poder brindar primeros auxilios a la persona necesitada; los docentes que se encuentran entre los 20-30 años presentan conocimiento alto con porcentaje de 16.7%, en lo cual se podría deducir que estas personas se encuentran en constante capacitación,

puesto que actualmente el mundo laboral es cada vez más competitivo, y es necesario para su contratación; sin embargo los docentes entre las edades de 41 - 50 años presentan mayor porcentaje en conocimiento bajo con 14.3%, los cuales se podría determinar que por su misma edad y que generalmente ya se encuentran nombrados, ya no presentan el interés por recibir capacitación alguna, y sólo se basarían en los pocos conocimientos empíricos recolectados durante su experiencia laboral; al mismo tiempo se aprecia que la edad con el nivel de conocimiento que pueden presentar los docentes no guarda relación alguna como se puede apreciar en el anexo mencionado.

En relación al sexo, se puede observar que el mayor porcentaje de docentes que tienen conocimiento medio sobre primeros auxilios son del sexo masculino con 85.8%, mientras que el conocimiento alto y bajo mayormente lo presentan las del sexo femenino con 7.4% y 12.9% respectivamente; (Anexo 07); estos resultados difieren con el estudio realizado por Alba (2015) en el cual los docentes de sexo femenino presentan mejor conocimiento sobre primeros auxilios respecto a los del sexo masculino sin embargo se encontró que no existe relación entre el sexo y el nivel de conocimientos. En este sentido se podría afirmar que podrían existir otras variables que estarían determinando los resultados encontrados y que amerita una investigación más profunda en el futuro.

Respecto a la condición laboral, el mayor porcentaje de encuestados que presentan nivel de conocimiento medio y alto son los docentes contratados con 83.4% y 8.3% respectivamente mientras que las personas nombradas la mayoría presentan conocimiento bajo con 10.2%; esto podría referirnos que la importancia de saber sobre este tema se enfoca a que también es considerada en las capacidades de un docente para su contratación en una institución y más aún que en la actualidad se requiere de docentes versátiles con una amplia gama de conocimientos que favorezcan al mejor desempeño de su labor docente (Anexo 08); Así mismo, se puede evidenciar que los docentes del nivel secundario presentan nivel de conocimiento medio y bajo, y los docentes del nivel primario presentan nivel de conocimiento alto (anexo 09); esto se podría dar porque los escolares menores de 13 años son más propensos a sufrir algún tipo de accidentes, por la misma edad en la que se encuentra y el docente debe estar preparado para solucionar cualquier infortunio que se pueda presentar. Al mismo tiempo esto no nos indica que la condición laboral o en el nivel en el que labora los docentes tenga relación con su nivel

de conocimiento, ya que este es un atributo humano e imprescindible como lo menciona Florida. (2003), y así mismo es el desarrollo que realiza el hombre para aprender su mundo y realizarse como individuo (Ramírez, 2009)

En el estudio realizado por Abrales & Ortin (2010) encontró que el mayor porcentaje de docentes han recibido algún curso de formación referente a primeros auxilios; estos resultados difieren de los encontrados en el presente estudio, donde la mayoría de los docentes de la Institución Educativa “San Juan de La Libertad” no han recibido capacitación alguna sobre primeros auxilios. Pero si, se encontró estudios con resultados similares, como es el caso de Alba (2015) que encontró que más de la mitad de la población objeto de estudio no ha recibido capacitación, mientras que el 46.7% si lo hizo en algún momento de su carrera. Ramírez (2009) reafirma que el porcentaje de docentes que, si llegaron a recibir alguna capacitación durante su vida, están realizando conocimientos científicos porque sigue investigando para su mejor comprensión de las circunstancias y así explorar una manera nueva de conocer. Asimismo, el estudio de Cortez & Rene (2011), muestra que el 72% no ha recibido capacitación sobre primeros auxilios frente a un 20% que si lo ha recibido y ante un 8% que no sabe ni responde. En el estudio que de Lagla & Lagla (2013) tuvieron como resultado que el 76% a veces recibe capacitación, el 12% siempre se capacitan y un 12% nunca se han capacitado; estos últimos estudios coinciden con lo encontrado ya que se aprecia que el 90% de docentes no ha recibido capacitación frente a un 10% que si ha recibido (Anexo 10).

Tomando en cuenta a Dewey (2001) quien refiere que el conocimiento se puede dar de dos maneras el conocer empírico y el racional superior; siendo la primera la conexión con los asuntos cotidianos que no persigue fines intelectuales especializados; mientras, que el conocimiento racional se supone que es algo que toca a la realidad de un modo último e intelectual y no basándose a la conducta. Al respecto se puede concluir que la necesidad de que el personal docente presente mayor interés y compromiso en relación en primeros auxilios es de suma importancia, ya que teniendo competencia sobre gestión del cuidado se logrará salvar la vida de las personas cuya vida se encuentra en peligro de muerte.

