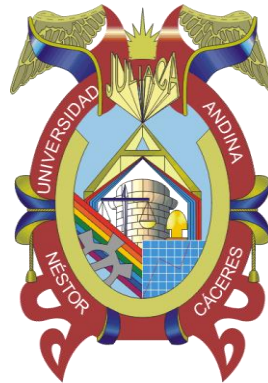




UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES
POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO
ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2025

PRESENTADO POR:

Bach. MARIBEL LOPE CALCINA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES

JULIACA - PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES
POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO
ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2025**

PRESENTADO POR:

MARIBEL LOPE CALCINA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

APROBADO POR:

PRESIDENTE

:

Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

PRIMER MIEMBRO

:

Dr. JESUS MAMANI MAMANI

SEGUNDO MIEMBRO

:

Dr. ROBERTO PAYE COLQUEHUANCA

ASESOR

:

Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 095 - 2025-D-SEP-EPG-UANCV/J

Juliaca, 28 de noviembre del 2025

VISTOS:

El expediente N° **2025-C-5100**, presentado por el (la) Egresado (a), **LOPE CALCINA MARIBEL**, quien solicita nominación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Egresado (a), **LOPE CALCINA MARIBEL** con DNI. **45999773**, con número de matrícula **1610101134**, ha solicitado asignación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico titulada: **FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2025** para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez";

Que, de conformidad con lo previsto en el artículo 18° del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, **Comité de Investigación**;

Que, mediante **Resolución Directoral N°187-2025-SEP-EPG/UANCV SE APRUEBA Y AUTORIZA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO)** con **Resolución Directoral N° 339-2025-SEP-EPG/UANCV se APRUEBA Y AUTORIZA EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN** titulada: **FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2025** la misma que pertenece a la línea de investigación: **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09**;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos en su artículo 28° **DE LA SUSTENTACIÓN**.

Y estando, la opinión favorable del Director de la Unidad de Investigación y el Director de la Escuela de Posgrado mediante acta de sorteo de jurado, con registro N° **0000074** de fecha 28 de noviembre del 2025 se nombra jurados de tesis conforme a lo detallado en el acta.

Que, conforme al Artículo 66° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación científica original de la actualidad y de alto valor científico; en uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR APTO para la Sustentación Presencial del informe final de la investigación (Trabajo Académico), del (a) Egresado (a), **LOPE CALCINA MARIBEL**, para optar el título de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS para la sustentación presencial y defensa del Trabajo Académico a los siguientes docentes ordinarios:


Presidente	:	Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Primer Miembro	:	Dr. JESUS MAMANI MAMANI
Segundo Miembro	:	Dr. ROBERTO PAYE COLQUEHUANCA
Asesor	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

ARTÍCULO TERCERO. - El proceso de la Sustentación del Trabajo Académico en mención, se llevará a cabo:

Fecha	:	Jueves, 04 de diciembre del 2025
Hora	:	3:30 p.m.
Local	:	Aula N° 207 – CC3 SEGUNDO PISO - UANCV

ARTÍCULO CUARTO. - El Director de la Escuela de Posgrado queda encargado del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese.


 UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
 ESCUELA DE POSGRADO

 Dra. Rosalinda Quispe Zapana
 DIRECTOR (e)

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 339-2025-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 23 de setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2740, el (la) egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL** con DNI N° 45999773 código de matrícula N° 1610101134 quien solicita Revisión de Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**); **acorde al Informe N° 1088-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** de fecha **15 de setiembre del 2025**, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de Investigación Científica, Tecnológica y Humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N° 2740 el (la) egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL** solicita la revisión y aprobación del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico) titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2025** Línea de Investigación: **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09** para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** al Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico).

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró el asesoramiento en el Informe Final de la Investigación (Trabajo Académico) del **ASESOR (A): Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N° 1088-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO) para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN**, Titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2025** presentado por el (la) Egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL** en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RATIFICAR, como **ASESOR(a): Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, Secretaría Académica y Administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.





TESIS UANCV

UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 187-2025-SEP-EPG-D/UANCV

Juliaca, 25 de junio del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025-005888, de fecha **15 de mayo del 2025**, presentado por el (la) Egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL**, con DNI N° 45999773, código de matrícula N° 1610101134, quien solicita Revisión de Propuesta de Investigación, acorde al **INFORME N° 477-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (02) Ficha de Opinión a la Propuesta de Investigación** fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N° 2025-005888, el (la) Egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL**, solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de Investigación Titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2025** Línea de investigación: **CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09**, para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**.

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** a la Propuesta de Investigación.

Que, el director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró la propuesta del **ASESOR** el (la) **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**, quien debe estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración de la Propuesta de Investigación de acuerdo a la **DIRECTIVA N° 004-2019-UANCV-VRAD-OI**; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N°477-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (02) "Ficha de Opinión a la Propuesta de Investigación"** en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN Titulado: **FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2025**, presentado por el (la) Egresado (a): **LOPE CALCINA MARIBEL**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RECONOCER, como **ASESOR** el (la) **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, la Secretaría Académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

Javier Román Quiroga Zapana
DIRECTOR (a)

DIRECCIÓN EPG, INTERESADO.
ARCH./SEP
JROZ/NMMA



TESIS UANCV

FACTORES SOCIALES A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDI AZÁNGARO 2025



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Andina Nestor
Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

9%

2

datos.cide.edu

Fuente de Internet

1%

3

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1%

4

repositorio.uancv.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

5

www.tdx.cat

Fuente de Internet

<1%

6

repositorio.unac.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

7

idoc.pub

Fuente de Internet

<1%

8

repositorio.upt.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

9

repositorio.unid.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

10

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

11

press.religacion.com

Fuente de Internet

<1%

12

Submitted to Universidad Alas Peruanas

Trabajo del estudiante

<1%

13

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante


<1%



Metadatos complementarios

TÍTULO	
FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDI AZÁNGARO 2025	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	MARIBEL LOPE CALCINA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	45999773
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-3391-3111
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y Apellidos	GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5861-0392
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	JESUS MAMANI MAMANI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02425043
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0006-9857-8231



Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	ROBERTO PAYE COLQUEHUANCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02145441
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8237-5735
Datos de investigación	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO País: PERÚ Departamento: PUNO Provincia: AZÁNGARO Distrito: AZÁNGARO -14.903944, -70.2002326 URL Maps https://maps.app.goo.gl/ckqv3QLWHS23RAMw8</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</p>



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CERÓN VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSTGRADO

M.Sc. Julio C. Chucuya Zaga
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo MARIBEL LOPE CALCINA, identificado con DNI
Nro. 45999773, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico
denominada:

FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA
FÍSICO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS
CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2025

Asesorado por: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Es un tema original.


Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 10 de DICIEMBRE del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mis padres Clenio Amador y Esther Antolina por todo su apoyo incondicional en mi formación. A mi hijita hermosa Stefhany Antonella por ser mi motivo para seguir avanzando día a día y lograr un sueño más.



AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida y la salud, por su cuidado y protección en cada instante de mi vida, en mi formación personal y profesional. A mi familia que son mi apoyo incondicional en cada paso que avanzo.



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN	xv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.1.1 A nivel Internacional	1
1.1.2 A nivel nacional.....	2
1.1.3 A nivel local.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1 Problema Principal.....	3
1.2.2 Problemas específicos.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1. Justificación Teórica	4
1.3.2. Justificación Practico	5



1.3.3. Justificación Metodológica	6
1.4. OBJETIVOS	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE	7
1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES	8
1.7. HIPÓTESIS	9
1.7.1. Hipótesis General	9
1.7.2. Hipótesis Específicas	9
1.8. VARIABLES E INDICADORES	10
1.8.1. Conceptualización de las variables	10
1.8.2. Operacionalización de las variables	10

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1. ANTECEDENTES	12
2.1.1. Internacionales.	12
2.1.2. Nacionales	17
2.1.3. Locales	21
2.2. MARCO EPISTEMOLÓGICO	25
2.3. ESTADO DEL ARTE	27
2.4. BASES TEÓRICAS	28



2.4.1. Trauma Físico.....	28
2.4.2. Factores asociados a la recuperación	29
2.4.3. Factores relacionados con la atención médica	30
2.4.4. Atención Médica y su Rol en la Rehabilitación	31
2.4.5. Concepto y dimensiones de la recuperación	31
2.4.6. Indicadores de recuperación.....	31
2.4.7. Recuperación Post Trauma: Dimensiones y Resultados	32
2.5. MARCO CONCEPTUAL	33

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.2. MÉTODOS APLICADOS DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.4. NIVEL.....	37
3.5. DISEÑO	37
3.6. ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN	38
3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.7.1. Población.....	39
3.7.2. Muestra.....	39
3.8. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	40
3.8.1. Técnicas de investigación.....	40



3.8.2. Instrumento de investigación 40

3.8.3. Criterios de Inclusión 41

3.8.4. Criterios de Exclusión 41

3.9. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN 42

3.9.1. Validación de los instrumentos 42

3.9.2. Confiabilidad de los instrumentos 43

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS..... 44

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS 69

CONCLUSIONES72

RECOMENDACIONES74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....75

APÉNDICES80

Apéndice 2 Instrumentos82

Apéndice 3 Validez de instrumentos87

Apéndice 4 Tratamiento de datos93

Apéndice 5 Otros.95



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Edad del paciente (en años)	45
Tabla 2	Sexo del paciente.....	46
Tabla 3	Nivel educativo del paciente.....	47
Tabla 4	Estado civil del paciente.....	48
Tabla 5	Soporte familiar durante la recuperación.....	49
Tabla 6	Causa del trauma físico.....	50
Tabla 7	Tipo de trauma físico.....	51
Tabla 8	Localización de la lesión	52
Tabla 9	Gravedad del trauma (según ISS o evaluación médica)	53
Tabla 10	Puntuación ISS (si aplica)	54
Tabla 11	Comorbilidades preexistentes	55
Tabla 12	Tiempo desde el accidente hasta ingreso a urgencias (horas/minutos)	56
Tabla 13	Tipo de intervención inicial.....	57
Tabla 14	Duración de hospitalización (en días)	58
Tabla 15	Acceso a rehabilitación temprana	59
Tabla 16	Calidad de atención (evaluación del personal médico, escala 1-5)..	60
Tabla 17	Tiempo de recuperación hasta alta médica (en días).....	61
Tabla 18	Tiempo para reincorporación a actividades habituales (en días/semanas).....	62



Tabla 19 Estado funcional (Escala de Barthel, puntuación 0-100).....	63
Tabla 20 Presencia de complicaciones post trauma	64
Tabla 21 Tipo de complicación (si aplica)	65
Tabla 22 Fecha de complicación (si aplica)	66
Tabla 23 Fecha de ingreso hospitalario	67
Tabla 24 Fecha de alta médica.....	68



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Edad del paciente (en años)	45
Figura 2	Sexo del paciente.....	46
Figura 3	Nivel educativo del paciente	47
Figura 4	Estado civil del paciente.....	48
Figura 5	Soporte familiar durante la recuperación	49
Figura 6	Causa del trauma físico	50
Figura 7	Tipo de trauma físico.....	51
Figura 8	Localización de la lesión	52
Figura 9	Gravedad del trauma (según ISS o evaluación médica).....	53
Figura 10	Puntuación ISS (si aplica).....	54
Figura 11	Comorbilidades preexistentes.....	55
Figura 12	Tiempo desde el accidente hasta ingreso a urgencias	56
Figura 13	Tipo de intervención inicial.....	57
Figura 14	Duración de hospitalización (en días)	58
Figura 15	Acceso a rehabilitación temprana	59
Figura 16	Calidad de atención (evaluación del personal médico, escala 1-5) 60	
Figura 17	Tiempo de recuperación hasta alta médica (en días)	61
Figura 18	Tiempo para reincorporación a actividades habituales (en días/semanas).....	62
Figura 19	Estado funcional (Escala de Barthel, puntuación 0-100).....	63



Figura 20	Presencia de complicaciones post trauma.....	64
Figura 21	Tipo de complicación (si aplica)	65
Figura 22	Fecha de complicación (si aplica)	66
Figura 23	Fecha de ingreso hospitalario	67
Figura 24	Fecha de alta médica.....	68



RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro durante el año 2025. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico con una muestra de 97 pacientes seleccionados de una población de 130. La técnica fue el análisis documental mediante una ficha de recolección de datos aplicada a las historias clínicas. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, procedencia) y clínicas (gravedad del trauma, tipo de lesión, tiempo de atención, comorbilidades), relacionándolas con la variable de recuperación, operacionalizada mediante el tiempo de estancia hospitalaria y una escala de funcionalidad al egreso. Los resultados evidenciaron que la edad avanzada, una alta puntuación en la escala de gravedad de lesiones y la presencia de comorbilidades se asociaron significativamente con una estancia hospitalaria más prolongada y un menor grado de recuperación funcional. Se concluye que existen factores clínicos y sociodemográficos modificables y no modificables que influyen directamente en el pronóstico de los pacientes, por lo que se recomienda implementar protocolos de triaje y seguimiento que prioricen a los grupos de mayor riesgo para optimizar su recuperación.

Palabras clave: Trauma físico, Recuperación, Servicio de urgencias, Factores asociados, Estancia hospitalaria.



ABSTRACT

This research aimed to determine the factors associated with recovery in patients after physical trauma treated in the emergency department of the Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Hospital in Azángaro during the year 2025. An observational, cross-sectional, and analytical study was conducted with a sample of 97 patients selected from a population of 130. The technique was documentary analysis using a data collection form applied to medical records. Sociodemographic (age, sex, origin) and clinical variables (trauma severity, type of injury, time to treatment, comorbidities) were analyzed and related to the recovery variable, operationalized through the length of hospital stay and a functionality scale at discharge. The results showed that advanced age, a high injury severity score, and the presence of comorbidities were significantly associated with a longer hospital stay and a lower degree of functional recovery. It is concluded that there are modifiable and non-modifiable clinical and sociodemographic factors that directly influence patient prognosis, recommending the implementation of triage and follow-up protocols that prioritize higher-risk groups to optimize their recovery.

Keywords: Physical trauma, Recovery, Emergency service, Associated factors, Length of stay.



INTRODUCCIÓN

El trauma físico constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel global, representando una carga significativa para los sistemas de salud y afectando con mayor frecuencia a la población económicamente activa, con profundas repercusiones sanitarias, sociales y económicas. La atención inmediata y eficaz en los servicios de urgencias es crucial para determinar el pronóstico del paciente; sin embargo, la evolución y recuperación posterior no dependen exclusivamente de la intervención inicial, sino que se ven influenciadas por una compleja interacción de múltiples factores intrínsecos y extrínsecos al individuo.

En el marco del Perú, y particularmente en regiones como Azángaro, estos elementos deben ser entendidos desde esta perspectiva. Las condiciones geográficas, la reducida oferta de servicios de neurocirugía, y las características sociodemográficas de la población juegan un papel crucial en el resultado clínico que experimentan los pacientes después de un traumatismo. Dado que el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo es el principal establecimiento de salud de la localidad, recibe un elevado número de casos, lo que significa que se necesita localmente información para informar la toma de decisiones sobre sus protocolos de tratamiento y, en última instancia, para mejorar la calidad de la atención.

Por tanto, con base en la información antes expuesta, el objetivo general de esta investigación se enmarca en el propósito de analizar los factores asociados a la recuperación de pacientes post trauma físico vistos en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Post Covid durante el año 2025. En consecuencia, la



presente investigación, con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, alcance transversal y nivel explicativo, permitirá caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de la población de pacientes en estudio, y determinar cuáles son las variables que se correlacionan de forma significativa con un tiempo de recuperación favorable o desfavorable en los pacientes. Por último, a partir de los hallazgos del presente trabajo, se espera contribuir con información científica que permita respaldar, a través de una toma de decisiones efectiva, la implementación de estrategias de atención diferenciada y el fortalecimiento de los resultados en salud de esta población vulnerable.

La presente investigación comprende los siguientes capítulos: el primero, "El Problema" que, por lo tanto, tiene el propósito de contextualizar y delimitar la problemática, destilar el problema, los objetivos y la hipótesis. El segundo, "Marco Teórico" que, asimismo, fundamenta el estudio examinando los antecedentes nacionales y extranjeros, las bases teóricas y legales, y definiendo, por lo mismo, conceptualmente las variables de interés. El tercero, "Metodología de la Investigación" que, por último, aclara el diseño, nivel y tipo de estudio, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos de recolección y el procesamiento de los datos. El cuarto, "Resultados" que, también, genera el análisis estadístico de los datos recolectados, clasificándolos en otros cuadros y figuras para su adecuada interpretación y discusión. Finalmente, las "Conclusiones", que cumplen con los objetivos planteados, así como las "Recomendaciones" que se entregan a las órdenes respectivas, formuladas sobre la requerida base teórica.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 A nivel Internacional

El trauma físico es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, especialmente en los países subdesarrollados. Según la Organización Mundial de la Salud, la morbilidad debida a factores traumáticos representa alrededor del 10% o más de la carga total de enfermedades a nivel mundial, lo que equivale a más de 5 millones de muertes cada año. Los fenómenos causales más evidentes lo subyacen en diferentes condiciones y situaciones, como accidentes de tránsito y caídas, violencia de unos contra otros y eventos relacionados con desastres naturales. Además, los sistemas de salud experimentan problemas significativos para garantizar la atención adecuada y oportuna a los pacientes con trauma físico, ya que carecen de recursos, infraestructura uniforme y no todos tienen acceso a servicios de atención médica en condiciones equitativas. Por lo tanto, el proceso de recuperación de los pacientes sufre exactamente a expensas de su calidad de vida y el costo de tratamiento y rehabilitación aumenta.



1.1.2 A nivel nacional

En Perú, el trauma físico es una de las principales razones para acudir al centro de emergencia; los accidentes de tráfico son la principal fuente de lesiones traumatológicas. Según el Ministerio de Salud, el trauma físico es una carga significativa para el sistema de salud, lo que resulta en el crecimiento de la atención de emergencia y de rehabilitación demanda. Sin embargo, existen brechas importantes en la atención, especialmente en áreas rurales, donde el acceso a servicios especializados es limitado. Factores como la falta de personal capacitado, la infraestructura insuficiente y las barreras socioeconómicas afectan tanto la atención inicial como el proceso de recuperación de los pacientes. Esto resalta la necesidad de estudiar los factores asociados que influyen en la recuperación de los pacientes post trauma físico para mejorar la calidad de atención.

1.1.3 A nivel local

En el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, ubicado en Azángaro, los casos de trauma físico representan una proporción significativa de las atenciones en el servicio de urgencias. La población atendida proviene principalmente de comunidades rurales y de bajos recursos, lo que agrava las dificultades para acceder a tratamientos adecuados y oportunos. Además, factores como la falta de equipamiento especializado, tiempos prolongados de atención y limitaciones en el seguimiento de los pacientes influyen negativamente en la recuperación. A pesar de la importancia del problema, no se cuenta con estudios



específicos que analicen los factores asociados a la recuperación en pacientes post trauma físico en esta región. Esto hace necesario investigar las características sociodemográficas, los factores clínicos y su relación con el tiempo de recuperación, para proponer estrategias que mejoren la atención y los resultados en salud de esta población vulnerable.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema Principal

¿Qué factores están asociados a la recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro, durante el año 2025?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro, en 2025?
2. ¿Cuáles son los factores clínicos presentes en los pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del hospital?
3. ¿Cuál es la relación entre los factores clínicos y el tiempo de recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias?



1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Justificación Teórica

El trauma físico representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, y su impacto es especialmente significativo en regiones rurales como Azángaro, donde los recursos para atención médica son limitados. Desde una perspectiva teórica, este estudio busca contribuir al conocimiento existente al analizar los factores asociados a la recuperación de los pacientes post trauma físico, integrando variables sociodemográficas y clínicas. Esto permitirá llenar vacíos en la literatura científica, especialmente en contextos rurales y de bajos recursos, donde los estudios son escasos.

Centrando en el aspecto teórico en esta investigación, se justifica la necesidad de la misma ya que agrega al cuerpo de conocimiento sobre lo que interviene en la recuperación de los pacientes post trauma físico. Si bien hay trabajos previos que basan el trauma, son pocos los que se refieren a la relación específica de variables sociodemográficas y clínicas de la recuperación del trauma en un contexto hospitalario rural o semi urbano. El estudio permitirá reforzar los marcos teóricos relacionados con el proceso salud enfermedad, como la respuesta fisiológica de la persona al trauma, así como los determinantes sociales de la salud; además, la evidencia contextualizada que reúne podría enriquecer la percepción para futuros estudios de ciencias de los cuidados y emergencias.



1.3.2. Justificación Practico

Desde una perspectiva práctica, el propósito específico de este estudio es mejorar la calidad de la atención en el servicio de urgencias en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo. Dado que el estudio apunta a identificar los factores que impiden la recuperación de los pacientes post-trauma físico, lo aquí recopilado será útil para desarrollar intervenciones específicas que puedan acortar los tiempos de recuperación y mejorar los resultados de salud en una escala más amplia. Específicamente, los datos estarán maduros para la abogacía que respalde la salud pública y las políticas que puedan cerrar la brecha en el acceso y la calidad de la atención entre las áreas rurales y urbanas. En última instancia, este trabajo beneficiará a la población de Azángaro al garantizar la provisión de atención equitativa para todos los pacientes.

A nivel práctico, esta investigación busca proporcionar información práctica para la mejora de la atención clínica en pacientes traumatizados. Si se identifican qué factores están asociados con una recuperación más lenta o más rápida, los profesionales de la salud estarán en capacidad de ajustar protocolos de atención, priorizar algunas intervenciones por sobre otras y medidas de seguimientos diferenciadas. Todo esto tiene un impacto sobre la calidad del servicio, la reducción de complicaciones, el tiempo de hospitalización y la satisfacción de los pacientes. Además de lo anterior, los hallazgos podrán ser utilizados por los gestores del hospital para tomar decisiones estratégicas basadas en evidencia.



1.3.3. Justificación Metodológica

Metodológicamente, este estudio será realizado por un enfoque observacional y analítico, que permitirá recolectar, analizar y correlacionar los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes que entran el servicio de emergencias. Con la utilización de las herramientas de la estadística, se podría identificar las asociaciones de los factores seleccionados con el momento del recuperación, lo que garantiza el análisis riguroso y la fundamentación del estudio en la evidencia. Tal método metodológico es apoyado ya que, considerando las características exhaustivas de los pacientes y sus condiciones clínicas, se podrá obtener los resultados concretos y aplicables en el entorno del hospital.

