



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

**TEMA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL
“DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”,
DE ABRIL A JUNIO DEL 2013**

**AUTORA
Barzola González Ángela**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TUTORA
Lcda. Muñoz Olga, Esp.**

**GUAYAQUIL – ECUADOR
2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Ángela Barzola González**, como requerimiento parcial para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTORA

Lcda. Olga Muñoz, Esp.

REVISOR(ES)

DIRECTORA DE LA CARRERA

Lcda. Ángela Mendoza Vinces, Mgs.

Guayaquil, a los 16 del mes de agosto del año 2013



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Ángela Barzola González**

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación **CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”, DE ABRIL A JUNIO DEL 2013**, previo a la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 16 del mes de agosto del año 2013

LA AUTORA

Ángela Barzola González



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

AUTORIZACIÓN

Yo, **Ángela Barzola González**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”, DE ABRIL A JUNIO DEL 2013**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 del mes de agosto del año 2013

LA AUTORA

Ángela Barzola González

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios mi señor Todopoderoso, quien me permitió superar todas las barreras para alcanzar mi meta con éxito.

A mi esposo Joffre Alvarado, que me dio ejemplos dignos de superación y de apoyo incondicional; siempre estuvo impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y hoy puede ver alcanzada mi meta.

A mis hijos Joffre y Nathaly Alvarado, quienes han soportado mis largas ausencias por mi tiempo académico y de trabajo; sin embargo, siempre he recibido su comprensión y apoyo.

A mi madre Ángela González, que está en el cielo y con sus bendiciones me ayudó y amparo para continuar mi carrera. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A la Lic. Olga Muñoz, quien me brindó sus consejos y me supo orientar sabiamente con sus conocimientos para culminar esta tesis.

Ángela Barzola.

DEDICATORIA

A mi esposo Joffre Alvarado, por la paciencia y comprensión brindada durante esta trayectoria universitaria, por ser el pilar importante en mi vida, por proporcionarme siempre su tiempo, disponibilidad, el apoyo económico cuando más lo necesité, y su voz de empuje y estimulación, que me sirvió para culminar con éxitos mi carrera profesional.

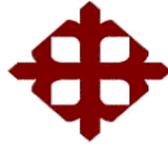
A mis hijos Joffre y Nathaly, por ser los forjadores de este éxito profesional, por su gran apoyo incondicional, motivación y comprensión que me brindaron en muchos instantes de mi vida, y aún cuando no podía compartir con ellos, momentos importantes, por encontrarme estudiando mi carrera; por eso les dedico este triunfo.

Ángela Barzola.

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Lcda. Olga Muñoz, Esp.
TUTORA

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Carrera de Enfermería “San Vicente de Paúl”

CALIFICACIÓN

Lcda. Olga Muñoz, Esp.
TUTORA

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Portada.....	i
Certificación.....	ii
Declaración de responsabilidad.....	iii
Autorización.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Tribunal de sustentación.....	vii
Calificación.....	viii
Índice general.....	ix
Índice de tablas y gráficos.....	xii
Resumen.....	xv
Abstract.....	xvi
Introducción.....	1
Razones que motivaron el estudio.....	3
Justificación.....	4
Descripción del problema.....	7
Antecedentes.....	11
Contextualización en tiempo y espacio.....	13
Objetivos.....	15
Objetivo general.....	15
Objetivos específicos.....	15
Capítulo 1	
1. Marco Teórico	16
1.1. Anatomía y fisiología del cráneo.....	16
1.1.1 Fontanelas y suturas.....	17
1.1.2 Crecimiento y consolidación.....	17
1.1.3 Tejido cerebral.....	17
1.1.4 Flujo sanguíneo cerebral.....	18

1.1.5 Líquido cefalorraquídeo.....	19
1.2. Anatomía del encéfalo.....	20
1.2.1 Tallo cerebral.....	22
1.2.2 Cerebelo.....	21
1.2.3 Cerebro.....	21
1.3. Traumatismo craneoencefálico.....	27
1.3.1 Tipos de lesión.....	29
1.3.2 Manifestaciones clínicas.....	32
1.3.3 Valoración neurológica.....	33
1.3.4 Medios diagnósticos más utilizados.....	37
1.4 Teóricas de enfermería aplicadas al cuidado del traumatismo craneoencefálico.....	39
1.5 Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.....	42
1.6 Marco legal.....	53
 Capítulo 2	
2. Esquema Metodológico	59
2.1 Modalidad de la investigación.....	59
2.2 Tipo de estudio.....	59
2.3 Lugar de estudio.....	60
2.4 Universo y muestra.....	60
2.5 Técnicas de recolección de datos.....	61
2.6 Procedimientos.....	62
2.7 Hipótesis.....	63
2.8 Variables.....	63
2.9 Operacionalización de variables.....	64
 Capítulo 3	
3. Análisis de Resultados	68
3.1 Procesamiento de la información.....	68