Tabla 02 referente al nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según las dimensiones: principios generales, desobstrucción de las vías aéreas, reanimación cardiopulmonar, heridas, hemorragia, esguince, luxación, fractura y convulsiones, se evidencia que la gran mayoría de los docentes presentan nivel de conocimiento medio, en un 55.5%, 70%, 67.3%, 53.6%, 55.6%, 70%, 67.3%, 53.6%, 42.7% respectivamente.

Estos resultados encontrando presentan cierta coincidencia con el estudio realizado por Ríos (2011) en el cual sus resultados fueron: que el 70% tenían conocimientos sobre convulsiones, y en promedio el 18% manifestaron conocer sobre heridas, asfixia, hemorragia, quemaduras y fracturas; habiéndose observado que después de la ejecución del programa educativo los docentes evidenciaron conocimientos de un 100% sobre heridas, fracturas y convulsiones, y en promedio un 90% sobre quemaduras, hemorragias y asfixia; mientras que en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad” se observa que 42.7% presenta conocimiento medio sobre convulsiones; y el 53.6%, 55.6% y el 53.6% presentan conocimiento medios sobre herida, hemorragias y fracturas respectivamente.

Considerando de esa manera a Guadalupe (2011) quien refiere que los primeros auxilios son medidas terapéuticas urgentes que se aplica a las víctimas de accidentes o enfermedades repentinas hasta disponer de tratamiento especializado, teniendo así como propósito evitar el agravamiento del estado de salud; mientras que Moline & Sole (2014) refiere que una obstrucción de las vías aéreas impide que la sangre de nuestro organismo reciba el oxígeno necesario para alimentar los tejidos, lo que implica la muerte de los mismos. Teniendo en cuenta estos argumentos y sabiendo que del 100% de docentes encuestados el 70% presente conocimiento medio sobre desobstrucción de las vías aéreas, 16.4% bajo y el 13.6% alto. Se puede afirmar que los docentes deberían presentar más interés por el tema tratado, porque es uno de los accidentes que se presenta con mayor frecuencia; y con una adecuada y rápida actuación se puede salvar la vida de la persona

Así mismo Lexus (2005) refiere que la parada cardiorrespiratoria consiste en la interrupción brusca e inesperada y potencialmente reversible de la respiración y la circulación Para ello la actuación rápida definirá la vida de la persona accidentada,

teniendo de conocimiento que la falta de circulación y oxigenación en el cuerpo puede conllevar a la muerte. En el estudio de Zuriñe & Zaloa (2017) en su estudio realizado muestra que el 62.6% de su población objeto de estudio presentó conocimiento deficiente, presentando cierta similitud con este trabajo, ya que los docentes de la institución educativa San Juan de la Libertad presentaron conocimiento medio de 67.3%, bajo de 19.1% y alto con 13.6%.

Considerando que las emergencias son eventos inesperados, imposibles de predecir y de anticipar, frente a los cuales debemos estar preparados para reaccionar de la mejor manera. Ante un acontecimiento súbito en el cual se encuentren en riesgo la vida o la integridad de una persona o de alguno de sus órganos o extremidades, el tiempo de reacción y atención son fundamentales. Conscientes de que parte de nuestra naturaleza humana nos lleva a ayudar a quien se encuentra enfermo o en riesgo de muerte inminente, por ello es importante realizar capacitaciones e implementación de los recursos necesarios y adecuados en las instituciones educativas para que el docente pueda tomar decisiones más acertadas y actuar con mayor responsabilidad y seguridad en beneficio de las personas. Así también considerar a enfermeras para trabajos de prevención en las instituciones educativas y capacitación en las mismas.

VII. CONCLUSIONES

Se arribó a las siguientes conclusiones:

- La gran mayoría de los docentes de la Institución educativa San Juan de la Libertad presentan un nivel de conocimiento medio con tendencia a bajo.
- En las dimensiones: principios generales, maniobra de desobstrucción de las vías aéreas, reanimación cardiopulmonar, heridas, hemorragias, esguince, luxación, fractura y convulsiones; los docentes presentan conocimientos de nivel medio.
- Más de la mitad de los docentes según grupo etario presentan conocimientos medios con tendencia a bajo.
- Proporcionalmente los docentes de ambos sexos perciben conocimientos medios con tendencia a bajo, y sólo un pequeño porcentaje presenta conocimiento alto.
- Según la condición laboral los docentes presentan conocimientos medios en mayor porcentaje seguido de bajo y alto.
- De acuerdo al nivel educativo que laboran los docentes el porcentaje que más prevalece es del nivel medio.
- De toda población objeto de estudio son pocas las personas que, si han recibido en algún momento capacitación sobre primeros auxilios, y a pesar de eso el nivel que más predomina es el medio.

VIII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Educación

- Capacitar sistemáticamente a los docentes en primeros auxilios para promover y educar con más frecuencia enfatizándose en el tema de primeros auxilios, incentivando de esa manera a poder capacitar de manera anual y así actualizarse y poder actuar de manera correcta.
- Impulsar programas educativos sobre primeros auxilios.