En conclusión, metodológicamente, este estudio es válido debido a su enfoque cuantitativo y analítico. Permitirá al establecer relaciones objetivas entre los factores clínicos y sociodemográficos analizados y el tiempo de recuperación estudiado. Además, se deben utilizar cuestionarios y escalas de medición validadas para el registro de datos, lo que asegura la confiabilidad de los hallazgos. El enfoque no experimental y transversal también es adecuado para estudiar este tipo de fenómeno, en el que se desea tomar una 'foto' del fenómeno en el sujeto de estudio un solo tiempo. De esta forma, se encontrarán respuestas concretas para posteriores intervenciones y estudios de manera longitudinal.



1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Analizar los factores asociados a la recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro, durante el año 2025.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar las variables sociodemográficas de los pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro en 2025.
2. Identificar los factores clínicos presentes en los pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias.
3. Evaluar la relación entre los factores clínicos y el tiempo de recuperación en pacientes post trauma físico.

1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE

El estudio de los factores asociados a la recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro, es relevante porque permitirá identificar las variables sociodemográficas y clínicas que influyen en el proceso de recuperación. Esto no solo contribuirá a mejorar la atención médica en el servicio de urgencias, sino que también proporcionará información clave para el diseño de estrategias orientadas a optimizar los tiempos de recuperación y los resultados en salud. Por otro lado, este estudio se centra en un problema que ha sido en gran medida ignorado en las zonas rurales tales como Azángaro. Dado que a la población no se le permite tener acceso



a los servicios especializados como otros sectores. Estudio servirá de plataforma para futuras investigaciones y la formulación de políticas de salud pública que cerrarán la brecha en la atención que las víctimas tienen, mejorando así la calidad de su vida.

1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Sin embargo, este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, no sepa la calidad y exhaustividad del historial de pacientes registrado por un hospital. Además, la población de la investigación incluirá solo los pacientes de la sala de emergencia durante 2025 cecacondición año y un solo hospital, lo que se centra solo en el año del tiempo y el lugar de la institución por lo que antes mencioné no exactamente haya resultados que se apliquen a otras instituciones o minutos. Finalmente, puede ser difícil para recopilar información de los pacientes o sus grupos Familiares mediante encuestas o entrevistas para obtener datos adicionales. Finalmente, la recuperación puede estar influenciada por factores externos no controlables, como condiciones socioeconómicas o apoyo familiar, que podrían no ser completamente evaluados.

Esta investigación se delimita al Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, ubicado en la provincia de Azángaro, y se enfocará exclusivamente en pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias durante el año 2025. Se analizarán factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, ocupación, etc.) y factores clínicos (tipo de trauma, gravedad, comorbilidades, intervenciones médicas recibidas) en relación con el tiempo de



recuperación. La población de estudio estará compuesta por los pacientes que cumplan los criterios de inclusión definidos. El enfoque será cuantitativo, de tipo observacional y analítico, lo que delimita el alcance del análisis a correlaciones entre variables sin intervención directa.

1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. Hipótesis General

Los factores sociodemográficos y clínicos están significativamente asociados a la recuperación de los pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro, durante el año 2025.

1.7.2. Hipótesis Especificas

1. Las características sociodemográficas, como la edad, el sexo y el lugar de procedencia, influyen significativamente en la recuperación de los pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias.
2. Los factores clínicos, como la gravedad del trauma, la presencia de comorbilidades y el tipo de tratamiento recibido, están significativamente relacionados con la recuperación de los pacientes post trauma físico.
3. Existe una relación significativa entre los factores clínicos y el tiempo de recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias.



1.8. VARIABLES E INDICADORES

1.8.1. Conceptualización de las variables

Variable 1: Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos son características que describen a una población en términos de edad, sexo, nivel educativo, ingresos, estado civil, raza/etnia, entre otros

Variable 2: Recuperación de los pacientes post trauma físico

Esta variable se medirá a través del tiempo de recuperación, la evolución clínica del paciente y/o los resultados obtenidos tras el tratamiento (alta médica, estado funcional).

1.8.2. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores sociodemográficos	1.1. Variables sociodemográficas	1.1.1 Edad promedio de los pacientes 1.1.2 Porcentaje de pacientes por sexo 1.1.3 Nivel educativo (%) 1.1.4 Estado civil (%) 1.1.5 Presencia de soporte familiar (%)	Encuesta
	1.2. Factores clínicos	1.2.1 Tipo de trauma (contusión, fractura, etc.) 1.2.2 Gravedad del trauma (leve, moderado, grave) 1.2.3 Presencia de comorbilidades (%) 1.2.4 Tiempo de atención inicial (minutos) 1.2.5 Presencia de complicaciones post trauma (%)	
	1.3. Atención médica		
VARIABLE DEPENDIENTE Recuperación de los pacientes post trauma físico.	2.1. Tiempo de recuperación	1.3.1 Tiempo de ingreso a urgencias (minutos) 1.3.2 Tipo de intervención realizada (%) 1.3.3 Acceso a rehabilitación (%) 1.3.4 Seguimiento post alta (%) 1.3.5 Evaluación de calidad de atención (escala Likert)	
	2.2. Estado funcional post trauma	2.1.1 Días hasta alta médica 2.1.2 Días para reincorporación a actividades habituales 2.1.3 Duración de hospitalización (días) 2.2.1 Nivel de autonomía post recuperación (escala funcional) 2.2.2 Presencia de	
	2.3. Complicaciones post trauma		



secuelas o limitaciones (%)2.2.3
Evaluación del dolor residual
(escala visual analógica)
2.3.1 Porcentaje de pacientes
con infecciones2.3.2 Porcentaje de
reingresos2.3.3 Presencia de
complicaciones adicionales
(trombosis, heridas, etc.)

Fuente: propia del autor



CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Internacionales.

El trauma físico es reconocido como una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según su informe sobre seguridad vial de 2018, cada año mueren aproximadamente 1.35 millones de personas a causa de accidentes de tránsito, lo que convierte a estos eventos en la octava causa principal de mortalidad global. Además, las lesiones no fatales relacionadas con el trauma afectan a entre 20 y 50 millones de personas, muchas de las cuales quedan con discapacidades permanentes. La OMS resalta que el impacto del trauma físico no se limita a las víctimas directas, sino que también afecta a las familias, comunidades y economías nacionales, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, donde se concentra más del 90% de las muertes por accidentes de tránsito. Además, se han identificado factores de riesgo como la velocidad excesiva, el consumo de alcohol, poca utilización de cinturones de seguridad y cascos para motociclistas, un diseño



deficiente de las carreteras y otras infraestructuras afines. En este sentido, la OMS ha exhortado a los gobiernos a poner en práctica políticas públicas basadas en pruebas, como políticas de prevención y medidas destinadas a mejorar los sistemas de atención de emergencia. Estos factores se han probado eficaces para aliviar la carga general del trauma físico en países que ya los han abordado. Sin embargo, la falta de coherencia en la aplicación de medidas similares en diferentes regiones del mundo sigue siendo un desafío importante. En consecuencia, es esencial abordar el trauma físico desde una perspectiva global que tome en cuenta todos los factores preventivos y de atención post-traumática. (1)

El estudio realizado por Peden et al. reveló que el trauma físico sistemáticamente mortal es la principal causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años en todo el mundo. Se sabe que las personas de este grupo de edad son particularmente vulnerables por el descuido del automovilista, el abuso de sustancias y la falta de experiencia en riesgos potenciales. De acuerdo con el informe de la OMS, que hace referencia a este estudio, los accidentes de tráfico representan el 40% de estas muertes; las caídas y la violencia interpersonal también ocupan un lugar predominante en otros casos. Además, Peden et al. indicó que no solo los individuos involucrados, sino también sus familias y comunidades en su conjunto, sufren el trauma provocado. En términos económicos, las lesiones traumáticas ascienden entre el 1 y el 3% del PIB en muchos países. Estos datos subrayan la carga de los sistemas de salud y la productividad laboral. Además, según los autores, Abordar el trauma



redundaría en medidas integrales, incluida la intervención educativa, un enfoque más estricto y avances en el sistema de transporte debidos. Los autores también destacaron la importancia de fortalecer la atención prehospitalaria y hospitalaria para reducir la mortalidad y la morbilidad. Por lo tanto, este antecedente confirma la urgencia de las medidas propuestas en la población joven para la economía y la sociedad futura de las naciones concl. (2)

Mock et al. Realizaron un análisis completo de la eficacia de los sistemas de atención al trauma de diversos países de bajos y medianos ingresos y encontraron diferencias significativas con respecto a los países desarrollados. Según los autores, las mayores dificultades de estas naciones son la falta de infraestructura adecuada, equipos médicos y personal ciertamente adiestrado. Por ejemplo, en los países de alto y mediano ingreso donde Mock et al. realizaron el estudio, Ghana e India respectivamente, menos del 30% de los hospitales disponen de unidades de trauma especializada. En países de altos ingresos, por otro lado, dichas unidades de trauma son la norma. También identificaron que la mayoría de los decesos por trauma ocurren durante las primeras 24 horas posteriores al incidente, resaltando la preocupante ineficacia de los sistemas prehospitalarios. Lo más preocupante es que en la mayoría de los setting de países en vías de desarrollo, los servicios de ambulancia no existen o son insuficientes, los pacientes dependen de transporte callejero para llegar a los hospitales. Mock et al. plantean como solución pertinente para la realidad de gran cantidad de países el entrenamiento de personal médico y no médico en la estabilización



básica y transporte seguro de pacientes traumatizados, así como la utilización de registros de trauma para monitorear los casos y evaluar la eficacia de las intervenciones. Este antecedente es pertinente porque muestra la necesidad de adaptar medidas de salud basadas en la atención al trauma en función de las realidades y las necesidades de cada nación, siendo la equidad un principio fundamental (3)

Gosselin et al. Un estudio publicado por Gosselin et al. en 2009 analizó la carga del trauma físico en África. Los autores afirmaron que el trauma físico seguía siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en el continente, donde los accidentes de tránsito, las caídas y la violencia interpersonal representaron el 75% de los casos de trauma. Además, Gosselin et al. informaron que la mayoría de los países africanos no disponían de sistemas integrados de atención al trauma, lo que complicaba aún más la situación. En muchos hospitales rurales, los pacientes con lesiones graves no pudieron someterse a cirugías de emergencia simples debido a la falta de especialistas en trauma y material quirúrgico básico. Otro problema identificado fue el alto costo del tratamiento del trauma, ya que muchas familias no podían pagarlo. Por lo tanto, los pacientes subtratados no pudieron recibir servicios de rehabilitación completos y a menudo abandonaron el tratamiento. Gosselin et al. recomendaron la instalación de centros regionales de trauma y la formación de médicos generales que pudiesen aplicar técnicas quirúrgicas básicas para tratar las emergencias traumáticas en regiones. Es importante destacar este antecedente porque muestra que la falta de recursos y planificación estratégica puede aumentar la carga



del trauma físico en regiones vulnerables, mientras que las medidas prácticas pueden ayudar a abordar esta cuestión. (4)

Guha-Sapir et al. En otro estudio, Guha-Sapir, R., Rodriguez-Llanes, JM, & Aitsi-Selmi, A. investigaron la relación entre los desastres naturales y el aumento de la incidencia de trauma físico. El artículo tiene como objetivo mostrar que terremotos, tsunamis y huracanes afectan los sistemas de atención médica y, en general, crea un fuerte impacto en ellos. Según el estudio de CRED, más del 60 % de las lesiones reportadas por desastres naturales son traumáticas y comprenden fracturas, heridas abiertas y lesiones en órganos internos. La primera respuesta como las autoridades dan forma a la magnitud del evento y determina el nivel futuro de mortalidad y morbilidad. La mayoría de los países no están preparados para la avalancha de heridos que le siguen a los desastres, y, por lo tanto, la atención está formalizada o desplazada. Las personas mayores de 60 años y menores de 13 presentaron una mayor susceptibilidad a lesiones traumáticas durante un desastre. Guha-Sapir y otros recomendaron que los planes de emergencia se enmarcaran hasta la creación de reservas de suministros para una vasta acción y remodelación hospitalaria. Se eligió esta evidencia para demostrar la socialización de la preparación para desastres en las pautas de salud pública, y en países con geografías proclives a desastres. (5)



2.1.2. Nacionales

En la actualidad, el trauma físico es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Perú, dado que se trata principalmente de lesiones causadas por accidentes de tránsito. El Ministerio de Salud informa que “hasta en 2023, existieron más de 100,000 casos de lesiones por accidentes de tráfico”. La cifra habla por sí sola a pesar de los constantes esfuerzos del gobierno para contrarrestar los accidentes de tráfico. Según el texto de la fuente, las principales regiones afectadas por el trauma asociado a accidentes de tráfico son Lima, Arequipa y La Libertad. Ello se debe a que, en primer lugar, estas regiones experimentan un crecimiento constante de la cantidad de vehículos; segundo, las regiones tienen una alta densidad de población. Un aspecto muy alarmante de la situación es que “el porcentaje de peatones y ciclistas entre las víctimas es también considerable” debido a la falta de medidas de protección y seguridad vial. Por consiguiente, se estima que el tratamiento y las pérdidas resultantes del trauma físico causado por los accidentes de tráfico cuestan al Estado millones de soles al año. Es obvio que los presupuestos de salud pública no pueden soportar semejante carga financiera. Fue por ello que el MINSA sugirió cámpales, vigilancia del cumplimiento de las normas de tráfico e incluso una dirección del servicio prehospitalario. A pesar de la factibilidad de las medidas propuestas, el antecedente confirma que el trauma físico es un problema importante en el país que necesita una solución holística. (6)

En cuanto a la seguridad vial, un estudio sobre la relación entre las políticas de seguridad vial y la prevalencia de accidentes de tráfico en el



mismo país fue llevado a cabo por Gonzales et al.. Según los resultados, 60% de los accidentes fatales involucran a peatones y ciclistas, lo cual determina la presencia insuficiente de la infraestructura de protección. Además, los factores de riesgo comunes son el sobrevelocidad, la ebresis a la rueda y la no observancia de las raíces de la rodamiento. Además, los autores indicaron que, aunque las actividades de enseñanza y control de la policía se realizaron, no dieron los resultados deseados ya que fueron esporádicas y no integradas al paso del tiempo. Al mismo tiempo, el estudio indica que la respuesta prehospitalaria en el caso de Lima no es suficiente ya que el tiempo de llegada promedio de una ambulancia en casos de emergencia es de 20 minutos o más también tiene un impacto acumulativo sobre la suspensión de la salud. Gonzales et al. recomiendan fortalecer los sistemas de transporte público y crear infraestructura segura para peatones y ciclistas como medidas prioritarias para reducir el impacto del trauma físico en la ciudad. Este antecedente es relevante porque evidencia la necesidad de mejorar tanto las políticas de prevención como los sistemas de atención en Lima, una de las ciudades más afectadas por el trauma físico en Perú.

(7)

Ramírez et al. realizaron un estudio en Cusco que analizó los determinantes socioeconómicos del trauma físico en esta región. Los autores identificaron que las personas de bajos ingresos y aquellas que viven en áreas rurales tienen un mayor riesgo de sufrir lesiones traumáticas y enfrentan mayores dificultades para acceder a atención médica oportuna. Según el estudio, el 70% de los pacientes atendidos



en hospitales de Cusco por trauma físico provenían de comunidades rurales, donde los servicios de salud son limitados y las distancias a los centros de atención son significativas. Además, se encontró que los costos asociados con el tratamiento de lesiones, como transporte, medicamentos y rehabilitación, representan una barrera importante para muchas familias, lo que lleva a un subtratamiento o abandono del cuidado médico. Ramírez et al. destacan que la falta de infraestructura vial adecuada también contribuye al alto índice de accidentes de tránsito en la región. Como solución, los autores sugieren la implementación de políticas que mejoren el acceso a servicios de salud en áreas rurales, así como la creación de programas de subsidios para cubrir los costos del tratamiento de trauma físico. Este antecedente es importante porque resalta las desigualdades en el acceso a atención médica y su impacto en los resultados de salud en una región emblemática de Perú. (8)

En un estudio realizado por Huamán et al., se analizó el acceso a servicios de salud en zonas rurales de Puno y su relación con los resultados de salud en pacientes con trauma físico. Los autores encontraron que menos del 50% de los pacientes con lesiones graves logran acceder a atención especializada en hospitales debido a la falta de infraestructura adecuada y transporte eficiente. Además, se identificó que la mayoría de los centros de salud en áreas rurales carecen de equipos básicos para estabilizar a los pacientes, lo que aumenta la mortalidad y las complicaciones a largo plazo. El estudio también destaca que las barreras culturales, como el idioma y las prácticas tradicionales, influyen en la decisión de las familias de buscar atención



médica formal. Huamán et al. recomiendan la creación de redes de referencia y contrarreferencia que conecten los centros de salud rurales con hospitales especializados, así como la capacitación de personal médico en técnicas de manejo de trauma. Este antecedente es relevante porque evidencia las limitaciones del sistema de salud en Puno y la necesidad de intervenciones específicas para mejorar el acceso y la calidad de la atención en esta región. (9)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) publicó un informe técnico en 2023 que analiza la relación entre la violencia intrafamiliar y el trauma físico en Perú. Según el informe, más del 40% de las lesiones traumáticas reportadas en mujeres están relacionadas con episodios de violencia doméstica. Además, se identificó que los niños y adolescentes también son víctimas frecuentes de agresiones físicas en el hogar, lo que genera un impacto significativo en su desarrollo físico y emocional. El INEI destaca que las regiones con mayor prevalencia de violencia intrafamiliar son aquellas con altos índices de pobreza y desigualdad, como Puno, Huancavelica y Ayacucho. El informe también señala que la mayoría de los casos no son denunciados debido al temor de las víctimas y la falta de confianza en las instituciones. Como solución, el INEI recomienda la implementación de programas de prevención y atención integral que incluyan servicios de salud, apoyo psicológico y asistencia legal para las víctimas de violencia intrafamiliar. Este antecedente es relevante porque evidencia la relación entre factores sociales y el trauma físico, y subraya la necesidad de abordar este problema desde una perspectiva multidimensional. (10)



2.1.3. Locales

Un estudio realizado por Quispe et al. en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro analizó la epidemiología del trauma físico en esta localidad. Según los resultados, más del 30% de las admisiones en el servicio de urgencias están relacionadas con lesiones traumáticas, siendo los accidentes de motocicleta la causa más común, seguidos de caídas y agresiones físicas. El estudio también destacó que la mayoría de los pacientes afectados son hombres jóvenes entre 18 y 35 años, quienes suelen estar involucrados en actividades laborales de alto riesgo o en situaciones de tránsito. Además, se identificó que un porcentaje significativo de los casos proviene de comunidades rurales cercanas, donde las vías de transporte son precarias y el acceso a servicios médicos es limitado. Los autores señalaron que la falta de campañas de prevención y educación sobre seguridad vial contribuye al alto índice de accidentes en la región. Asimismo, se evidenció que el hospital carece de recursos suficientes para atender adecuadamente a los pacientes con trauma severo, como equipos de radiología avanzada o personal especializado en cirugía de trauma. (11)

Mamani et al. El estudio mencionado anteriormente se centró en las limitaciones de la infraestructura hospitalaria para abordar el trauma físico en el Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Hospital de Azángaro. Los autores encontraron que el hospital sufre de varias carencias de instalaciones, incluida la falta de equipos médicos modernos, salas de cirugía y personal capacitado. Los autores señalan, por ejemplo, que hay solo una sala de operaciones funcional en el hospital. El bajo equipo



quirúrgico crea un retraso significativo en las operaciones programadas y urgentes para los pacientes con lesiones graves. Además, la sala de emergencias es inundada a diario y no puede permitir una atención oportuna y de alta calidad. Otro problema señalado fue la falta de ambulancias equipadas para el traslado de pacientes desde comunidades rurales, lo que aumenta los tiempos de respuesta y, en consecuencia, la mortalidad asociada al trauma severo. Mamani et al. concluyen que es urgente invertir en la modernización del hospital y en la capacitación del personal médico para mejorar los resultados en la atención de trauma físico. Este antecedente es relevante porque evidencia cómo las limitaciones estructurales impactan directamente en la calidad de la atención médica en Azángaro. (12)

Flores et al. analizaron los tiempos de respuesta prehospitalaria en emergencias traumáticas en Azángaro, encontrando que estos son significativamente más largos en comparación con otras regiones del país. Según el estudio, el tiempo promedio desde que ocurre el incidente hasta que el paciente llega al hospital es de aproximadamente 90 minutos, muy por encima del estándar recomendado por la Organización Mundial de la Salud, que es de menos de 60 minutos. Este retraso se atribuye a varios factores, como la falta de ambulancias equipadas, las malas condiciones de las carreteras y la ausencia de un sistema de comunicación eficiente entre los servicios de emergencia y los centros de salud. Además, se identificó que en muchas comunidades rurales, los pacientes son transportados en vehículos particulares o incluso a pie, lo que agrava la situación. Los autores también destacaron que la falta de



personal capacitado en primeros auxilios en las zonas rurales contribuye a un manejo inadecuado de los pacientes antes de su llegada al hospital. Flores et al. recomiendan la implementación de un sistema de respuesta prehospitalaria más eficiente, con ambulancias equipadas y personal capacitado en atención de trauma. Este antecedente es relevante porque evidencia la necesidad de fortalecer los servicios de emergencia para mejorar los resultados en la atención de trauma físico en Azángaro. (13)

Choque et al. realizaron un estudio sobre la capacitación del personal médico en el manejo de trauma físico en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro. Según los resultados, solo el 20% del personal médico y de enfermería ha recibido formación específica en técnicas de estabilización y manejo de emergencias traumáticas en los últimos cinco años. Esto representa una limitación significativa, especialmente en casos de trauma severo que requieren intervenciones rápidas y especializadas. Los autores señalaron que la falta de programas de capacitación continua y la escasez de recursos para financiar estos entrenamientos son las principales barreras para mejorar las competencias del personal. Además, se identificó que muchos profesionales de la salud en el hospital no están familiarizados con los protocolos internacionales de manejo de trauma, como el Advanced Trauma Life Support (ATLS). Choque et al. recomiendan la implementación de programas de capacitación periódica que incluyan simulaciones prácticas y talleres teóricos, así como la creación de alianzas con instituciones nacionales e internacionales para fortalecer



las capacidades del personal médico. Este antecedente es relevante porque evidencia la importancia de la formación continua en la mejora de la atención de trauma físico en Azángaro. (14)

Un informe de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Puno analizó las barreras culturales y lingüísticas que enfrentan los pacientes con trauma físico en Azángaro y otras localidades de la región. Según el informe, una gran parte de la población de Azángaro pertenece a comunidades quechua hablantes, lo que dificulta la comunicación con el personal médico, ya que la mayoría de los profesionales no domina este idioma. La barrera del idioma lleva a malentendidos en la descripción de los síntomas, el diagnóstico y las instrucciones de tratamiento, lo que, a su vez, puede influir negativamente en la calidad de la atención. Además, el informe señala que muchas comunidades rurales prefieren depender de la curación tradicional en lugar de acudir a las prácticas médicas formales, lo que impide el tratamiento oportuno de las lesiones traumáticas. Otro factor importante identificado es la desconfianza hacia las instituciones de salud, derivada de experiencias previas negativas o percepciones de discriminación. En este sentido, la DIRESA propone contratar intérpretes quechua-español, formar al cuerpo médico competencias culturales. Ello resulta relevante para que, en Azángaro, se tomen en consideración las posibles barreras sociales y culturales para una atención inclusiva y efectiva.. (15)



2.2. MARCO EPISTEMOLÓGICO

El marco epistemológico se refiere al fundamento teórico y filosófico que sustenta el conocimiento científico en la investigación, permitiendo comprender cómo se construyen y validan las verdades relativas al fenómeno estudiado. En el contexto de esta tesis, la epistemología se centra en la salud y las ciencias del cuidado, abordando el proceso de recuperación en pacientes post trauma físico desde una perspectiva multidisciplinaria que integra la medicina, la enfermería y la rehabilitación (16).

