

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
EN CONVENIO CON UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
CARRERA DE ENFERMERÍA



MANEJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRAUMA
CRANEOENCEFÁLICO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL MARCO VINICIO IZA, DURANTE EL PERIODO MARZO –
JULIO DEL 2012.

AUTORAS:

Bustos Villareal Mónica Alexandra

Cortez Guerrero Ángela Yazmín

Trabajo de grado para obtener el Título de Licenciado (a) en Enfermería

DIRECTORA DE TESIS: Msc. Teresa Martínez

Tulcán, septiembre de 2012

DEDICATORIA

Nuestra tesis la dedicamos con todo el cariño y amor:

A Dios:

Nuestro salvador por habernos regalado la vida y darnos una familia tan maravillosa, también por la paciencia para poder continuar y no rendirnos, logrando de esta manera cumplir con nuestros objetivos. Agradecimiento infinito.

A nuestros padres:

Por ser el pilar fundamental en nuestras vidas, por todo su esfuerzo y sacrificio de cada día, por creer en nosotros, permitiéndonos llegar hasta este punto, ya que gracias a ellos, logramos vencer cada obstáculo que se ha presentado a lo largo de nuestras vidas, lo que ha hecho posible alcanzar nuestras metas propuestas. Para ellos nuestro gran amor, obediencia y respeto.

A nuestros hermanos:

Por estar a nuestro lado apoyándonos en los momentos más difíciles, brindándonos su amor gracias hermanitos los queremos mucho.

Mónica Bustos

Ángela Cortez

AGRADECIMIENTO

Al personal docente y administrativo de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, Escuela de Enfermería, programa de internado rotativo 2011 – 2012, ya que nos guiaron en el camino de la superación.

A nuestros queridos docentes, que han sido la guía en nuestra formación profesional, por impartir sus conocimientos, experiencias y sabios consejos, por enseñarnos fortalecer nuestras capacidades como futuros profesionales y ser más humanos, éticos y responsables en el desempeño de nuestra profesión erudita.

Al nuestro tutor del internado rotativo de enfermería, licenciado Ángel Patín, por su motivación constante a ser mejores cada día y ayudarnos a salir adelante.

A nuestra tutora la Msc. Teresa Martínez, por su asesoramiento en el desarrollo de este trabajo investigación científica.

Mónica Bustos

Ángela Cortez

CESIÓN DE DERECHOS

Nosotras, Bustos Villareal Mónica Alexandra con cédula de ciudadanía número 0401646732 y Cortez Guerrero Ángela Yazmín con cédula de ciudadanía número 1085918027 declaramos ser autoras del presente trabajo para la obtención del título de licenciadas de enfermería, por lo tanto cedemos los derechos Universidad Politécnica Estatal del Carchi.

Mónica Bustos

Ángela Cortez

PÁGINAS PRELIMINARES

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CESIÓN DE DERECHOS	iv
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE GRÀFICOS	x
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	xvi

CAPÍTULO I	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 ENUNCIADO DEL TEMA	1
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	3
1.4 JUSTIFICACIÓN	3
1.5 OBJETIVOS	5
1.5.1 Objetivo general	5
1.5.2 Objetivos específicos	5
CAPÍTULO II	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 MARCO INSTITUCIONAL	6
2.1.1 Ubicación geográfica	6
2.1.2 Antecedentes históricos	6
2.1.3 Funcionamiento de la institución	8
2.1.4 Características físicas	9
2.1.5 Talento humano	9
2.1.6 Servicios que ofrece	10

2.2	MARCO CONCEPTUAL	14
2.2.1	Traumatismo craneoencefálico	14
2.2.2	Cuidados de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico	27
2.3	HIPÓTESIS VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.	42
2.3.1	Hipótesis	42
2.3.2	Variables	42
CAPÍTULO III		43
3.	DISEÑO METODOLÓGICO	43
3.1	TIPO DE ESTUDIO	43
3.2	UNIVERSO Y MUESTRA	43
3.2.1	Universo	43
3.2.2	Muestra	44
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	44
3.4	DISEÑO DEL INSTRUMENTO	45
3.5	PROCESAMIENTO DE DATOS	45
CAPITULO IV		46

4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS INTERPRETACIÓN Y PLAN DE INTERVENCIÓN.	46
4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	46
4.2 INTERPRETACIÓN DE DATOS	70
4.3 PLAN DE INTERVENCIÓN	75
4.3.1 Introducción	75
4.3.2 Objetivos	76
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
5.1 CONCLUSIONES	79
5.2. RECOMENDACIONES	80
CAPITULO VI	82
6. BIBLIOGRAFÍA	82
6.1 BIBLIOGRAFÍA CITADA	82
6.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	83
6.3 REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	85
CAPITULO VII	88
7. APÉNDICE Y ANEXOS	88

7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	88
7.2 AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL	¡Error! Marcador no definido.
7.3 INSTRUMENTOS APLICADOS	91
7.4. CONSTANCIA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN DE TESIS.	¡Error! Mar
7.5 FOTOGRAFÍAS	98
7.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMARÍA EN PACIENTES CON TCE	101
7.6 GLOSARIO	119
7.7 INFORME DE SOCIALIZACIÓN	121

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº 1.	Servicios de apoyo	11
Nº 2.	Edad del personal de enfermería	46
Nº 3.	Cargo ocupacional	48
Nº 4.	Años de experiencia del personal	50
Nº 5.	Falta de material e insumos	52
Nº 6.	Ha recibido capacitaciones sobre TCE	53
Nº 7.	Falta de personal profesional	54
Nº 8.	Ha cubierto otro turno diferente al que tiene asignado	55
Nº 9.	Factores que interfieren en la valoración ocular	57
Nº 10.	Conoce sobre la exploración de las pupilas	58
Nº 11.	Identifica los signos de hipertensión intracraneal	59
Nº 12.	Reconoce el nivel normal del flujo urinario	61
Nº 13.	Realiza la valoración de la escala de Glasgow	62
Nº 14.	Identifica actividades en pacientes con TCE moderado	63
Nº 15.	Identifica soluciones adecuadas	65
Nº 16.	Prioriza actividades en hipotensión	67
Nº 17.	Utiliza los medios adecuados para la administración de oxígeno	68
Nº 18.	Material del servicio	72

ÍNDICE DE TABLAS

Nº 1.	Recursos humanos	9
Nº 2.	Recursos humanos de emergencia	12
Nº 3.	Estadísticas de pacientes con trauma craneoencefálico	13
Nº 4.	Escala de Glasgow adulto	15
Nº 5.	Escala de Glasgow pediátrica	16
Nº 6.	Clasificación pupilar	19
Nº 7.	Acciones de enfermería en TCE paciente adulto	31
Nº 8.	Acciones de enfermería en paciente TCE pediátrico	37
Nº 9.	Edad del personal de enfermería	46
Nº10.	Cargo ocupacional	48
Nº 11.	Años de experiencia del profesional	50
Nº 12.	Falta de material e insumos	52
Nº 13.	Ha recibido capacitaciones sobre TCE	53
Nº 14.	Falta de personal profesional	54
Nº 15.	Ha cubierto otro turno diferente al que tiene asignado	55
Nº 16.	Factores que interfieren en la valoración ocular	57
Nº 17.	Conoce sobre la exploración de las pupilas	58
Nº 18.	Identifica los signos de hipertensión intracraneal	59
Nº 19.	Reconoce el nivel normal del flujo urinario	61
Nº 20.	Realiza la valoración de la escala de Glasgow	62
Nº 21.	Identifica actividades en pacientes con TCE moderado	63
Nº 22.	Identifica soluciones adecuadas	65

Nº 23.	Prioriza actividades en hipotensión	67
Nº 24.	Utiliza medios adecuados para la administración de oxígeno	68
Nº 25.	Material del servicio	72
Nº 26.	Realización de plan de intervención	77
Nº 27.	Operacionalización de variables	88
Nº 28.	Presupuesto	97
Nº 29.	Cronograma	98
Nº 29.	Proceso de atención de enfermería en TCE	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Nº 1.	Recolección de datos estadísticos de pacientes con TCE	102
Nº 2.	Realización de encuestas al personal de enfermería	102
Nº 3.	Verificación del manejo de enfermería a pacientes con TCE	103
Nº 4.	Paciente en el cual no se tiene una vía periférica permeable	103
Nº 5.	Verificación de vía aérea permeable	104
Nº 6.	Historia clínica sin exámenes de laboratorio	104

RESUMEN

El TCE (traumatismo craneoencefálico) es cualquier impacto súbito con o sin pérdida del conocimiento y se encuentra entre los trastornos neurológicos más graves de la actualidad, por lo cual se consideró necesario realizar una investigación sobre el manejo de enfermería a pacientes con TCE que son atendidos en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza, con el objetivo de brindar una atención integral y así evitar complicaciones que puedan agravar o dejar secuelas permanentes.

Partiendo de la observación e investigación de campo y mediante el método inductivo y deductivo, se determinó que el manejo del personal de enfermería al paciente con TCE es bajo en conocimientos, lo cual es alarmante ya que existe un promedio de 34 pacientes atendidos mensualmente, en un total de 171 pacientes durante el tiempo establecido de la investigación.

Es necesaria la realización de capacitaciones continuas y organizadas, para el mejoramiento de las acciones de enfermería fundamentadas en un conocimiento científico más no empírico. Con la aplicación del plan de intervención se logró concientizar al personal de enfermería sobre el manejo a dichos pacientes, para de esta para poner énfasis en los conocimientos, habilidades y técnicas.

Palabras claves: traumatismo craneoencefálico, manejo de enfermería, escala de Glasgow, principio científico, empírico.

ABSTRACT

The TBI (traumatic brain injury) is any sudden impact with or without loss of consciousness and is among the most serious neurological disorders today, which was deemed necessary to conduct an investigation into the nursing management of patients with TBI who enter hospital emergency service Marco Vinicio Iza, with the aim of providing comprehensive care to avoid complications that may aggravate or permanent disabilities.

Based on observation and field research and through inductive and deductive method, we determined that the nursing staff handling the patient with TBI is low knowledge, which is alarming as there is an average of 34 patients seen per month, in total of 171 patients for a defined period of research.

It is necessary to conduct ongoing training and organized, to improve nursing actions based on an empirical scientific knowledge more no. With the implementation of the intervention plan was achieved nursing staff awareness on managing such patients, for this to emphasize the knowledge, skills and techniques.

INTRODUCCIÓN

El TCE constituye una amenaza para el hombre desde que éste apareció en la tierra, pero hoy en la era de la cibernética y los viajes al cosmos, continúa siendo un reto científico de primer orden y su tratamiento constituye uno de los principales desafíos terapéuticos para el equipo de salud.

En los últimos años hemos asistido a un creciente interés por el estudio del manejo de este tipo de pacientes para mejorar la calidad de atención y enfermería realice profesionalmente su desempeño. La literatura sobre el tema se ha centrado básicamente en aspectos como identificación de nivel de conocimientos prácticos y teóricos sobre el manejo de pacientes con TCE.

Es de mayor importancia y trascendencia investigar y continuar haciéndolo ya que la incidencia de TCE es alta. Los pacientes con traumas se ubican y oscilan entre la tercera y cuarta causa de morbi-mortalidad que reportan los informes de estadística anuales del hospital Marco Vinicio Iza, durante nuestro periodo de investigación de marzo a julio del 2012.

Entendemos que hay un alto afluente de pacientes con TCE por esta razón hemos considerado importante hacer una investigación sobre el manejo que se está brindando a los pacientes con TCE, identificando factores y ejecutando un plan de intervención para brindar una atención integral a pacientes con esta patología.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ENUNCIADO DEL TEMA

Manejo de enfermería en paciente con trauma craneoencefálico atendido en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza, durante el periodo marzo – julio del 2012.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La oportuna atención de enfermería a pacientes con TCE es importante ya que necesitamos conocer si se realiza un manejo de enfermería encaminado a solucionar o minimizar los posibles problemas relacionados con el paciente.

Una atención adecuada del personal de enfermería debe fundamentarse en la evaluación y monitoreo continuos del paciente durante las 72 horas iniciales, por lo tanto, es importante en la evolución de los pacientes con esta patología ofrecer valiosas informaciones sobre su pronóstico debido a los eventos fisiopatológicos que ocurren en ese período.

Actualmente el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud debe conocer el manejo del paciente con TCE, tomando en cuenta que es primordial establecer estrategias que permitan tomar decisiones rápidas y efectivas para proporcionar una atención integral.

Muchos de los casos se ven interferidos por la inexperiencia del personal de enfermería en el manejo de estos pacientes, considerando su condición crítica, donde en ocasiones resulta difícil la valoración de enfermería y la aplicación de cuidados, por otro lado también presentan riesgos para la recuperación del paciente, si no se realiza una adecuada movilización, por lo que se debe conocer las técnicas adecuadas.

También influyen las rotaciones continuas del personal que trabaja en este servicio, los nuevos miembros del equipo de salud quienes no se adaptan a las características tanto de los pacientes como también de los servicios, lo que retrasa los procedimientos y la efectividad de los mismos.

Esto ha llegado a afectar directamente a los pacientes con TCE prolongando su tiempo de hospitalización e indirecta a la economía tanto de la institución como de los familiares del paciente.

Las posibles causas que creemos impiden el adecuado manejo de paciente con TCE son: escasa capacitación, infraestructura deficiente, falta de equipos e insumos, escases de personal y exceso de trabajo.

1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el manejo de enfermería en paciente con trauma craneoencefálico atendido en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza, durante el periodo marzo – julio del 2012?

1.4 JUSTIFICACIÓN

En España la incidencia anual de TCE es de aproximadamente 200 casos por 100,000 habitantes, de los que el 70% presenta una buena recuperación, el 9% fallece antes de llegar al hospital, el 6% lo hace durante su estancia hospitalaria y el 15% restante queda discapacitado de alguna forma (moderada, grave o vegetativa). Valadez (2011). *Trauma craneoencefálico*. En <http://cbpharma.blogspot.com/2011/03/traumatismo-craneoencefalico-tce.html>

A nivel del país según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), se encuentra a los accidentes de transporte terrestre como cuarta causa de mortalidad general en el año 2010, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) Cada año se pierden casi 1,3 millones de vidas a consecuencia de los accidentes de tránsito. Entre 20 millones y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, y a su vez una proporción de estos padecen alguna forma de discapacidad.

En el hospital Marco Vinicio Iza de la ciudad de Lago Agrio registró 171 casos de TCE en el periodo establecido de la investigación (marzo – julio

2012), de los cuales en un promedio de 34 pacientes atendidos mensualmente, el porcentaje mayoritario es el sexo masculino (66%) seguido del sexo femenino (44%). La edad adulta se encuentra más afectada (60%), los niños en un porcentaje de 26% y en menor cantidad a los adolescentes en 14%.

La práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad basados en la capacidad y los deseos de cuidar que debe tener la enfermera, fundamentando en un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo el paciente y su respuesta a esta.

Es de interés para los profesionales de enfermería, porque les permitirá recordar acciones que se debe seguir en el manejo de pacientes con TCE, tomando en cuenta su condición y necesidades.

En cuanto a los estudiantes de enfermería esta investigación les permitirá programar acciones directas para el manejo adecuado del paciente de dicha patología.

Esta investigación contribuirá a mejorar la calidad de atención brindada por parte del personal de enfermería, ya que es un beneficio para el paciente evitando complicaciones durante su hospitalización, disminuyendo de esta manera los gastos económicos y ayudando a una evolución clínica favorable del paciente con TCE.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Determinar el manejo de enfermería en paciente con trauma craneoencefálico atendido en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza, durante el periodo marzo – julio del 2012.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el manejo del paciente con TCE que ingresa al servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza.
- Identificar las acciones que realiza el personal de enfermería para la atención del paciente con trauma craneoencefálico que ingresa al servicio de emergencia.
- Establecer los cuidados prioritarios que debe brindar el personal de enfermería al paciente con TCE para de esta manera evitar complicaciones.
- Socializar esta investigación al personal de enfermería que labora en el hospital Marco Vinicio Iza.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO INSTITUCIONAL

2.1.1 Ubicación geográfica

El hospital general provincial Marco Vinicio Iza, se encuentra ubicado en el oriente ecuatoriano, en la provincia de Sucumbíos, cantón Lago Agrio, parroquia Nueva Loja, en las zona fronteriza que limita con Colombia. Conforme a lo establecido en el sistema regionalizado de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, se encuentra catalogado como una unidad operativa de referencia provincial, que atiende a una población de 152.939 habitantes, a la que se suma la atención a usuarios o pacientes colombianos de los sectores aledaños de la frontera. Situado entre las calles Av. Quito y Vicente Narváez en el centro de la ciudad.