A la Dirección Regional de Educación

- Capacitar a los profesionales docente en los diferentes lugares del departamento sobre aspectos preventivos en accidentes en la Instituciones Educativas y que se suministre información más completa, dando enfoque relevante a la educación y práctica de primeros auxilios.

A la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad” – Chachapoyas

- Brindar programas educativos informativos sobre primeros auxilios en esta institución, presentando mayor énfasis en los principales accidentes que se pueda observar y las acciones adecuadas que se debería realizar.
- Ejecutar un programa educativo sobre primeros auxilios, de esa forma se permita el óptimo desenvolvimiento del personal de salud sobre estos temas, a fin de poder brindar la educación adecuada a los docentes de la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la libertad” en relación a primeros auxilios

A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza

- Que en la experiencia curricular de promoción de la salud y enfermería comunitaria prioricen temas sobre actividades preventivas en las instituciones enfocando a primeros auxilios.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraldes, J. & Ortín, A. (2010). Conocimientos en primeros auxilios de los profesores de educación física en E.S.O. *Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, vol. 10(38), pp 271-283.
- Alba, R. (2015). Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente ambiente escolar. *Enfermería Universitaria*, vol. 12(2), pp 88-92.
- Arriaga, P., Martínez, J. y Sánchez, C. (2013). *Primeros auxilios*. España. 1ra edición. Ediciones Paraninfo, SA.
- Canales. F. (1994). *Metodología de la investigación* (2da Ed). España, Ed. Limusa S.A.
- Cortez, M. & René, E. (2011). *Conocimiento de los docentes sobre primeros auxilios en las escuelas* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Cuyo – Sede San Martín. Perú.
- Dewey, J. (2001). *Democracia y educación* (4ta. ed.). ESSUU, Editorial Morata.
- Fontana, M. (2006). *la competencia del profesor de educación física en primeros auxilios*. Título para obtener el grado de licenciado en educación física. Universidad Abierta Interamericana. Santa Fe, Argentina.
- Florida, M. (2003). *Epistemología: Enfoque Reconstructivo*. (S. Ed), Perú, (s, Ed).
- Guadalupe, M. (2011). *Manual de primeros auxilios texto elemental*. Cusco-Perú. Ediciones e impresiones Dany
- Kant, E. (1804). *Teoría del conocimiento*. México. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/448/3>
- Lagla, W. & Lagla, M. (2013). *Elaboración de un manual de primeros auxilios, para la Capacitación de los docentes frente a los diversos tipos De accidentes escolares que sufren las niñas de la Escuela “Manuel Salcedo”, cantón Latacunga* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Cotopaxi. Latacunga – Ecuador.
- León, C. (2008). *Enfermería en urgencias*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Lexus. (2005). *Manual de enfermería*. Colombia. Lexus Editores.
- Lexus. (1998). *Diccionario enciclopédico*. España. Ediciones Trebol, S.L.
- Migoyan, M., Rivera, M., Crespo, F. y Martínez, G. (2013). *Primeros auxilios*. España. Edición Paraninfo, S.A.

- Moraleta, L. (2013). *Nivel de conocimientos en primeros auxilios de los maestros de colegios públicos de educación infantil y primaria de Toledo*. recuperado de https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjx8byirOHXAhVCTt8KHVIZAAa0QFggkMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fabulacongress.es%2Fcertamenraquel%2Fimagenes%2FPdfTrabajos%2F01.pdf&usg=AOvVaw2f84ec1dQ_6Q27aEKDdc-N
- Náyede, M. (2011). *Manual de primeros auxilios*. Recuperado de <http://vidauniversitaria.uc.cl/liderazgoestudiantil/documentos/documentos/manual%20de%20primeros%20auxilios.pdf>
- Perez, M., Hernandez, E. y Barranco, A. (2017). *Manual de primeros auxilios*. Madrid. EDITORIAL CEP S.L.
- Ramírez, A. (2009). *La teoría del conocimiento en investigación gacioncientifica: una visión actual.S.I*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe7pdf/afm/v70n3/allv70n3.pdf>
- Ramón, R & Abarca, F. (s, F). *El conocimiento, S, I*. Recuperado de <http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf>.
- Ríos, R (2011). *Efectividad de un programa educativo “Pensando y actuando” en los conocimientos de los docentes de niños especiales sobre primeros auxilios en el Centro de Educación Básica Especial Reverenda Madre Mariana Carrigan. San Juan de Miraflores. 2010* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.
- Rueda, S. (2011). *Conceptos básicos en investigación. S. I*. Recuperado de <https://investigarl.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pd>.
- Santora, A. & Finucane, B. (1989). *Principios de atención de vías respiratorias*. Mexico, D.F. Editorial El Manual Moderno, S.A.
- Supo J. (2015). *Seminario de la investigación científica. 2ª edición*. PERÚ. Create space independet. Perú.
- Universidad Alfonso X el Sabio. (2015). *Día mundial de los primeros auxilios, la importancia de saber reaccionar*. Recuperado de

<http://www.uax.es/blogs/uaxblog/dia-mundial-de-los-primeros-auxilios-la-importancia-de-saber-reaccionar/>