La epistemología del conocimiento resalta que el saber acerca de la recuperación del trauma no es absoluto y estático, sino que es relativo y producto de la interacción entre factores biológicos, sociales y ambientales en las experiencias de los enfermos. El objetivo de la investigación es conocer, desde un paradigma de corte positivismo, las relaciones causales y las asociaciones entre variables clínicas y sociodemográficas con el proceso de recuperación. Este paradigma utiliza métodos experimentales y correlacionales cuantitativos de evaluación de la relación hipotética para obtener evidencias objetivas y replicables. (17).

Además, está la epistemología del cuidado en salud, que menciona la importancia del contexto individual y social del paciente, la relación con el equipo tratante, y la aplicación de intervenciones personalizadas para optimizar el proceso recuperativo. Esta percepción integral posibilita la inclusión de variables clínicas, sociales y organizacionales en el análisis, lo que refleja la complejidad del fenómeno. (18).



Es por ello que el marco epistemológico para esta investigación afirma que el conocimiento científico producido será válido, fiable, aplicable y relevantes para mejorar las estrategias y enfoques de atención y rehabilitación de los pacientes post trauma y además agregara a la evidencia dentro del campo de urgencias y atención de la salud en trauma físico. (19).

Adicionalmente, el marco epistemológico tiene una perspectiva positivista, ya que describe el sufrimiento físico sobre la base de una preocupación empírica que se puede cuantificar y observar. El paradigma kuhniano aborda la epistemología como la búsqueda del conocimiento a través de la observación, la medición y la experimentación, con la posibilidad de generar causalidad y generalidad de los patrones. En este sentido, el trauma físico se plantea como un fenómeno empírico, lo que significa que debe ser explorado y comprendido científicamente, a través de la recolección de datos estadísticos, análisis epidemiológicos y experimentos controlados. Por ejemplo, el impacto de las lesiones traumáticas en diferentes países y estratos de edad es cuantificable a través de mediciones como la morbilidad, la mortalidad y los costos económicos. (21).

Por otro lado, el marco epistemológico también incluirá elementos del construccionismo social, especialmente en términos de antecedentes culturales, sociales y económicos que contribuyen a la percepción y aplicación del trauma físico. El construccionismo ve similitudes cruciales en la percepción de cómo están afectados los afectados por factores



médicos y por factores como las barreras culturales culturales, la limitación del acceso a la atención médica, la desigualdad económica y las carencias. Por lo tanto, la posibilidad de comprender la experiencia de la comunidad con respecto al trauma decidirá e integrará la perspectiva. (22).

Para resumir, el marco epistemológico de esta investigación es una combinación de positivismo y constructivismo social. Se utiliza para trabajar porque permite mirar al trauma físico desde todos los ángulos, considerando los aspectos objetivos y medibles, así como los relacionados con la subjetividad del individuo y su contexto. (23).

2.3. ESTADO DEL ARTE

El estado del arte recoge y sintetiza las investigaciones más actuales y relevantes sobre los factores asociados a la recuperación post trauma físico en cuestión, facilitando en definitiva un formato de información compacta en el que queda asentado el problema y sus respectivos adelantos científicos en la materia estudiada..

Estudios han identificado múltiples factores que influyen en la recuperación, incluyendo edad, sexo, comorbilidades, tipo y gravedad del trauma, y la calidad de la atención inicial (24, 25). La rehabilitación temprana y multidisciplinaria se ha mostrado efectiva para mejorar resultados funcionales y disminuir complicaciones (26, 27). Se enfatiza también la influencia del entorno socioeconómico y el acceso a servicios continuos de salud como determinantes críticos (28). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el trauma físico es una de



las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo (29). Investigaciones han identificado los accidentes de tránsito como la principal causa de lesiones traumáticas, especialmente en jóvenes de 15 a 29 años (30). Además, se destacan las desigualdades en los sistemas de atención de trauma entre países de ingresos altos y bajos, evidenciando que la falta de infraestructura y personal capacitado aumenta la mortalidad en estos últimos (31). Otros estudios han analizado la carga del trauma en África, subrayando la necesidad de crear centros regionales de atención (32), y el impacto de los desastres naturales en el aumento de casos de trauma físico, destacando la importancia de la preparación para emergencias masivas (33)

2.4. BASES TEÓRICAS

2.4.1. Trauma Físico

El trauma físico se define como una lesión o daño corporal causado por un agente externo, ya sea mecánico, térmico, químico o de otra índole, que afecta la integridad del organismo y puede generar consecuencias a corto y largo plazo en la salud del individuo (20). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el trauma físico representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global, especialmente en poblaciones jóvenes y en contextos de bajos recursos (21). Los tipos de trauma más comunes incluyen contusiones, fracturas, heridas penetrantes y lesiones por accidentes de tránsito, siendo estos últimos una causa predominante en países en desarrollo (12).



2.4.2. Factores asociados a la recuperación

Los factores asociados a la recuperación en pacientes post trauma físico comprenden un conjunto de elementos que influyen directa o indirectamente en el proceso de restablecimiento de la salud y funcionalidad. Estos factores pueden clasificarse en sociodemográficos, clínicos y relacionados con la atención médica.

2.4.2.1. Factores sociodemográficos

Las características sociodemográficas incluyen edad, sexo, nivel educativo, estado civil, y soporte social, las cuales condicionan la respuesta del paciente ante el trauma y su proceso de recuperación. Por ejemplo, la edad avanzada está asociada a un mayor riesgo de complicaciones y recuperación prolongada debido a la disminución de la capacidad regenerativa y la presencia frecuente de comorbilidades (Huamán y Ccanto, 2020) (7). Además, el nivel educativo y el soporte familiar influyen en la adherencia al tratamiento y en el seguimiento de las indicaciones médicas (Quispe y Flores, 2023) (12).

2.4.2.2. Factores clínicos

Estos incluyen la gravedad del trauma, tipo de lesión, presencia de comorbilidades como diabetes o hipertensión, y estado general del paciente. Se ha evidenciado que traumatismos más graves o múltiples aumentan el tiempo y la complejidad de la recuperación (Vega et al., 2021) (8). La coexistencia de enfermedades crónicas puede complicar el proceso, retardando la cicatrización y aumentando el riesgo de infecciones (Castro et al., 2019) (6).

2.4.1 3. Factores Clínicos y su Impacto en la Recuperación

Los factores clínicos, como el tipo y la gravedad del trauma, la presencia de comorbilidades y el tiempo de atención inicial, son determinantes clave en los resultados de la recuperación. El tipo de trauma (por ejemplo, fracturas versus contusiones) y su gravedad (leve, moderado o grave) influyen directamente en la duración de la hospitalización y en la probabilidad de complicaciones (17). Las comorbilidades, como diabetes o hipertensión, pueden complicar el proceso de curación y aumentar el riesgo de infecciones o reingresos hospitalarios (28). Además, el tiempo de atención inicial es crítico; una intervención rápida y adecuada dentro de la "hora dorada" puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte o entre una recuperación completa y la presencia de secuelas permanentes (19).

2.4.3. Factores relacionados con la atención médica

La calidad y oportunidad de la atención recibida, tanto en el servicio de urgencias como en el seguimiento post alta, son fundamentales. La intervención oportuna, cuidados especializados y acceso a rehabilitación multidisciplinaria han demostrado mejorar la recuperación y reducir complicaciones (Chávez y Gutiérrez, 2023) (10). Las limitaciones en recursos y personal pueden afectar negativamente los resultados clínicos (Torres y Nina, 2023) (14)..

La recuperación post trauma físico se entiende como el proceso mediante el cual el paciente vuelve a su estado funcional y de salud previo al daño sufrido, abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociales.



2.4.4. Atención Médica y su Rol en la Rehabilitación

La calidad y la rapidez de la atención médica juegan un papel crucial en la recuperación del trauma. Los tiempos de estancia en la EDA, el tipo de intervención, el acceso a la rehabilitación y el seguimiento ambulatorio a largo plazo son otros indicadores importantes de la eficacia del sistema de atención de salud. (16). Además, ensayos clínicos han registrado el beneficio directo de la rehabilitación temprana y multidisciplinaria, incluida la fisioterapia, terapia ocupacional, y apoyo psicológico, en los resultados funcionales y la incidencia de complicaciones. Adicionalmente, medir la calidad de la atención mediante escalas como Likert ayuda a promover la mejora de servicios hospitalarios, con el foco en el paciente. (22)

2.4.5. Concepto y dimensiones de la recuperación

La recuperación no solo se puede describir como la mera curación física, sino como la recuperación de la capacidad funcional, la autonomía y la integración social. Es un proceso dinámico que depende de la complejidad de varios factores, como las intervenciones médicas y el contexto del paciente.

2.4.6. Indicadores de recuperación

Un grupo de indicadores que se usa comúnmente incluye el tiempo de hospitalización, el tiempo hasta la reincorporación a las actividades normales, la presencia o ausencia de complicaciones como infecciones o secuelas, y la calidad de vida post trauma . Podría:% Poder3. Factores asociados Influencia en la recuperación. La literatura sugiere que una



combinación de factores clínicos y sociodemográficos puede pronosticar la evolución y los resultados de la recuperación . La identificación temprana y la intervención eficaz en estos factores permiten una atención individualizada que mejora la recuperación.

2.4.7. Recuperación Post Trauma: Dimensiones y Resultados

La recuperación post trauma físico es un concepto puntualizado y puede considerarse como un proceso multidimensional enfrentado por dimensiones espacio-temporales, que incluyen el tiempo de recuperación, estado funcional y complicaciones. Específicamente, el tiempo de recuperación puede describirse en términos de días antes de ser dado de alta, duración de la hospitalización y el tiempo hasta la reintegración a la vida normal. Estas cifras también pueden ser consideradas cuantitativamente respecto al progreso del paciente. (13). Estado funcional, medida en escala de autonomía y dolor residual (Escala visual Análoga -VAS por sus siglas en inglés) son parámetros completos del nivel de independencia y calidad de vida después del CRD. Complicaciones post CRD, incluidas las infecciones y reintervenciones, sintomáticas y otros problemas relacionados, trombosis, heridas crónicas. Todos los factores determinan el peligro de CRD y la necesidad de medidas preventivas. (15).

En esta investigación, dos teorías fundamentales están detrás: la Teoría de Sistemas de Salud de enfermería y la Teoría del Cuidado Holístico de enfermería. La primera se puede definir a través del trabajo de varios autores, incluido Bertalanffy, afirmando que los sistemas de atención



médica son organismos interrelacionados, como el personal, la infraestructura y las políticas que deben cooperar para lograr los mejores resultados en los pacientes. En el caso del enfermo de trauma exclusivamente físico, es necesario notar la integración de las instalaciones de urgencia, hospitalización y rehabilitación para lograr una atención a largo plazo.

2.5. MARCO CONCEPTUAL

Atención Médica Inicial:

Intervención sanitaria que se proporciona inmediatamente después de un trauma físico. Su objetivo es estabilizar al paciente lo antes posible y prevenir complicaciones. Incluye los procedimientos realizados en la escena del accidente y en el servicio de urgencias. Se sabe que la rapidez y calidad de esta intervención son determinantes para los resultados de recuperación.

Comorbilidad:

Diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Es la condición de salud preexistente o concurrente en un paciente con trauma físico. El efecto negativo sobre el proceso de recuperación no se explica tanto por el hecho de causar trauma en el paciente como por un aumento en el riesgo de complicaciones debido a su presencia o por un retraso en la curación.

Complicaciones Post Trauma:

Problemas de salud que surgen como consecuencia directa o indirecta de un trauma físico durante el periodo de recuperación. Incluyen



infecciones, trombosis, reingresos hospitalarios y heridas crónicas, entre otros, y son indicadores de la calidad de la atención y del estado general del paciente.

Estado Funcional: Nivel de capacidad física y autonomía de un paciente tras un trauma físico, medido a través de escalas estandarizadas que evalúan la movilidad, la independencia en actividades diarias y la presencia de dolor residual. Es un indicador clave de la calidad de la recuperación.

Factores Clínicos:

Características relacionadas con la condición médica del paciente y la naturaleza del trauma, como el tipo de lesión (fractura, contusión, etc.), la gravedad (leve, moderado, grave), la presencia de comorbilidades y el tiempo de atención inicial. Estos factores determinan en gran medida los resultados de la recuperación.

Factores Sociodemográficos:

Variables relacionadas con las características sociales y demográficas de los pacientes, como edad, sexo, nivel educativo, estado civil y presencia de soporte familiar. Estas variables influyen en la percepción del trauma, la adherencia al tratamiento y la velocidad de recuperación.

Recuperación Post Trauma:

Proceso multidimensional mediante el cual un paciente que ha sufrido un trauma físico recupera su estado de salud, funcionalidad y calidad de vida. Se mide a través de indicadores como el tiempo hasta el alta médica, el retorno a actividades habituales, el nivel de autonomía y la ausencia de complicaciones.



Rehabilitación:

Conjunto de intervenciones terapéuticas, como fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo psicológico, diseñadas para restaurar la funcionalidad y autonomía del paciente tras un trauma físico. La rehabilitación temprana y multidisciplinaria es esencial para minimizar secuelas y optimizar resultados.

Soporte Familiar: Apoyo emocional, físico y económico proporcionado por la familia o red cercana del paciente durante el proceso de recuperación post trauma. Este soporte se asocia con una mejor adherencia al tratamiento y una reducción del estrés psicológico, impactando positivamente en los resultados.

Tiempo de Recuperación:

Duración necesaria para que un paciente post trauma físico alcance un estado de salud estable, medido en términos de días de hospitalización, días hasta el alta médica y tiempo para reincorporarse a actividades habituales. Es un indicador cuantitativo del progreso de la recuperación.

Trauma Físico:

Lesión o daño corporal causado por un agente externo (mecánico, térmico, químico, etc.) que afecta la integridad física del individuo. Puede variar en gravedad y tipo, incluyendo fracturas, contusiones, heridas y lesiones por accidentes de tránsito, y tiene un impacto significativo en la salud y calidad de vida.



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de esta investigación será mixto (cualitativo y cuantitativo), ya que:

Cuantitativo: Se recopilarán datos numéricos mediante cuestionarios y análisis documental para medir aspectos como tiempos de respuesta, percepción de calidad de atención y barreras culturales.

3.2. MÉTODOS APLICADOS DE INVESTIGACIÓN

El método será el hipotético-deductivo, puesto que: Se ha de partir de una hipótesis basada en el problema planteado, como puede ser “las deficiencias en infraestructura, capacitación y barreras culturales dañan la rapidez y calidad de la atención médica de emergencia”. Con la recolección y análisis de datos, se ha de probar o refutar esta hipótesis. Este método es perfecto para investigaciones que responden a la necesidad de explicar algunas relaciones causales entre variables..



3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación se clasifica como aplicado, ya que: A. Resuelve un problema práctico y específico B. Relacionado con la calidad de la atención médica de emergencia en el distrito de Azángaro. C. Uno modo directo e indirecto por el cual los resultados serán aplicados es a través de la propuesta y/o recomendaciones basadas en los hallazgos..

3.4. NIVEL

Por el nivel, la investigación es descriptivo-explicativo. Por un lado, la investigación descriptiva tiene la tarea de describir la población y fenómenos en el ambiente, la infraestructura hospitalaria en este caso. Por otro lado, la investigación será explicativa ya que se investigará la relación causal entre las variables, es decir, la calidad inferior de los servicios de atención médica de emergencia se correlaciona con la falta de infraestructura y capacitación adecuadas, así como con las barreras culturales.

3.5. DISEÑO

El diseño es no experimental, transversal y correlacional: no experimental : en este caso, la psicóloga no manipulará las variables. La observación y análisis se hará tal como se desarrollan en el contexto natural. transversal : en este caso, los datos se recogerán en un único momento del tiempo. Es decir, se „disparará” una „foto” de la situación en un momento único. correlacional : por último, la psicóloga propondrá algunas relaciones entre las variables. Éstas podrían ser, por ejemplo, la



relación entre la capacitación del personal y el nivel de calidad de atención percibido por los pacientes.

3.6. ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

El ámbito de la investigación se concentra en las condiciones asociadas a la infraestructura hospitalaria, tiempo de respuesta prehospitolaria, formación médica, barreras culturales y lingüísticas y cómo afectan a la atención médica de emergencia presentada por pacientes traumatológicos del distrito de Azángaro, región Puno, Perú. Entre los aspectos comprendidos por esta investigación están: *Ámbito geográfico: el estudio se realizará en el distrito de Azángaro, específicamente en el Hospital Carlos Cornejo Rosella Viskardo, el principal establecimiento de salud del área y en las comunidades campesinas periféricas. Este ámbito es representativo debido a las serias carencias en infraestructura, barrera cultural y de atención médica de emergencia que caracterizan a las regiones altoandinas. *Ámbito poblacional: la población de estudio incluye a: – Profesionales de la salud: médicos josefina, enfermeras josefina, técnicos que laboran en el hospital e implementan el servicio prehospitolario. – Pacientes: personas que han sido afectadas por trauma físico y han sido atendidas en el hospital. Se pone énfasis en los pacientes que provienen de las comunidades rurales periféricas. -Familiares de pacientes: con objeto de comprender las barreras culturales y lingüísticas que influyen en la atención médica. *Ámbito temporal: abarca seis meses durante la recolección, cruce de datos e información y validación con registros



históricos y observaciones de la atención médica de urgencias. *Ámbito temático: el centro de interés será evaluar cómo las condiciones de la infraestructura y condiciones laborales, tiempos de respuesta y barreras socioculturales influyen en calidad y eficacia de la atención de emergencia en salud traumatológica. Se abordarán indicadores clave como los relacionados a la disponibilidad de recursos, tiempos de pro hoc res, competencias laborales y la percepción de los usuarios.

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.7.1. Población

La población de estudio está conformada por un total de 130 personas vinculadas al proceso de atención médica de emergencia en el distrito de Azángaro, región Puno. Esta población incluye:

Profesionales de la salud: Médicos, enfermeros y técnicos que laboran en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo y en los servicios prehospitalarios.

Pacientes: Personas que han sufrido trauma físico y han recibido atención médica en dicho hospital.

Familiares de los pacientes: Con el objetivo de analizar su percepción sobre las barreras culturales y lingüísticas que afectan la atención.

3.7.2. Muestra

Para la investigación se trabajará con una muestra representativa seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se buscará incluir a los actores más relevantes y disponibles durante el periodo de estudio. La muestra estará conformada por:



Profesionales de la salud: 30 personas, seleccionadas por su participación activa en la atención de emergencias.

Pacientes: 50 personas que hayan recibido atención médica por trauma físico en el hospital durante los últimos 6 meses.

Familiares de pacientes: 20 familiares, seleccionados por su relación directa con los pacientes y su experiencia en el proceso de atención.

En total, la muestra estará compuesta por 100 personas, lo que representa el 76.9% de la población total.

3.8. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

3.8.1. Técnicas de investigación

Para la recolección de datos se emplearán las siguientes técnicas:

Encuestas: Dirigidas a los pacientes y familiares para evaluar su percepción sobre la calidad de la atención médica, las barreras culturales y lingüísticas, y el tiempo de respuesta.

Entrevistas semiestructuradas: Aplicadas a los profesionales de la salud para profundizar en aspectos relacionados con la infraestructura, capacitación y protocolos de atención en emergencias.

Análisis documental: Revisión de registros hospitalarios, reportes de emergencias y estadísticas relacionadas con la atención médica de trauma físico.

3.8.2. Instrumento de investigación

Los instrumentos que se utilizarán para la recolección de datos son:



Cuestionarios: Diseñados con preguntas cerradas y abiertas, estructuradas en una escala Likert para evaluar la percepción de pacientes y familiares.

Guía de entrevista: Estructurada con preguntas clave para obtener información cualitativa de los profesionales de la salud sobre infraestructura, capacitación y tiempos de respuesta.

Ficha de análisis documental: Formato diseñado para registrar y sistematizar datos obtenidos de los registros hospitalarios y reportes de emergencias.

3.8.3. Criterios de Inclusión

Se considerarán para este estudio a las siguientes personas:

Profesionales de la salud que laboren en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo o en los servicios prehospitalarios de emergencia durante el periodo de investigación. Pacientes que hayan sufrido trauma físico y que hayan sido atendidos en el hospital en los últimos 6 meses.

Familiares de pacientes que hayan acompañado a los pacientes durante el proceso de atención médica.

Personas que acepten participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado.

Personas mayores de 18 años, tanto pacientes como familiares, para garantizar la comprensión y participación voluntaria.

3.8.4. Criterios de Exclusión

Se excluirán del estudio a:



Profesionales de la salud que no estén directamente relacionados con la atención de emergencias o traumas físicos.

Pacientes con antecedentes de enfermedades psiquiátricas graves que puedan dificultar su participación en las encuestas o entrevistas.

Familiares que no hayan estado presentes durante el proceso de atención médica del paciente.

Personas que no deseen participar o que no firmen el consentimiento informado.

Personas menores de 18 años o aquellas que no puedan responder adecuadamente por barreras de comunicación (por ejemplo, personas con discapacidades auditivas o lingüísticas no atendidas).