2.1.2 Antecedentes históricos

El Ministerio de Salud Pública, dispone la construcción y equipamiento del centro de salud hospital Lago Agrio, mediante registro oficial No. 117 del 17 de junio de 1976 y fue creado el 12 de febrero de 1986 en el gobierno del Ingeniero León Febres Cordero, inició su funcionamiento con 15 camas y déficit de recursos humanos, por cuanto no se proyectó con el incremento de la población a futuro. Inicia su atención de primer nivel, contando entonces a más del personal

administrativo y técnico, con tres partidas presupuestarias para médicos tratantes en consulta externa y cuatro partidas para médicos residentes en los servicios de emergencia y hospitalización, tres enfermeras profesionales y catorce auxiliares de enfermería.

El Ministerio de Salud Pública, mediante acuerdo ministerial No 00584, de fecha 11 de mayo del 2001, cambia su denominación de centro de salud a hospital Marco Vinicio Iza, luego con acuerdo ministerial No. 00782, de 14 de diciembre del 2001, se lo eleva a la categoría de hospital provincial, brindando atención en las especialidades básicas medicina interna, ginecología, cirugía, pediatría y medicina interna.

Con fecha 4 de julio del 2006, mediante acuerdo ministerial No. 305, se eleva la capacidad hospitalaria a setenta y tres camas. Cabe recalcar, que desde la creación del hospital no se estimó el fenómeno de crecimiento poblacional, que con ello las necesidades de atención de salud iban a incrementar y que para responder a estas necesidades se requería de infraestructura, recursos económicos, equipamiento, y algo muy importante los recursos humanos, acorde con la evolución de las ciencias de la salud y la prestación de servicios que sin lugar a dudas debe ser entregada con eficiencia y calidad, garantizando la capacidad operativa en beneficio de la comunidad.

2.1.3 Funcionamiento de la institución

2.1.3.1 Misión

El hospital Marco Vinicio Iza, es una unidad de referencia provincial que brinda atención de salud curativa y preventiva en las cuatro especialidades básicas con eficiencia y eficacia a toda la población de su influencia, respondiendo a las necesidades del usuario interno y externo. Hospital Marco Vinicio Iza, (2012) *misión y visión institucional*. En: <http://hmvi.gob.ec/documento1.php?id=2.1>

2.1.3.2 Visión

Esta unidad hospitalaria de referencia provincial, tiene como visión brindar atención de salud gratuita a la población de su área de influencia, integrando fuentes de financiamiento del presupuesto general del estado y otros organismos de cooperación internacional, con integración de equipos multidisciplinarios de trabajo, que atienden en las cuatro especialidades básicas en los centros de internación, de emergencia, y de atención primaria, a fin de satisfacer las necesidades del usuario interno y externo con capacitación, motivación de los recursos humanos, en miras de lograr un alto sentido de pertenencia. Hospital Marco Vinicio Iza, (2012) *Misión y visión institucional*. En: <http://hmvi.gob.ec/documento1.php?id=2.1>

2.1.4 Características físicas

En lo que a equipamiento se refiere, se ha realizado adquisiciones de acuerdo a las necesidades institucionales, a la capacidad operativa científica, técnica, de los procesos de salud, que se entregan a los clientes que acuden en busca de cada uno de los servicios, en general algunos de los equipos se encuentran en regular estado.

2.1.5 Talento humano

Tabla N° 1
Recursos humanos

Especialidad	Frecuencia
Cirujanos	5
Anestesiólogos	2
Médicos tratante	4
Dermatólogo	1
Psiquiatra	1
Traumatólogo	1
Médico internista	1
Psicólogo	1
Ginecólogo	3
Odontólogo	1
Físico terapeuta	1
Pediatra	2
Terapista de lenguaje	1
Médicos residentes	5
Médicos rurales	5
Obstetras	2
Enfermeras	26
Internas rotativas de enfermería	11
Auxiliares de enfermería	17

Elaborado por: Ángela Cortez, Mónica Bustos, internas rotativas de enfermería.
Fuente: Hospital Marco Vinicio Iza

2.1.6 Servicios que ofrece

El hospital ofrece atención de segundo nivel en las diferentes especialidades básicas como: medicina interna, ginecología, cirugía y pediatría y forma parte también el servicio de emergencia.

2.1.6.1 Servicio de emergencia

El servicio de emergencia se encuentra ubicado en la parte inicial del hospital Marco Vinicio Iza, dispone de 12 camas de las cuales son para hidratación y observación, son individualizadas mediante cortinas separadoras que hacen que haya una mayor privacidad en la valoración médica de los pacientes que llegan a este servicio y además se facilite el manejo de cada paciente por parte de enfermería, en sala de dilatación hay 4 camas y un cuarto crítico con capacidad para un solo paciente.

a) Infraestructura y equipamiento

El servicio de emergencias ocupa una superficie de aproximadamente 300 m², divididos en los siguientes ambientes:

- Estación de enfermería
- Una sala de observación e hidratación
- Cuarto para manejo de pacientes críticos
- Sala de dilatación
- Estantería de medicación
- Estantería de material

- Cuarto de utilería limpia
- Cuarto de utilería sucia
- Un vestidor y un baño
- Bodega

b) Coordinación del servicio de emergencia con otros servicios

Gráfico N ° 1

Servicios de apoyo



Elaborado por: Mónica Bustos – Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Hospital Marco Vinicio Iza

c) Servicio que ofrece

El servicio de emergencia ofrece una atención de segundo nivel, basado en un tratamiento inicial a pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales y requieren atención inmediata.

d) Recursos humanos

Tabla N° 2

Recursos humanos de emergencia

2	Médicos residentes de anestesiología
19	Médicos residentes
9	Médicos rurales
1	Enfermera líder
5	Enfermeras
1	Internas rotativas de enfermería
8	Auxiliar de enfermería

Elaborado por: Mónica Bustos Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Hospital Marco Vinicio Iza.

Tabla N° 3

Estadísticas de pacientes TCE

Mes	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Total
Marzo	27	24%	10	17%	27
Abril	34	30%	19	33%	53
Mayo	26	23%	20	35%	46
Junio	13	11.5%	3	55%	16
Julio	13	11.5%	6	10%	19
Total	113	100%	58	100%	171

Elaborado por: Mónica Bustos – Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Partes diarios estadísticos de emergencia del Hospital Marco Vinicio Iza

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Traumatismo craneoencefálico

2.2.1.1 Definición

“Se define como el daño físico o funcional del contenido craneal, condicionado por un cambio agudo de la energía mecánica o bien cualquier lesión del cuero cabelludo, bóveda craneal o su contenido“(Roldán, 2011, p. 1)

El TCE puede definirse como cualquier lesión física, con o sin pérdida del conocimiento.

2.2.1.2 Epidemiología

Las causas varían según la edad, sexo, los factores culturales y laborales, entre otras, y al no haber el uso de los términos mediante los que se clasifican, sobre todo en la descripción del cómo y dónde sucedió, estas son realmente innumerables. Con lo cual nuestra investigación se ha basado en la clasificación del TCE mediante la aplicación de la escala de Glasgow, cuya escala mide la alteración del nivel de conciencia de dichos pacientes, además el personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia utiliza la escala para la clasificación del TCE.

2.2.1.3 Clasificación

Se realiza teniendo en cuenta el nivel de conciencia medido según la escala de Glasgow, la cual evalúa tres tipos de respuesta de forma independiente. La escala de Glasgow, una de las más utilizadas, fue elaborada por Teasdale en 1974 para proporcionar un método simple y fiable de registro y monitorización del nivel de conciencia en pacientes con TCE. En 1977, Jennett y Teasdale asignaron un valor numérico a cada aspecto de estos tres componentes y sugirieron sumarlos para obtener una única medida global, la escala de coma de Glasgow, tal y como la conocemos hoy. (Martínez - Bonifaz, 2008, pp. 73-85).

En función de esta escala Glasgow diferenciamos:

- alteración del nivel de conciencia
- Tamaño y reactividad pupilar, descartando la presencia de anisocoria o alteraciones en la reactividad a la luz.

Tabla Nº 4

Escala de Glasgow paciente adulto

APERTURA OCULAR	RESPUESTA VERBAL	RESPUESTA MOTORA
Espontánea:..... 4	Orientado: 5	Obedece órdenes: 6
Al hablarle: 3	Confuso: 4	Localiza dolor: 5
Al dolor: 2	Palabras inadecuadas:..... 3	Retirada al dolor: 4
Ausencia: 1	Sonidos inespecíficos:.....2	Flexión anormal:3
	Ausencia:.....1	Extensión anormal:2
		Ausencia..... 1

Elaborado: Jennett - Teasdale (1997)

En: [http://scholar.google.es/-es&as_sdt=0&q=trauma+craneoencefalico\(2570572012\)](http://scholar.google.es/-es&as_sdt=0&q=trauma+craneoencefalico(2570572012))

Tabla Nº 5

Escala de Glasgow para pediatría.

APERTURA OCULAR	RESPUESTA VERBAL	RESPUESTA MOTORA
Esponánea:..... 4	Balbuceo:..... 5	Movimientos espontáneos... 6
Al hablarle: 3	Irritable: 4	Retirada al tocar: 5
Al dolor: 2	Llanto al dolor: 4	Retirada al dolor: 4
Ausencia: 1 3	Flexión anormal:..... 3
	Quejidos al dolor: 2	Extensión anormal..... 2
 2	Ausencia..... 1
	Ausencia:.....	
 1	

Elaborado: Jennett - Teadasle (1997)

En: [http://scholar.google.es/=es&as_sdt=0&q=trauma+craneoencefalico\(2570572012\)](http://scholar.google.es/=es&as_sdt=0&q=trauma+craneoencefalico(2570572012))

a) Valoración inicial

Se debe realizar tras la reanimación, antes de administrar sedantes y se utiliza para:

- Definir la gravedad del paciente
- Predecir el resultado
- Determinar la monitorización necesaria
- Orientar en el tratamiento
- Valoraciones posteriores
- Detectar de forma precoz la disminución del nivel de conciencia y poder tomar actitud terapéutica

Factores que pueden interferir en la aplicación de la escala de Glasgow

- A nivel ocular
 - ✓ Edema periorbitario
 - ✓ Traumatismo ocular
 - ✓ Lesión de nervios oculares
 - ✓ Dolor
- Respuesta verbal
 - ✓ Tubo endotraqueal y traqueotomía
 - ✓ Traumatismo facial
 - ✓ Lengua edematosa
 - ✓ Mutismo
 - ✓ Afasia
 - ✓ Problemas de lenguaje o idioma
 - ✓ Demencia
 - ✓ Problemas psiquiátricos
 - ✓ Déficit mental
 - ✓ Medicación
 - ✓ Abuso de drogas
- Respuesta motora
 - ✓ Lesión medular
 - ✓ Lesión de nervios periféricos
 - ✓ Lesión en extremidades con inmovilización
 - ✓ Dolor

- ✓ Problema de idiomas
- ✓ Demencia
- ✓ Déficit mental
- ✓ Abuso de drogas

b) Valoración a nivel pupilar

La actividad pupilar, además de estar controlada por la cantidad de energía lumínica, está influenciada por el tono acomodativo del ojo y por factores como el humor y el estado de alerta. En definitiva, hay una gran cantidad de factores químicos, físicos y psíquicos que determinan la forma, el tamaño y los movimientos de la pupila.

Se observará el tamaño, igualdad y reactividad. Debe realizarse en un ambiente con luz, evitando que un foco de luz ilumine más una que otra parte del cuerpo, dirigiendo una linterna o foco potente desde el ángulo externo del ojo hacia el interno alternativamente y luego manteniendo ambos abiertos y dirigiendo la luz hacia el medio, comprobando la igualdad del tamaño.

Otros datos importantes para completar la exploración son: la fontanela abombada, depresión palpable o crepitación en el cráneo, el signo de Battle (equimosis por detrás del pabellón auricular externo) o del Mapache (ojos negros) en ambos lados y

la presencia de rinorrea u otorrea de LCR que indicarían la presencia de fractura de la base del cráneo.

Los reflejos pupilares dependen de la acción del sistema nervioso autónomo y de la integridad de las vías nerviosas, comprenderemos que la exploración de la pupila adquiere especial importancia no sólo para el estudio de alteraciones oculares, sino también para analizar múltiples anomalías del sistema nervioso central y periférico. (García – Ibarra, 2012, p.1).

Tabla Nº 6
Clasificación Pupilar

Valoración pupilar		
Tamaño	Mióticas	Diámetro = <2mm
	Medias	Diámetro= >2 y < 5 mm
	Midriáticas	Diámetro > 5 mm
Simetría	Isocóricas	Iguales
	Anisocóricas	Desiguales
	Discóricas	Forma irregular
Respuesta a la luz	Reactivas	Contracción
	Reactivas lentas	Contracción lenta
	Arreactivas	Inmovibles

Fuente: Lozano G. (2007). *Traumatismo craneoencefálico grave neurointensivo*. En: <http://www.sanitarios.es/docboletines/BOLETIN-03.pdf>

Se debe considerar que existen factores que alteran la valoración como son:

- Los opiáceos dan lugar a pupilas puntiformes en las que es muy difícil valorar el reflejo motor.
- La midriasis puede estar dada por la administración de la atropina, un episodio anòxico, hipotensión grave, hipotermia, coma barbitúrico, retirada de opiáceos, etc.
- El reflejo corneal, mediado por el V y VII par craneal, confirma la muerte cerebral, no aporta otro tipo de información importante como para realizarlo de manera rutinaria, además corremos el riesgo de lesionar la córnea si se realiza de forma continua.

Para la clasificación del trauma craneoencefálico se ha tomado en cuenta la alteración de conciencia mediante la escala de Glasgow

- a) TCE leve, si la puntuación es de 13 a 15
- b) TCE moderado, si la puntuación es de 9 a 12.
- c) TCE grave, si la puntuación es de 3 a 8

a) El TCE leve (13 a 15 puntos)

Se define como TCE leve, donde el sujeto que ha presentado una lesión puede o no haber sufrido una pérdida de conciencia de menos de 5 minutos y que presenta una amnesia postraumática.

El este traumatismo leve pueden tener una herida del cuero cabelludo o un hematoma subgaleal pero no una fractura de la base o de la bóveda craneal.

Los estudios que se han realizado en pacientes con TCE leve sugieren que muchos de ellos presentan una recuperación rápida y que pueden volver a realizar las actividades cotidianas, mientras que otro grupo de pacientes continúan con problemas.

En esta lista de secuelas figuran los problemas cognitivos, neuroconductuales y emocionales a lo largo del tiempo, lo que dificulta su adaptación al medio sociolaboral. Y eso no es todo.

"También son frecuentes los déficit en atención, función ejecutiva, verbal, memoria, razonamiento y resolución de problemas e identificación en el procesamiento de la información" (Ladera-Perea, 1998, p. 3).

En el TCE leve existen lesiones leves difusas en distintas partes del cerebro: los lóbulos frontales y temporales, el cuerpo caloso y el fórnix.

- **Signos y síntomas del TCE leve**

- ✓ Cefaleas
- ✓ Vértigos
- ✓ Nausea - vomito no persistentes
- ✓ Hipersensibilidad a los ruidos
- ✓ Hipersensibilidad a la luz
- ✓ Tinnitus

- ✓ Diplopía
- ✓ Visión borrosa
- ✓ Intranquilidad
- ✓ Insomnio
- ✓ Trastornos de memoria
- ✓ Trastornos de concentración
- ✓ Fatiga
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Ansiedad
- ✓ Depresión

“El déficit cognoscitivo reduce la velocidad del pensamiento y la capacidad para comprender las bases de las dificultades, esto junto a un esfuerzo crónico, producen frustración, ansiedad y culpa” (Adolfoneda, 2008, p.2). Los síntomas pueden persistir debido a: dificultades de ajuste social, lesiones cerebrales previas, trastornos de personalidad preexistentes, abuso de drogas o alcohol y enfermedades psiquiátricas

- **Tratamiento del TCE leve**

La gran mayoría de pacientes con TCE leve, tienen una recuperación favorable y necesitan estar en observación, ya un cantidad pequeña de estos pacientes sufren un deterioro neurológico posterior, debido a hipertensión intracraneal (HIC)

por edema, o por la presencia de una masa expansiva intracraneal.