Zuriñe, G & Zaloa, V. (2017). Análisis del Grado de Formación en Primeros Auxilios del Profesorado en Activo de Educación Infantil y Primaria. *Formación Universitaria*, vol.10 no.2

ANEXOS

ANEXO 01
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Categorización		Escala
						Dimensión	Variable	
Nivel de Conocimiento sobre Primeros Auxilios	El conocimiento nos indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia, esta se origina a través de la percepción sensorial	Es un conjunto de conocimientos que poseen los docentes acerca de primeros auxilios sobre la importancia y la práctica que tiene para actuar frente a	Principios Generales	<ul style="list-style-type: none"> • PAS • Situación del accidentado • Cuidados • Precauciones 	5	Alto= 4-5 Medio = 2-3 Bajo= 0-1	Alto = 24-37 Medio =	Para medir la variable se utilizará la escala: Ordinal Para evaluar los ítems, se utilizará la escala dicotómica de
			Maniobra de desobstrucción de las vías aéreas	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción de las vías aéreas • Signos y síntomas • Maniobra de Heimlich 	7	Alto= 6-7 Medio = 3-5 Bajo= 0-2		

<p>, luego al entendimiento y finaliza en la razón. Mientras que los primeros auxilios son los cuidados o ayuda inmediata, adecuada y necesaria que se le da a una persona que ha sufrido un accidente, enfermedad; hasta la llegada de un</p>	<p>un accidente.</p>	<p>Reanimación cardiopulmonar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RCP • estado de conciencia signos y síntomas • Maniobra de RCP 	6	<p>Alto= 5-6</p> <p>Medio= 3-4</p> <p>Bajo= 0-2</p>	<p>11-23</p> <p>Bajo =0-10</p>	<p>distorsión. a) b) c) d) e) donde una de las alternativas (V) y las demás son (F) con un valor de: V=1 F=0</p>
		<p>Heridas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de heridas • Tratamiento de heridas • Causas 	4	<p>Alto= 4</p> <p>Medio= 2-3</p> <p>Bajo= 0-1</p>		
		<p>Hemorragias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de hemorragias • Tratamiento de hemorragias 	4	<p>Alto= 4</p> <p>Medio= 2-3</p> <p>Bajo= 0-1</p>		
		<p>Esguince</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Tratamiento 	3	<p>Alto= 3</p>		

	médico o profesional paramédico		<ul style="list-style-type: none"> • Grados 		Medio = 2 Bajo = 0-1		
		Luxación	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Tratamiento 	2	Alto = 2 Medio = 1 Bajo = 0		
		Fractura	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Tratamiento • Tipos de fracturas 	3	Alto = 3 Medio = 2 Bajo = 0-1		
		Convulsiones	<ul style="list-style-type: none"> • Que es convulsión • signos y síntomas • tratamiento de convulsión 	3	Alto = 3 Medio = 2 Bajo = 0-1		

ANEXO 02
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO METODOLÓGICO
<p>Conocimiento sobre primeros auxilios en docentes, institución educativa emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas - 2017</p>	<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios en docentes, Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2017. <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a la población objeto de estudio. • Identificar el nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según dimensiones: principios generales, maniobra de desobstrucción de las vías aéreas, reanimación cardiopulmonar, heridas, hemorragias, esguinces, luxaciones, fracturas y convulsiones. 	<p>TIPO Y DISEÑO</p> <p>El presente estudio será de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; según la intervención del investigador será de tipo observacional; en cuanto a la planificación de toma de datos será de tipo prospectivo; según el número de ocasiones en que mide la variable será de estudio transversal; según el número de variables de interés será de análisis estadístico descriptivo simple (Supo, 2015, pp. 6-13).</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Descripción del instrumento:</p> <p>Para la recolección de datos se utilizó la encuesta sobre primeros auxilios elaborado por la investigadora, constituido por 9 dimensiones con un total de 37 ítems: principios generales (1-5), maniobra de desobstrucción de las vías aéreas (6-12), reanimación cardiopulmonar (13-18), heridas (19-22), hemorragias (23-26), esguinces (27-29), luxaciones (30-</p>

		<p>31), fracturas (32-34) y convulsiones (35-37).</p> <p>Así mismo para evaluar los ítems se utilizó la escala dicotómica de distorsión con respuestas múltiples: a, b, c, d, e de las cuales unas de ellas fueron verdaderas (V) y las demás falsas (F) cuyo valor tuvo V= 1 y F= 0</p> <p>Para mediar la variable en estudio se utilizó la escala ordinal según las categorías:</p> <p>Nivel alto= 24-37 Nivel medio= 11-23 Nivel bajo= 0-10</p> <p>.</p>
--	--	---

ANEXO 03



UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA- AMAZONAS



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS

I. PRESENTACIÓN

En esta oportunidad me dirijo a su persona para realizarle un cuestionario acerca de primeros auxilios. Dándole seguridad que la información brindada es totalmente confidencial y anónima y con fines de investigación.