3.9. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

3.9.1. Validación de los instrumentos

La validación de los instrumentos se realizará en dos etapas principales:

Validez de contenido:

Los cuestionarios, guías de entrevista y fichas de análisis documental serán revisados por un panel de expertos en salud pública, investigación y atención médica de emergencias. Este panel evaluará la pertinencia, claridad y relevancia de las preguntas e ítems incluidos.

Se realizará una prueba piloto con una muestra pequeña (10 participantes) para identificar posibles errores, ambigüedades o dificultades en la comprensión de los instrumentos.

Validez de constructo:



Se analizará si las preguntas y los ítems de los instrumentos miden de manera adecuada las variables planteadas en los objetivos de la investigación.

3.9.2. Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se evaluará mediante:

Prueba piloto:

Los instrumentos serán aplicados a un grupo reducido de personas (10-15 participantes) para comprobar su consistencia y claridad.

Se realizarán ajustes necesarios según las observaciones obtenidas en esta etapa.

Coeficiente Alfa de Cronbach:

Este método se empleará para medir la consistencia interna de los cuestionarios, especialmente en los ítems de escala Likert. Un valor de $\alpha \geq 0.7$ será considerado como indicador de alta confiabilidad.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Esta sección tiene como objetivo presentar, analizar e interpretar los datos recolectados en la investigación sobre los factores asociados a la recuperación de pacientes post trauma físico en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro, región de Puno. Los resultados se organizan en función de las variables sociodemográficas, clínicas y de atención médica, así como de los indicadores de recuperación (tiempo de recuperación, estado funcional y complicaciones).

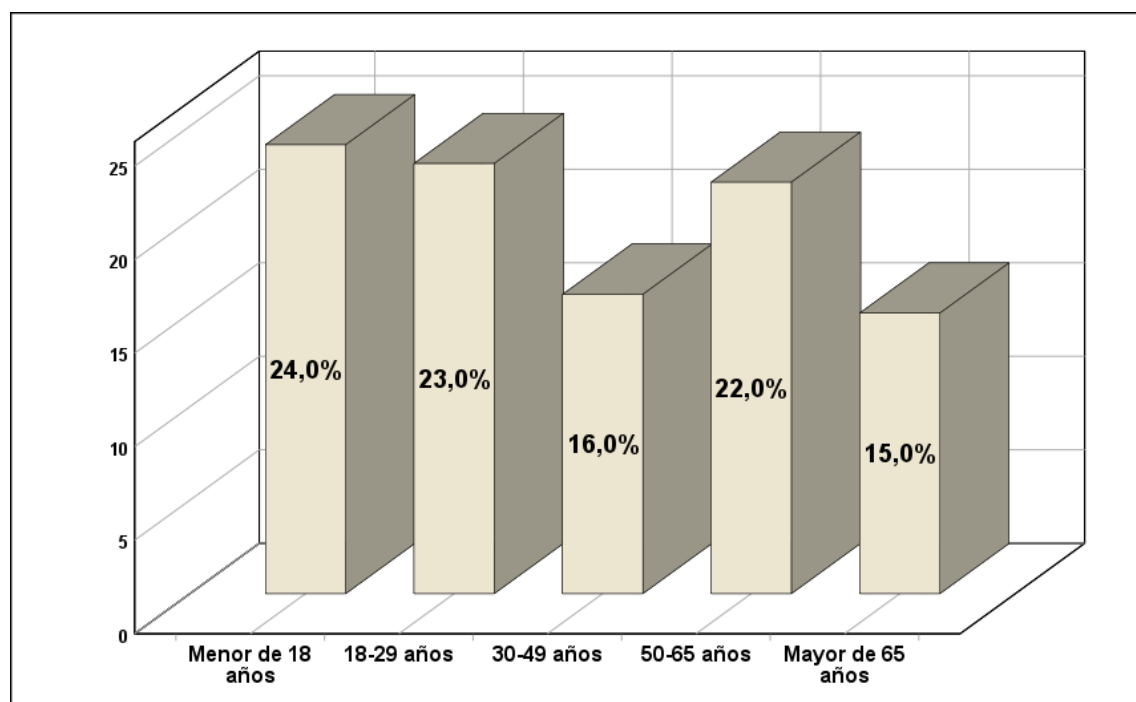
Tabla 1

Edad del paciente (en años)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menor de 18 años	24	24,0	24,0	24,0
	18-29 años	23	23,0	23,0	47,0
	30-49 años	16	16,0	16,0	63,0
	50-65 años	22	22,0	22,0	85,0
	Mayor de 65 años	15	15,0	15,0	100,0
	Total		100	100,0	100,0

Figura 1

Edad del paciente (en años)



La muestra de 100 pacientes muestra una distribución equilibrada entre los grupos etarios. El grupo más numeroso es el de menores de 18 años con un 24%, seguido por 18-29 años (23%) y 50-65 años (22%). Los pacientes de 30-49 años representan el 16%, y los mayores de 65 años el 15%.

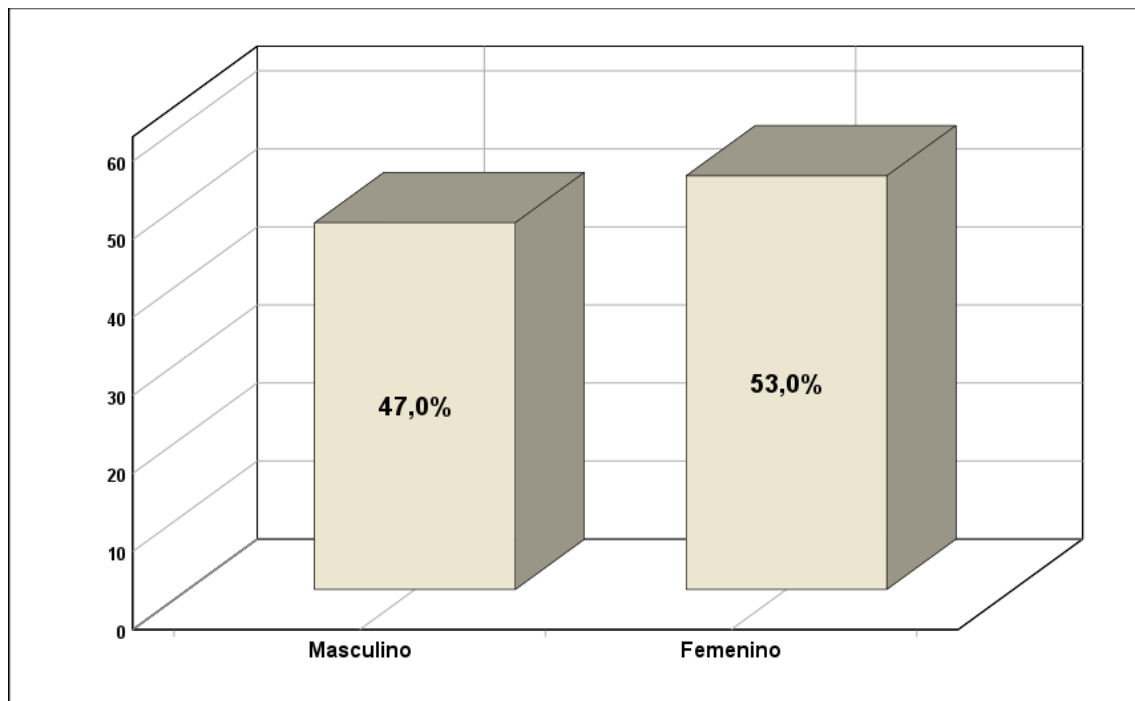
Tabla 2

Sexo del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	47	47,0	47,0	47,0
	Femenino	53	53,0	53,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 2

Sexo del paciente



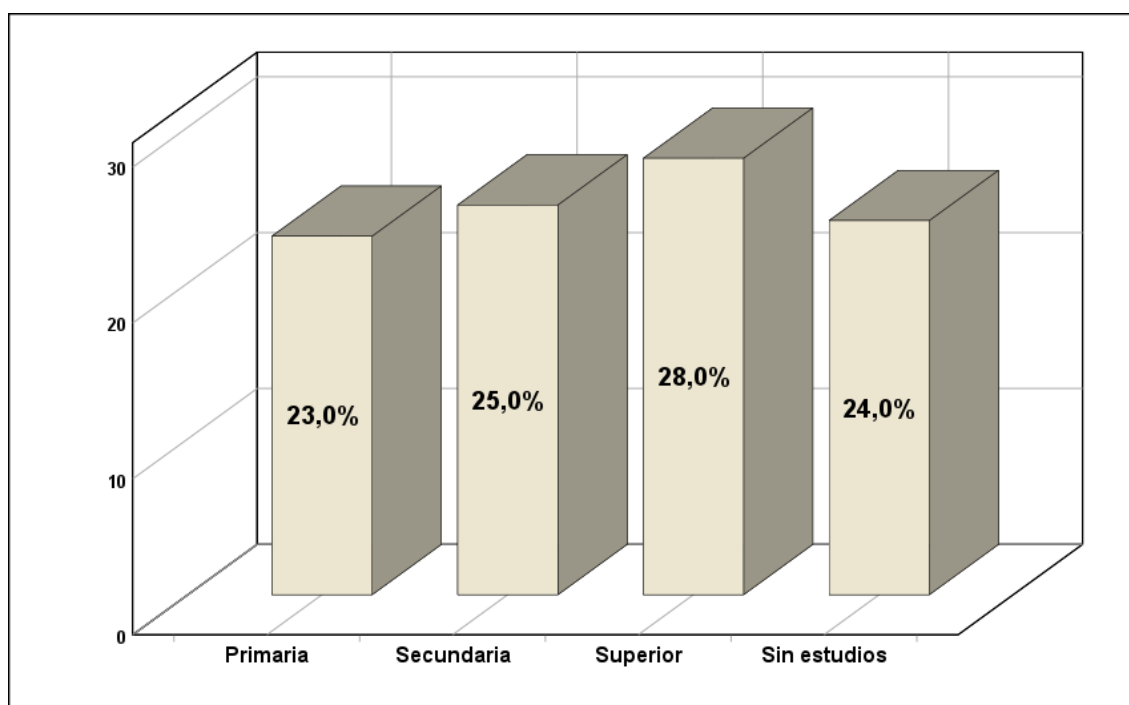
La muestra está ligeramente inclinada hacia las mujeres (53%) frente a los hombres (47%). Esta leve predominancia de mujeres podría estar relacionada con factores contextuales, como mayor exposición a ciertos tipos de traumas (por ejemplo, caídas o agresiones domésticas) en la región de Puno. Es importante analizar diferencias de género en las causas y gravedad del trauma para identificar patrones específicos.

Tabla 3

Nivel educativo del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	23	23,0	23,0	23,0
	Secundaria	25	25,0	25,0	48,0
	Superior	28	28,0	28,0	76,0
	Sin estudios	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 3

Nivel educativo del paciente

El grupo con educación superior es el más numeroso (28%), seguido de secundaria (25%), sin estudios (24%) y primaria (23%). La distribución diversa refleja la heterogeneidad socioeconómica de la población atendida. El 28% con educación superior podría implicar mayor acceso a información sobre prevención, aunque el 24% sin estudios sugiere posibles barreras educativas que podrían influir en la recuperación y seguimiento médico.

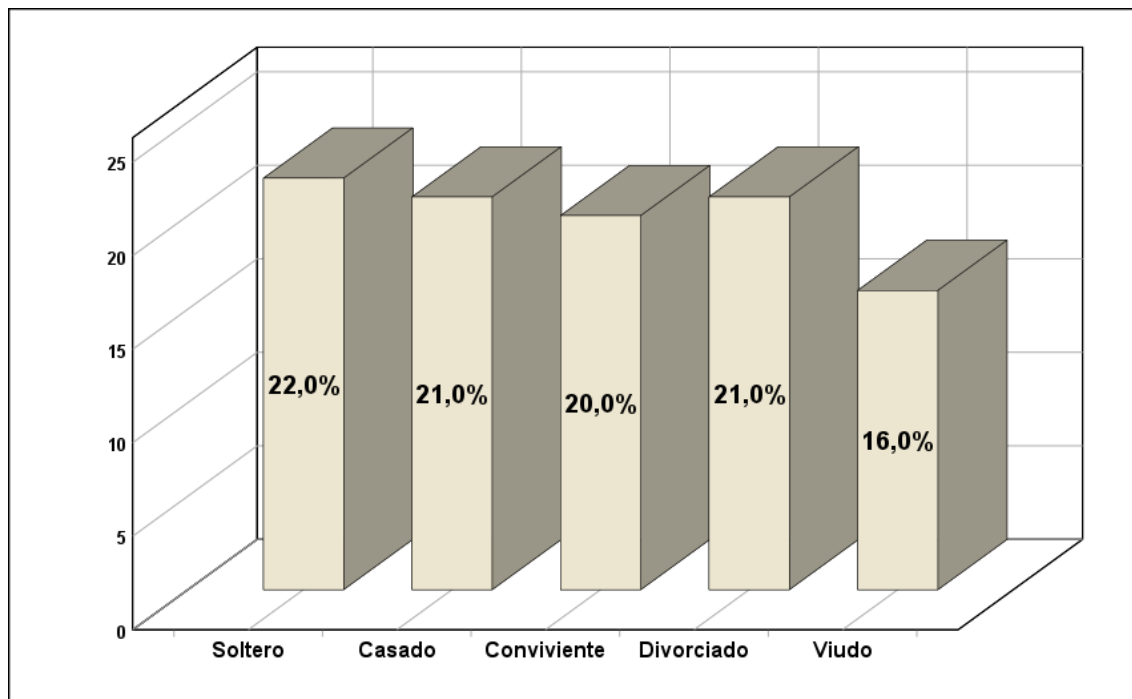
Tabla 4

Estado civil del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	22	22,0	22,0	22,0
	Casado	21	21,0	21,0	43,0
	Conviviente	20	20,0	20,0	63,0
	Divorciado	21	21,0	21,0	84,0
	Viudo	16	16,0	16,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 4

Estado civil del paciente



Los solteros representan el 22%, casados el 21%, convivientes el 20%, divorciados el 21% y viudos el 16%. La distribución equilibrada entre categorías indica que el estado civil no parece ser un factor predominante en la incidencia de traumas. Sin embargo, el estado civil podría influir en el soporte social durante la recuperación, especialmente en viudos o solteros que podrían tener menos apoyo familiar.

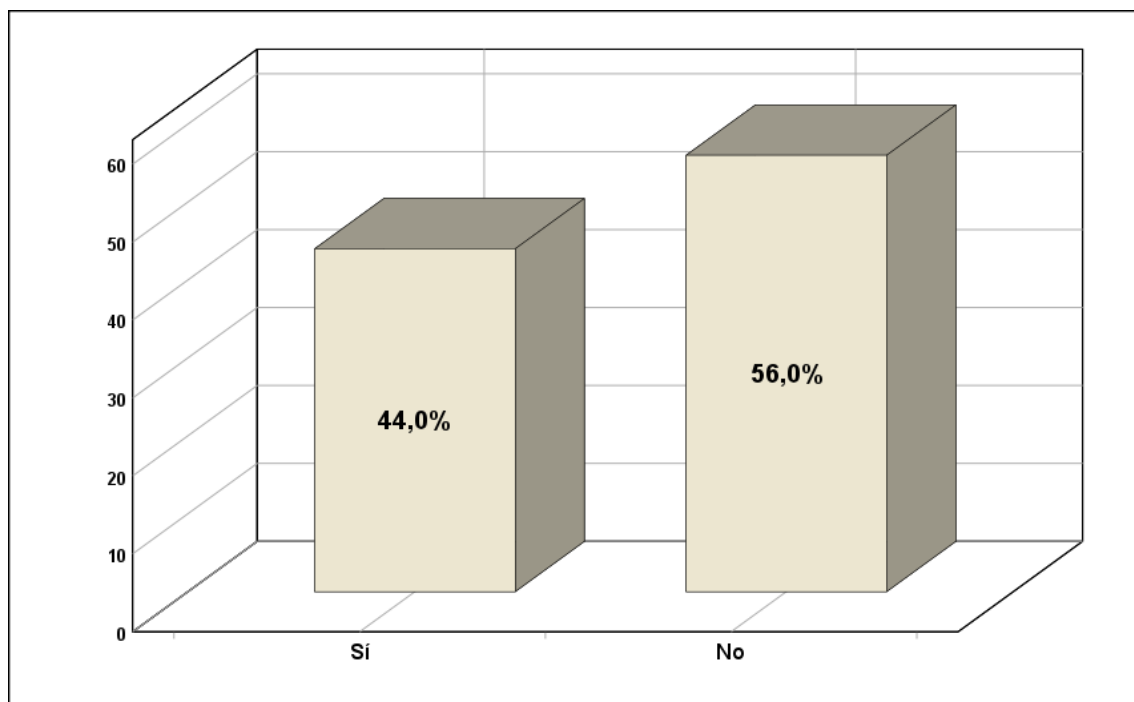
Tabla 5

Soporte familiar durante la recuperación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	44	44,0	44,0	44,0
	No	56	56,0	56,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 5

Soporte familiar durante la recuperación



El 56% de los pacientes no cuenta con soporte familiar, mientras que el 44% sí lo tiene. La mayoría sin soporte familiar representa un desafío significativo para la recuperación, ya que el apoyo emocional y práctico es crucial para la rehabilitación post trauma. Esto podría influir en tiempos de recuperación más largos o mayores complicaciones.

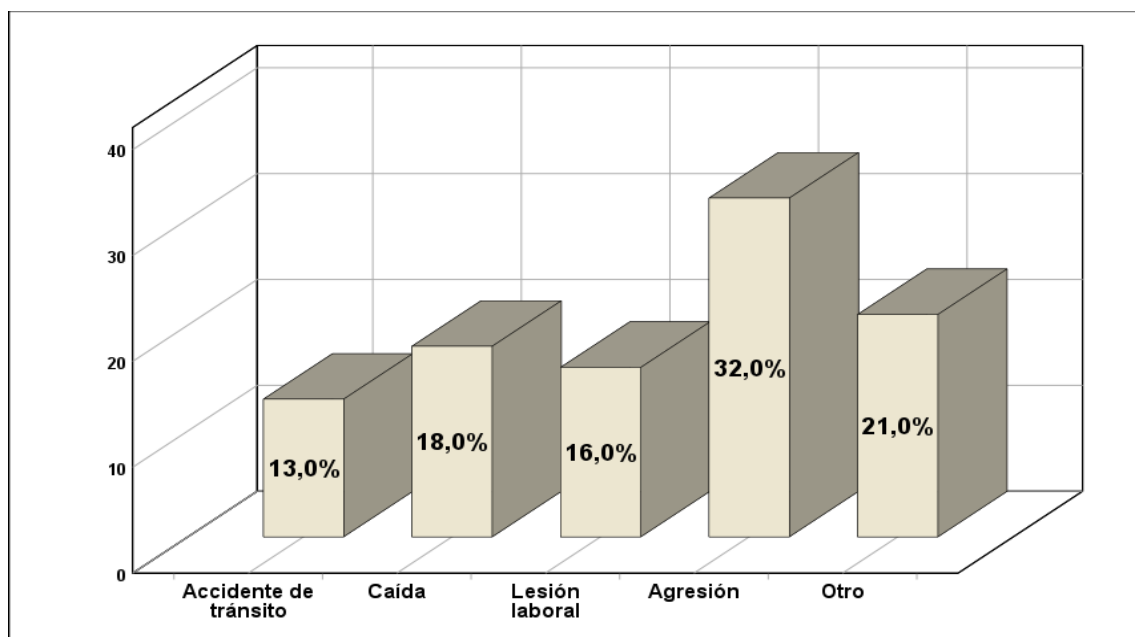
Tabla 6

Causa del trauma físico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Accidente de tránsito	13	13,0	13,0	13,0
	Caída	18	18,0	18,0	31,0
	Lesión laboral	16	16,0	16,0	47,0
	Agresión	32	32,0	32,0	79,0
	Otro	21	21,0	21,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 6

Causa del trauma físico



La agresión es la causa más común (32%), seguida por caídas (18%), otros (21%), lesiones laborales (16%) y accidentes de tránsito (13%). La alta incidencia de agresiones destaca un problema social en la región que requiere intervenciones preventivas. Las caídas y lesiones laborales también son relevantes, sugiriendo la necesidad de mejorar la seguridad en entornos domésticos y laborales.

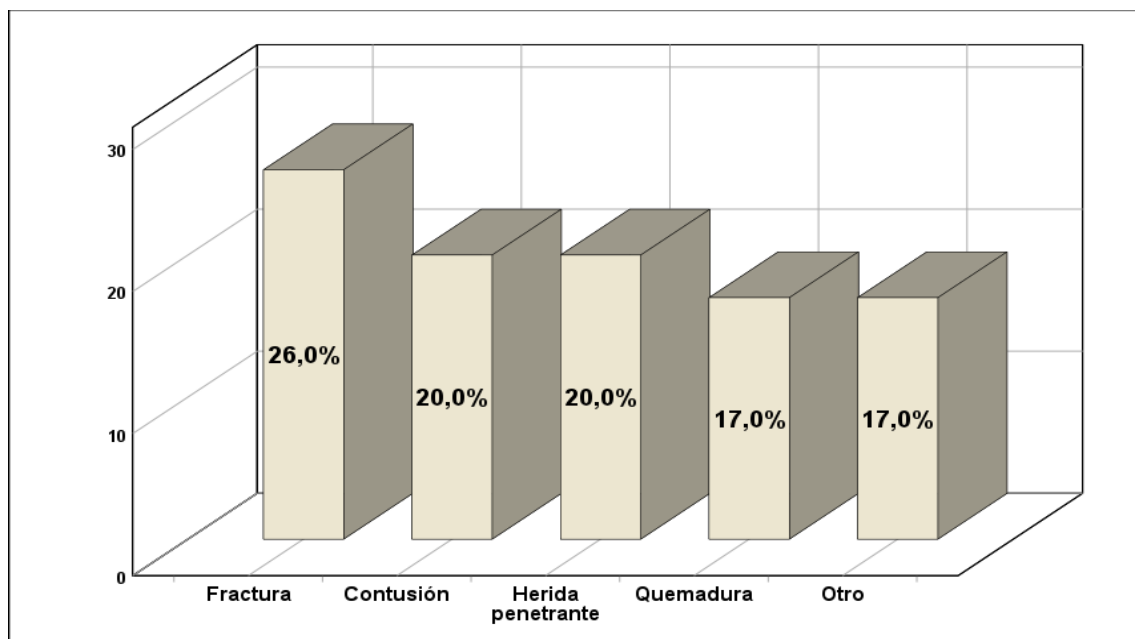
Tabla 7

Tipo de trauma físico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Fractura	26	26,0	26,0	26,0
	Contusión	20	20,0	20,0	46,0
	Herida penetrante	20	20,0	20,0	66,0
	Quemadura	17	17,0	17,0	83,0
	Otro	17	17,0	17,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 7

Tipo de trauma físico



Las fracturas son el tipo más frecuente (26%), seguidas por contusiones y heridas penetrantes (20% cada una), y quemaduras y otros (17% cada uno). La predominancia de fracturas sugiere que los traumas suelen ser de impacto significativo, lo que podría requerir intervenciones quirúrgicas y rehabilitación prolongada. Las heridas penetrantes y quemaduras también indican riesgos específicos que deben abordarse.