Por lo ya mencionado anteriormente es importante tener al paciente en el hospital en observación unas 6 horas, valorando su estado fisiológico cada hora y todo se encuentra dentro de los parámetros normales y el paciente no presenta sintomatología, se le envía a su hogar, previo a una educación a los familiares sobre signos de alarma, para el regreso del paciente, transcurrido el periodo de 72 horas y el paciente se encuentra asintomático, podrá regresar a su vida rutinaria.

Existe una entidad conocida como síndrome postraumático o posconmocional que es una complicación terrible de los TCE leves. Gronwall (2004) plantea “algunos pacientes que han sufrido un trauma craneal leve continúan quejándose de síntomas durante semanas o meses, que pueden ser suficientemente severos como para causar incapacidad laboral” (p.310).

b) TCE moderado

Se incluyen en este grupo a los pacientes con TCE que presentan una puntuación en la escala de Glasgow entre 9 y 12 puntos, alteración de la conciencia o amnesia por más de 5 minutos, cefalea progresiva, intoxicación por alcohol o drogas, historia poco convincente o no realizable, convulsiones postraumáticas, traumatismo múltiple, traumatismo facial severo

con ausencia de hallazgos de TCE grave. Este grupo de pacientes debe permanecer en observación hospitalaria al menos 24 horas, en las cuales se valorará la indicación de TAC (tomografía axial computarizada), pudiendo reducirse las horas de estancia si todas las evaluaciones son normales, y no tuviese lesiones asociadas. En el caso de que exista sintomatología neurológica evidente y/o TAC patológico, la conducta dependerá del cuadro o las lesiones encontradas, pudiendo variar desde la observación y tratamiento médico hasta intervención quirúrgica.

c) Trauma craneoencefálico severo

Se incluyen aquellos pacientes que presentan Glasgow menor o igual a 8 puntos, descenso en la puntuación de Glasgow de 2 o más puntos, disminución del nivel de conciencia no debido a alcohol, drogas, trastornos metabólicos, signos neurológicos de focalidad, fractura deprimida o herida penetrante en cráneo. El manejo inicial comprende priorizar el ABCDE (A=vía aérea control de la columna cervical, B= respiración ventilación, C=circulación con control de hemorragias, D= déficit neurológico). Tan pronto como lo permitan las funciones vitales se realizará una TAC cerebral y estudio radiológico de columna cervical. La detección de hematoma epidural, subdural o hemorragia intraparenquimatosa con importante efecto de masa ocupante de espacio, requieren de cirugía y descompresión urgente.

Si no existen estas lesiones y el paciente permanece en coma se deben tomar medidas para disminuir la PIC (presión intracraneana) y la monitorización.

2.2.1.4 Clasificación del trauma craneoencefálico en pacientes pediátricos

Se debe evaluar la orientación y memoria. Signos sutiles (irritabilidad o llanto inconsolable) pueden ser indicadores de anormalidades en lactantes. La función de los nervios craneales es evaluada por la asimetría facial, reflejos corneales, presencia de náusea, movimientos extra oculares, tamaño y reactividad pupilar. En el paciente comatoso o con posible lesión cervical que no coopera, la mirada fija lateral debe ser evaluada por estimulación calórica del aparato vestibular (nunca con el reflejo oculocefálico) una vez que la integridad de la membrana timpánica sea establecida. (Martínez – Bonifaz, 2008, pp. 73-85).

El examen del sistema motor para evaluar tanto la función del SNC como del cordón espinal varía con la edad y el nivel de conciencia.

- a) TCE leve, si la puntuación es de 13 a 15.
- b) TCE moderado, si la puntuación es de 9 a 12.
- c) TCE grave, si la puntuación es de 3 a 8.

a) TCE Leve

No hay unanimidad a la hora de definir el traumatismo leve y se clasifican en esta categoría, según diversos autores, niños con GCS de 15, de 14-15 o de 13-15.

Puede considerarse que los pacientes con un traumatismo leve se encontrarán:

- Asintomático
- Cefalea leve
- ó más episodios de vómito
- irritabilidad

b) TCE Moderado.- GCS entre 9 y 12.

- Puede manifestar:
- Irritabilidad
- Letargia progresiva
- Cefalea progresiva
- Vómito en proyectil en más de 3 ocasiones
- Amnesia postraumática
- Trauma múltiple
- Serias lesiones faciales
- Signos de fracturas basales
- Posible herida penetrante o fractura hundida
- Sospecha de abuso infantil.

c) TCE Grave.- Glasgow de 8 o menos sin otra causa como convulsiones, disminución de la perfusión cerebral, factores metabólicos.

Signos neurológicos de focalización

- Fractura hundida palpable
- Herida penetrante

2.2.2 Cuidados de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico

“La vida es el más precioso regalo que Dios ha puesto en las manos de la Enfermera”. (Florence Nightingale)

“Los cuidados de enfermería son acciones autónomas basadas en un fundamento científico, que se lleva a cabo con el fin de beneficiar al paciente de un modo determinado”. Phanvend (1993). Cuyos criterios son: conocimientos del modelo conceptual, conocimientos científicos, éticos, legales conocimiento del proceso científico, habilidades y técnicas, este proceso de enfermería no es más que la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería, como también se utiliza para determinar los problemas del paciente, para planear y ejecutar en forma sistemática los cuidados de enfermería.

Para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados se divide en 5 etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

La valoración, fase inicial del proceso de cuidados, consiste en reunir toda la información disponible necesaria, se debe observar, consultar, cuestionar y recopilar datos. En el trauma craneoencefálico se recolectara datos como la edad, alergias y enfermedades previas para identificar a los pacientes con mayor riesgo de LIC, también es importante el tiempo transcurrido desde el traumatismo, el mecanismo de la lesión, la superficie y distancia de impacto, posición antes y después del golpe y los signos y síntomas asociados y las enfermedades. Si hubo

o no pérdida de la conciencia, si hay crisis convulsivas, determinar el tiempo de inicio posterior al trauma, duración y focalización, así como la presencia de vómitos, irritabilidad, ataxia y comportamiento anormal. El vómito después del trauma de cráneo no es raro, sin embargo, su persistencia después de varias horas puede ser un dato de lesión intracraneal. Es necesario interrogar sobre si hay cefalea, dolor de cuello, amnesia, debilidad, alteraciones visuales, o parestesias.

En los lactantes los datos de lesión intracraneal (LIC) pueden ser sutiles o estar ausentes, sin embargo, se debe tener particular atención en cualquier alteración del comportamiento

a) Clínica:

La pérdida de conciencia frecuentemente se considera un factor de riesgo para presentar una lesión intracraneal.

En general, para considerar un TCE como leve, la pérdida de la conciencia inmediata debe ser de corta duración (inferior de uno a cinco minutos). Se produce por un aumento de la presión intracraneal, seguido por una fuerza transitoria de cizallamiento sobre el tronco encefálico superior que ocasiona la pérdida de conciencia. Para la mayoría de investigadores la pérdida de memoria superior a un minuto es criterio suficiente para la realización de una TAC craneal.

b) Exploración física:

Se buscan signos de traumatismo, realizando una palpación cuidadosa de la cabeza, identificando hematomas de cuero cabelludo, signos de fractura craneales (crepitación, defecto óseo o depresión, edema localizado) y abombamiento de la fontanela. Son indicadores de la fractura de la cráneo: hematoma periorbitario (ojos de mapache), hematoma retroauricular (signo de Battle), otorrea o rinorrea de LCR. Se debe examinar el cuello con especial cuidado, en busca de deformidades o puntos dolorosos.

En la exploración neurológica se debe evaluar la escala de coma de Glasgow, las pupilas (tamaño y reactividad a la luz), los pares craneales, la fuerza motora, sensibilidad y el fondo de ojo. Se recomienda valorar simetría y la reactividad de las pupilas, de debe realizarla al inicio de la valoración neurológica. Los párpados también nos ofrecen información, pues su cierre por estímulos luminosos o acústicos, valoran la integridad del mesencéfalo.

En lactantes tienen importancia la presencia de signos sutiles como la ausencia de contacto visual, la irritabilidad, la palidez o el llanto agudo. Todos estos signos pueden ser indicadores de lesión intracraneal

El diagnóstico es la segunda fase consiste en examinar los datos obtenidos y clasificar de forma independiente, para reflejar la satisfacción autónoma de las necesidades en ver como se presenta los problemas de los cuidados y en consecuencia establecer prioridades. Planificación es una etapa orientada esencialmente a la acción, significa establecer un plan de acción, programas y etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precisiones que se deben tomar.

Ejecución, esta fase de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervenciones en el que existen actores múltiples: el cliente, la enfermera, el equipo de cuidados de enfermería y de la familia.

Evaluación consiste en emitir un juicio sobre el trabajo realizado por la enfermera con relación a los resultados obtenidos.

Tabla N ° 7

a) Acciones de enfermería ante el TCE paciente adulto

Acciones de enfermería	Principio científico
Valoración de frecuencia, amplitud y alteraciones en la respiración “respiración de kussmaul”	Este tipo de respiración la observa en casos de acidosis. Tiene como objeto aumentar la ventilación pulmonar para así eliminar más CO ₂ y disminuir la acidosis. (Smeltzer- Bare 2005, pp. 1997-2114)
Valoración de ritmo respiratorio (Respiración de Cheyne Stokes-Respiración de Biot)	El ritmo de Cheyne Stokes se inicia cuando un cierto grado de hipoxia vuelve hipoexitable al centro respiratorio, lo que lleva a la apnea. Esta a su vez exagera la hipoxia y determina la acumulación de CO ₂ . Respiración de Biot: quiere decir que puede existir trastornos del sistema nervioso central. (Smeltzer- Bare 2005, pp. 1997-2114)
Observar la presencia de tiraje y simetría en la expansibilidad torácica	Es importante observar ya que indica la presencia de un obstáculo en la penetración del aire impidiendo la libre expansión del pulmón, la presión atmosférica deprime las partes blandas del tórax. (Smeltzer- Bare 2005, pp. 560-705)

<p>Verificar la permeabilidad de la vía aérea y aspiración de secreciones si es necesario. Cada 2 a 4 horas.</p>	<p>Para ello se colocará al paciente en determinadas posiciones de modo que la fuerza de la gravedad permita el drenaje de las secreciones lo que facilita una mejor entrada de aire y prevenir complicaciones. (Suzanne 2005, pp.1990-1914)</p>
<p>Valoración de la coloración de la piel (cianosis)</p>	<p>Con esto podemos valorar la cantidad de O₂ en la sangre arterial. Tenemos que evitar la hiperoxigenación o la hipooxigenación ya que son factores que pueden ocasionar aumento de Presión intracraneal. (Kasier,2005, p.520)</p>
<p>Colocar al paciente en posición semifowler a 30^a</p>	<p>Se indica para relajar la tensión de los músculos abdominales, permitiendo así una mejora en la respiración de pacientes inmóviles e incrementar la comodidad de los sujetos conscientes durante la alimentación oral y otras actividades. (Kasier,2005, p.520)</p>
<p>Auscultar los sonidos respiratorios extraños a nivel pulmonar. (roncus – sibilancias)</p>	<p>Son Indicadores de disminución del flujo aéreo, existencia de líquido, obstrucción de las vías aéreas superiores, laringe o tráquea. (Suzanne,2005, pp.560-510)</p>

<p>Saturación de oxígeno y si es necesario administrar oxígeno según la demanda</p>	<p>Expresa la cantidad oxígeno que se combina, en el sentido químico, con la hemoglobina para formar la oxihemoglobina, que es quien transporta el oxígeno en sangre hacia los tejidos (Fuentes, 2008, pp. 2590-2599)</p>
<p>Valorar el estado de conciencia mediante la escala de Glasgow.</p>	<p>Puede verse afectada por disminución de volumen sanguíneo cerebral, por lo cual disminuye su perfusión tisular. (Fuentes, 2008, pp. 2599-2600)</p>
<p>Control del pulso</p>	<p>El pulso arterial tiene características propias, que indican el estado de normalidad de la función cardíaca y vascular. (Fuentes, 2008, pp. 2701-2750)</p>
<p>Valoración del pulso amplitud, igualdad (blando y duro)</p>	<p>Pulso duro: Nos indica presión diastólica elevada. Pulso blando: Nos indica presión diastólica baja tensión arterial. (Martínez, 2011, p. 66)</p>
<p>Control de la presión arterial. Mantener una presión arterial medio de 90 mmHg.</p>	<p>La hipertensión arterial, que produce edema cerebral, es la segunda causa de daño cerebral secundario después de la hipoxemia y la hipotensión.(Calderón, 2003, p. 89)</p>
<p>Valorar el llenado capilar</p>	<p>Nos permite vigilar la deshidratación y la cantidad de flujo sanguíneo del tejido.(Núñez, 2012, p. 567)</p>

Valorar la coloración de la piel y la temperatura.	Debemos mantener la temperatura normal, ya que la hipotermia disminuye el flujo sanguíneo cerebral (FSC), la fiebre lo aumenta. Por consiguientes estos son factores que aumentan la presión intracraneal. (Vásquez, 2011, pp. 1590-1597)
Canalizar vía periférica o central	Nos permitirá la reposición de la volemia y administración de líquidos endovenosos. (Kasier, 2005, p.258)
Administración de líquidos endovenosos bajo indicaciones médicas (Cloruro de sodio o lactato ringer)	Cloruro de sodio es una solución isotónica se utiliza para reponer el volumen del líquido sin alterar la osmolaridad del medio. El lactato es una excelente solución cristaloides porque es isotónica y posee igual composición que el líquido extracelular. (Barrera, 2005, pp. 2518-2520)
Tomar muestras de laboratorio	Nos permite la verificación de valores normales. En caso de requerir administración del paquete globular (Kasier, 2005, pp. 288-289)
Monitorizar al paciente	Nos permite detectar signos que se vean alterados, la existencia de daños fisiológicos, para de esta manera actuar precozmente. (Suzanne, 2005, p.1080)
Colocar sonda vesical y controlar ingesta y eliminación.	Nos permite llevar un balance hídrico adecuado y en caso de alteraciones reportar al médico. (Fuentes, 2008, pp. 2701-2750)
Valorar la escala de Glasgow cada 15 a 30 minutos.	En caso de lesión cefálica comprobada o sospechosa se busca minuciosamente el cambio de la respuesta conductual, así como de los reflejos del tallo cerebral y espinales. (Azañero, 2001, pp. 990-999).