Capítulo 4	
4. Propuesta	90
4.1. Programa educativo.....	90
Conclusiones.....	107
Recomendaciones.....	110
Bibliografía.....	111
Anexos.....	114

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
TABLA Y GRÁFICO Nº 1 Relación entre nivel académico y género del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	68
TABLA Y GRÁFICO Nº 2 Relación entre nivel académico y edad del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	69
TABLA Y GRÁFICO Nº 3 Experiencia Laboral del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	70
TABLA Y GRÁFICO Nº 4 Existencia del protocolo de enfermería para pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico según el personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	71
TABLA Y GRÁFICO Nº 5 Tipos más comunes de fracturas según conocimiento del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	72
TABLA Y GRÁFICO Nº 6 Tipos de lesiones cerebrales según conocimiento del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	73
TABLA Y GRÁFICO Nº 7 Tipos de lesiones cerebrales hemática según conocimiento del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	74

¹TABLA Y GRÁFICO Nº 8	75
Causas del mecanismo de la lesión según conocimiento del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	
TABLA Y GRÁFICO Nº 9	76
Técnica utilizada por el personal de enfermería para la obtención de datos del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	
TABLA Y GRÁFICO Nº 10	77
Valoración inicial realizada a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico por el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	
TABLA Y GRÁFICO Nº 11	78
Valoración en primera instancia al aplicar el ABC al paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico que realizan las licenciadas en enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	
TABLA Y GRÁFICO Nº 12	79
Valoración en primera instancia al aplicar el ABC al paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico que realizan las auxiliares en enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	
TABLA Y GRÁFICO Nº 13	80
Valoración neurológica con la escala de Glasgow al paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico que realiza el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	
TABLA Y GRÁFICO Nº 14	81
Medicamentos más utilizados en los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico según el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013	
TABLA Y GRÁFICO Nº 15	82
Frecuencia con que las licenciadas aplican las etapas de planificación de enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo	

¹ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))

craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

²TABLA Y GRÁFICO Nº 16 83

Capacitación del personal de enfermería que atiende a los pacientes con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

TABLA Y GRÁFICO Nº 17 84

Actividades que realizan las licenciadas en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

TABLA Y GRÁFICO Nº 18 85

Actividades que realizan las auxiliares en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

TABLA Y GRÁFICO Nº 19 86

Guía de observación de las actividades que realizan las licenciadas en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

TABLA Y GRÁFICO Nº 20 88

Guía de observación de las actividades que realizan las auxiliares en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

² (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT
ELIZALDE”, DE ABRIL A JUNIO DEL 2013**

Autora:
Ángela Barzola

Tutora:
Lcda. Olga Muñoz, Esp.

3

RESUMEN

“El traumatismo craneoencefálico (TCE) se lo define como cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, producido por accidentes de tránsito, laborales, caídas o agresiones” (Revista Médica Electrónica, Vol. 33, Nº 2, 2011, p. 8). La incidencia pediátrica y la mayor morbimortalidad, está dada en los niños menores de 4 años, ocasionados por accidentes domiciliarios y, preferentemente, por caídas, seguidos de los accidentes de tránsito. Actualmente, son la base de los más frecuentes y graves trastornos neurológicos y efectos persistentes en el estado mental del niño.

OBJETIVO: Determinar los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil, de abril a junio del 2013.

MÉTODOS: En la investigación presente se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de tipo transversal, utilizando una muestra de 17 enfermeras profesionales y 17 auxiliares en enfermería, para el efecto se les realizó una encuesta y se aplicó la técnica de la observación.

RESULTADOS: Referente al cuidado de enfermería se determinó que es limitado ya que existen actividades que en su mayoría no son realizadas, en cuanto a verificar la permeabilidad de las vías respiratorias, el 30% lo realiza y el 70% no lo hace; llevar registros estadísticos de la frecuencia respiratoria y verificación de gases arteriales, el 59% siempre lo hace y 41% a veces lo realiza; en cuanto a las necesidades circulatorias, se constató que el profesional de enfermería pocas veces cuantifica y registra la frecuencia cardíaca, lo que evidencia el déficit de la calidad de atención de las licenciadas en estos usuarios, porque sólo el 59% asume la responsabilidad

³ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20\(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO\).pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO).pdf)) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20\(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO\).pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO).pdf))

de cuantificación y registro de frecuencia cardíaca, observándose que existe un 29% que a veces realiza esta actividad, y el 18% nunca lo realiza. Con estos resultados se propone la implementación de los protocolos de enfermería para el manejo de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, para mejorar la atención de enfermería en el hospital de estudio, toda vez que contribuye a aumentar la sobrevida y a disminuir las complicaciones y secuelas asociadas con el TCE.