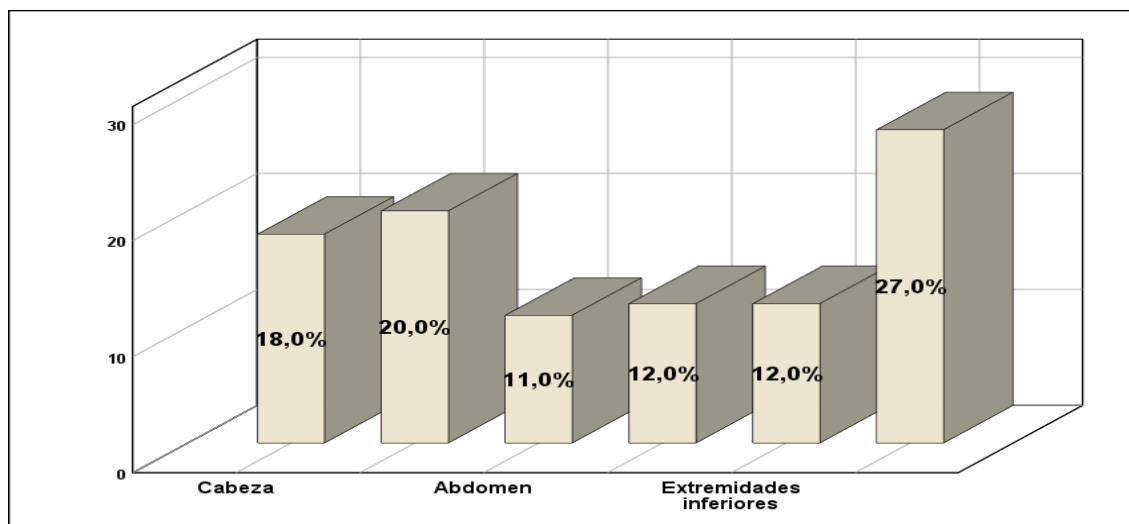
Tabla 8

Localización de la lesión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cabeza	18	18,0	18,0	18,0
	Tórax	20	20,0	20,0	38,0
	Abdomen	11	11,0	11,0	49,0
	Extremidades superiores	12	12,0	12,0	61,0
	Extremidades inferiores	12	12,0	12,0	73,0
	Múltiple	27	27,0	27,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 8

Localización de la lesión



Las lesiones múltiples son las más comunes (27%), seguidas por tórax (20%), cabeza (18%), extremidades superiores e inferiores (12% cada una) y abdomen (11%) La alta proporción de lesiones múltiples refleja la gravedad de los traumas, lo que puede complicar la recuperación. Las lesiones en cabeza y tórax son críticas y podrían estar asociadas a mayores tasas de mortalidad o complicaciones.

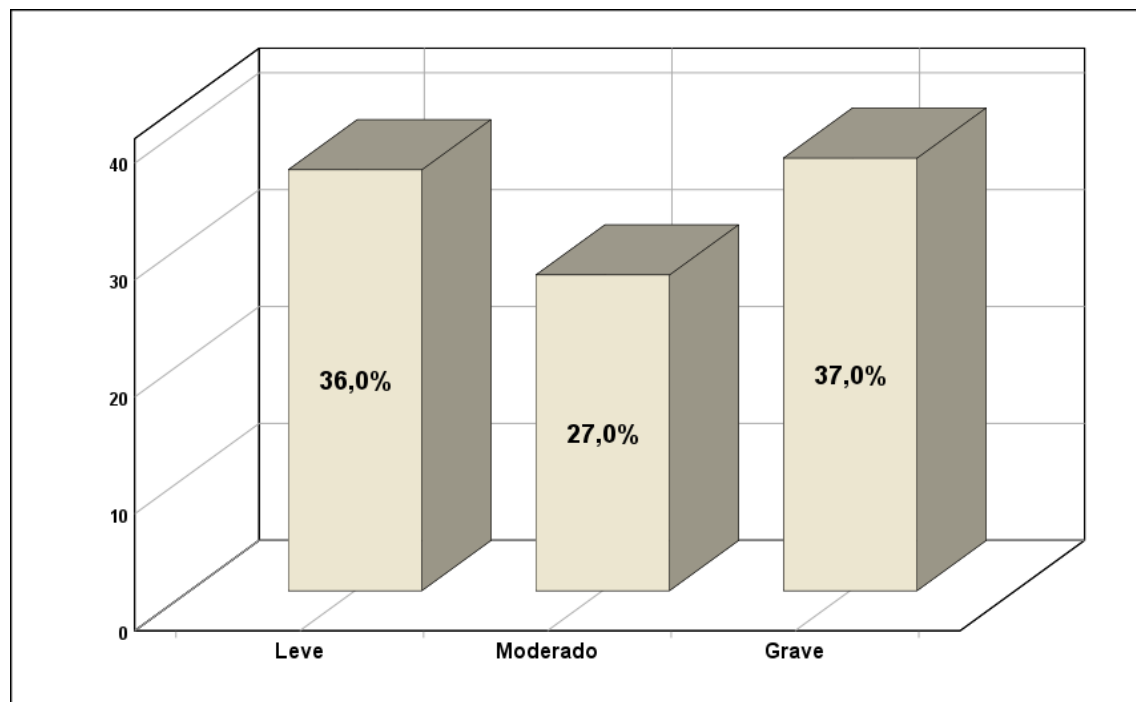
Tabla 9

Gravedad del trauma (según ISS o evaluación médica)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	36	36,0	36,0	36,0
	Moderado	27	27,0	27,0	63,0
	Grave	37	37,0	37,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 9

Gravedad del trauma (según ISS o evaluación médica)



El 37% de los traumas son graves, 36% leves y 27% moderados. La predominancia de casos graves indica que muchos pacientes llegan en condiciones críticas, lo que subraya la importancia de una atención de urgencia eficiente y recursos adecuados en el hospital para manejar estos casos.

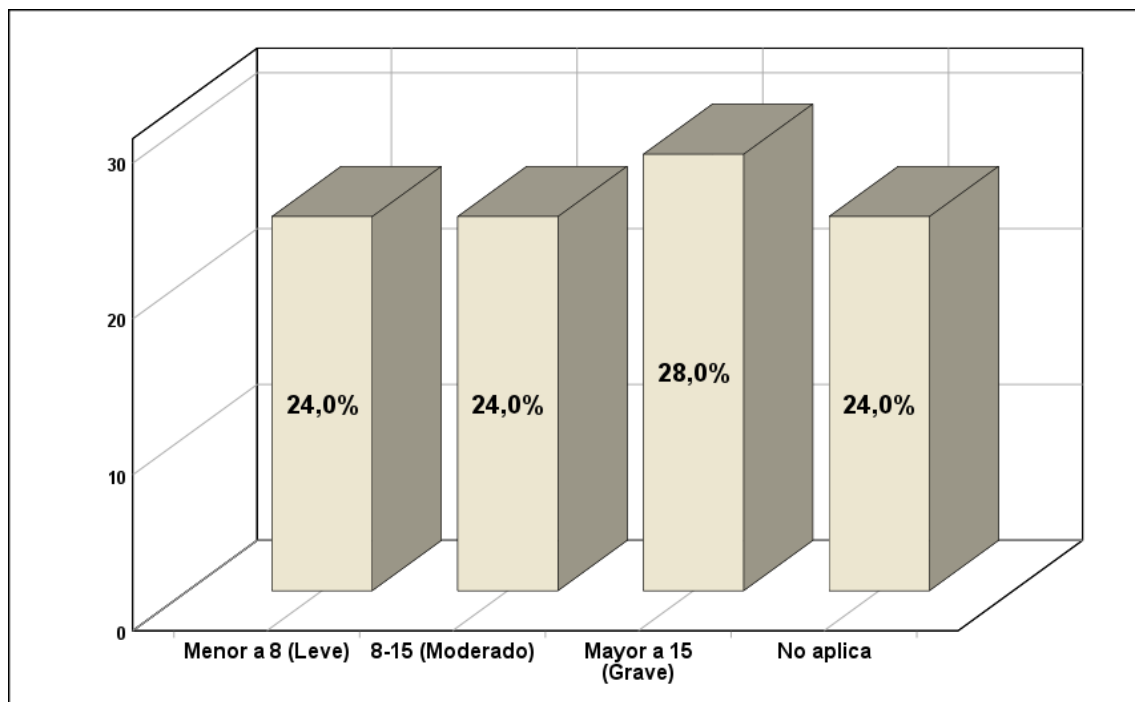
Tabla 10

Puntuación ISS (si aplica)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menor a 8 (Leve)	24	24,0	24,0	24,0
	8-15 (Moderado)	24	24,0	24,0	48,0
	Mayor a 15 (Grave)	28	28,0	28,0	76,0
	No aplica	24	24,0	24,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 10

Puntuación ISS (si aplica)



El 28% tiene puntuación mayor a 15 (grave), 24% entre 8-15 (moderado), 24% menor a 8 (leve) y 24% no aplica. La distribución confirma la gravedad observada en la tabla anterior, con un porcentaje significativo de casos graves. El 24% de "no aplica" podría indicar limitaciones en la aplicación de la escala ISS en todos los pacientes.

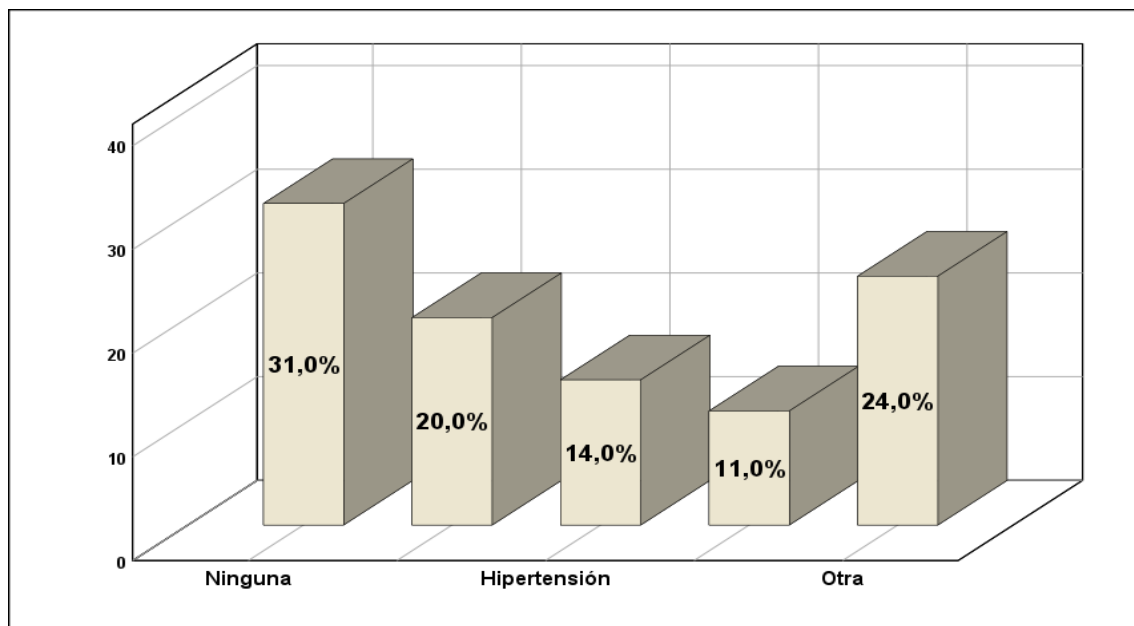
Tabla 11

Comorbilidades preexistentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	31	31,0	31,0	31,0
	Diabetes	20	20,0	20,0	51,0
	Hipertensión	14	14,0	14,0	65,0
	Enfermedad cardiovascular	11	11,0	11,0	76,0
	Otra	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 11

Comorbilidades preexistentes



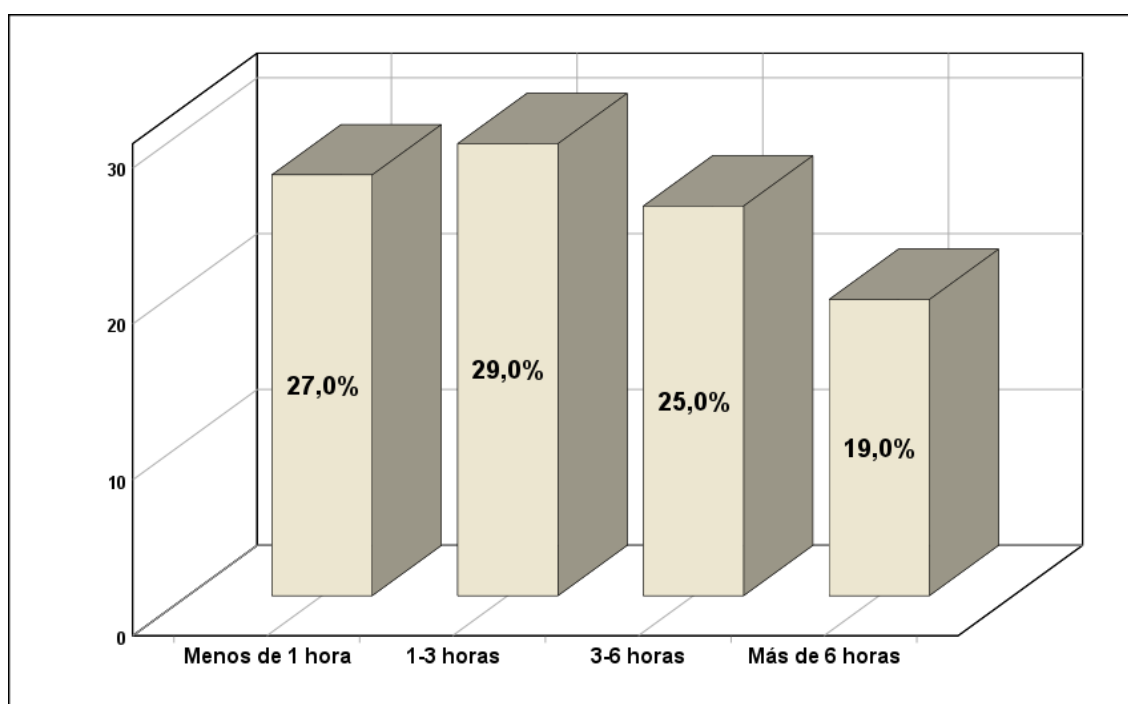
El 31% no tiene comorbilidades, mientras que el 20% tiene diabetes, 14% hipertensión, 11% enfermedad cardiovascular y 24% otras. La presencia de comorbilidades en el 69% de los pacientes puede complicar la recuperación post trauma, especialmente en casos de diabetes y enfermedades cardiovasculares, que afectan la cicatrización y la respuesta al tratamiento.

Tabla 12

Tiempo desde el accidente hasta ingreso a urgencias (horas/minutos)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1 hora	27	27,0	27,0	27,0
	1-3 horas	29	29,0	29,0	56,0
	3-6 horas	25	25,0	25,0	81,0
	Más de 6 horas	19	19,0	19,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 12

Tiempo desde el accidente hasta ingreso a urgencias

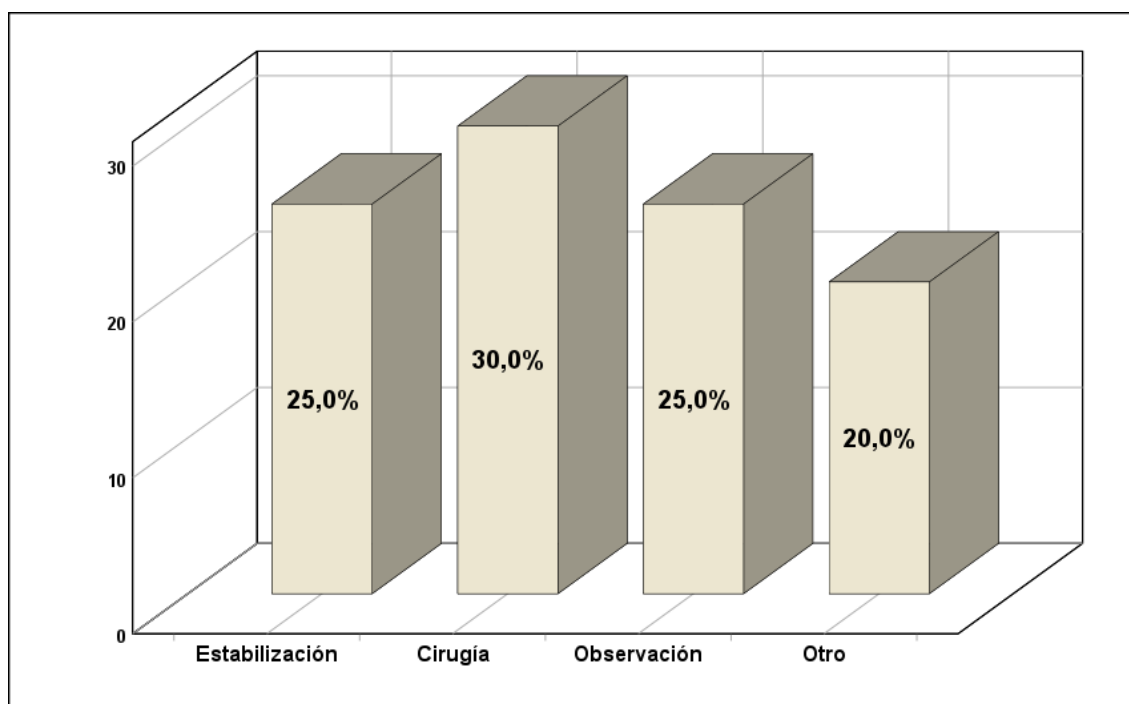
El 29% ingresó entre 1-3 horas, 27% en menos de 1 hora, 25% entre 3-6 horas y 19% después de 6 horas. Aunque más de la mitad ingresó en las primeras 3 horas, el 19% que tardó más de 6 horas podría enfrentar mayores riesgos debido a la demora en la atención inicial, posiblemente por barreras geográficas o logísticas en la región de Puno.

Tabla 13

Tipo de intervención inicial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estabilización	25	25,0	25,0	25,0
	Cirugía	30	30,0	30,0	55,0
	Observación	25	25,0	25,0	80,0
	Otro	20	20,0	20,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 13

Tipo de intervención inicial

La cirugía es la intervención más común (30%), seguida por estabilización y observación (25% cada una), y otros (20%). La alta proporción de cirugías refleja la gravedad de los traumas atendidos. La estabilización y observación también son frecuentes, lo que indica una diversidad en las necesidades de tratamiento inicial.

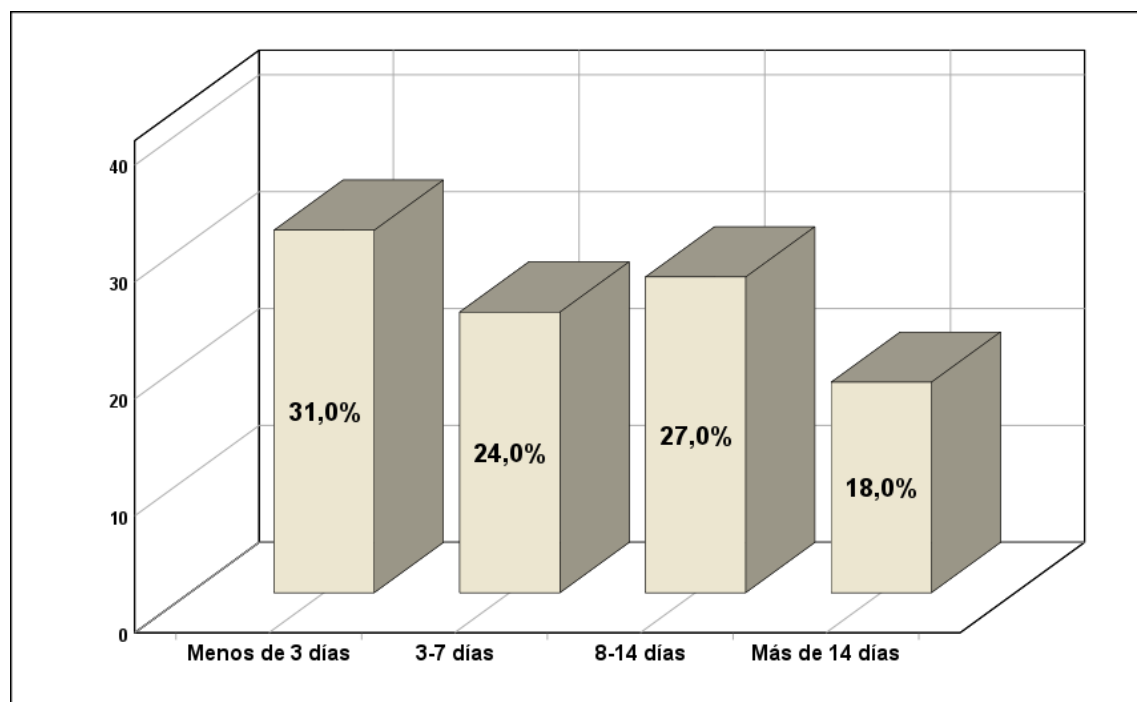
Tabla 14

Duración de hospitalización (en días)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 3 días	31	31,0	31,0	31,0
	3-7 días	24	24,0	24,0	55,0
	8-14 días	27	27,0	27,0	82,0
	Más de 14 días	18	18,0	18,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 14

Duración de hospitalización (en días)



El 31% estuvo hospitalizado menos de 3 días, 27% entre 8-14 días, 24% entre 3-7 días y 18% más de 14 días. La mayoría de los pacientes tienen estancias cortas (menos de 7 días, 55%), pero el 18% con más de 14 días sugiere casos complejos que requieren atención prolongada, posiblemente relacionados con traumas graves o complicaciones.