Valoración de la contracción pupilar	La contracción pupilar la controla el nervio óculomotor o tercer par craneano, que parte del tronco encefálico, debido a esto cualquier cambio pupilar puede implicar una posible lesión de uno de estos. Pueden existir otros estados responsables de las anomalías pupilares, por ejemplo trauma directo en el ojo o cuando el paciente está tomando algunos medicamentos. (Narváez, 2008, p. 5).
Valoración del tamaño y forma pupilar	El tamaño pupilar representa un equilibrio entre la inervación simpática y parasimpática, las pupilas anisocóricas son el resultado de una interrupción de las fibras parasimpáticas del nervio óculomotor, compresión del núcleo por masas o ambos o herniación sensorial, haciendo que la pupila ipsilateral se dilate. (Suzanne, 2005, pp. 1997- 2024)
Valorar la capacidad de reacción de las pupilas	Cuando la lesión está en un hemisferio, la pupila ipsilateral puede permanecer dilatada y no reactiva a los cambios de la luz. (Suzanne, 2005, pp. 1997-2024)
Valorar otros signos que hacen sospechar diferentes daños cerebrales: Signo de Battle, Signo de ojos de mapache	<p>Signo de ojos de mapache; es resultado de acúmulo de sangre después de una fractura de base anterior de cráneo o de fosa facial media.</p> <p>El signo de Battle que nos indica fractura de la base media del cráneo.</p> <p>Otorragia.-nos indica que existe una fractura longitudinal del hueso temporal. (Suzanne, 2005, pp. 1997- 2024)</p>

<p>Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, humor, afectos y conductas.</p>	<p>En su estado normal, la conciencia permite al sujeto dar una respuesta apropiada a los estímulos sensitivos y sensoriales, también difiere en la capacidad del sistema nervioso de adaptarse a una situación nueva, depende del sistema reticular activador. (Ladera, 2001, p. 459)</p>
<p>Identificar signos de hipertensión intracraneana</p>	<p>Observar si presenta hipertensión arterial, bradicardia, bradipnea progresiva, anisocoria, inquietud, cefalea acompañada de alteraciones de la conciencia (Suzanne, 2005, pp. 1997- 2024)</p>
<p>Control de temperatura</p>	<p>La hipertermia refleja una lesión del hipotálamo o del tallo. (Suzanne, 2005, pp. 1997- 2024)</p>
<p>Evitar actividades como maniobras bruscas.</p>	<p>Estas inducen a que aumente la presión intracraneana y por consecuente puede producir daños neurológicos. (Suzanne, 2005, pp. 1997- 2024)</p>
<p>Vigilar gases arteriales</p>	<p>La hiperventilación con lleva alcalosis respiratoria, produce vasoconstricción cerebral y disminuye el riego sanguíneo. (Cárdenas, 2000, p. 5)</p>
<p>Valorar el dolor de acuerdo a la escala. Identificar el tipo, intensidad del dolor.</p>	<p>Es un método multidimensional para evaluar los atributos y emociones que acompañan la experiencia dolorosa como: intensidad, duración, ubicación y características somato sensoriales. (Serrano, 2011, p.992)</p>

Administración de medicamentos según indicaciones médicas	Los analgésicos son fármacos que cambian las características del dolor, suprimiéndolo o calmándolo, los opiáceos actúan en los receptores cerebrales para inhibir el impulso doloroso que llega, y no opiáceos que son analgésicos menores o periféricos. (Serrano, 2011, p.1002)
---	---

Tabla N° 8

**b) Acciones de enfermería ante el trauma craneoencefálico
paciente pediátrico**

Cuidados de enfermería	Principio científico
Realizar historia clínica detallada en relación con la causa y mecanismo del traumatismo y evolución del paciente.	La incongruencia entre el cuadro neurológico y los datos de la anamnesis deben hacer sospechar la posibilidad de malos tratos o la existencia de un factor desencadenante del traumatismo. Castillo, León (2009) <i>Manejo de paciente pediátrico con TCE.</i> p.2 En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192003000100009&script=sci_arttext
Realizar examen físico con énfasis en el estado de conciencia del paciente pediátrico	Puede existir un intervalo libre con deterioro posterior en traumatismos moderados o severos debido a convulsiones, edema cerebral o hematoma intracraneal. Castillo, León (2009) <i>Manejo de paciente pediátrico con TCE.</i> p.2 En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192003000100009&script=sci_arttext

<p>Valorar el tamaño, simetría y respuesta a la luz de las pupilas, así como los movimientos oculares</p>	<p>La existencia de déficit focal se valora la midriasis unilateral traduce posible herniación uncal, la desviación ocular fija hace sospechar lesión en lóbulo frontal u occipital o daño en tronco cerebral (contralateral a la lesión). La normalidad de los reflejos oculares, oculocefálico, oculo vestibular y corneal indica integridad del tronco cerebral.</p> <p>Castillo, León (2009) <i>Manejo de paciente pediátrico con TCE.</i> p.3 En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192003000100009&script=sci_arttext</p>
<p>Realizar control frecuente de Constantes vitales</p>	<p>Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo.</p> <p>Con frecuencia hay tensión arterial normal y taquicardia. Ante signos de shock hipovolémico como hipotensión y taquicardia es importante descartar hemorragia extra craneal porque, en general, el TCE no suele causar hipotensión arterial por sí sólo, salvo en niños menores de 1 año con grandes fracturas lineales con hematoma, en caso de hipotensión, bradicardia y buen relleno capilar hay que sospechar lesión medular (shock medular) Bárcena-Orbe (2006). <i>Revisión de trauma craneoencefálico. Funciones enfermería.</i> En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-14732006000600001&script=sci_arttext&lng=pt</p>

<p>Mantener la permeabilidad de la vía área.</p>	<p>Con el fin de disminuir el daño cerebral irreversible y aportar oxígeno en forma adecuada. Calderón, Sáenz. (2003), <i>atención al paciente con trauma craneoencefálico en el servicio de urgencias. p.4.</i> En: www.reeme.arizona.edu</p>
<p>Asegurar una oxigenación adecuada con oxígeno suplementario a alta concentración.</p>	<p>El tejido nervioso especialmente las neuronas son altamente susceptibles al déficit de oxígeno. El cerebro consume el 20% del oxígeno corporal total y de este porcentaje 60% es utilizado para mantener para la actividad eléctrica neuronal por el alto consumo de oxígeno, una consecuencia significativa de este por tres a cuatro minutos produce interrupción de la perfusión cerebral las reservas de ATP se agotan y se inicia una lesión cerebral irreversible.(Calderón – Sáenz, 2003, p. 4)</p>
<p>Hemostasia de hemorragias externas e inmovilización de fractura.</p>	<p>Proceso encaminado a mantener la integridad del árbol vascular, evitando y cohibiendo las hemorragias. Se pueden distinguir la hemostasia profiláctica (en la que interviene la resistencia de la pared vascular a la hemorragia, las plaquetas, los factores plasmáticos y el endotelio vascular) y una hematosi correctora, que comprende hemostasia primaria (vasoconstricción localizada, adhesión y agregación plaquetaria), el sistema de</p>

	la coagulación y la fibrinólisis. Monserrate (2008). <i>hemostasia</i> . En: http://www.medicoscubanos.com/diccionario_medico.aspx?q=hemostasia 12-agosto-2012.
Asegurar vía venosa.	Son las maniobras que se realizan para disponer de una vía permanente de acceso al árbol vascular e introducir medicamentos al torrente circulatorio a través de las venas. García (2001). <i>Vía venosa</i> . En: http://enferlic.blogspot.com/2012/06/administracion-de-medicamentos-por-via IV.html 12/08/12.
Evitar realizar movimientos bruscos, movilizándolo al paciente con cuidado.	Aumenta la presión intracraneana debido a un incremento del estrés, evita agravar lesiones con la realización de movimientos inadecuados. Jaramillo (2009), <i>actuaciones de enfermería</i> . En: Hpt/www.maniobrasinadecuadasdenermeria.ptescontce,.com .
Síntomas signos sugestivos de hipertensión intracraneal.	Síntomas y signos sugestivos de hipertensión intracraneal: fontanela llena, diástasis de suturas, vómitos persistentes, disminución de 2 o más puntos en la escala de Glasgow, alteración del tamaño o reactividad pupilar, hemiplejía, alteración en el patrón respiratorio. La tríada de Cushing (bradicardia + HTA + bradipnea) tiene una instauración tardía en niños y, por tanto, es poco fiable. Si existe afectación del tronco cerebral la evolución es hacia flaccidez, pupilas fijas midriáticas, paro respiratorio y muerte. (de las Cuevas - Arteaga, 2000, p. 5)

Toma de muestra de laboratorio	Permite identificar alteraciones hemáticas, en gases arteriales, y líquidos corporales que siendo valorados adecuadamente permitirán dar un mejor pronóstico y con esto dar el tratamiento adecuado al paciente pediátrico. Titron (2004). <i>muestras de laboratorio</i> En: www.examnescomplementariospacientepediaticocontrauma.com 20/08/12
Brindar educación a los padres	La comunicación profesional de la salud paciente y especialmente en el caso de los niños a sus padres constituye un puente de interacción y un intercambio de información para de esta manera mejorar actitudes y lograr un nivel adecuado de educación. (Castillo, 2009, pp.200-205)

2.3 HIPÓTESIS VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.

2.3.1 Hipótesis

El inadecuado manejo del paciente con trauma craneoencefálico por parte del personal de enfermería se da por el bajo nivel de conocimiento, falta de capacitaciones, insumos e infraestructura, las rotaciones continuas al personal de enfermería.

2.3.2 Variables

- Variable independiente: paciente con trauma craneoencefálico.
- Variable dependiente: manejo de enfermería.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

En la presente investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, bibliográfico, analítico, transversal, de campo y de acción.

Se describió y analizó el manejo de enfermería de pacientes con TCE en los pacientes que son atendidos en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza durante el período de marzo a julio del 2012.

Al final de nuestro proyecto de investigación se diseñó como propuesta a dicho problema un plan de intervención en el cual se capacitará, con charlas a el personal de enfermería sobre el manejo adecuado que se debe de tener con los pacientes que presentan TCE.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 Universo

Personal de enfermería que rota en el servicio de emergencia conformado por 51 miembros: licenciadas, internos rotativos de enfermería y auxiliares de enfermería.

3.2.2 Muestra

Debido a que el universo es un número mínimo, se tomara todo el universo como muestra.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.3.1 Método analítico-sintético

Ya que mediante el análisis minucioso nos permitirá desglosar el conocimiento global en acciones específicas a cumplirse para de esta manera distinguir el manejo de enfermería en pacientes con TCE que son atendidos en el servicio de emergencias del hospital Marco Vinicio Iza durante el periodo marzo a julio del 2012.

3.3.2 Método lógico inductivo- deductivo

Este método lo aplicaremos para conocer cuál es el manejo que proporciona el personal enfermería a pacientes con TCE, ya que por medio de la observación encuesta tabulación y análisis de datos nos permitirá identificar el manejo que realiza enfermería en los pacientes que ingresan al servicio de emergencias del hospital Marco Vinicio Iza en el periodo marzo a julio del 2012.

3.4 DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Para la recolección de información elaboramos una encuesta dirigida al personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia la misma que se le asignó un calificativo a las preguntas de conocimiento, para de esta manera poder cuantificar como alto medio o bajo, permitiendo así verificar la realidad e identificar cual es manejo de enfermería a paciente con TCE.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Para lograr el análisis e interpretación de datos se utilizó tablas de frecuencia las mismas que permitieron clasificar las respuestas, así también gráficos estadísticos que muestran comprensivamente los resultados de la investigación.

Finalmente se realizó una contrastación de la información de campo con la investigación bibliográfica a fin de obtener un plan de intervención, ejecutable y con resultados.

La encuesta fue realizada al personal de enfermería tanto a licenciadas, internas rotativas y auxiliares, una vez recolectados los datos se los tabulo mediante el programa Excel, para de esta manera se nos facilite el análisis respectivo de cada uno.

CAPITULO IV

4. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS INTERPRETACIÓN Y PLAN DE INTERVENCIÓN.

4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Encuesta realizada al personal profesional y auxiliar de enfermería

Tabla N° 9

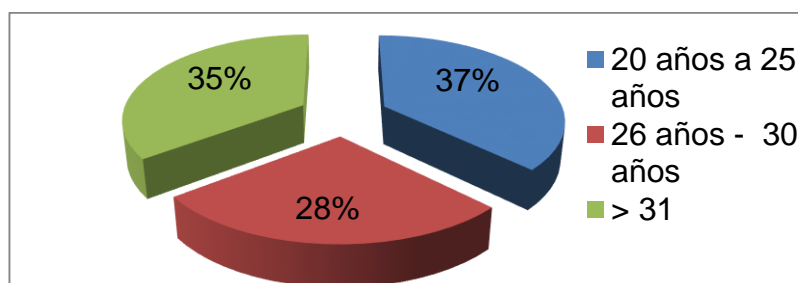
Edad del personal de enfermería

Indicador	Cantidad	Porcentaje
20 años a 25 años	19	37%
26 años - 30 años	14	28%
> 31	18	35%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 2

Edad del personal de enfermería



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

En el gráfico demuestra que en mayor parte el personal de enfermería es relativamente joven, por lo cual no pueden contar con experiencia necesaria, para el manejo de pacientes con TCE, ya que se requiere habilidades, destrezas y conocimientos científicos por su condición crítica.

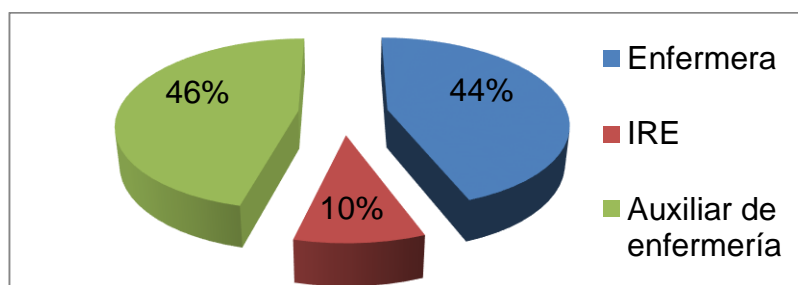
El segundo porcentaje de mayor relevancia es el profesional mayor de 31 años teniendo en cuenta que este personal está conformado en gran parte por auxiliares de enfermería quienes pueden realizar acciones de manera empírica basadas en la experiencia mas no en un conocimiento científico

Tabla N° 10
Cargo ocupacional

Indicador	Encuestados	Porcentaje
Enfermera	23	44%
Internas/os rotativos de enfermería	5	10%
Auxiliar de enfermería	24	46%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 3
Cargo ocupacional



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

La mayor parte del personal que labora en el hospital tienen el cargo de auxiliares de enfermería, siendo esto preocupante ya en ocasiones ellos son quienes lideran los servicios, claro está que ellos por su experiencia poseen de habilidades, las cuales las ejecutan de manera mecánica sin un sustento científico.

Además se debe considerar que según normas del Ministerio de Salud Pública áreas críticas como emergencia, debe ser cubierto el 100% por personal profesional.

Tabla N° 11

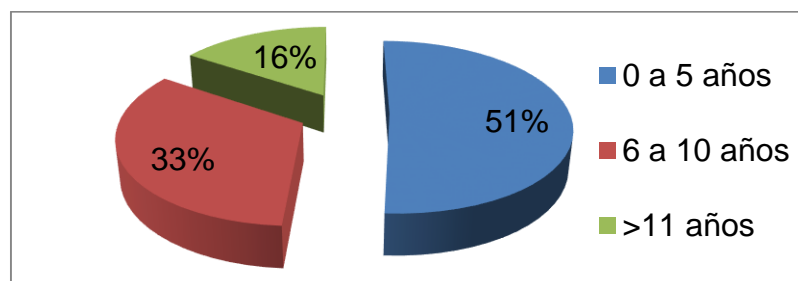
Años de experiencia del personal de enfermería

Indicador	Cantidad	Porcentaje
0 a 5 años	26	51%
6 a 10 años	17	33%
>11 años	8	16%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 4

Años de experiencia del personal de enfermería



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

La mayoría del personal que maneja este tipo de pacientes es personal que tiene poca experiencia, es importante tener en cuenta que los cuidados para dichos pacientes requiere mayor conocimiento, habilidades y destrezas permitiendo disminuir complicaciones y secuelas en el futuro, garantizando una mejor calidad de vida. Sería importante antes de rotar por el servicio de

emergencia, ellos hayan rotado por otros servicios, permitiendo que ellos formen un pensamiento crítico, resolución de problemas, y realizar juicios relativos a las necesidades del paciente, todo esto enfocado a través de la observación y la práctica.

Tabla N° 12

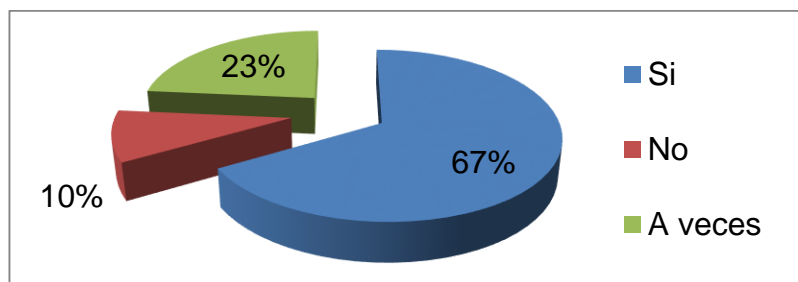
Falta de material e insumos

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Si	34	67%
No	5	10%
A veces	12	23%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 5

Falta de material e insumos



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

La presente gráfica nos indica que en su mayor porcentaje el personal de enfermería afirma que existe déficit de material. Los aspectos más importantes para la atención del paciente con TCE es contar con el equipamiento básico para lograr realizar todos los procedimientos necesarios, evitando prolongar el tiempo y complicación de dichos pacientes.

Tabla N° 13

Ha recibido capacitaciones sobre TCE

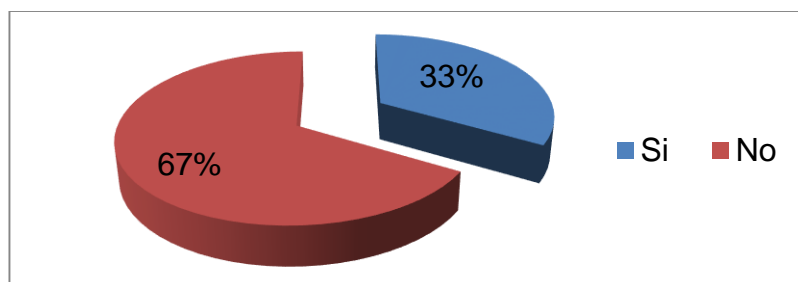
Indicador	Cantidad	Porcentaje
Si	17	33%
No	34	67%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería

Fuente: Encuesta.