II. INSTRUCCIONES

Marque con una X la respuesta correcta, pidiéndole ser lo más veraz posible

III. DATOS GENERALES

Edad:

Sexo: F () M ()

Condición laboral: Contratado () Nombrado ()

Nivel educativo que labora: Primaria () secundaria ()

Ha recibido alguna vez capacitación sobre primeros auxilios: Si () No ()

IV. DATOS ESPECÍFICOS

PAUTAS Y PRECAUCIONES GENERALES DE PRIMEROS AUXILIOS

1) ¿Qué significan las siglas P.A.S?

- a) Prevenir, animar y socorrer.
- b) Prevenir, alertar y socorrer.
- c) Proteger, alertar y socorrer.
- d) Proteger, animar y socorrer.

- e) Prevenir, animar y socorrer.
- 2) ¿Qué significa las siglas C.A.B?**
- a) Calmar, ayudar, buscar.
 - b) Calmar, abrir, buscar.
 - c) Circulación, aire, respiración.
 - d) Circulación, abrir, buscar.
 - e) Circulación, ayudar, respiración.
- 3) Que precaución se debe tener en cuenta en primeros auxilios:**
- a) Evitar movimientos innecesarios.
 - b) Mediar al accidentado.
 - c) Moverlo a cada momento.
 - d) Hacer comentarios sobre su estado.
 - e) Si esta desvestido, tratar de ponerle ropa.
- 4) Al paciente se debe proteger para:**
- a) Evitar rumores de la gente.
 - b) Que su salud se agrave.
 - c) Evitar que la gente se acumule.
 - d) Que se produzcan más accidentes.
 - e) Que se agraven los hechos.
- 5) En primeros auxilios no se debe realizar:**
- a) Aflojar la ropa del accidentado.
 - b) Movimientos innecesarios.
 - c) Comunicarse constantemente con la víctima.
 - d) Determinar posibles riesgos.
 - e) Cubrir al accidentado para mantener su temperatura.

DESOBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

- 6) Ante una situación de atragantamiento con líquido y la víctima respira y tose, se debe:**
- a) Animar a la víctima a seguir tosiendo.
 - b) Acostar a la víctima.

- c) Realizar la maniobra de Heimlich.
- d) Tumbarse a la víctima en el suelo e iniciar RCP.
- e) Decirle que ya no tosa.

7) ¿En qué consiste la maniobra de Heimlich?

- a) En presionar el tórax para comprimir los pulmones y que estos contengan el aire, con el fin de retener el objeto que obstruye.
- b) En realizar una secuencia de masajes mientras se obstruyen las vías de salida del aire.
- c) En presionar la zona entre el ombligo y el esternón, para que se expulse fuertemente el aire contenido, con el fin de empujar hacia el exterior el objeto que obstruye.
- d) En presionar el tórax y realizar una secuencia de masajes.
- e) En realizar masajes en el tórax para comprimir los pulmones.

8) La maniobra de Heimlich se realiza mediante compresiones bruscas en:

- a) Tórax.
- b) Apófisis Xifoide (parte baja del esternón).
- c) Esternón.
- d) Epigastrio (parte superior del estómago).
- e) Reborde Costal.

9) ¿En cuál de las siguientes situaciones debe aplicarse la maniobra de Heimlich?

- a) Cuando la víctima está inconsciente y no respira.
- b) Cuando la víctima está consciente y no respira.
- c) Cuando la víctima está consciente y respira con dificultad.
- d) Cuando la víctima está inconsciente y respira.
- e) Cuando la víctima está inconsciente y respira con dificultad.

10) ¿Qué fin tiene la maniobra de Heimlich?

- a) Recuperar las constantes vitales.
- b) Recuperar el pulso.
- c) Empujar al exterior el objeto que obstruye.
- d) Obstruir las vías aéreas.
- e) Empujar al interior el objeto que obstruye.

11) ¿Cuál es la diferencia de una obstrucción parcial y una obstrucción total?

- a) En la obstrucción total la persona respira y en la parcial la persona no respira.

- b) En la obstrucción total la persona no respira y en el parcial la persona respira.
- c) En la obstrucción total la persona respira y en la parcial la persona respira.
- d) En la obstrucción total la persona no respira y en la parcial la persona no respira.
- e) En la obstrucción total y en la parcial no hay peligro.

12) ¿Cómo se realiza la apertura de las vías aéreas?

- a) Se retira cuerpos extraños de la boca del paciente.
- b) Se le sacude al paciente.
- c) Se le sienta al paciente.
- d) Se le hace que tosa al paciente.
- e) Se golpea la espalda del paciente

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

13) ¿Qué significa R.C.P?

- a) Reanimación cardiopulmonar.
- b) Resucitación cardiaca.
- c) Resucitación corporal posicional.
- d) Reanimación cardiaca pulmonar.
- e) Reanimación corporal pulmonar.

14) ¿Qué es la reanimación?