Palabras clave: Traumatismo craneoencefálico, Cuidados de enfermería, Protocolos de enfermería.

NURSING CARE TO PEDIATRIC PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY IN HOSPITAL "DR. PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT ROBERT GILBERT ELIZALDE", FROM APRIL TO JUNE OF 2013

Author:
Ángela Barzola

Tuthor:
Lcda. Olga Muñoz, Esp.

ABSTRACT

"Traumatic brain injury (TBI) it is defined as any physical injury or functional deterioration of the cranial content, produced by traffic accidents, falls or assault" (electronic medical journal, Vol. 33, no. 2, 2011, p. 8). The Pediatric advocacy and increased morbidity and mortality, is given in children under 4 years, caused by household accidents and, preferably, by a fall, followed by traffic accidents. Currently, they are based on more frequent and severe neurological disorders and persistent effects on the mental state of the child. **OBJECTIVE:** To determine provided nursing care to pediatric patients with traumatic brain injury in the unit of pediatric intensive care at the hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde" in the city of Guayaquil, from April to June of 2013. **METHODS:** In the present research we conducted a descriptive, quantitative study of transverse type, using a sample.

RESULTS: Concerning nursing care was determined that it is limited as there are activities that are mostly not performed, check the patency of the airway, 30% done and 70% do not; keep statistical records of respiratory rate and arterial blood gas verification, 59% always does, and 41% sometimes is done; as for circulatory needs, it was found that nursing professional rarely quantified and record heart rate, what evidence the deficit of the quality of care of female graduates in these users, because only 59% assumes responsibility for quantifying and recording of heart rate, noting that there is a 29% who sometimes performs this activity, and 18% is never done. With these results the implementation of protocols of nursing management of pediatric patients with traumatic brain injury, is proposed to improve the offered.

Key words: Traumatic brain injury, nursing, nursing protocols.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico es el resultado de la acción de algún agente externo sobre el cráneo y su contenido, el cual actúa habitualmente con violencia física capaz de producir alteraciones anatómicas, funcionales o ambas, en dichas estructuras. *“Los accidentes en general y por consiguiente, el traumatismo craneoencefálico, son extraordinariamente frecuentes en pediatría, bien de forma aislada o formando parte de un politraumatismo”* (Isidro fermin gonzalez Garcia y Juan Carlos Hernandez Rodriguez, 2003).

La mortalidad por traumatismo craneoencefálico TCE, se estima entre 10 a 20 por cada 100.000 habitantes. *“Cada año, a las Salas de Urgencias de los Estados Unidos ingresan 600.000 niños para valoración de traumatismo craneoencefálico TEC; de éstos, 250.000 quedan hospitalizados para tratamiento y observación adicional”* (Quaylek K., 1999, p. 1267).

La tasa de admisión para niños que tienen dichas lesiones es de 1.5 a 2 veces más alta que para la población adulta en general, siendo mayor en niños de corta edad, “lo que tal vez indica la mayor preocupación que tienen los padres acerca de las lesiones relativamente menores en lactantes y preescolares”. (Paula Andrea Medina Moncada, 2004)

La etiología varía en las diferentes edades pediátricas y difiere mucho de la de los adultos, aunque hay un claro predominio de los accidentes de tránsito, el 70%” (García Peláez María, 2012. p. 4). Entre los escolares son

⁴ (Tec En Pediatría - Ensayos - Katherinminaya - BuenasTareas.com, 2010) (Labor de enfermería en el traumatismo ... - SciELO - Infomed, 2003) (Project Fedena - Free & Opensource Student Information System ...)
(<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20CUIDADOS%20EN%20EL%20TRAUMATISMO%20CRANEO-ENCEFALICO>) (Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico) (Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico)
(<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20CUIDADOS%20EN%20EL%20TRAUMATISMO%20CRANEO-ENCEFALICO>)

más frecuentes los atropellos. *“El 30% restante se producen por caídas desde terrazas, bicicletas, desde su propia altura y por clavados en piscinas”* (Bruns y Hauser 2003, Tagliaferri y col. 2006); se debe tomar en cuenta, la cada vez más frecuente violencia urbana entre los adolescentes; además, no debe olvidarse la posibilidad de los malos tratos en lactantes (síndrome del niño sacudido), actos de violencia y el síndrome del maltrato infantil.