Gráfico N° 6

Ha recibido capacitaciones sobre TCE



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería

Fuente: Encuesta.

Análisis

Es muy importante tener en cuenta que el conocimiento es la primera herramienta para el manejo de estos pacientes con TCE ya que por medio de este podemos identificar signos y síntomas los cuales estén alterados, para brindar una atención inmediata y oportuna.

La mayoría del personal no ha recibido capacitaciones de TCE, como consecuencia de esto se evidencia el bajo nivel de conocimientos en el manejo de enfermería en paciente con dicha patología.

Tabla N° 14

Falta de personal profesional

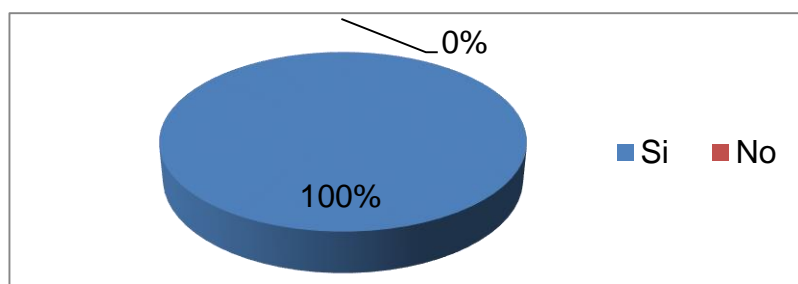
Indicador	Cantidad	Porcentaje
Si	51	100%
No	0	0%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez internas rotativas de enfermería

Fuente: Encuesta.

Gráfico N° 7

Falta de personal profesional



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez internas rotativas de enfermería

Fuente: Encuesta.

Análisis

El total del personal profesional encuestado considera que si falta de personal profesional lo cual influye directamente en la atención que recibe el paciente con TCE.

Al concluir que hay falta de personal profesional entendemos que es la posible causa de que no hay un adecuado manejo de enfermería a pacientes con TCE, ya que debido a la complejidad de estos pacientes es necesaria la atención de profesionales capacitados y competentes.

Tabla N° 15

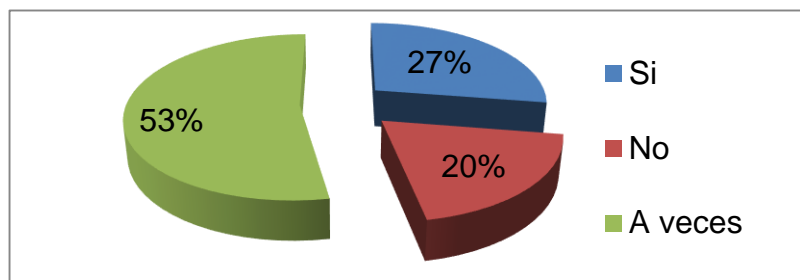
Ha cubierto otro turno diferente al que tiene asignado.

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Si	14	27%
No	10	20%
A veces	27	53%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: encuesta

Gráfico N° 8

Ha cubierto otro turno diferente al que tiene asignado



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: encuesta

Análisis

En la gráfica siguiente podemos observar que la mayoría del personal ha cubierto turnos en otro servicio distinto al ya asignado, con lo cual podemos evidenciar que hay falta de personal en el hospital, el mismo que está sujeto a rotar continuamente entre ellos a emergencia debido a la gran demanda de pacientes.

Consideramos necesario la capacitación al personal de enfermería ya que deben de tener la capacidad y conocimientos necesarios para el manejo de pacientes con TCE y conjuntamente con la experiencia lograr desarrollar habilidades y destrezas en el manejo de estos pacientes, para así brindar una atención de calidad.

Tabla N° 16

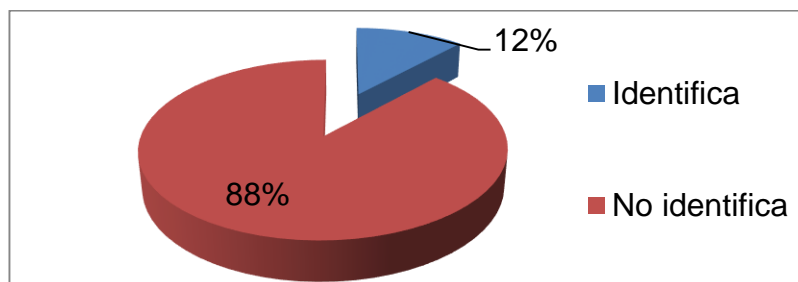
Identifica los factores que interfieren en la valoración a nivel ocular

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Identifica	6	12%
No identifica	45	88%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 9

Identifica los factores que interfieren en la valoración a nivel ocular



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

Más de la mitad de los encuestados no conoce cuales son los factores que interfieren en la valoración de la escala de Glasgow, siendo preocupante. Es muy importante conocer dichos factores ya que por medio de estos podemos valorar adecuadamente el estado inicial del paciente y posterior su evolución, logrando detectar daños neurológicos que afecten al paciente y compliquen su estado.

Tabla N° 17

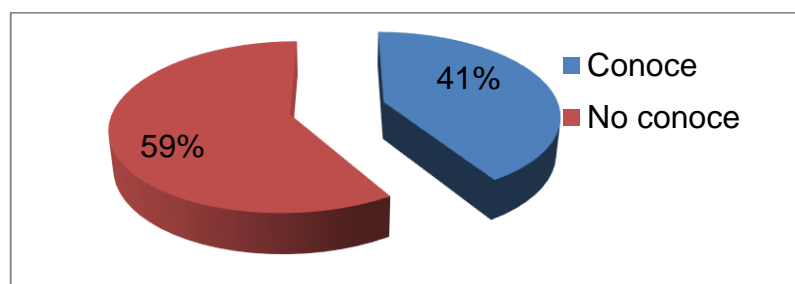
Conoce sobre exploración de las pupilas

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Conoce	21	41%
No conoce	30	59%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 10

Conoce sobre exploración de las pupilas



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

La mayor parte del personal de enfermería no conoce sobre la exploración y la valoración de las pupilas, siendo este un procedimiento el cual es importante porque nos permite la detección rápida de una afección neurológica y poder tratarla con mayor prioridad. También al valorar podemos identificar que existe una lesión encefálica como también su localización.

Tabla N° 18

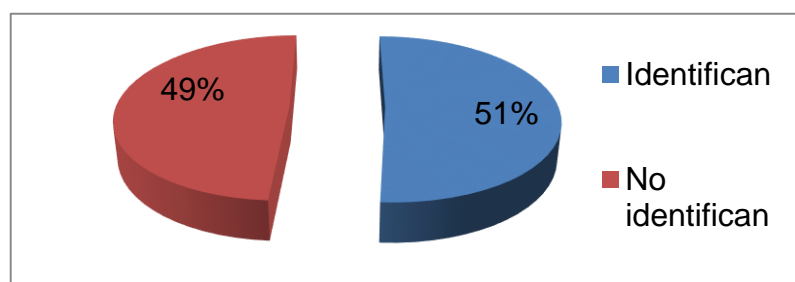
Identifica los signos de hipertensión intracraneal

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Identifican	26	51%
No identifican	25	49%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 11

Identifica los signos de hipertensión intracraneal.



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

La mitad del personal de enfermería identifican cuales son los signos que pueden causar una hipertensión intracraneal un parámetro importante en los pacientes con TCE, mientras que menos de la mitad no identifican los signos de una complicación que de ser detectados a tiempo sirven para evitar secuelas graves en un paciente, dar un diagnóstico y tratamiento

oportuno y mejoran la calidad de vida del paciente. Es importante conocer estos signos porque en el daño primario inducen lesiones tisulares que se manifiestan después de un intervalo prolongado de tiempo tras el accidente.

Tabla N° 19

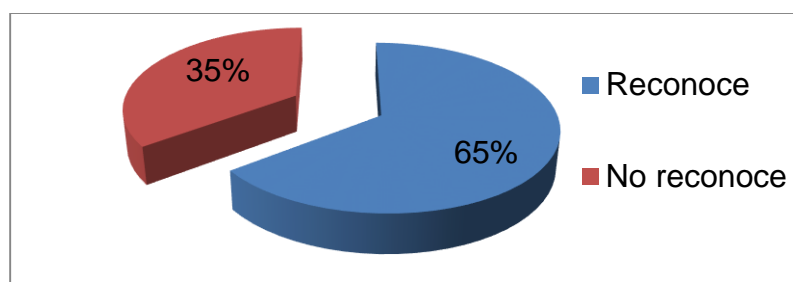
Reconoce nivel normal de flujo urinario

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Reconoce	33	65%
No reconoce	18	35%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 12

Reconoce nivel normal de flujo urinario



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

Más de la mitad de encuestados reconocen cual es el flujo normal de orina, y un porcentaje bajo desconoce. Es importante cuantificar la orina eliminada por un paciente en un período determinado de tiempo y observar las características de la orina eliminada, para de esta manera detectar tempranamente alteraciones fisiológicas del paciente y actuar ante estas.

Tabla N° 20

Realiza adecuadamente la valoración de la Escala de Glasgow

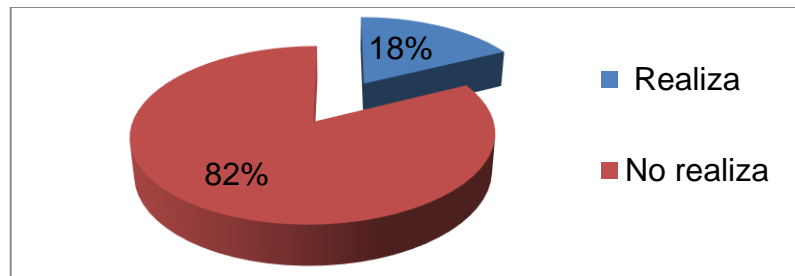
Indicador	Cantidad	Porcentaje
Realiza	9	18%
No realiza	42	82%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, interna rotativa de enfermería

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 13

Realiza adecuadamente la valoración de la Escala de Glasgow



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, interna rotativa de enfermería

Fuente: Encuesta

Análisis

En un porcentaje significativo más de la mitad del personal de enfermería encuestado no realiza la valoración adecuada de la escala de Glasgow, siendo esta un soporte vital básico para medir el nivel de conciencia, examinando la capacidad neurológica, el momento y su perfil evolutivo.

Tabla N° 21

Identifica las actividades en pacientes con TCE moderado

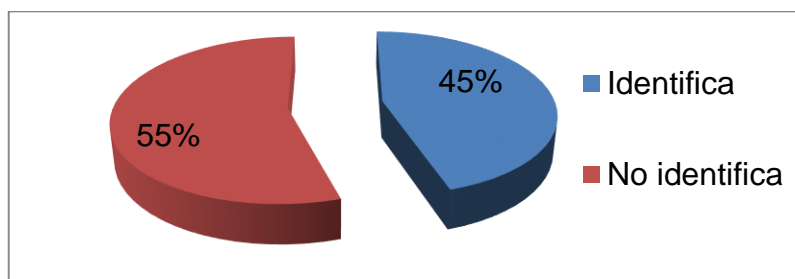
Indicador	Cantidad	Porcentaje
Identifica	23	45%
No identifica	28	55%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 14

Identifica las actividades en paciente con TCE moderado



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería

Fuente: Encuesta

Análisis

Más de la mitad de los encuestados no identifican las actividades en un paciente con TCE moderado siendo en gran medida preocupante ya que es alto el afluente de pacientes con dicho diagnóstico y que de no recibir una atención adecuada pueden presentar hasta incluso complicaciones.

Podemos concluir que hay deficiencia y desconocimiento en el manejo de dichos pacientes lo que conlleva a realizar prácticas erróneas disminuyendo la calidad de atención.

Tabla N° 22

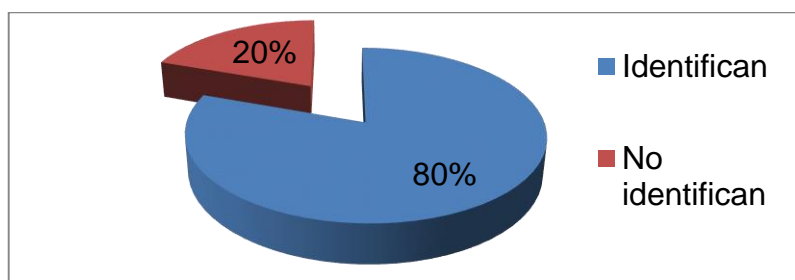
Identifica las soluciones adecuadas en TCE

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Identifican	41	20%
No identifican	10	80%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 15

Identifica las soluciones adecuadas en TCE



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

Más de la mitad del personal de enfermería encuestado si identifica las soluciones adecuadas para mantener la reanimación y la volemia del paciente con TCE. Es importante conocer porque debemos evitar las soluciones glucosadas, estas aumentan el edema cerebral existiendo de esta manera una alteración en autorregulación del FSC (Flujo Sanguíneo Cerebral y también la PIC (Presión intracraneal),

Mientras empleo de soluciones cristaloides y coloides mantienen los parámetros hemodinámicos normales en pacientes con trauma craneoencefálico.

Tabla N° 23

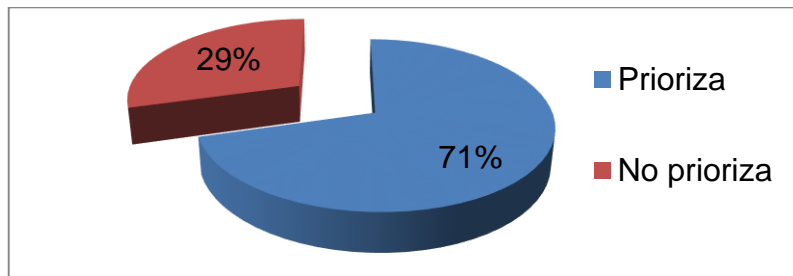
Prioriza las actividades en la hipotensión

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Prioriza	36	71%
No prioriza	15	29%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 16

Prioriza las actividades en la hipotensión



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

Un porcentaje de más de la mitad de los encuestados priorizan el manejo de pacientes con TCE que presenten hipotensión, lo cual demuestra que existe una jerarquización de cuidados de enfermería. Es necesario realizar una valoración del paciente, para de esta manera identificar y priorizar actividades según el diagnóstico de paciente.

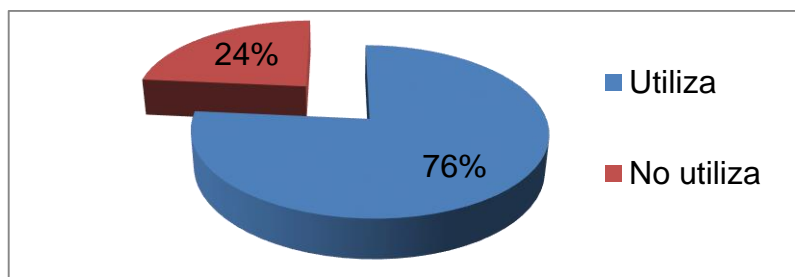
Tabla N° 24

Utiliza los medios adecuados para la administración oxígeno

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Utiliza	39	76%
No utiliza	12	24%
Total	51	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 17

Utiliza los medios adecuados para la administración oxígeno

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

La mayor parte del personal encuestado utiliza los medios adecuados para la administración oxígeno. Todo el personal debe de estar capacitado en aspectos básicos como es oxigenoterapia, siendo acciones realmente importantes, logrando una adecuada oxigenación donde se disminuye el

riesgo de un daño cerebral que es irreversible. Debido a que las neuronas son altamente susceptibles al déficit de oxígeno.

4.2 INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.2.1 Interpretación de datos de la encuesta

El nivel de conocimientos es la base fundamental para la atención de enfermería a pacientes con compromiso neurológico y que necesitan mayor cuidado de acuerdo a su gravedad, a nivel cognitivo tomamos como pregunta más relevante e importante cual se basa en la valoración de la escala de Glasgow que abordo como resultado que el 82% del personal profesional tiene dificultad en la valoración de la escala de Glasgow , lo que se corrobora en investigaciones similares como la realizada en Bogotá D.C Colombia (2009) por estudiantes de VII semestre de la facultad de enfermería, de la fundación universitaria de ciencias de la salud, encontraron como resultado que en un 66% de pacientes con TCE el control neurológico es interdisciplinario y todo miembro del equipo de salud está en capacidad de efectuarlo, se destaca que durante los primeros 60 minutos de atención esta actividad no fue efectuada de manera correcta.