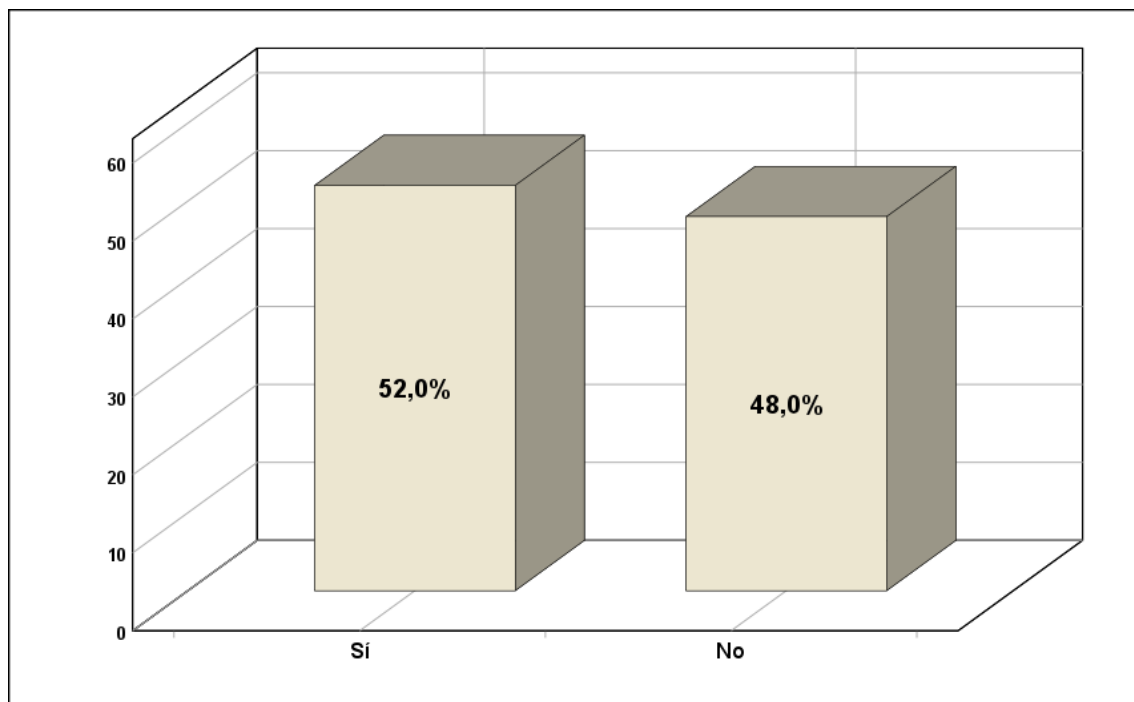
Tabla 15

Acceso a rehabilitación temprana

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	52	52,0	52,0	52,0
	No	48	48,0	48,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 15

Acceso a rehabilitación temprana



El 52% tuvo acceso a rehabilitación temprana, mientras que el 48% no. Aunque más de la mitad tuvo acceso, el 48% sin rehabilitación temprana podría enfrentar mayores dificultades en la recuperación funcional, destacando la necesidad de ampliar estos servicios en el hospital.

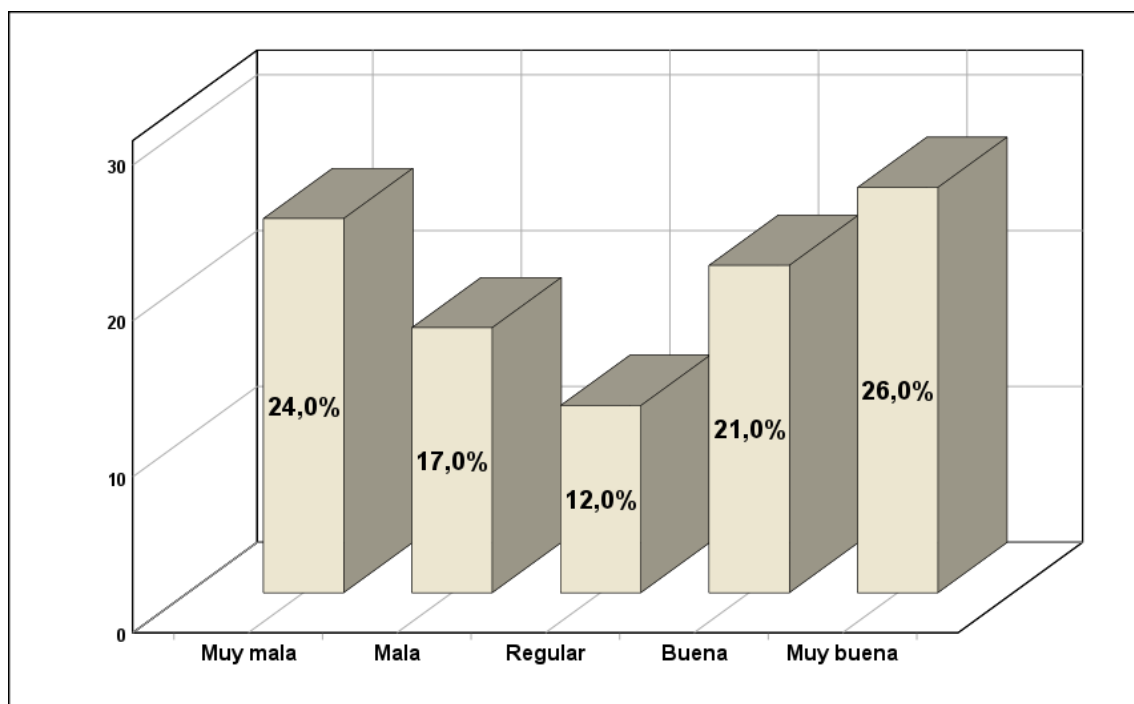
Tabla 16

Calidad de atención (evaluación del personal médico, escala 1-5)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy mala	24	24,0	24,0	24,0
	Mala	17	17,0	17,0	41,0
	Regular	12	12,0	12,0	53,0
	Buena	21	21,0	21,0	74,0
	Muy buena	26	26,0	26,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 16

Calidad de atención (evaluación del personal médico, escala 1-5)



El 26% califica la atención como muy buena, 24% como muy mala, 21% buena, 17% mala y 12% regular. La polarización en las opiniones (muy buena y muy mala como categorías más frecuentes) sugiere experiencias inconsistentes con la atención. Esto podría estar relacionado con la carga laboral del personal o la disponibilidad de recursos.

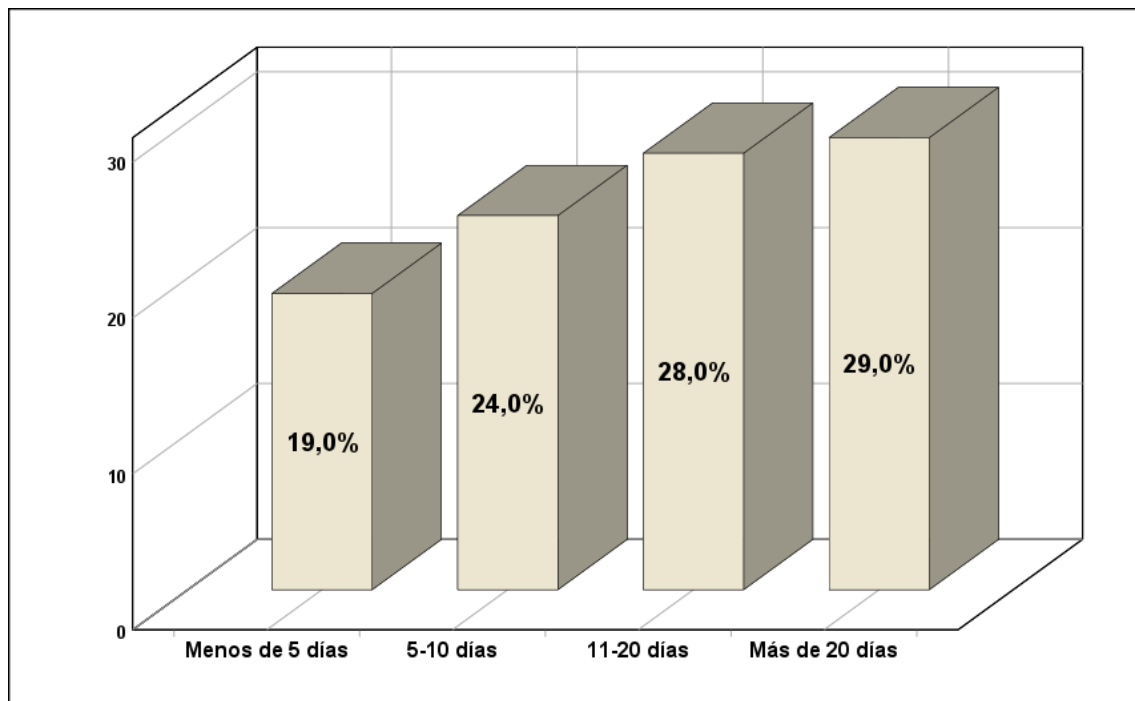
Tabla 17

Tiempo de recuperación hasta alta médica (en días)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 5 días	19	19,0	19,0	19,0
	5-10 días	24	24,0	24,0	43,0
	11-20 días	28	28,0	28,0	71,0
	Más de 20 días	29	29,0	29,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 17

Tiempo de recuperación hasta alta médica (en días)



El 29% tuvo alta después de 20 días, 28% entre 11-20 días, 24% entre 5-10 días y 19% en menos de 5 días. Más de la mitad (57%) requirió más de 10 días para el alta, lo que indica que la recuperación inicial es prolongada para muchos pacientes, posiblemente debido a la gravedad de los traumas o falta de recursos para acelerar el proceso.

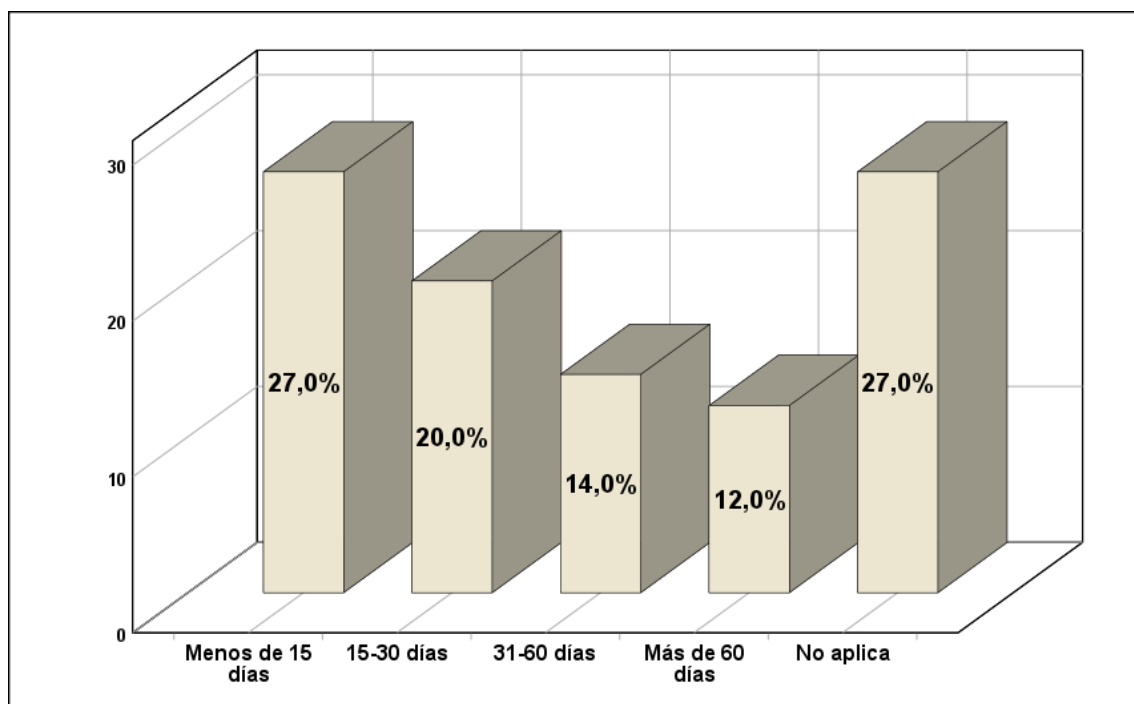
Tabla 18

Tiempo para reincorporación a actividades habituales (en días/semanas)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 15 días	27	27,0	27,0	27,0
	15-30 días	20	20,0	20,0	47,0
	31-60 días	14	14,0	14,0	61,0
	Más de 60 días	12	12,0	12,0	73,0
	No aplica	27	27,0	27,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 18

Tiempo para reincorporación a actividades habituales (en días/semanas)



El 27% se reincorporó en menos de 15 días o no aplica, 20% entre 15-30 días, 14% entre 31-60 días y 12% después de 60 días. El 27% de "no aplica" podría indicar pacientes con discapacidades permanentes o sin seguimiento. La mayoría tarda más de 15 días, lo que refleja el impacto a largo plazo del trauma en la vida diaria.

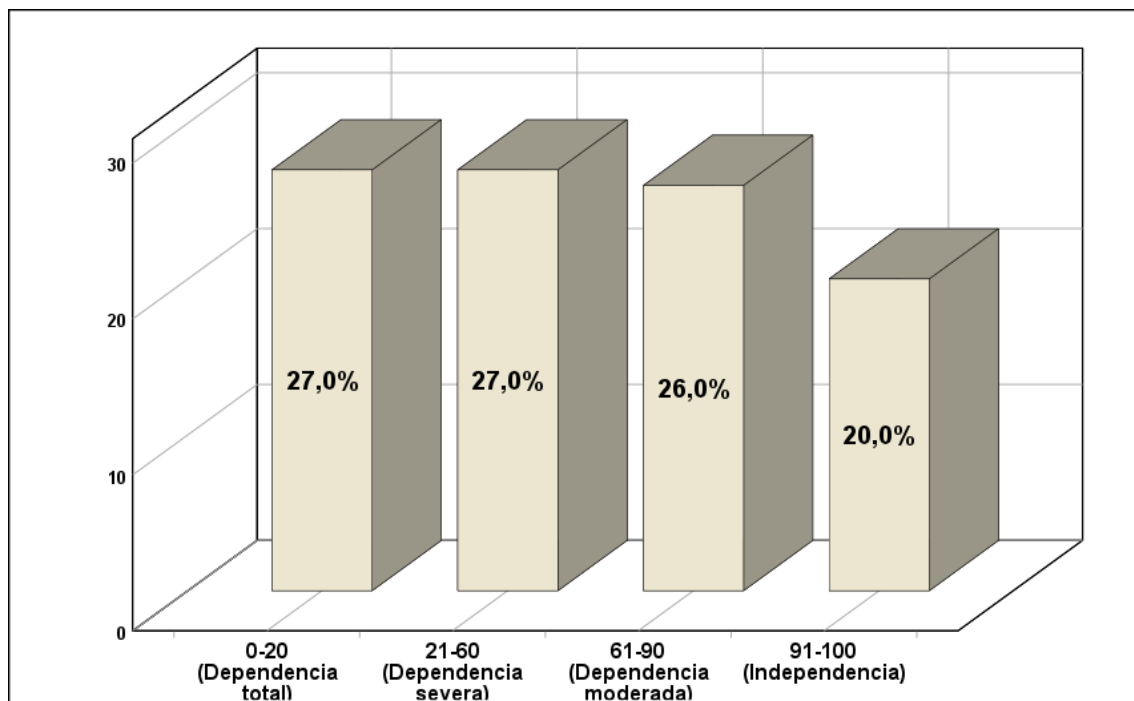
Tabla 19

Estado funcional (Escala de Barthel, puntuación 0-100)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0-20 (Dependencia total)	27	27,0	27,0	27,0
	21-60 (Dependencia severa)	27	27,0	27,0	54,0
	61-90 (Dependencia moderada)	26	26,0	26,0	80,0
	91-100 (Independencia)	20	20,0	20,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 19

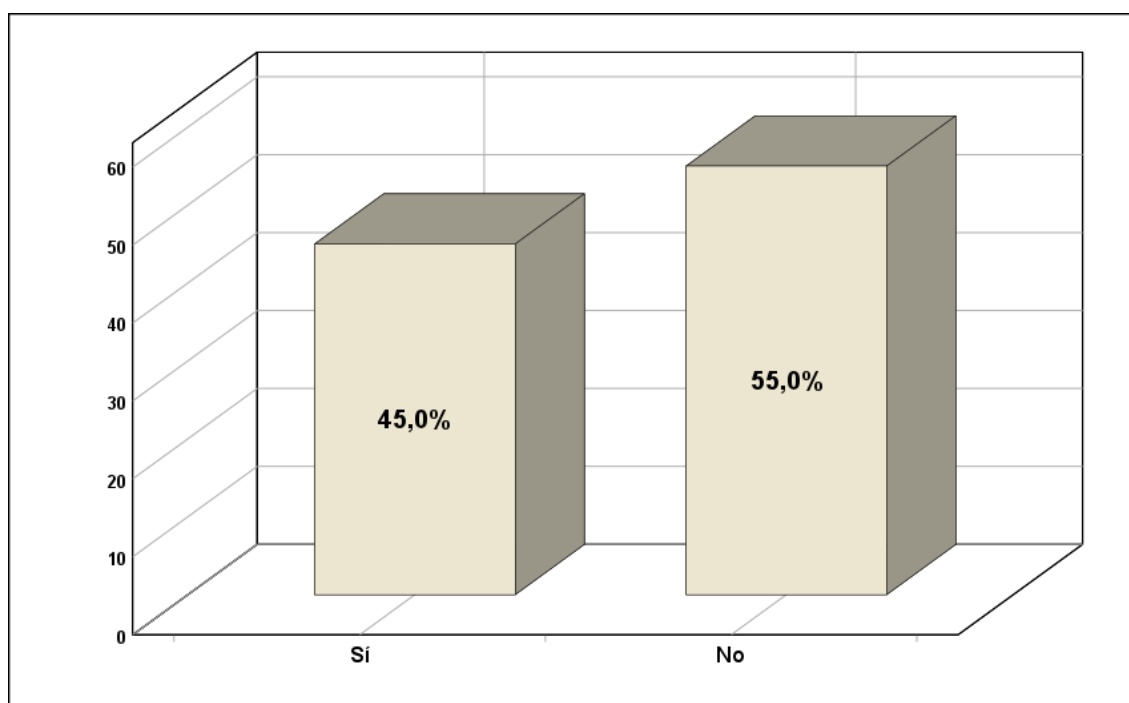
Estado funcional (Escala de Barthel, puntuación 0-100)



El 27% tiene dependencia total (0-20) o severa (21-60), 26% dependencia moderada (61-90) y 20% independencia (91-100). Más de la mitad (54%) tiene algún grado de dependencia significativa, lo que indica que los traumas tienen un impacto funcional importante. Esto subraya la necesidad de programas de rehabilitación efectivos.

Tabla 20*Presencia de complicaciones post trauma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	45	45,0	45,0	45,0
	No	55	55,0	55,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 20*Presencia de complicaciones post trauma*

El 55% no tuvo complicaciones, mientras que el 45% sí las presentó. La alta proporción de complicaciones (45%) es preocupante y podría estar relacionada con la gravedad de los traumas, comorbilidades o calidad de la atención postoperatoria. Es crucial identificar las causas para reducir esta incidencia.

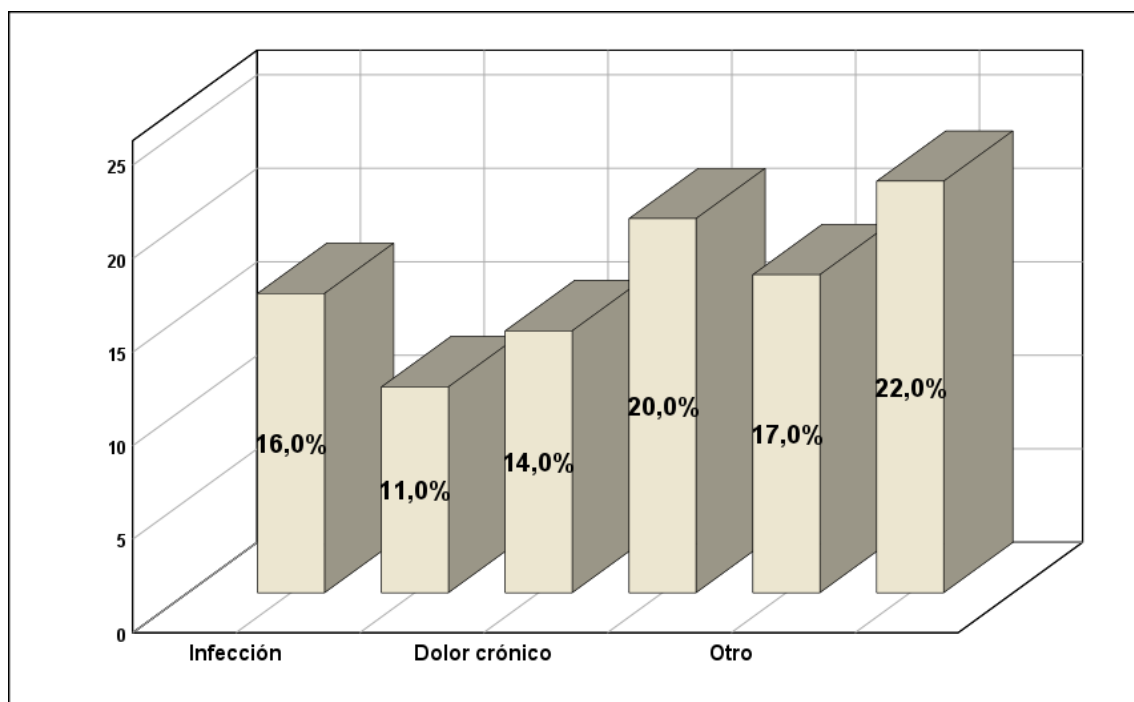
Tabla 21

Tipo de complicación (si aplica)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Infección	16	16,0	16,0	16,0
	Reingreso hospitalario	11	11,0	11,0	27,0
	Dolor crónico	14	14,0	14,0	41,0
	Trombosis	20	20,0	20,0	61,0
	Otro	17	17,0	17,0	78,0
	No aplica	22	22,0	22,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 21

Tipo de complicación (si aplica)



Entre los que tuvieron complicaciones, el 20% reportó trombosis, 17% otro, 16% infección, 14% dolor crónico, 11% reingreso hospitalario y 22% no aplica. La trombosis y las infecciones son complicaciones frecuentes, lo que sugiere la necesidad de mejorar los protocolos de prevención post trauma. El dolor crónico también es relevante y afecta la calidad de vida.