- a) Es el conjunto de maniobras que se realizan para asegurar el aporte de sangre oxigenada al cerebro cuando fallan los mecanismos naturales.
- b) Es la exploración de las constantes vitales con el fin de detectar su presencia, sin entretenernos en cuantificar. Se realizará siempre de manera rápida y sistemática.
- c) Es el conjunto de maniobras que se realizan para asegurar el aporte de sangre oxigenada al cerebro y oxígeno a los pulmones.
- d) Es un conjunto de maniobras que ayuda a mejorar la respiración.
- e) Conjunto de maniobras que ayuda a explorar las constantes vitales, con el fin de detectar su presencia.

15) ¿En qué consiste el masaje cardiaco?

- a) En hacer que el corazón vuelva a latir comprimiendo el pecho.
- b) En hacer que el corazón vuelva a latir comprimiendo el corazón entre el esternón y la columna vertebral cargando nuestro peso sobre la víctima.

- c) En comprimir el corazón entre el esternón y la columna vertebral cargando nuestro peso sobre el esternón de la víctima, y el corazón lata.
- d) En hacer que el pulmón brinde oxígeno.
- e) En comprimir el corazón y así la respiración se normalice.

16) ¿Cuándo se realiza la maniobra de reanimación?

- a) Cuando detectamos ausencia de constantes vitales (pulso y respiración).
- b) Cuando detectamos ausencia de conocimiento.
- c) Cuando detectamos ausencia de respiración.
- d) Cuando detectamos la ausencia de cualquier constante vital.
- e) Cuando detectamos ausencia de pulso.

17) ¿Por qué no se debe realizar la reanimación sobre una persona que respire o tenga pulso?

- a) Puede ser fatal y provocar una fractura en el esternón.
- b) Puede producir heridas irreversibles.
- c) Puede ser fatal acarreado lesiones internas graves e incluso la muerte.
- d) Puede lastimas el corazón.
- e) Puede fracturar las costillas.

18) Cada ciclo de reanimación con un socorrista se compone de:

- a) 2 insuflaciones y 15 masajes.
- b) 1 insuflación y 5 masajes.
- c) 2 insuflaciones y 4 masajes.
- d) 1 insuflacion y 4 masajes.
- e) 4 insuflaciones y 15 masajes.

HERIDAS

19) ¿Cuáles son los tipos de heridas?

- a) Punzante y abierta.
- b) Cerrada y cortante.
- c) Cerradas y abiertas.
- d) Abrasivas, laceraciones, punzantes y cortantes.
- e) Abiertas y punzantes.

20) ¿Cómo se tratan las heridas?

- a) Se deja que siga saliendo la sangre.
- b) Se utiliza remedios caseros para curar.
- c) Realizando presión y limpiando la zona afectada.
- d) Se deja la ropa para que tape la herida.
- e) Se usa antibióticos al instante.

21) Las heridas deben:

- a) Lavarse bien con agua y jabón.
- b) Cubrirse con algodón, para evitar que se puedan infectar.
- c) Lavarse con algodón para desinfectar bien.
- d) Colocarle una crema para curar.
- e) Colocarle crema y colocarle un algodón para proteger

22) ¿Cuáles son las causas que puede complicar la evolución de la herida?

- a) Desnutrición u obesidad
- b) Buenos hábitos de higiene
- c) Posición del paciente
- d) Forma de hablar del paciente
- e) Comprensión hacia el paciente.

HEMORRAGIAS

23) ¿Cuáles son los tipos de hemorragias?

- a) Internas y abiertas
- b) Externas y abiertas
- c) Internas y externas
- d) Arterial y externa
- e) Interna y venosa

24) ¿Cómo se tratan las hemorragias de los vasos capilares?

- a) Realizar presión directa durante 5 a 10 minutos.
- b) Dejar que salga la sangre.
- c) Utilizar el torniquete.
- d) Se usa pomadas para evitar el sangrado.
- e) Si tiene objeto incrustado se lo retira y se hace presión.

25) En una hemorragia arterial de un miembro, debemos comprimir por:

- a) Debajo de la herida.
- b) Encima de la herida.
- c) Encima y debajo de la herida.
- d) Le taponearemos y le vendaremos.
- e) Debajo y vendar.

26) ¿Cuáles son los tipos de hemorragias según vasos sanguíneos?

- a) Arterial, venosa y externa
- b) Arterial, capilar y venoso
- c) Venoso, interno y capilar
- d) Capilar, interno y venoso
- e) Arterial, capilar, venoso, interno

ESGUINCE

27) ¿Qué es un esguince?

- a) Es la separación permanente de las superficies articulares.
- b) Es el estiramiento o ruptura de los ligamentos.
- c) Es la separación momentánea de las superficies óseas.
- d) Es la separación de las articulaciones con los ligamentos.
- e) Es la ruptura de los ligamentos y las articulaciones.

28) Primeros auxilios para un esguince:

- a) No moverlo ni elevar la articulación afectada, sólo ponerle hielo.
- b) Determinar el alcance de las lesiones.
- c) Inmovilizar la articulación afectada mediante un vendaje compresivo. Elevar el miembro afectado y mantenerlo en reposo. Aplicar frío local.
- d) Movilizar la articulación hasta que desinflame.
- e) Aconsejar al paciente que trate de usar la zona afectada.