En una investigación realizada en la Habana cuba (2007) sobre la Caracterización del TCE utilizando la escala de Glasgow en un servicio de cuidados intermedios quirúrgicos. Afirma que para el estudio se utilizó la escala de Glasgow como guía para el manejo clínico de los TCE por ser de fácil aplicación y mantener vigencia para los pacientes con lesiones y evaluar continuamente su gravedad.

Uno de los desafíos que enfermería enfrenta hoy en día , es la realización de investigaciones en la práctica cotidiana, cuyos resultados se dirijan al mejoramiento de la experiencia del cuidado al usuario en salud además se espera que la evidencia generada nutra el nivel teórico de la enfermería y se encamine a la resolución de los problemas prácticos de la cotidianidad, siendo la teoría la base de la práctica, para lograr así un nivel de una filosofía que oriente el cuidado y haga visible el aporte de la profesión al mantenimiento de la vida y la salud de las personas.

Tal y como lo plantea Durán (1998) criticar y sistematizar el conocimiento de enfermería que ha surgido de la investigación empírica, de la práctica clínica, del aprendizaje racional, y de cualquier otro recurso del conocimiento, incluyendo la intuición. (p.1)

El personal de enfermería es el responsable directo del manejo del paciente por lo tanto tiene la capacidad para llevar a cabo un manejo adecuado de este tipo de pacientes esta afirmación es apoyada de investigaciones similares como la realizada en Caldas Colombia (2003) donde se obtuvo como resultado que el cuidado del paciente con trauma craneoencefálico en el servicio de urgencias demanda que el personal de enfermería tenga conocimientos basados en principios científicos fundamentales encaminados a evitar la lesión secundaria, la cual aumenta la morbimortalidad en personas con compromiso del sistema nervioso.

Ficha de observación del material y equipos del servicio

Tabla N° 25

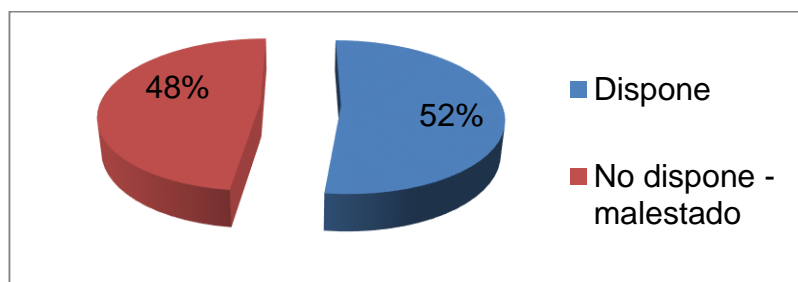
Material del servicio

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Dispone	13	52%
No dispone – mal estado	12	48%
Total	26	100%

Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Gráfico N° 18

Material del servicio



Elaborado por: Mónica Bustos- Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Encuesta

Análisis

Podemos observar en la gráfica que se dispone de la mayor parte de material para la atención del paciente con TCE, pero es indispensable contar con todo este material básico completo, ya que estas son herramientas

fundamentales para la realización de los diversos procedimientos a realizarse, teniendo en cuenta que estos pacientes son de cuidados críticos.

El manejo de enfermería se enfoca en minimizar el daño secundario optimizando la perfusión y oxigenación cerebral y prevenir o tratar morbilidad neurológica. Tiene un buen pronóstico si se usan medidas terapéuticas basadas en evidencias científicas.

4.2.2 Interpretación de datos de la ficha de observación

En lo que refiere al material existe un déficit, donde en ocasiones estos prolongan la realización de diversos procedimientos, siendo este un elemento de gran valor para evitar daños y secuelas irreparables en pacientes con TCE, interfiriendo de esta manera brindar una atención integral al paciente.

Una investigación aplicada en el hospital Central Dr. Antonio María Pineda en Venezuela afirma que el factor económico influye en un 88% para el cumplimiento de los cuidados de enfermería, mientras que en el hospital Marco Vinicio iza influye en un 48%.

También es de importancia que el personal de enfermería que brinda cuidados a pacientes con TCE, debe de tener habilidades, conocimientos y experiencia, para lo cual sería necesario antes de cada rotación o cambio a otro servicio deferente al asignado, tengan una orientación previa. Para mejorar la falta de material y equipos dependerá estrictamente de la administración que realice los líderes, conjuntamente con el personal que labora es este servicio. Para que esta fase organizacional sea significativa habrá de incorporar objetivos verificables que den una idea clara de las funciones y deberes, que cada uno debe realizar. La enfermera debe tener una visión global de lo que puede necesitar un equipo multidisciplinario para el manejo de dichos pacientes, por lo que debe estar interrelacionada con las necesidades tanto del hospital, paciente y equipo de salud.

4.3 PLAN DE INTERVENCIÓN

4.3.1 Introducción

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una patología frecuente en los países industrializados, constituyendo una de las principales causas de muerte entre la población pediátrica y adulta joven.

Al ser una patología frecuente es un problema latente a nivel mundial, nacional y más aún local cuando hablamos de un hospital en el que se cuenta con un número bajo de personal, falta de capacitaciones, rotaciones continuas y falta de material implementos necesarios, estos limitan que el personal de enfermería brinde una atención de calidad a los pacientes con TCE y no exista satisfacción en el usuario.

Los pacientes con traumatismos oscilan entre la tercera y cuarta causa de morbilidad según informes anuales de estadística del hospital Marco Vinicio Iza. Por este motivo se hace necesaria la intervención del personal de la institución de salud con el fin de capacitar en el manejo adecuado de enfermería a pacientes con TCE, que llegan al servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza.

Un conocimiento bien fundado en bases científicas junto a desarrollo de destrezas y habilidades en los procedimientos de enfermería sumado a esto el buen equipamiento del servicio hará que se brinde una atención óptima rápida y oportuna al paciente con TCE, lo

cual se lograra mediante la ejecución de una serie de actividades al personal de enfermería, el cual lograría forjar un personal autocrítico.

La planificación de un programa de capacitación que mejore notablemente el manejo de enfermería a pacientes con TCE.

4.3.2 Objetivos

4.3.2.1 Objetivo General

- Elaborar un plan de intervención estratégico en el manejo exclusivo que debe de dar el personal de enfermería apacientes con TCE en el servicio de emergencias del hospital Marco Vinicio Iza, así contribuiremos a mejorar los conocimientos existentes del personal de enfermería y de esta manera se brinde una atención y satisfacción del usuario en salud.

4.3.2.2. Objetivos Específicos

- Promover la participación del personal de enfermería del servicio de emergencias del hospital Marco Vinicio Iza en las actividades para el manejo a pacientes con TCE.
- Establecer un ciclo de capacitaciones que permitan al personal de enfermería el mejoramiento y ampliación de los conocimientos existentes del manejo de enfermería a pacientes con TCE.

- Diseñar un flujo grama de atención de paciente con TCE, que constara en el área de emergencias que facilitara la atención del personal de enfermería a este tipo de pacientes.

4.3.2.2 Realización del Plan de Intervención

Tabla Nº 26

Realización del plan de intervención

Objetivo	Actividades	Fecha	Responsables
Promover la participación continua del personal de enfermería del hospital Marco Vinicio Iza en las capacitaciones del manejo a pacientes con TCE.	<p>- Invitar al personal de enfermería a la programación de capacitaciones sobre el manejo de enfermería en pacientes con TCE.</p> <p>-Solicitar la colaboración de especialistas en el tema en la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y la Dirección Provincial de Salud de Sucumbíos.</p>	De acuerdo con el tiempo disponible en la Unidad de Salud	<p>Ángela Cortez</p> <p>Mónica Bustos</p>

<p>Establecer un ciclo de capacitaciones que permitan al personal de enfermería el mejoramiento y ampliación de los conocimientos existentes del manejo de enfermería a pacientes con TCE</p>	<p>-Hacer una convocatoria al personal de enfermería del hospital Marco Vinicio Iza. A recibir la programación de capacitaciones.</p> <p>-Utilizar medios de comunicación y estrategias interesantes para obtener mayor asistencia del personal.</p>	<p>De acuerdo con el tiempo disponible en la unidad de salud</p>	<p>Ángela Cortez Mónica Bustos</p>
<p>Diseñar un flujo grama de atención de paciente con TCE, que constara en el área de emergencias que facilitara la atención del personal de enfermería a este tipo de pacientes.</p>	<p>Elaborar un diseño de flujo grama con el contenido más importante y adecuado del manejo de enfermería a pacientes con TCE</p> <p>-Diseñar un modelo de flujo grama comprensible.</p>	<p>De acuerdo con el tiempo disponible en la Unidad de Salud</p>	<p>Ángela Cortez Mónica Bustos</p>

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Se logró determinar el inadecuado manejo del personal de enfermería en el paciente con TCE que ingresa al servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza, entre los cuales se encontraron como delimitantes la falta de personal profesional, las rotaciones continuas, falta de materiales insumos, la infraestructura que interfieren en brindar una calidad en atención de enfermería.
- Mediante instrumentos como la aplicación de las fichas de observación y la encuesta aplicadas al personal de enfermería, se logró recoger la información necesaria para determinar el manejo que se brinda por parte de enfermería a pacientes con TCE, que llegan al servicio de emergencias del hospital Marco Vinicio Iza.
- La falta de conocimientos científicos, habilidades, destrezas, capacitaciones constantes, infraestructura y equipamiento del servicio son factores que influyen en gran medida para que enfermería brinde un adecuado manejo al paciente con TCE, que ingresa al servicio de emergencias del hospital Marco Vinicio Iza.

5.2. RECOMENDACIONES

5.2.1 Al personal del hospital Marco Vinicio Iza

- Planificar, ejecutar y evaluar de capacitación en el hospital Marco Vinicio Iza, en cuanto al manejo de paciente con TCE, para así mejorar la calidad de atención brindada por enfermería.
- Construir estándares de calidad y protocolos que contribuyan en la recuperación del paciente.
- Incentivar y hacer concientizar al personal de enfermería sobre el manejo actual que se está proporcionando un gran afluente de pacientes con TCE que son atendidos en el hospital Marco Vinicio Iza.
- Concientización sobre la importancia que tiene el adecuado manejo de enfermería en pacientes con TCE, y como esto repercute en las calidad de atención del usuario en salud, disminuir complicaciones que pueda presentar el paciente, y contribuir a que el paciente acorte su tiempo de hospitalización si es TCE leve y moderado o a tomar decisiones acciones rápidas en aquellos pacientes graves.

A las autoridades administrativas del hospital Marco Vinicio iza

- Elaborar un plan de inducción para contar con más talento humano capacitado.

- Que haya una planificación ejecución y evaluación de capacitaciones que sean constantes y frecuentes de manejo de pacientes con TCE.
- Coordinar con la líder y el todo el equipo de trabajo para mantener el equipamiento del servicio que sea completo, adecuado y este en buen estado para atender a este tipo de pacientes.

Para investigaciones similares

- Continuar con investigaciones similares que permitan mejorar la calidad de atención a los pacientes con TCE conjuntamente con planes de intervención.
- Elaboración de un manual de funciones para que el personal profesional y auxiliar de enfermería conozcan cuales son las funciones y responsabilidades que tienen que realizar.

CAPITULO VI

6. BIBLIOGRAFÍA

6.1 BIBLIOGRAFÍA CITADA

- (Phanvend ,1993. p.310)
- Mgtra. Aleida Vargas (2006), “*Cuidados de enfermería en pacientes con trauma cráneo encefálico*”. (p. 30)
- Fuentes. C. (2008) Argentina “*la enfermera y la valoración de los signos vitales*” (p.200)
- Barrera (2001) “*solución salina*” disponible <http://www.slideboom.com/presentations/11790>
- Azañero (2001) “*nivel de conciencia escala de glasgow*”(p.1)
- Mgtra. Aleida Vargas (2006), “*Cuidados de enfermería en pacientes con trauma cráneo encefálico*”. (p. 30)
- Valadez (2011). *Trauma craneoencefálico*. En <http://cbpharma.blogspot.com/2011/03/traumatismo-craneoencefalico-tce.html>
- Hospital Marco Vinicio Iza, (2012). *Antecedentes históricos* En: <http://hmvi.gob.ec/documento1.php?id=2.1>
- Hospital Marco Vinicio Iza, (2012) *misión y visión institucional*. En: <http://hmvi.gob.ec/documento1.php?id=2.1>
- Hospital Marco Vinicio Iza, (2012). *servicios de la institución*. En: <http://hmvi.gob.ec/documento1.php?id=2.1>
- (Roldán, 2011, p. 1)

- (Martínez - Bonifaz Ol. 2008. pp. 73-85)
- (Gil García, Ibarra. 2012).
- (Ladera-Perea, 1998, p. 3).
- (Adolfoneda, 2008, p.2)
- (Gronwall, 2004. PP.1002)

6.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Revista de asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva. (2010). *Pacientes con TCE*, (pp. 18-32) 4ta edición. México
- Marco Vinicio Iza. (2011-2012). *Departamento de estadística del hospital. Ingresos hospitalarios*
- M.A. Muñoz Sánchez, P. Navarrete Navarro.(1999). *Soporte Vital Avanzado en Trauma. Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar*, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.
- Hernando, A; y otros (2006). *paciente con trauma craneoencefálico, alteraciones fisiológicas*, (pp. 2581-2599) ed. Ed. Masson Cuba
- S. Yus Teruel y M. Caroncha Gallego. (2007). *Traumatismo Craneoencefálico (TCE). Manual de Medicina Intensiva*. 2ª edición. Ed. Harcourt.
- F. Murillo Cabezas, M^a A. Muñoz Sánchez. (1999). *Traumatismo craneoencefálico. Principios de urgencias, emergencias*. (pp. 581) Ed. Samiuc. Murcia-España

- Arellano, M. (2011). *Cuidados Intensivos en Pediatría*. (p210), 2da. ed. La Habana: (P.1005) Editorial Pueblo y Educación Cuba
- Smltzer, SC. (2008). *Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddart. paciente con TCE*. 8va. ed. Jalisco, México: Gráficas Anzor.
- Negrin, VJA. (2007). *Cuidados intensivos, paciente neurocrítico*. (p.1008) La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Ruza, F. (2001). *Cuidados Intensivos Pediátricos: patología básica; técnicas y cuidados de enfermería*.(pp. 408-412) 2da. ed. Barcelona: Interamericana Español.
- Waldo, E. (2010). Nelson MD .*Tratado de Pediatría de TCE*. Barcelona: Interamericana Española.
- Carpenito, L.J. 1994. *planes de cuidados y documentación de enfermería*. Madrid España Mc. Graw-Hill interamericana.
- Griffeth, J, Cristensen, P. 1986. *Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías guías y modelos*. México. Editorial el manual moderno.
- Castrillón, (2001). *La dimensión social de la enfermería*. Colombia. (p.2001) Editorial Universidad de Antioquia.. Tercera edición.
- Harrison, T. (1986). *Principios de la medicina interna*. México .6ta edición.
- Hernández, J, Cristensen, P. (2001) *fundamentos de enfermería teoría y métodos*. Madrid. Editorial Mc.Graw-Hill Interamericana.

- Ignatorvicius, D, Brayne, M. 820059, *Enfermería medico quirúrgica. Planteamiento para mejorar el proceso de Enfermería. Editorial Mc.Graw-Hill Interamericana. México.*
- MalagonLondeno, (1989) Gustavo. *Administración hospitalaria..* Tercera edición Editorial Medica internacional. Bogotá-Colombia
- Marriner. Ann. (2000) *el proceso de atención de enfermería un enfoque científico*, Editorial El manual moderno, SA de CV. Tercera edición. México
- Rosalinda Alfeno, Ceferre.(2004) *Aplicación al proceso de enfermería guía y práctica.4ta* edición. Madrid España.
- Susan, E, Norman. (1999) *Enfermería y cuidados de la salud.* Editorial Dayma Enfermería SA. Barcelona-España.