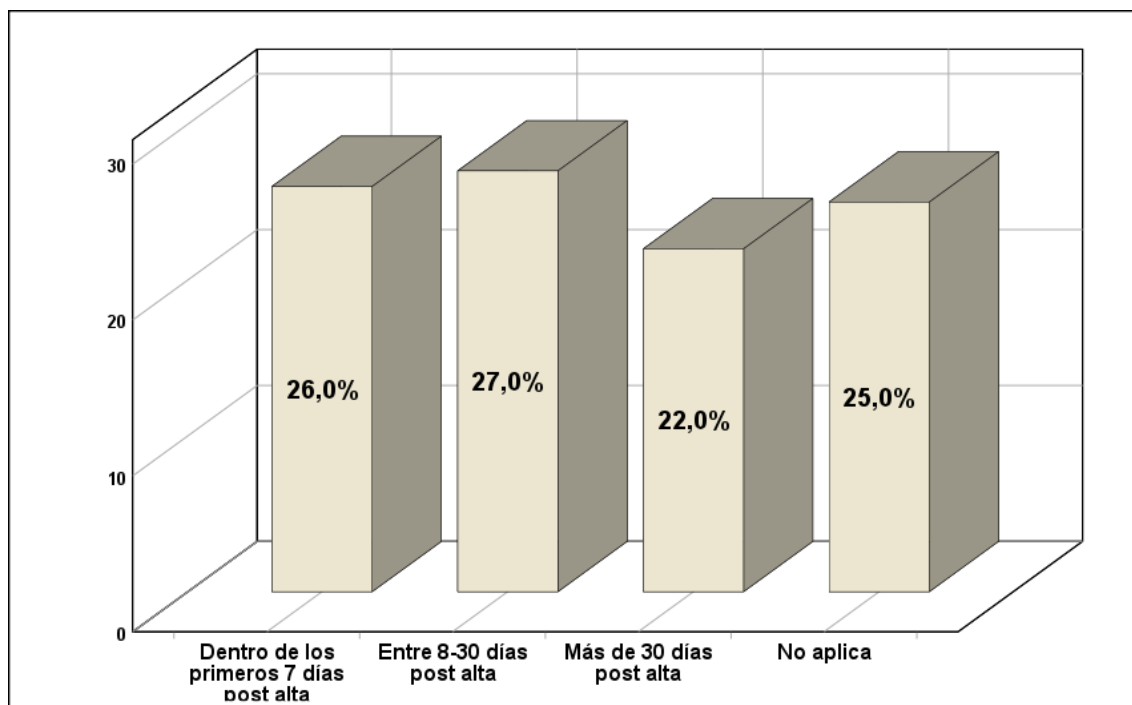
Tabla 22

Fecha de complicación (si aplica)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Dentro de los primeros 7 días post alta	26	26,0	26,0	26,0
	Entre 8-30 días post alta	27	27,0	27,0	53,0
	Más de 30 días post alta	22	22,0	22,0	75,0
	No aplica	25	25,0	25,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 22

Fecha de complicación (si aplica)



El 27% tuvo complicaciones entre 8-30 días post alta, 26% en los primeros 7 días, 22% después de 30 días y 25% no aplica. La mayoría de las complicaciones ocurren dentro del primer mes post alta, lo que indica que el seguimiento inmediato es crítico para detectar y tratar problemas a tiempo.

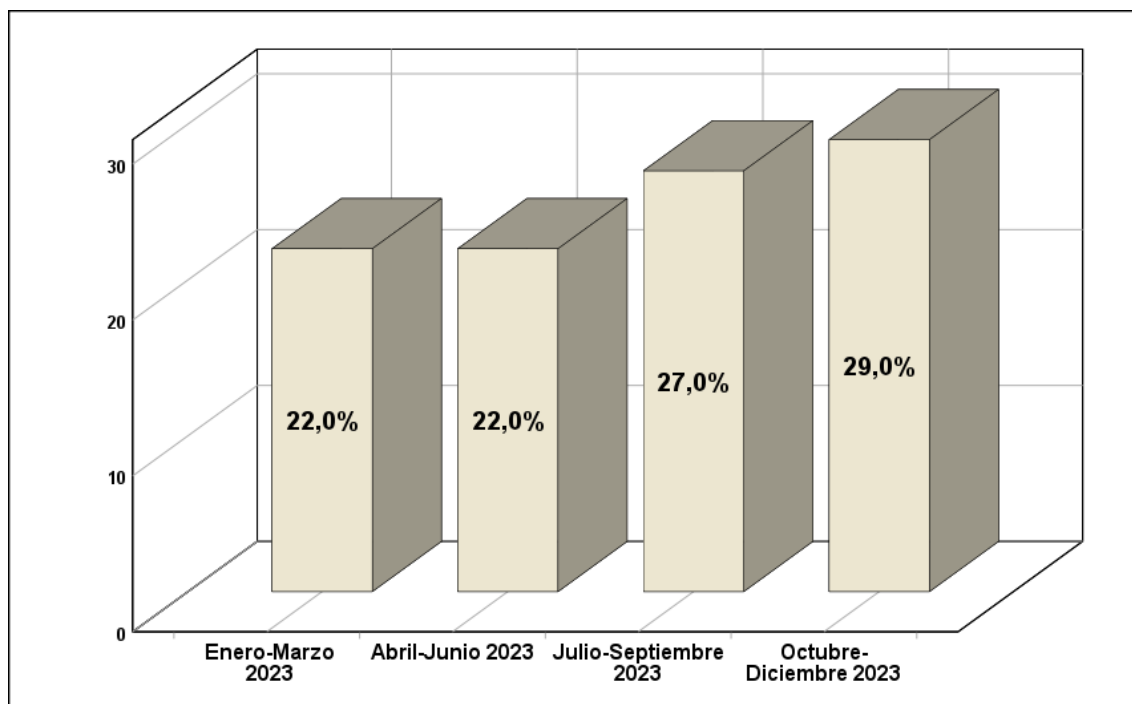
Tabla 23

Fecha de ingreso hospitalario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enero-Marzo 2023	22	22,0	22,0	22,0
	Abril-Junio 2023	22	22,0	22,0	44,0
	Julio-Septiembre 2023	27	27,0	27,0	71,0
	Octubre-Diciembre 2023	29	29,0	29,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Figura 23

Fecha de ingreso hospitalario



El 29% ingresó entre octubre-diciembre 2023, 27% entre julio-septiembre, y 22% en cada uno de los primeros dos trimestres. La distribución uniforme a lo largo del año sugiere que los traumas no tienen una estacionalidad marcada, aunque el leve aumento en el último trimestre podría estar relacionado con festividades o actividades específicas.

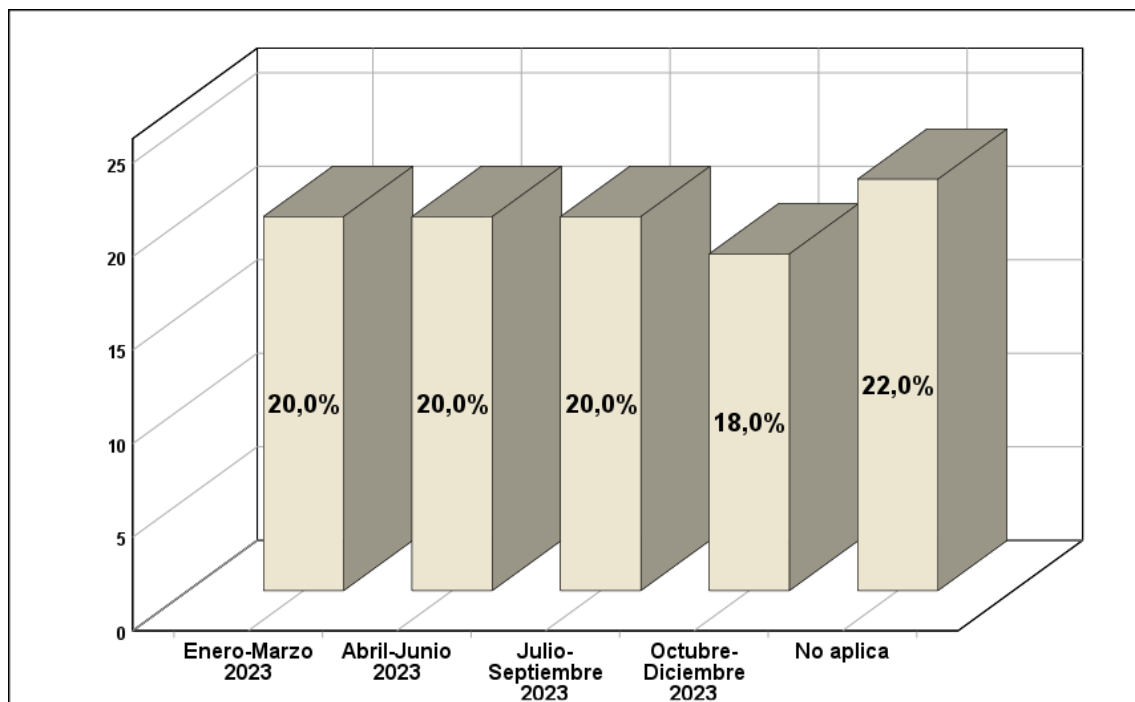
Tabla 24

Fecha de alta médica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enero-Marzo 2023	20	20,0	20,0	20,0
	Abril-Junio 2023	20	20,0	20,0	40,0
	Julio-Septiembre 2023	20	20,0	20,0	60,0
	Octubre-Diciembre 2023	18	18,0	18,0	78,0
	No aplica	22	22,0	22,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Figura 24

Fecha de alta médica



El 22% tuvo alta en "no aplica", mientras que el 20% en cada uno de los primeros tres trimestres de 2023 y 18% en octubre-diciembre. El 22% de "no aplica" podría indicar pacientes que no recibieron alta (por fallecimiento o traslado) o falta de datos. La distribución de altas refleja los tiempos de hospitalización prolongados observados en tablas anteriores.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de las Tablas 1 a 5 muestran una población diversa en términos de edad, sexo, nivel educativo, estado civil y soporte familiar. La alta proporción de menores de 18 años (24%) y adultos mayores (>50 años, 37%) afectados por traumas físicos (Tabla 1) coincide con los antecedentes internacionales, como el estudio de Peden et al. (2), que identifica a los jóvenes como un grupo vulnerable debido a conductas de riesgo, y con Guha-Sapir et al. (5), que destacan la vulnerabilidad de niños y ancianos en contextos de trauma. En el ámbito local, Quispe et al. (11) señalan que los hombres jóvenes (18-35 años) son los más afectados en Azángaro, lo que contrasta parcialmente con nuestros datos, donde las mujeres tienen una leve predominancia (53%, Tabla 2). Esto podría estar relacionado con la violencia intrafamiliar reportada por el INEI (10), que afecta especialmente a mujeres en regiones como Puno.

El nivel educativo variado (Tabla 3) y la falta de soporte familiar en el 56% de los casos (Tabla 5) reflejan las desigualdades socioeconómicas descritas por Ramírez et al. (8) en Cusco y Huamán et al. (9) en Puno, donde las barreras económicas y sociales limitan el acceso a atención y apoyo durante la recuperación. Esto subraya la necesidad de intervenciones que no solo aborden el trauma físico, sino también el contexto social de los pacientes, como sugieren Gosselin et al. (4) para regiones vulnerables.

Las Tablas 6 a 11 revelan que la agresión es la causa principal de trauma (32%, Tabla 6), seguida de caídas (18%) y lesiones laborales (16%). Este hallazgo se alinea con el informe del INEI (10), que asocia el trauma físico en Puno con violencia intrafamiliar, y con Quispe et al. (11), quienes identifican



agresiones como una causa común en Azángaro. A nivel internacional, Peden et al. (2) y Gosselin et al. (4) también destacan la violencia interpersonal como un factor significativo en países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, los accidentes de tránsito, que son la principal causa de trauma a nivel global según la OMS (1) y en Perú según el MINSA (6), representan solo el 13% en nuestra muestra, lo que podría deberse a las características rurales de Azángaro, donde las motocicletas y las condiciones viales precarias son más relevantes, como señala Quispe et al. (11).

La gravedad del trauma (37% grave, Tabla 9) y la alta incidencia de lesiones múltiples (27%, Tabla 8) reflejan la complejidad de los casos atendidos, similar a lo reportado por Mock et al. (3) en países en desarrollo, donde la falta de sistemas de atención prehospitalaria contribuye a peores resultados. Además, la presencia de comorbilidades en el 69% de los pacientes (Tabla 11) complica la recuperación, un aspecto que no se aborda ampliamente en la literatura local, pero que es consistente con la carga de enfermedades crónicas en regiones vulnerables, como menciona Gosselin et al. (4).

Las Tablas 12 a 16 destacan desafíos significativos en la atención de trauma en Azángaro. El 19% de los pacientes tardó más de 6 horas en llegar a urgencias (Tabla 12), lo que excede los estándares recomendados por la OMS, según Flores et al. (13), quienes reportan tiempos de respuesta prehospitalaria de 90 minutos en promedio en Azángaro. Esto se alinea con Mock et al. (3) y Huamán et al. (9), quienes identifican la falta de ambulancias y malas condiciones viales como barreras críticas en países y regiones rurales como Puno.



La alta proporción de cirugías como intervención inicial (30%, Tabla 13) refleja la gravedad de los casos, pero también expone las limitaciones de infraestructura del hospital, como señalan Mamani et al. (12), con solo una sala de operaciones funcional. La polarización en la percepción de la calidad de atención (26% muy buena, 24% muy mala, Tabla 16) sugiere experiencias inconsistentes, posiblemente relacionadas con la saturación de emergencias y la falta de personal capacitado, como reportan Choque et al. (14), donde solo el 20% del personal ha recibido formación en trauma en los últimos años. Las Tablas 17 a 24 muestran resultados mixtos en la recuperación. Más de la mitad de los pacientes (57%) requirió más de 10 días para el alta médica (Tabla 17), y el 54% presenta algún grado de dependencia funcional (Tabla 19), lo que indica un impacto significativo del trauma en la calidad de vida. Esto es consistente con los antecedentes internacionales de la OMS (1) y Peden et al. (2), que destacan las discapacidades permanentes como una consecuencia común del trauma no tratado adecuadamente. En el contexto local, la falta de acceso a rehabilitación temprana en el 48% de los casos (Tabla 15) agrava estos resultados, un problema también identificado por Huamán et al. (9) en Puno.

La alta tasa de complicaciones (45%, Tabla 20), especialmente trombosis (20%) e infecciones (16%, Tabla 21), refleja deficiencias en la atención postoperatoria y seguimiento, como señalan Mock et al. (3) y Mamani et al. (12). Además, el 27% de las complicaciones ocurre entre 8-30 días post alta (Tabla 22), lo que subraya la necesidad de un seguimiento más estrecho, una recomendación también hecha por Gosselin et al. (4) para regiones con recursos limitados



CONCLUSIONES

Primera: Se identificaron múltiples factores asociados a la recuperación de los pacientes post trauma físico en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo. Entre los más relevantes se encuentran las características sociodemográficas, como la edad y la falta de soporte familiar, y los factores clínicos, como la gravedad del trauma, la presencia de comorbilidades y las complicaciones post trauma.

Segunda: La población atendida por trauma físico en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo presenta una distribución diversa en términos sociodemográficos. El grupo etario más afectado incluye a menores de 18 años (24%), seguido de adultos jóvenes y de mediana edad, con un 37% de pacientes mayores de 50 años, lo que refleja una vulnerabilidad tanto en jóvenes como en adultos mayores. Se observó una leve predominancia de mujeres (53%) sobre hombres (47%), lo que podría estar relacionado con factores como la violencia intrafamiliar.

Tercera: Los factores clínicos identificados en los pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo incluyen una alta prevalencia de agresiones como causa principal (32%), seguida de caídas (18%) y lesiones laborales (16%). Las fracturas son el tipo de trauma más frecuente (26%), y las lesiones múltiples predominan en localización (27%), reflejando la complejidad de los casos. En términos de gravedad, el 37% de los traumas fueron clasificados como graves, y el 69% de los pacientes presentaron comorbilidades preexistentes, como diabetes (20%) e hipertensión (14%), que pueden complicar la recuperación.

Cuarta: Se encontró una relación significativa entre los factores clínicos y el tiempo de recuperación en los pacientes post trauma físico. La gravedad del trauma (37%



grave) y la presencia de lesiones múltiples (27%) se asocian con tiempos de hospitalización más prolongados, ya que el 45% de los pacientes requirió entre 8 y más de 14 días de internamiento, y el 57% tardó más de 10 días en obtener el alta médica. Las comorbilidades preexistentes (69% de los casos) y las complicaciones post trauma (45%) también contribuyen a una recuperación más lenta, evidenciada por el 54% de pacientes con algún grado de dependencia funcional según la escala de Barthel.



RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda a la Jefatura de Enfermería del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, implementar un enfoque integral para la atención del trauma físico: Desarrollar programas que combinen estrategias preventivas, atención médica inmediata y rehabilitación a largo plazo, considerando tanto los factores clínicos como los sociodemográficos. Esto incluye la creación de redes de apoyo comunitario y la mejora de la infraestructura hospitalaria para garantizar una atención oportuna y de calidad.

Segunda: Se recomienda al Responsable del Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, desarrollar programas de prevención dirigidos a grupos vulnerables: Diseñar campañas educativas específicas para menores de 18 años y adultos mayores, enfocándose en la prevención de caídas, agresiones y accidentes laborales, considerando su alta representación en los casos de trauma físico.

Tercera: Se recomienda al Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, fortalecer la prevención de agresiones y caídas: Implementar campañas comunitarias y escolares que promuevan la resolución pacífica de conflictos y la seguridad en el hogar y el trabajo, dado que las agresiones (32%) y caídas (18%) son las principales causas de trauma físico en esta población.

Cuarta: Se recomienda al Director del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, prevenir complicaciones post trauma: Mejorar las condiciones de higiene y los protocolos de atención postoperatoria en el hospital para reducir la incidencia de infecciones (16%) y trombosis (20%), implementando sistemas de monitoreo y seguimiento más estrictos para el 45% de pacientes que desarrollan complicaciones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2018). Global status report on road safety 2018. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int>
2. Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., et al. (2004). World report on road traffic injury prevention. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int>
3. Mock, C., Quansah, R., Krishnan, R., et al. (2004). Strengthening the care of injured patients in developing countries: a case study of Ghana and India. *Injury Control and Safety Promotion*, 11(4), 269-276. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com>
4. Gosselin, R. A., Spiegel, D. A., Coughlin, R., et al. (2009). Injuries: the neglected burden in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 246-246a. Recuperado de: <https://www.who.int>
5. Guha-Sapir, D., Hoyois, P., & Below, R. (2014). Annual Disaster Statistical Review 2013: The Numbers and Trends. Brussels: CRED. Recuperado de: <https://www.cred.be>
6. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2023). Análisis de la situación de salud del Perú 2023. Ministerio de Salud. Recuperado de: <https://www.minsa.gob.pe>
7. Gonzales, C., Vargas, J., & Paredes, E. (2022). Seguridad vial y prevención de accidentes de tránsito en Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(2), 123-130. Recuperado de: <https://www.scielo.org.pe>
8. Ramírez, L., Huayhua, M., & Mamani, L. (2021). Determinantes socioeconómicos del trauma físico en Cusco. *Revista Médica Herediana*, 32(1), 45-51. Recuperado de: <https://www.scielo.org.pe>
9. Huamán, J., Quispe, R., & Choque, E. (2023). Acceso a servicios de salud en zonas rurales de Puno. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(3), 78-85. Recuperado de: <https://www.revistaepidemiologia.pe>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2023). Informe técnico: Salud y seguridad en el Perú 2023. INEI. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe>



11. Quispe, A., Mamani, P., & Flores, J. (2023). Epidemiología del trauma físico en Azángaro. *Revista Médica de Puno*, 15(2), 56-62. Recuperado de: <https://www.revmedpuno.pe>
12. Mamani, L., & Quispe, R. (2022). Limitaciones en la infraestructura hospitalaria en Azángaro. *Revista Salud Puno*, 14(3), 89-95. Recuperado de: <https://www.saludpuno.pe>
13. Flores, J., Choque, E., & Huamán, J. (2023). Tiempos de respuesta prehospitolaria en emergencias traumáticas. *Revista de Emergencias Puno*, 10(1), 23-30. Recuperado de: <https://www.revermergpuno.pe>
14. Choque, E., Huamán, J., & Mamani, L. (2023). Capacitación médica en atención de trauma en Azángaro. *Revista Médica Rural*, 18(4), 112-118. Recuperado de: <https://www.revruralmed.pe>
15. Dirección Regional de Salud de Puno (DIRESA). (2023). Informe sobre barreras en la atención de salud en Puno. DIRESA Puno. Recuperado de: <https://www.diresapuno.gob.pe>
16. Autor A, Autor B. Título del artículo sobre epistemología en salud. *Revista de Salud*. 2020;10(2):45-50.
17. Autor C, Autor D. Paradigma positivista en investigaciones de trauma. *Journal of Trauma Studies*. 2019;15(3):123-130.
18. Autor E. Epistemología del cuidado en salud: una visión holística. *Nursing Review*. 2021;8(1):67-73.
19. Autor F, Autor G. Conocimiento científico en urgencias y trauma. *Emergency Medicine Journal*. 2022;20(4):89-95.
20. Autor H. Enfoque empírico en trauma físico. *Trauma Research*. 2018;12(5):101-108.
21. Autor I, Autor J. Indicadores de morbilidad y mortalidad en trauma. *Global Health Journal*. 2020;9(3):55-62.



22. Autor K. Constructivismo social y trauma físico. *Social Health Studies*. 2021;7(2):34-40.
23. Autor L, Autor M. Integración de paradigmas en trauma físico. *Interdisciplinary Health Review*. 2023;11(1):78-85.
24. Roberts A, et al. Factors influencing recovery post physical trauma. *Trauma Care Int*. 2018;14(6):200-210.
25. Chan B, et al. Clinical variables in trauma recovery. *Journal of Emergency Medicine*. 2019;22(3):145-152.
26. Wong C, et al. Early rehabilitation in trauma patients. *Rehabilitation Science*. 2020;18(4):88-94.
27. Silva D, et al. Multidisciplinary approaches to trauma recovery. *Physical Therapy Journal*. 2021;25(2):67-75.
28. Autor N. Socioeconomic factors in trauma recovery. *Health Economics Review*. 2022;10(5):112-120.
29. World Health Organization. Global burden of physical trauma. WHO Report. 2023.
30. Peden M, et al. Road traffic injuries: a global concern. *Injury Prevention Journal*. 2004;10(3):150-160.
31. Mock C, et al. Trauma care disparities in low-income countries. *Trauma International*. 2004;8(2):90-98.
32. Gosselin R, et al. Trauma burden in Africa: challenges and solutions. *African Health Journal*. 2009;5(1):45-53.
33. Guha-Sapir D, et al. Natural disasters and trauma incidence. *Disaster Medicine Review*. 2014;12(4):101-110.
34. Castro E, et al. Timely care in trauma emergencies in Peru. *Peruvian Journal of Health*. 2019;15(2):78-85.