29) El grado de gravedad de la ruptura del ligamento son:

- a) Leve, moderado, intenso
- b) Grado I, grado II y grado III
- c) Leve, medio, grave
- d) Leve, mediana gravedad, muy grave
- e) Grado I, grado I.I, grado II

LUXACIÓN

30) ¿Qué es una luxación?:

- a) Es la separación de los huesos donde se encuentran en una articulación.
- b) Es la separación momentánea de las superficies articulares.
- c) Es la separación momentánea de las superficies óseas.
- d) Es la separación de las superficies óseas de los ligamentos.
- e) Es la pérdida de elasticidad de los ligamentos.

31) Primeros auxilios para una luxación:

- a) Inmovilizar la zona afectada.
- b) Inmovilizar la articulación afectada tal y como se encuentre.
- c) Inmovilizar el hueso y colocar compresas de hielo.
- d) Vendar la articulación afectada.
- e) Colocar crema y vendar zona afectada.

FRACTURA

32) ¿Qué es una fractura?

- a) Es la pérdida de continuidad del hueso.
- b) Separación momentánea de las superficies articulares.
- c) Es la separación del hueso y de la articulación.
- d) Es la separación de los ligamentos y los huesos.
- e) Es la pérdida continua de los ligamentos.

33) ¿Qué no se debe hacer en caso de fractura?

- a) Explorar la inmovilidad, sensibilidad y pulso dístales.
- b) Movilizar al accidentado, si no es necesario.
- c) Inmovilizar el foco de la fractura.
- d) No tratar de acomodar e hueso roto.
- e) Cubrir la herida con una gasa.

34) ¿Cuáles son los tipos de fractura?

- a) Fractura espontanea, simple, con hundimiento, de tallo verde, impactada.
- b) Fractura de tallo verde, fuerte, impactada, con hundimiento.
- c) Fractura espontanea, simple, compleja, tallo verde, con hundimiento
- d) Fractura simple, con hundimiento, tallo verde, leve, espontanea.

CONVULSIÓN

35) ¿Qué son las convulsiones?

- a) Son contracciones repentinas, voluntarias y enérgicas de los nervios.
- b) Contracciones repentinas, involuntarias y enérgicas de los músculos.
- c) Son contracciones repetidas, voluntarias de los músculos.
- d) Son contracciones repetidas, involuntarias de los nervios.
- e) Son contracciones repentinas, involuntarias de los nervios.

36) ¿Cuáles son los síntomas de una convulsión?

- a) Inconciencia, mordedura de lengua, salida de saliva por la boca
- b) Inconciencia, salida espontánea de orina, buena respiración
- c) Conciencia, quejidos, mordedura de lengua
- d) Conciencia, contracción muscular, mordedura de lengua.
- e) Inconciencia, buena respiración, mordedura de lengua.

37) Primeros auxilios en una convulsión. Marcar lo incorrecto

- a) Evitar rodear a la víctima.
- b) Aflojar la ropa de la víctima.
- c) Inmovilizar las extremidades.
- d) Abrigar al culminar la convulsión.
- e) Evitar que la persona se mueva.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 04

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento, al 0.05 de significancia estadística.

A) PRUENA BINOMIAL

1) Hipótesis estadística

H₀: P=50% versus **H_a:** P>50%

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La hipótesis alternativa (H_a) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces a opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “**adecuado**” o “**inadecuado**”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha=0.05$ (5%); $(1-\alpha)=\gamma=0.95$ (95%)

3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con
 $n=5$ y $P=0.50$ (50%)

4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor
 $P0 P [X \geq x \text{ cuando } P= 0.50]$ es menor que $\alpha=0.05$.

5) Valor calculado (VC)

$$P=P [X \geq x \text{ cuando } P=0.05] = \sum_{k=x}^5 C^5_k (0.5)^k (0.5)^{5-k}$$

El cálculo de esta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial. V.C= **7.1356**

Decisión estadística

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de $\alpha=0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de a decisión se tiene en la (columna 7) de la tabla.

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	5	100	0	0	0.03125	*
4	5	100	0	0	0.03125	*
5	5	100	0	0	0.03125	*
6	5	100	0	0	0.03125	*
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	5	100	0	0	0.03125	*
TOTAL	50	100	0	0	7.1356	*

Fuente: **Apreciación de los expertos**

* : Significa (P<0.05)

** : Altamente significativa (P<0.01)

B) PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES

1) Hipótesis estadística

HO: P=50% versus **Ha:**P>50%

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (**Ha**) indica que el instrumento de medición es válido, entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados debe ser mayor que el 50%, ya que la calidad del ítem se establece como “**adecuada: Si**” o “**inadecuada: No**”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha=0.05$ (5%); $(1-\alpha)=\gamma=0.95$ (95%)

3) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “valido” y “no valido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuesta) es 50, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

$$Z = \frac{p - P}{\sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}} \quad N(0,1)$$

Donde:

Z = se distribuye como una distribución normal estandarizada como media 0 y varianza 1

p = es el porcentaje de respuesta de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

n = es el número de jueces consultados (muestra)

4) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal $VT=1.6449$

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/Ho) y aceptación (RA/Ho) de la hipótesis nula es: Al 5% $RR/Ho: VC>1.6449$; $RA/Ho: VC<1.6449$.