6.3 REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Solórzano, B. (2012) *cuidados de enfermería en paciente con TCE.*
En: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Plan-De-Cuidados-Enfermeria-En-Tce/877912.html>
- Cárdenas, M. (2012). *Enfermería hoy* En:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_2_04/enf02204.htm
- Otero, e, (2009). Colombia. *Revista de la academia nacional de medicina de Colombia, traumatismo.* En: <http://enfermería/enfermeria5102-manejo1.htm>

- López, S; Bermejo A. (2009). *Puesta al día en medicina intensiva: neurointensivismo, actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave*. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912009000100003&script=sci_arttext&tIng=pt
- Rodríguez, G; Menéndez M.(2002). *Valoración de la atención de urgencias al paciente con trauma grave, actuación de enfermería*. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932002000300009
- González. (2003). *Labor de enfermería en el traumatismo craneoencefálico infantil*. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192003000100009&script=sci_arttext
- Méndez, LL; Díaz. (2004). *Factores que influyen sobre la aparición de infecciones hospitalarias en los pacientes de cuidados intensivos*. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000300006&script=sci_arttext
- García, V, Borges, R.(2004). *Traumatismo craneoencefálico*. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192004000200002&script=sci_arttext
- Orayen, C; Mármol y de la Peña. (2009). *Auxiliar de enfermería/TCE en unidad de ictus*. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3174854>

- Monserrate, M, (2001) *atención en urgencias*. En:
<http://www.slideshare.net/lssabelisting/pulso-10670536>
- Balarezo, (2001) *exploración pupilar*.
En:https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/11829/TEMARIO/BLOQUE_C/3._EXPLORACION_DE_LA_PUPILA.pdf
- Martínez, TY, Bonifaz OI. (2008). *Traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Universitario de Puebla*. Vol. 11, No. 3 pp. 73-85 en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2008/tm083c.pdf>
- Barrera (2001) *“solución salina”* disponible
<http://www.slideboom.com/presentations/11790>

CAPITULO VII

7. APÉNDICE Y ANEXOS

7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla Nº 27

Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Indicador	Nivel de medición estadística
Trauma craneoencefálico	Es cualquier tipo de traumatismo que lesiona el cuero cabelludo, el cráneo o el cerebro.	Escala de Glasgow	TCE Leve TCE Moderado TCE Grave

<p>Conocimiento del personal de enfermería servicio de emergencia del Hospital Dr. M. Vinicio Iza sobre el manejo de paciente con TCE</p>	<p>Son todas las bases teóricas que el personal del servicio emergencia tiene sobre el manejo a pacientes con TCE</p>	<p>Nivel de conocimiento del personal de enfermería al paciente con TCE.</p>	<p>Alto (8-9) Medio (7-6) Bajo (<5)</p>
<p>Rotación constante del personal de enfermería a diferentes servicios hace que disminuya la capacidad resolutive de debilidades en conocimientos, habilidades y estrategias del personal.</p>	<p>Acción que consiste en ir alternando la actuación de una persona de un lugar a otro.</p>	<p>Rotaciones continuas</p>	<p>Si No A veces</p>

Falta de material e infraestructura	Son elementos o servicios que están considerados como necesarios para que una organización pueda funcionar o bien para que una actividad se desarrolle efectivamente.	Falta de material e infraestructura para la realización de algunos procedimientos.	Adecuada Inadecuada
-------------------------------------	---	--	------------------------

Elaborado Por: Mónica Bustos – Ángela Cortez, internas rotativas de enfermería
Fuente: Hospital Marco Vinicio Iza

7.3 INSTRUMENTOS APLICADOS

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Este test de conocimiento será aplicado al personal de enfermería del hospital Marco Vinicio Iza, con la finalidad de saber cuál es su nivel de conocimiento en el manejo del paciente con TCE. Le pedimos contestar, la siguiente encuesta con la mayor honestidad posible.

Edad..... Experiencia..... Cargo.....

1. Conteste las siguientes preguntas.

Usted a evidenciado la falta de materiales e insumos.-

Si No A veces

¿Usted ha recibido alguna capacitación sobre TCE?

Si No

Piensa usted que hay falta personal profesional

Si No

¿En alguna ocasión usted ha tenido que cubrir algún turno en otro servicio distinto al que tenía asignado?

Siempre A veces Nunca

2. Subraye la correcta

Los factores que interfieren en la valoración de la escala de Glasgow a nivel de apertura de ocular son:

- a. Edema periorbitario, dolor, mutismo, trauma facial.
- b. Traumatismo ocular, dolor, lesión nervio ocular, edema periorbitario
- c. Traumatismo ocular, déficit mental, edema periorbitario, afasia.
- d. Ninguna de las anteriores
- e. Todas las anteriores

3. Señale la respuesta correcta

En un paciente con TCE a la exploración de las pupilas según su tamaño se clasifica en:

- a. Isocóricas, anisocóricas, discóricas
- b. mióticas, medias, midriáticas
- c. reactivas, reactivas lentas, arreactivas.
- d. a y b
- e. Todas son correctas
- f. Ninguna de las anteriores

4. Elija la respuesta correcta

A la toma de signos vitales usted observa que existe una bradicardia y un aumento de la presión sistólica estos signos le indican que existe:

- a. Hipertensión arterial
- b. Hipertensión intracraneana
- c. Hemorragia masiva

5. En un paciente con TCE en el flujo urinario ideal que se debe mantener es:
- 1 a 1.5 ml/kg/h
 - Mayor a 2kg/ml/h
 - Menor 1ml/kg/h
6. En un paciente que a la valoración presenta: apertura de ojos al dolor, a nivel motor extensión anormal, y en la respuesta verbal emite palabras inadecuadas, de acuerdo a su conocimiento que puntaje de escala de Glasgow tiene este paciente._____
7. En un paciente con TCE moderado usted como enfermera-o realiza:
- Una Valoración estricta por enfermería y valoración neurológica frecuente
 - Monitorización de signos vitales cada 15 minutos.
 - Mantener al paciente en observación.
8. ¿Qué soluciones utiliza usted para reanimar y mantener la volemia normal del paciente? Escoja la respuesta correcta
- Lactato de Ringer y solución salina
 - Soluciones glucosadas, lactato de Ringer, solución salina
9. La hipotensión en pacientes con TCE grave es frecuente ¿Qué es prioritario realizar para estabilizar la presión arterial?
- Administración inmediata de líquidos endovenosos
 - Tomar la presión arterial, cada hora, buscar el origen del sangrado.
 - Administrar un bolo de Dx/A 5%.

10. Si necesita administrar oxígeno a 2litros usted que utilizaría:

- a. Mascarilla
- b. Bigotera
- c. Ambú
- d. Tienda de oxigeno

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Valor asignado según las respuestas correctas e incorrectas

Indicador	Calificativo
9-8	Alto
7-6	Medio
Menor a 5	bajo

**Ficha de observación de material y equipos en el servicio de
emergencia**

Equipos y materiales	Cuenta	No cuenta o está en mal estado
Oxígeno		
Saturador de oxígeno		
Mascarillas pediátrica		
Mascarilla adultos		
Bigoteras		
Medicación		
Coche de paro completo		
Ambú		
Equipo de succión		
Sondas de aspiración		
Tubos endotraqueales		
Laringoscopios		
Pilas repuesto laringoscopio		
Collarines cervicales		
Catéteres diferentes calibres		
Monitores de signos vitales		
EKG		
Glucómetro		
Sonda Nelaton		
Sonda nasogástrica		
Sonda Foley		
Cánulas de Guedel diferente tamaño		
Jeringas diferente calibre		
Camas con banderas		
Reloj de pared		

Tabla Nº 28

Presupuesto

Fotocopias	20,00
Papel	40,00
Anillados	10,00
Impresiones	200,00
Impresión (borradores)	50,00
Internet	60,00
Pasajes	50,00
Folletos	100,00
Copias de guía de entrega a los servicios	100,00
Total	730,00

7.5 FOTOGRAFÍAS

Figura N° 1



Recolección de datos estadísticos de pacientes con TCE

Figura N ° 2



Realización de encuestas al personal de enfermería

Figura N° 3

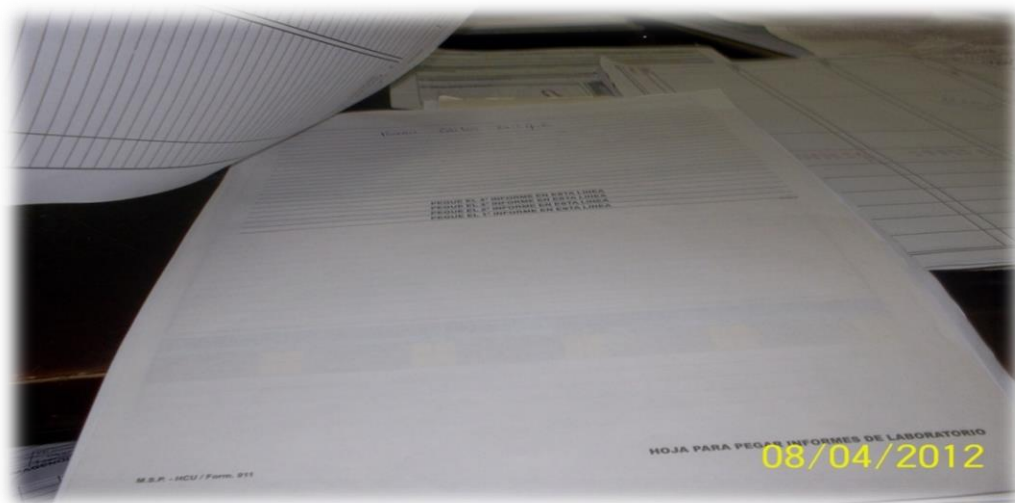
Verificación del manejo de enfermería a pacientes con TCE

Figura N° 4

Paciente con TCE en el cual no se mantiene una vía periférica permeable y
no se maneja principios de asepsia y antisepsia

Figura N ° 5

Verificación de la vía aérea permeable

Figura N ° 6

Historias clínicas sin exámenes de laboratorio

7.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TCE

Tabla N ° 29

Proceso de atención de enfermería en paciente con TCE

Diagnóstico de enfermería	Acciones de enfermería	Principio científico	Evaluación
<p>Alteración del intercambio gaseoso relacionado con traumatismo mecánico</p> <p>Intercambio gaseoso</p> <p>DEFINICIÓN</p> <p>El intercambio gaseoso en los pulmones, permite el transporte de O₂ desde el interior del</p>	<p>Valoración de frecuencia, amplitud y alteraciones en la respiración</p> <p>“respiración de kussmaul”</p> <p>Valoración de ritmo respiratorio (</p>	<p>Este tipo de respiración la observa en casos de acidosis. Tiene como objeto aumentar la ventilación pulmonar para así eliminar más CO₂ y disminuir la acidosis. Sánchez (2012). <i>Frecuencia respiratoria</i> En: www.webfisio.es/fisiologia/resp/trabajos/tipos_r esp.pptx</p> <p>El ritmo de Cheyne Stockes se inicia cuando un cierto grado de hipoxia vuelve hipoexitable al centro respiratorio, lo que lleva a la apnea. Esta</p>	<p>Paciente se encuentra en mejores condiciones, observándose un buen intercambio gaseoso.</p>

<p>alvéolo hasta el torrente sanguíneo y el paso contrario de CO₂ desde la sangre hacia el exterior, mediante un sistema de difusión</p> <p>SIGNOS Y SÍNTOMAS</p> <p>Compromiso neurológico</p> <p>Cambios de personalidad</p> <p>Confusión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Convulsiones</p> <p>Coma</p> <p>Compromiso circulatorio</p>	<p>Respiración de Cheyne Stokes-Respiración de Biot)</p> <p>Observar la presencia de tiraje y simetría en la expansibilidad torácica</p> <p>Verificar la permeabilidad de la vía aérea y aspiración de secreciones si es</p>	<p>a su vez exagera la hipoxia y determina la acumulación de CO₂. Respiración de Biot: quiere decir que puede existir trastornos del sistema nervioso central. Sánchez. (2012). <i>Respiración de Cheyne Stokes-Respiración de Biot</i>).En:www.webfisio.es/fisiologia/resp/trabajos/tipos_resp.pptx</p> <p>Es importante observar ya que indica la presencia de un obstáculo en la penetración del aire impidiendo la libre expansión del pulmón, la presión atmosférica deprime las partes blandas del tórax. Sánchez (2012) <i>fisiología respiratoria</i>.En:www.webfisio.es/fisiologia/resp/trabajos/tipos_resp.pptx</p> <p>Para ello se colocará al paciente en determinadas posiciones de modo que la fuerza de la gravedad permita el drenaje de las secreciones lo que facilita una mejor entrada de</p>	
--	--	--	--

Taquicardia	necesario. Cada 2 a 4 horas.	aire y prevenir complicaciones. (Suzanne, 2005, pp. 1990- 1914)	
Hiper o hipotensión			
Arritmias e insuficiencia cardíaca	Valoración de la coloración de la piel (cianosis)	Con esto podemos valorar la cantidad de O2 en la sangre arterial. Tenemos que evitar la híper oxigenación o la hipo oxigenación ya que son factores que pueden ocasionar aumento de Presión intracraneal. (Kosier, 2005, p.520)	
Taquipnea			
Cianosis			
Convulsiones			
Hipotensión	Colocar al paciente en posición semifowler a 30ª	Se indica para relajar la tensión de los músculos abdominales, permitiendo así una mejora en la respiración de pacientes inmóviles e incrementar la comodidad de los sujetos conscientes durante la alimentación oral y otras actividades. (Kosier, 2005, p.528)	
Cefalea			
Daño neurológico			
FACTORES QUE IMPIDEN EL INTERCAMBIO GASEOSO	Auscultar los sonidos respiratorios extraños a nivel pulmonar. (roncus – sibilancias)	Son Indicadores de disminución del flujo aéreo, existencia de líquido, obstrucción de las vías aéreas superiores, laringe o tráquea. (Kosier, 2005, pp. 525-529)	
<ul style="list-style-type: none"> La altitud: a mayor altitud disminuye la concentración de oxígeno en el aire, por lo 			

<p>que es necesario respirar con mayor frecuencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El ambiente: el calor produce un incremento en la actividad del sistema respiratorio, a la vez que incrementa el metabolismo. • La estimulación psíquica: en situaciones de ansiedad o de estrés necesitamos respirar con mayor frecuencia, debido a la aceleración de nuestro corazón. • El ejercicio: para realizar ejercicio los músculos necesitan oxígeno. Por ello, aumenta la frecuencia respiratoria. 	<p>Saturación de oxígeno y si es necesario administrar oxígeno según la demanda</p>	<p>Expresa la cantidad oxígeno que se combina, en el sentido químico, con la hemoglobina para formar la oxihemoglobina, que es quien transporta el oxígeno en sangre hacia los tejidos. (Fuentes, 2008, pp.2590-2599)</p>	
--	---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • La presión arterial: un aumento de la presión arterial hace disminuir la ventilación pulmonar, y viceversa. • El estilo de vida: el tabaco, la contaminación, el lugar de trabajo, etc. • Disociación de la HB <p>(NANDA 2010)</p>			
<p>Alteración de la perfusión tisular cerebral, cardíaco pulmonar y renal relacionado con traumatismo o compresión de vasos sanguíneos, hipotensión,</p>	<p>Valorar el estado de conciencia mediante la escala de Glasgow.</p>	<p>Puede verse afectada por disminución de volumen sanguíneo cerebral, por lo cual disminuye su perfusión tisular.(Fuentes, 2099, pp.2599-2600)</p>	<p>Hemodinámicamente el paciente se encuentra estable después de la</p>

<p>aceptables, broncoespasmo, disnea, aleteo nasal. Uso de los músculos accesorios.</p> <p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas del intercambio. • Hipo ventilación. • Deterioro del transporte de oxígeno. • Interrupción del flujo arterial. Desequilibrio ventilación perfusión. <p>(NANDA 2010)</p>	<p>Valorar el llenado capilar</p> <p>Valorar la coloración de la piel y la temperatura.</p> <p>Canalizar vía periférica o central</p> <p>Administración de líquidos endovenosos</p>	<p>Nos permite vigilar la deshidratación y la cantidad de flujo sanguíneo del tejido. (Núñez, 201, p. 89)</p> <p>Debemos mantener la temperatura normal, ya que la hipotermia disminuye el flujo sanguíneo cerebral (FSC), la fiebre lo aumenta. Por consiguientes estos son factores que aumentan la presión intracraneal. (Vásquez, 2011, pp.1590-1597)</p> <p>Nos permitirá tener una vía periférica en caso de la reposición de la volemia y administración de líquidos endovenosos. (Kosier, 2005, p.288-289)</p> <p>Esta solución isotónica se utiliza para reponer el volumen del líquido sin alterar la osmolaridad del medio. El lactato es una excelente solución</p>	
--	---	---	--