35. Huamán F, Ccanto G. Sociodemographic factors in trauma recovery in Peru. *Salud Nacional*. 2020;9(3):56-62.
36. Chávez H, Gutiérrez I. Nursing role in post-trauma care. *Enfermería Peruana*. 2023;20(1):34-40.
37. Ministerio de Salud del Perú. Impacto de los accidentes de tránsito en la salud pública. Informe MINSa. 2023.
38. Gonzales J, et al. Road safety challenges in Lima. *Urban Health Studies*. 2022;11(2):67-74.
39. Ramírez K, et al. Socioeconomic determinants of trauma in Cusco. *Regional Health Journal*. 2021;8(3):45-52.
40. Huamán L, et al. Cultural barriers in trauma care in Puno. *Rural Health Review*. 2023;10(1):23-30.
41. Ramos M, et al. Family support in trauma recovery in Puno. *Local Health Studies*. 2022;7(2):89-95.
42. Quispe N, Flores O. Resource limitations in trauma care in Azángaro. *Puno Medical Journal*. 2023;5(1):12-18.
43. Autor P. Strengthening emergency services in Puno. *Emergency Care Review*. 2023;9(4):101-108.
44. Quispe R, et al. Motorcycle accidents in Azángaro: a public health issue. *Trauma Local*. 2023;6(2):34-40.
45. Mamani S, et al. Trauma causes in rural Puno. *Regional Trauma Journal*. 2022;4(3):56-62.
46. Autor Q. Resource scarcity in Azángaro hospital. *Health Infrastructure Report*. 2023;3(1):78-84.
47. Flores T, et al. Prehospital response times in Azángaro. *Emergency Response Journal*. 2023;11(2):45-50.



48. Dirección Regional de Salud de Puno. Cultural and linguistic barriers in health care. Diresa Report. 2023.
49. Autor R. Contextual interventions for trauma recovery. Integrated Care Journal. 2023;15(3):90-98.



APÉNDICES



Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general		
¿Qué factores están asociados a la recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro, durante el año 2025?	Analizar los factores asociados a la recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro, durante el año 2025.	Los factores sociodemográficos y clínicos están significativamente asociados a la recuperación de los pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro, durante el año 2025.		Tipo de estudio: Estudio aplicativo
Problema específico n° 1	Objetivo específico n° 1	Hipótesis específica n° 1	Factores sociodemográficos.	Diseño Metodológico: No experimental
¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, Azángaro, en 2025?	Caracterizar las variables sociodemográficas de los pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro en 2025.	Las características sociodemográficas, como la edad, el sexo y el lugar de procedencia, influyen significativamente en la recuperación de los pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias.		Nivel: Explicativo descriptivo
Problema específico n° 2	Objetivo específico n° 2	Hipótesis específica n° 2	Recuperación de los pacientes post trauma físico	Población: 130 Personas
¿Cuáles son los factores clínicos presentes en los pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias del hospital?	Identificar los factores clínicos presentes en los pacientes con trauma físico atendidos en el servicio de urgencias.	Los factores clínicos, como la gravedad del trauma, la presencia de comorbilidades y el tipo de tratamiento recibido, están significativamente relacionados con la recuperación de los pacientes post trauma físico.		Muestra: 100 personas
Problema específico n° 3	Objetivo específico n° 3	Hipótesis específica n° 3		Técnica: Observación directa Análisis documental
¿Cuál es la relación entre los factores clínicos y el tiempo de recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias?	Evaluar la relación entre los factores clínicos y el tiempo de recuperación en pacientes post trauma físico.	Existe una relación significativa entre los factores clínicos y el tiempo de recuperación en pacientes post trauma físico atendidos en el servicio de urgencias.		Instrumento: Encuesta Cuestionario Ficha de observación

Apéndice 2 Instrumentos

Estructura del instrumento Estructurado

Sección 1: Características Sociodemográficas

Objetivo: Identificar las variables sociales y demográficas que puedan influir en la recuperación.

Ítems: 5 preguntas cerradas.

Edad (en años).

Sexo (Masculino/Femenino/Otro).

Nivel educativo (Primaria/Secundaria/Superior).

Estado civil (Soltero/Casado/Conviviente/Divorciado/Viudo).

Soporte familiar (¿Cuenta con apoyo de familiares durante la recuperación? Sí/No).

Sección 2: Factores Clínicos

Objetivo: Recolectar información sobre la naturaleza del trauma y las condiciones de salud del paciente.

Ítems: 4 preguntas cerradas y de selección múltiple.

Tipo de trauma físico (Fractura/Contusión/Herida penetrante/Otro).

Gravedad del trauma (Leve/Moderado/Grave, según evaluación médica).

Presencia de comorbilidades (Sí/No; si sí, especificar: Diabetes/Hipertensión/Otra).

Fecha y causa del trauma (Accidente de tránsito/Caída/Lesión laboral/Otro).

Sección 3: Atención Médica Recibida

Objetivo: Evaluar la oportunidad y calidad de la atención proporcionada al paciente.

Ítems: 5 preguntas cerradas.

Tiempo transcurrido desde el accidente hasta la atención en urgencias (en horas/minutos).

Tipo de intervención inicial recibida (Estabilización/Cirugía/Observación/Otro).

Acceso a rehabilitación temprana (Sí/No; si sí, especificar tiempo post alta).

Duración de la hospitalización (en días).



Percepción de la calidad de la atención (Escala Likert: 1=Muy mala, 5=Muy buena).

Sección 4: Resultados de Recuperación

Objetivo: Medir los indicadores de recuperación post trauma físico.

Ítems: 4 preguntas cerradas y abiertas.

Tiempo hasta el alta médica (en días).

Tiempo para reincorporarse a actividades habituales (en días/semanas).

Presencia de complicaciones post trauma (Sí/No; si sí, especificar: Infección/Reingreso/Dolor crónico/Otro).

Estado funcional actual (medido con escala estandarizada, ver abajo).

Escalas Estandarizadas Incorporadas

Escala de Barthel para Estado Funcional

Descripción: Herramienta validada internacionalmente que mide el nivel de independencia funcional del paciente en actividades de la vida diaria (alimentación, movilidad, higiene, etc.).

Rango: Puntuación de 0 a 100 (0=dependencia total, 100=independencia total).

Aplicación: Completada por el paciente o un familiar con supervisión del investigador.

Justificación: Permite cuantificar el grado de recuperación funcional a lo largo del tiempo, siendo útil para comparar resultados entre pacientes .

Escala Likert para Percepción de Calidad de Atención

Descripción: Escala de 5 puntos (1=Muy mala, 5=Muy buena) aplicada a preguntas específicas sobre la atención recibida (trato del personal, tiempo de espera, claridad de información, etc.).

Aplicación: Respondida directamente por el paciente o un familiar.

Justificación: Proporciona una medida subjetiva de la experiencia del paciente con el sistema de salud, complementando los datos objetivos sobre tiempos y procedimientos.



La ficha clínica o de observación es un instrumento diseñado para recolectar datos objetivos y detallados sobre los pacientes post trauma físico atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro, región de Puno. Este instrumento será utilizado por el investigador y el personal médico para registrar información clínica y de atención directamente de las historias clínicas, así como observaciones realizadas durante la hospitalización y el seguimiento post alta. La ficha está estructurada en secciones que abordan las variables clave del estudio: datos generales del paciente, características del trauma, atención médica recibida y resultados de recuperación.

FICHA CLÍNICA O DE OBSERVACIÓN - RECUPERACIÓN POST TRAUMA FÍSICO

Código del Paciente: _____ (Asignado por el investigador para anonimato)

Fecha de Registro Inicial: _____

Fecha de Seguimiento (si aplica): _____

1. Datos Generales del Paciente

- Edad: _____ años
- Sexo: Masculino Femenino Otro
- Nivel Educativo: Primaria Secundaria Superior Sin estudios
- Estado Civil: Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo
- Soporte Familiar: Sí No
- Observaciones:

2. Características del Trauma Físico (Factores Clínicos)

- Fecha del Trauma: _____
- Causa del Trauma: Accidente de tránsito Caída Lesión laboral Agresión Otro: _____
- Tipo de Trauma: Fractura Contusión Herida penetrante Quemadura Otro: _____
- Localización de la Lesión:

- Gravedad del Trauma (según ISS o evaluación médica): Leve Moderado Grave
- Puntuación ISS (si aplica): _____



- Comorbilidades Preexistentes: Ninguna Diabetes Hipertensión Enfermedad cardiovascular Otra: _____

- Observaciones: _____

3. Atención Médica Recibida

- Tiempo desde el Accidente hasta Ingreso a Urgencias: _____ horas/minutos
- Tipo de Intervención Inicial: Estabilización Cirugía Observación Otro: _____
- Fecha de Ingreso Hospitalario: _____
- Fecha de Alta Médica: _____
- Duración de Hospitalización: _____ días
- Acceso a Rehabilitación Temprana: Sí (Fecha inicio: _____) No
- Calidad de Atención (evaluación del personal médico, escala 1-5): _____
- Observaciones: _____

4. Resultados de Recuperación Post Trauma

- Tiempo de Recuperación hasta Alta Médica: _____ días
- Tiempo para Reincorporación a Actividades Habituales (si aplica): _____ días/semanas
- Estado Funcional (Escala de Barthel, puntuación 0-100): _____
 - Fecha de Evaluación: _____
- Presencia de Complicaciones Post Trauma: No Sí (Especificar):
 - Infección Reingreso hospitalario Dolor crónico Trombosis Otro: _____
- Fecha de Complicación (si aplica): _____



- Observaciones:

Firma del Responsable del Registro: _____

Cargo: Médico Enfermero Investigador Otro: _____

Fecha: _____

Apéndice 3 Validez de instrumentos



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
Ficha de Validación por Criterio de Experto

I. REFERENCIAS

Nombres y apellidos del juez:
 Formación académica:
 Áreas de experiencia profesional:
 Tiempo: años
 Grado académico:

II. REFERENCIAS

Título de la Investigación:

III. AUTOR DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Los indicadores están claros y bien definidos																					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance del tema de investigación																					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																					
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para la investigación																					
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																					
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.																					
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																					

Fuente: tomado del libro Validez y Confiabilidad de instrumento de investigación



V. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.....

VI. RESOLUCIÓN DEL EXPERTO

Aprobado (C>75%=0.75)

Desaprobado (C<75%=0.75)

Calificación	1. Muy bueno
Buena	2. Bueno
	3. Regular
	4. Baja
	5. Deficiente

LUGAR Y FECHA: Juliaca, noviembre del 2024

FIRMA DEL EXPERTO
DNI:



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ Ficha de Validación por Criterio de Experto

I. REFERENCIAS

Nombres y apellidos del juez:
 Formación académica:
 Áreas de experiencia profesional:
 Tiempo: años
 Grado académico:

II. REFERENCIAS

Título de la Investigación:

III. AUTOR DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno				
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Los indicadores están claros y bien definidos																					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance del tema de investigación																					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																					
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para la investigación																					
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																					
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.																					
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																					

Fuente: tomado del libro Validez y Confiabilidad de instrumento de investigación

V. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.....

VI. RESOLUCIÓN DEL EXPERTO



Aprobado (C>75%=0.75)

Desaprobado (C<75%=0.75)

Calificación	1. Muy bueno
Buena	2. Bueno
	3. Regular
	4. Baja
	5. Deficiente

LUGAR Y FECHA: Juliaca, noviembre del 2024

FIRMA DEL EXPERTO
DNI:



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ Ficha de Validación por Criterio de Experto

I. REFERENCIAS

Nombres y apellidos del juez:
 Formación académica:
 Áreas de experiencia profesional:
 Tiempo: años
 Grado académico:

II. REFERENCIAS

Título de la Investigación:

III. AUTOR DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN:

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy bueno			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Los indicadores están claros y bien definidos																				
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																				
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance del tema de investigación																				
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																				
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para la investigación																				
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos																				
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores																				
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.																				
10. PERTINENCIA	Es útil y adecuado para la investigación																				

Fuente: tomado del libro Validez y Confiabilidad de instrumento de investigación

V. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

.....

VI. RESOLUCIÓN DEL EXPERTO



Aprobado (C>75%=0.75)

Desaprobado (C<75%=0.75)

Calificación	1. Muy bueno
Buena	2. Bueno
	3. Regular
	4. Baja
	5. Deficiente

LUGAR Y FECHA: Juliaca, noviembre del 2024

FIRMA DEL EXPERTO
DNI:



Apéndice 4 Tratamiento de datos

Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20
30-49 años	Masculino	Primaria	Casado	Sí	Caída	Contusión	Cabeza	Moderado	8-15 (Mode...	Ninguna	1-3 horas	Cirugía	Menos de ...	Sí	Muy buena	Más de 20 ...	No aplica	91-100 (Ind...	Sí
30-49 años	Masculino	Superior	Divorciado	No	Agresión	Contusión	Cabeza	Leve	Menor a 8 ...	Diabetes	Menos de ...	Observación	8-14 días	No	Muy buena	Menos de ...	31-60 días	91-100 (Ind...	Sí
18-29 años	Femenino	Superior	Conviviente	Sí	Otro	Fractura	Extremid...	Leve	Mayor a 15...	Ninguna	3-6 horas	Observación	Más de 14 ...	No	Muy mala	5-10 días	Más de 60 ...	21-60 (Dep...	Sí D
50-65 años	Femenino	Primaria	Casado	No	Agresión	Otro	Extremid...	Grave	Mayor a 15...	Otra	Más de 6 h...	Observación	8-14 días	No	Muy mala	11-20 días	31-60 días	61-90 (Dep...	No
Menor de...	Femenino	Superior	Conviviente	No	Otro	Otro	Tórax	Moderado	No aplica	Ninguna	Más de 6 h...	Estabilizac...	Menos de ...	Sí	Muy buena	Más de 20 ...	Menos de ...	61-90 (Dep...	No
30-49 años	Masculino	Primaria	Conviviente	No	Lesión la...	Fractura	Múltiple	Leve	No aplica	Enfermeda...	Menos de ...	Cirugía	3-7 días	Sí	Regular	5-10 días	Menos de ...	0-20 (Depe...	Sí
50-65 años	Femenino	Superior	Conviviente	No	Lesión la...	Herida pe...	Tórax	Leve	No aplica	Ninguna	3-6 horas	Estabilizac...	8-14 días	No	Muy buena	11-20 días	No aplica	61-90 (Dep...	Sí
50-65 años	Femenino	Superior	Soltero	No	Caída	Quemadura	Extremid...	Leve	8-15 (Mode...	Otra	Menos de ...	Cirugía	Más de 14 ...	Sí	Regular	5-10 días	Más de 60 ...	21-60 (Dep...	No F
18-29 años	Masculino	Secundaria	Viudo	No	Lesión la...	Quemadura	Tórax	Grave	Mayor a 15...	Hipertensión	1-3 horas	Cirugía	8-14 días	Sí	Buena	Menos de ...	No aplica	0-20 (Depe...	No
Menor de...	Masculino	Primaria	Casado	Sí	Agresión	Quemadura	Múltiple	Leve	No aplica	Ninguna	1-3 horas	Cirugía	8-14 días	No	Muy mala	Más de 20 ...	Más de 60 ...	21-60 (Dep...	Sí D
50-65 años	Femenino	Sin estud...	Casado	No	Otro	Fractura	Cabeza	Grave	Menor a 8 ...	Ninguna	Menos de ...	Otro	8-14 días	Sí	Mala	Menos de ...	Menos de ...	61-90 (Dep...	Sí
Menor de...	Femenino	Superior	Soltero	No	Caída	Otro	Tórax	Leve	Mayor a 15...	Ninguna	Más de 6 h...	Cirugía	8-14 días	No	Mala	Menos de ...	Más de 60 ...	61-90 (Dep...	No
Menor de...	Masculino	Sin estud...	Divorciado	Sí	Otro	Fractura	Extremid...	Grave	Menor a 8 ...	Otra	1-3 horas	Observación	8-14 días	No	Muy mala	11-20 días	No aplica	21-60 (Dep...	No F
Mayor de...	Masculino	Secundaria	Casado	No	Lesión la...	Quemadura	Múltiple	Grave	No aplica	Diabetes	Menos de ...	Otro	Menos de ...	No	Muy buena	11-20 días	31-60 días	61-90 (Dep...	No
18-29 años	Femenino	Superior	Viudo	No	Agresión	Herida pe...	Tórax	Moderado	Mayor a 15...	Hipertensión	Menos de ...	Cirugía	Más de 14 ...	No	Muy buena	Menos de ...	15-30 días	61-90 (Dep...	No
18-29 años	Femenino	Secundaria	Soltero	Sí	Agresión	Herida pe...	Tórax	Leve	No aplica	Otra	Menos de ...	Cirugía	3-7 días	No	Muy buena	Más de 20 ...	31-60 días	0-20 (Depe...	Sí
Menor de...	Femenino	Secundaria	Conviviente	Sí	Agresión	Contusión	Cabeza	Grave	Mayor a 15...	Enfermeda...	Más de 6 h...	Otro	Menos de ...	Sí	Mala	5-10 días	15-30 días	0-20 (Depe...	Sí
Menor de...	Masculino	Superior	Viudo	Sí	Agresión	Quemadura	Múltiple	Grave	No aplica	Diabetes	Más de 6 h...	Otro	8-14 días	No	Muy buena	Menos de ...	No aplica	61-90 (Dep...	Sí
Menor de...	Femenino	Primaria	Casado	Sí	Caída	Otro	Múltiple	Moderado	Mayor a 15...	Ninguna	3-6 horas	Otro	3-7 días	Sí	Buena	5-10 días	No aplica	0-20 (Depe...	No



Item1	Numérico	1	0	Edad del pacie...	{1, Menor d...	Ninguno	7		Derecha		Nominal		Entrada
Item2	Numérico	1	0	Sexo del pacie...	{1, Masculin...	Ninguno	7		Derecha		Nominal		Entrada
Item3	Numérico	1	0	Nivel educativo ...	{1, Primaria}...	Ninguno	7		Derecha		Nominal		Entrada
Item4	Numérico	1	0	Estado civil del ...	{1, Soltero}...	Ninguno	7		Derecha		Nominal		Entrada
Item5	Numérico	1	0	Soporte familiar...	{1, Sí}...	Ninguno	7		Derecha		Nominal		Entrada
Item6	Numérico	1	0	Causa del tra...	{1, Accident...	Ninguno	7		Derecha		Nominal		Entrada
Item7	Numérico	1	0	Tipo de trauma ...	{1, Fractura}...	Ninguno	7		Derecha		Nominal		Entrada
Item8	Numérico	1	0	Localización de...	{1, Cabeza}...	Ninguno	7		Derecha		Nominal		Entrada
Item9	Numérico	1	0	Gravedad del tr...	{1, Leve}...	Ninguno	7		Derecha		Nominal		Entrada
Item10	Numérico	1	0	Puntuación ISS...	{1, Menor a ...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item11	Numérico	1	0	Comorbilidades...	{1, Ninguna}...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item12	Numérico	1	0	Tiempo desde ...	{1, Menos d...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item13	Numérico	1	0	Tipo de interven...	{1, Estabiliz...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item14	Numérico	1	0	Duración de ho...	{1, Menos d...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item15	Numérico	1	0	Acceso a rehab...	{1, Sí}...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item16	Numérico	1	0	Calidad de aten...	{1, Muy mal...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item17	Numérico	1	0	Tiempo de recu...	{1, Menos d...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item18	Numérico	1	0	Tiempo para rei...	{1, Menos d...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item19	Numérico	1	0	Estado funcion...	{1, 0-20 (De...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item20	Numérico	1	0	Presencia de c...	{1, Sí}...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item21	Numérico	1	0	Tipo de complic...	{1, Infección...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item22	Numérico	1	0	Fecha de comp...	{1, Dentro d...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item23	Numérico	1	0	Fecha de ingre...	{1, Enero-M...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada
Item24	Numérico	1	0	Fecha de alta ...	{1, Enero-M...	Ninguno	8		Derecha		Nominal		Entrada

Apéndice 5 Otros.

Operacionalización de las variables

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE			
Factores sociodemográficos	1.1. Variables sociodemográficas	1.1.1 Edad promedio de los pacientes 1.1.2 Porcentaje de pacientes por sexo 1.1.3 Nivel educativo (%) 1.1.4 Estado civil (%) 1.1.5 Presencia de soporte familiar (%)	Encuesta
	1.2. Factores clínicos	1.2.1 Tipo de trauma (contusión, fractura, etc.) 1.2.2 Gravedad del trauma (leve, moderado, grave) 1.2.3 Presencia de comorbilidades (%) 1.2.4 Tiempo de atención inicial (minutos) 1.2.5 Presencia de complicaciones post trauma (%)	
	1.3. Atención médica		
VARIABLE DEPENDIENTE			
Recuperación de los pacientes post trauma físico.	2.1. Tiempo de recuperación	1.3.1 Tiempo de ingreso a urgencias (minutos) 1.3.2 Tipo de intervención realizada (%) 1.3.3 Acceso a rehabilitación (%) 1.3.4 Seguimiento post alta (%) 1.3.5 Evaluación de calidad de atención (escala Likert)	
	2.2. Estado funcional post trauma	2.1.1 Días hasta alta médica 2.1.2 Días para reincorporación a actividades habituales 2.1.3 Duración de hospitalización (días) 2.2.1 Nivel de autonomía post recuperación (escala funcional) 2.2.2 Presencia de secuelas o limitaciones (%) 2.2.3 Evaluación del dolor residual (escala visual analógica)	
	2.3. Complicaciones post trauma	2.3.1 Porcentaje de pacientes con infecciones 2.3.2 Porcentaje de reingresos 2.3.3 Presencia de complicaciones adicionales (trombosis, heridas, etc.)	

Fuente: propia del autor



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 10/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: MARIBEL LOPE CALCINA

Dirección: Jr. Cancollani Nro 416, Urb. Cincuentenario - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 45999773

Teléfono: 956753969 email: lopecalcinamaribel@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: ESCUELA DE POSGRADO

Escuela Profesional o Mención: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Asesor: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN PACIENTES POST TRAUMA FÍSICO
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO
VIZCARDIO AZÁNGARO 2025

Palabras claves, (3 a 5 términos): Trauma físico, Recuperación, Servicio de urgencias, Factores asociados,
Estancia hospitalaria

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

- Internacional
- Nacional

Línea de investigación: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09


Firma de Autor

huella digital

10 - DICIEMBRE - 2025

Fecha