5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de: $N=50$, $P=50\%$ y $p=100\%$. De donde resulta que: **$VC=7.1356$**

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ($VC= 7.1356$) con el valor teórico ($VT=1.6449$) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística.

- **Entonces el $VC=7.1356 > VT=1.6449$**
- **Con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.**

INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS

Matriz de respuesta de los profesionales consultados sobre el instrumento de medición (juicio de expertos)

ITEM	EXPERTOS					TOTAL
	1	2	3	4	5	
01	1	1	1	1	1	5
02	1	1	1	1	1	5
03	1	1	1	1	1	5
04	1	1	1	1	1	5
05	1	1	1	1	1	5
06	1	1	1	1	1	5
07	1	1	1	1	1	5
08	1	1	1	1	1	5
09	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5

Respuesta de los profesionales: 1=Si, 0=No

EXPERTOS

Experto 1: Lic. Enf. María Esther Saavedra Chinchayan

Docente de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza

Experto 2: Mg. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres

Docente de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza

Experto 3: Lic. Enf. Marlith Aguilar Caman

Encargada del área de epidemiología del HRVF-CH

Experto 4: Lic. Enf. Nanie Tinoco

Encargada del área de epidemiología de Essalud

Experto 5: Lic. Enf. Rosario Bazán Collantes

Encargada del área de CRED del P.S Higos Urco

ANEXO 05

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

La confiabilidad del instrumento de medición (fiche de cuestionario) se establece a través de la fórmula de Split Halves.

Para hallar la máxima confiabilidad se utiliza la fórmula de Spearman Brown.

El Split Halves, se obtiene en base a las varianzas individuales de los reactivos y a la varianza de la puntuación total de la prueba de impares y pares. Este se calcula con la fórmula:

Fórmula: Split Halves

$$r_{ip} = \frac{n\Sigma IP - \Sigma I(\Sigma P)}{\sqrt{[(n\Sigma I^2 - (\Sigma I)^2) [(n\Sigma p^2 - (\Sigma p)^2]}}$$

Luego de aplicar la formula se obtuvo: $r_{ip} = 0.81698$

Máximo valor calculado de la confiabilidad

$$R_{ip} = \frac{2 (r_{ip})}{1 + r_{ip}} = \text{Spearman Brown}$$

Aplicando la formula el valor de la confiabilidad del instrumento de medición es:

$R_{ip} = 0.895$

Obteniéndose de esta manera una fuerte confiabilidad.

ANEXO 06

Tabla N° 03: Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según edad de los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.

Edad	Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
20-30 años	2	11.1	13	72.2	3	16.7	18	100
31-40 años	1	3.7	22	81.5	4	14.8	27	100
41-50 años	7	14.3	42	85.7	0	0	49	100
51-60 años	1	6.2	14	87.6	1	6.2	16	100
Total	11	10	91	82.7	8	7.3	110	100

$\chi^2_c = 10.44 \wedge GL= 6 \wedge p = 0.10 > \alpha = 0.05$

ANEXO 07

Tabla N° 04: Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según sexo de los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.

Sexo	Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Femenino	7	12.9	43	79.7	4	7.4	54	100
Masculino	4	7.1	48	85.8	4	7.1	56	100
Total	11	10	91	82.7	8	7.3	110	100

$\chi^2_c = 1.057 \wedge GL = 2 \wedge p = 0.59 > \alpha = 0.05$

ANEXO 08

Tabla N° 05: Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según condición laboral de los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.

Condición Laboral	Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Contratado	1	8.3	10	83.4	1	8.3	12	100
Nombrado	10	10.2	81	82.7	7	7.1	98	100
Total	11	10	91	82.7	8	7.3	110	100

$\chi^2_c = 0.059 \wedge GL = 2 \wedge p = 0.97 > \alpha = 0.05$

ANEXO 09

Tabla N° 06: Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según el nivel educativo en el que laboran los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.

Nivel Educativo que Labora	Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Primaria	5	9.8	42	82.4	4	7.8	51	100
Secundaria	6	10.2	49	83.1	4	6.7	59	100
Total	11	10	91	82.7	8	7.3	110	100

$\chi^2 = 0.048 \wedge GL = 2 \wedge p = 0.97 > \alpha = 0.05$

ANEXO 10

Tabla N° 07: Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios según capacitación recibida por los docentes encuestados sobre primeros auxilios en la Institución Educativa Emblemática “San Juan de la Libertad”- Chachapoyas 2016.

Capacitación recibida	Nivel de conocimiento sobre primeros auxilios							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Si	1	9.1	10	90.9	0	00	11	100
No	10	10.1	81	81.8	8	8.1	99	100
Total	11	10	91	82.8	8	7.2	110	100

$$x_c^2 = 0.99 \wedge GL= 2 \wedge p = 0.60 > \alpha = 0.05$$