	<p>bajo indicaciones médicas (CLNA o lactato)</p> <p>Tomar muestras de laboratorio</p> <p>Monitorizar al paciente</p> <p>Colocar sonda vesical y controlar ingesta y eliminación.</p>	<p>cristaloide porque es isotónica y posee igual composición que el líquido extracelular. La dosis inicial en bolo para cualquier adulto (no anciano) es de 2000 ml y de 20 – 40 ml/kg para niño. (Barrera, 2005, pp. 2508-2518)</p> <p>Nos permitirán analizar si existe alteración en los valores normales. En caso de requerir administración del paquete globular. (Kasier, 2005, p.288-289)</p> <p>Nos permite detectar signos que se vean alterados, la existencia de daños fisiológicos, para de esta manera actuar precozmente. (Suzanne, 2005, p.1080)</p> <p>Nos permite llevar un balance hídrico adecuado y mediante este dispositivo de eliminación se realice una evacuación adecuada para evitar complicaciones de retención. (Fuentes, 2008, p.597)</p>	
--	---	---	--

<p>Riesgo de deterioro de la memoria relacionado con trastornos neurológicos, hipoxia aguda o crónica.</p> <p>DEFINICIÓN:</p> <p>Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales</p> <p>Factores Relacionados: Excesivas alteraciones ambientales</p> <p>Hipoxia aguda o crónica Anemia Disminución del gasto cardiaco Desequilibrio de líquidos y</p>	<p>Valorar la escala de Glasgow cada 15 a 30 minutos.</p> <p>Valoración de la contracción pupilar</p> <p>Valoración del tamaño y forma pupilar</p>	<p>En caso de lesión cefálica comprobada o sospechosa se busca minuciosamente el cambio de la respuesta conductual, así como de los reflejos del tallo cerebral y espinales. (Azañero, 2001, pp. 963-966)</p> <p>La contracción pupilar la controla el nervio óculo motor o tercer par craneano, que parte del tronco encefálico, debido a esto cualquier cambio pupilar puede implicar una posible lesión de uno de estos. Pueden existir otros estados responsables de las anomalías pupilares, por ejemplo trauma directo en el ojo o cuando el paciente está tomando algunos medicamentos. (Azañero, 2001, p.p.990-999)</p> <p>El tamaño pupilar representa un equilibrio entre la inervación simpática y parasimpática, las pupilas anisocóricas son el resultado de una</p>	<p>Se observa que el paciente se encuentra mentalmente bien, que no hay alteraciones a nivel cognitivo.</p>
--	--	---	---

<p>electrolitos</p> <p>Trastornos neurológicos</p> <p>Criterios de Resultado: Estado neurológico</p> <p>Memoria</p> <p>Orientación cognitiva</p> <p>(NANDA 2010)</p>	<p>Valorar la capacidad de reacción de las pupilas</p>	<p>interrupción de las fibras parasimpáticas del nervio óculomotor, compresión del núcleo por masas o ambos o herniación sensorial, haciendo que la pupila ipsilateral se dilate.. (Kosier, 2005,p.587)</p> <p>Cuando la lesión está en un hemisferio, la pupila ipsilateral puede permanecer dilatada y no reactiva a los cambios de la luz. Sin embargo, finalmente ambos hemisferios se verán afectados por el aumento de la presión intracraneal y ambas pupilas permanecerán fijas y dilatadas. En lesiones supratentoriales la dilatación pupilar ocurre en el lado ipsilateral a la lesión; en una etapa posterior de compresión del mesencéfalo las pupilas se mantienen fijas y los ojos inmóviles, la dilatación bilateral indica lesión de la parte superior del tronco encefálico. (Kosier, 2005,pp.590-592)</p>	
--	--	--	--

	<p>Valorar otros signos que hacen sospechar diferentes daños cerebrales: Signo de Battle, Signo de ojos de mapache.</p> <p>Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, humor, afectos y conductas.</p>	<p>Signo de ojos de mapache; es resultado de acúmulo de sangre después de una fractura de base anterior de cráneo o de fosa facial media (Revista de asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva, 2010, p.111)</p> <p>El signo de Battle que nos indica fractura de la base media del cráneo. Otorragia .-nos indica que existe una fractura longitudinal del hueso temporal (Revista de asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva, 2010, p.51)</p> <p>En su estado normal, la conciencia permite al sujeto dar una respuesta apropiada a los estímulos sensitivos y sensoriales, también difiere en la capacidad del sistema nervioso de adaptarse a una situación nueva, depende del sistema reticular activador. (Ladera, 2001, p.459)</p>	
--	---	---	--

	<p>Observar si presenta hipertensión arterial, bradicardia, bradipnea progresiva, anisocoria, inquietud, cefalea acompañada de alteraciones de la conciencia</p> <p>Control de temperatura</p> <p>Evitar actividades como maniobras bruscas.</p>	<p>Al haber alteraciones en los parámetros fisiológicos estos signos nos indican que existe una hipertensión intracraneana. Borja (2007) <i>Hipertensión intracraneal</i>. En:http://www.neurorehabilitacion.com/trauma_craneoencefalico.htm</p> <p>La hipertermia refleja una lesión del hipotálamo o del tallo cerebral. Montalvo (2006). <i>Trauma craneoencefálico</i>. En:http://www.neurorehabilitacion.com/trauma_craneoencefalico.htm</p> <p>Estas puede inducir a que aumente la presión intracraneana, además las movilizaciones bruscas pueden aumentar el estrés, en el paciente dando un pronóstico de complicación Montalvo (2006). <i>Trauma craneoencefálico</i>. En:</p>	
--	--	---	--

	Vigilar gases arteriales	<p>http://www.neurorehabilitacion.com/trauma_craneoencefalico.htm.</p> <p>La hiperventilación conlleva alcalosis respiratoria, produce vasoconstricción cerebral y disminuye el riego sanguíneo). Cárdenas (2000). <i>Hiperventilación</i>. En: http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo34/capitulo34.htm</p>	
<p>Dolor relacionado con el traumatismo</p> <p>DEFINICIÓN</p> <p>Estado en el que el individuo experimenta y comunica la presencia de una molestia grave o de una sensación incómoda.</p>	<p>Valorar el dolor de acuerdo a la escala. Identificar el tipo, intensidad del dolor.</p> <p>Administración de medicamentos según indicaciones médicas</p>	<p>Es un método multidimensional para evaluar los atributos y emociones que acompañan la experiencia dolorosa como: intensidad, duración, ubicación y características somato sensoriales. enfermería en el manejo del dolor (Serrano , 2011, p. 992)</p> <p>Los analgésicos son fármacos que cambian las características del dolor, suprimiéndolo o calmándolo, los opiáceos actúan en los</p>	<p>El dolor disminuye con la atención de enfermería y la jerarquización de los problemas actuando así de manera</p>

<p>CARACTERÍSTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación verbal de los descriptores del dolor. - Comportamiento de defensa; protección. - Máscara facial de dolor. - Alteración del tono muscular. - Respuestas autónomas, como aumento de la tensión arterial, cambios en el pulso, frecuencia respiratoria aumentada o disminuida. <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Agentes Biológicos. -Agentes químicos. -Agentes físicos. - Agentes psicológicos. <p>(NANDA 2010)</p>		<p>receptores cerebrales para inhibir el impulso doloroso que llega, y no opiáceos que son analgésicos menores o periféricos. (Serrano , 2011, p. 1002)</p>	<p>prioritaria y oportuna.</p>
---	--	---	--------------------------------

<p>Ansiedad r/c</p> <p>Estancia</p> <p>Hospitalaria</p> <p>Prolongada</p> <p>DEFINICIÓN:</p> <p>Sensación vaga cuya fuente es una frecuencia inespecífica o desconocida para el individuo.</p> <p>CARACTERÍSTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autoevaluación o sentimientos negativos de sí mismo. - pendientes del desarrollo. - verbalización de los 	<p>Estableciendo una relación terapéutica enfermera-pcte, informando a la persona sobre el tratamiento que se le va a aplicar en cada turno.</p> <p>Promoviendo situaciones favorables de ánimo la risa.</p> <p>Promoviendo medidas cognitivas comportamentales.</p>	<p>La relación terapéutica constituye la base de los cuidados de enfermería y facilita una comunicación directa con la persona a cuidar, reconociendo así sus emociones y sentimientos. (Potter, 2001, p.588)</p> <p>La risa es una respuesta que reduce la ansiedad y que puede conducir a una situación constructiva de los problemas.(Fundamentos de enfermería, 2002, p.333)</p> <p>Hace que su sistema nervioso este relajado y menos propenso a ciertas alteraciones; además que su pensamiento este ocupado en otra cosa. (Potter, 2001, p.588)</p>	<p>El paciente se observa e identifica que permanece más tranquilo, teniendo una actitud positiva de si mismo y de la evolución de su estado de salud.</p>
---	--	--	--

<p>sentimientos negativos sobre sí mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - expresiones de vergüenza o de culpa. - dificultad para tomar decisiones. <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - amenaza de muerte, al concepto de sí mismo, para el estado de salud, para el estado socioeconómico, de cambio de rol, al medio ambiente, cambio de los patrones de interacción. - crisis situacionales o de maduración. - necesidades no cubiertas. 	<p>Proporcionando medios de distracción como televisión, radio y lecturas, durante el turno.</p>	<p>Estos medios de comunicación mantienen al Pte. Distraído, olvidándose de esta manera de sus situaciones tristes y de ansiedad.</p> <p>(Potter, 2001, p.590)</p>	
--	--	--	--

7.6 GLOSARIO

Acidosis.- Acidosis es un trastorno que se produce por una presencia excesiva de ácidos en los tejidos y en la sangre

Afasia.- Pérdida total o parcial de la capacidad de hablar

Asintomático.- Sin signos ni síntomas de enfermedad.

Ataxia.- Desorden, irregularidad, perturbación de las funciones del sistema nervioso

Cefalea.- Dolor de cabeza

Cizallamiento.- Deformación lateral que se produce por una fuerza externa. También llamado corte, cortadura.

Demencia.- Estado de degeneración progresivo e irreversible de las facultades mentales

Escala de coma de Glasgow.- Es el nombre que identifica a una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona que sufrió un trauma craneoencefálico.

Fórnix.- Término latino que significa arco y se utiliza para designar estructuras anatómicas arqueadas.

Fracturas.- Es la rotura de un hueso, esta fractura puede ser total parcial.

Hematoma subgaleal.- Localización del acúmulo de sangre por debajo de la gálea y por encima del periostio.

Hiperoxigenación.- Es un estado de incremento del oxígeno en el organismo y proporciona un aporte adicional de oxígeno transportado por

el plasma, ajeno a las limitaciones neurológicas o condicionamientos metabólicos.

Hipo oxigenación.- Déficit de oxígeno los diferentes tejidos.

Hipoxia.- Estado que presenta un organismo viviente sometido a un régimen respiratorio con déficit de oxígeno

Intraparenquimatosa.- Se desarrollan luego pequeñas aneurismas por debilitamiento y dilatación segmentaria que predisponen a la rotura del vaso.

Mutismo.- Silencio voluntario o impuesto

Osmolaridad.- Son dos términos que se usan para expresar la concentración de solutos totales de una solución.

Otorrea.- Presencia de secreción por el oído.

Rinorrea.- Presencia de moco nasal o líquido cefalorraquídeo

Signo.- Es la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por la enfermedad

TAC.- Tomografía axial computarizado

TCE.- Traumatismo craneoencefálico

Tinnitus.- Silbidos en los Oídos, Ruidos o zumbidos en los Oídos

Vértigos.- Consiste en una ilusión de movimiento o de giro del entorno o de uno mismo, siendo la sensación de precipitación en el vacío lo más común. Se acompaña normalmente de náuseas.

Vómito.- Es la expulsión brusca y forzada del contenido del estómago, y se realiza a través de la boca

7.7 INFORME DE SOCIALIZACIÓN

TEMA: Manejo de enfermería en paciente con trauma craneoencefálico atendido en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza, durante el periodo marzo – julio del 2012.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Socializar nuestro proyecto de investigación ante las máximas autoridades del hospital Dr. Marco Vinicio Iza.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mostrar el problema de nuestro proyecto de investigación, ya que no se brinda el manejo adecuado a pacientes con trauma craneoencefálico.
- Explicar mediante bases estadísticas y ficha de observación la problemática existente en la atención a pacientes con trauma craneoencefálico.
- Manifestar los resultados obtenidos después de la realización del proyecto de investigación realizado en el periodo marzo- julio 2012.

RESUMEN

El día 30 de agosto, en la ciudad de Lago Agrio, por falta de espacio físico se realizó en el comedor del Hospital Dr. Marco Vinicio Iza, realizamos la socialización de nuestro proyecto de investigación ante nuestro coordinador del internado rotativo de enfermería, las líderes de los servicios del Hospital, la socialización con una duración total de 30 minutos, donde dimos a conocer el problema de nuestra investigación, apoyándonos en bases estadísticas, expresando así la importancia de nuestro tema de investigación, ya que es una problemática actual debido a la gran cantidad de pacientes atendidos en el servicio de emergencias, los traumatismos están considerados como la tercera y cuarta causa de morbilidad en el periodo marzo julio 2012 tiempo que comprende nuestra investigación, después de la realización de nuestra tesis hemos identificado un inadecuado manejo de enfermería al paciente con este diagnóstico, encontrando factores influyentes de tipo cognitivo, económico y social, que interfieren en la prestación de servicios de calidad, si no hay dominio de conocimientos van a haber falencias notables en la pronta y oportuna atención que necesitan este tipo de pacientes que llegan al servicio de emergencias del Hospital.

Al final de nuestra socialización hubo la sesión de preguntas sustentadas por los asistentes, donde hubo intercambio de respuestas, posteriormente las líderes nos hicieron llegar su apoyo a nuestro tema de tesis, además hicimos la entrega la líder del servicio de emergencias Lic. Fernanda

Arteaga de una gigantografía donde está el flujo grama de atención de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico. Las líderes de los diferentes servicios fueron concientizadas de la importancia del manejo del paciente con dicha patología, con lo cual buscarán estrategias de solución para enfrentar este problema.



Figura 1. Lic. Ángel Patín coordinador de internado rotativo de enfermería, dando lectura a el programa del día.



Figura 2. Reunión en el comedor del hospital Dr. Marco Vinicio Iza.



Figura 5. Sesión de preguntas



Figura 6. Entrega de flujo grama de atención a pacientes con trauma craneoencefálico a la Lic. Fernanda Arteaga líder del servicio de emergencias del hospital Dr. Marco Vinicio Iza.



Figura 7. Fotografía de todos los asistentes a la socialización de los proyectos de investigación del tercer grupo de internos rotativos del Hospital Dr. Marco Vinicio Iza.

CONCLUSIONES

- Se puso en conocimiento de las diferentes líderes de los servicios los resultados obtenidos de nuestro proyecto de investigación siendo de vital importancia poner en conocimiento de la problemática actual que se vive en el manejo de enfermería a pacientes con trauma cráneo encefálico.
- Logramos explicar mediante bases estadísticas y ficha de observación la problemática existente en la atención a pacientes con trauma cráneo encefálico, ya que estos fueron nuestros dos instrumentos básicos de recolección de datos, y dan sustento a nuestro problema de investigación.
- Explicamos el problema de nuestro proyecto de investigación ya que no se brinda el manejo adecuado por parte de enfermería a pacientes con trauma cráneo encefálico es importante proporcionar un adecuado manejo para prestar un servicio de calidad.
- Manifestamos y explicamos los resultados obtenidos después de la realización del proyecto de investigación realizado en el periodo marzo- julio 2012, que aborda soluciones ya establecidas y aplicadas en nuestro plan de intervención para de esta manera lograr una mejor atención de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico, tales como son capacitaciones, y un organigrama de atención de enfermería que mejoraran la atención.

RECOMENDACIONES

- Dar continuación a nuestro proyecto de investigación, ya que se mejorara parcialmente y no totalmente el manejo de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico debido a grandes limitantes como son el tiempo, espacio físico ya que la educación y capacitación deben de ser continuas.
- Concientizar a las autoridades competentes de la problemática existente en lo que respecta a factores económicos y sociales que interfieren para no prestar un a adecuado manejo de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico.
- A la líder del servicio de emergencias tratar de buscar estrategias que permitan mejorar el manejo existente de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico que llegan al servicio de emergencias.