El niño lesionado expone fisiopatológicamente algunas características particulares que lo diferencian del adulto, porque constituye un organismo en crecimiento y mantenimiento estricto de sus requerimientos nutricionales y un tratamiento cada vez menos agresivo y mutilante para su recuperación.

El profesional de enfermería debe proporcionar cuidados de calidad durante todo el tiempo que permanezca el niño en la institución de salud. Hackspiel, enuncia que *“el cuidado de enfermería es el cuidado de la vida humana, de la persona considerada en forma integral”*⁶, con la cual la enfermera interactúa permanentemente, en este caso, los niños; y más aún proporcionando cuidado a los niños con TCE, debe poseer aptitudes científico-técnicas y humanas especiales, asumiendo una variedad de procedimientos con destreza y eficacia, hacer detección temprana de los cambios sutiles que se dan en el niño e interpretarlos en forma oportuna.

⁶Por lo mencionado, considero que las intervenciones de enfermería deben ser protocolizadas, pues como lo expresa (Sánchez Linares, 2012, p. 2) *“Los protocolos o actividades estandarizadas para profesionales de enfermería garantizan al enfermo un trato homogéneo; además, se dota a los profesionales de enfermería de instrumentos que definen los cuidados que se deben prestar, medir las actividades y los resultados obtenidos”*.

⁶ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20\(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO.pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO.pdf)) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

⁷Vale la pena anotar que en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, *no existen protocolos* de enfermería para el manejo de los niños con TCE; por lo que este estudio pretende aportar con *la elaboración y ejecución* del protocolo de cuidados de enfermería para estos usuarios específicos, ya que ayudará a mejorar la atención en el hospital de estudio, toda vez que contribuye a aumentar la sobrevida y a disminuir las complicaciones y secuelas asociadas con el TCE.

⁷ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

⁸RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO

El tema de estudio sobre los cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, surgió en la estancia de mi internado, cuando realicé la rotación por el área mencionada, en la cual observé *la necesidad de proporcionar los cuidados específicos de enfermería a los pacientes pediátricos con patología traumática*, porque pude evidenciar las falencias de las licenciadas y auxiliares de enfermería en la atención, como por ejemplo la falta de administración de la medicación en los horarios establecidos por el médico, ya que la sedoanalgesia es obligada, y los fármacos utilizados habitualmente reducen la presión intracraneal (PIC); además, se olvidan de realizar constantemente el control respiratorio y hemodinámico; tampoco aplicaban la técnica adecuada para canalizar la vía central; no cumplían con las técnicas asépticas al realizar las curaciones de las vías y heridas; se observaba errores en los procedimientos para la colocación de las sondas de succión o nasogástricas, por lo que los pacientes presentaban problemas en su salud.

Estas falencias de enfermería se acreditan a la *inexistencia de un protocolo de atención de enfermería* para el manejo de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, que genera déficit en la atención que proporciona el personal en el área; además, estas falencias de atención pueden ocasionar secuelas neuropsicológicas irreversibles como resultado del daño cerebral permanente; también el aumento del tiempo de su rehabilitación y los costos altos que generan las estancias hospitalarias prolongadas. Estos puntos importantes de la salud del usuario pediátrico, fueron los que me motivaron a realizar este estudio, cuyo propósito será *ejecutar un protocolo en el área*, que sirva de guía para que el personal

⁸ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

profesional y no profesional, proporcione los cuidados específicos para estos pacientes, mejorando su *calidad de vida en la estancia hospitalaria*.

JUSTIFICACIÓN

9

Analizando el aspecto científico por el cual se justifica la investigación presente, sobre los cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, es que nos permite aplicar la teórica de enfermería de Virginia Henderson que sustenta y justifica el cuidado de enfermería en el paciente crítico neurológico, con las 14 necesidades básicas, donde se plantean cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería. Esta autora filosófica *“repitió la necesidad de evaluar de forma continua las necesidades del paciente, ya que tanto su estado como el objetivo final, cambian permanentemente”*; por lo tanto, Henderson nos habla de la importancia de la identificación y valoración de las 14 necesidades básicas en forma continua, y resalta también la prioridad de enfermería, que es la preocupación por los pacientes; a la vez destaca la experiencia y la estrategia principal, *“el proceso de enfermería”, como elementos fundamentales en el servicio de la Enfermería*; que dada la relevancia de esta investigación, se tomará como parte de este estudio, al personal de enfermería que conforma parte del equipo de salud, el cual debe conocer los procesos que se aplican en la atención del paciente con traumatismo craneoencefálico, tomando en cuenta que se deben establecer estrategias de enfermería que permitan tomar decisiones rápidas y efectivas para proporcionar los cuidados adecuados, y *“mejorar la calidad de vida del usuario pediátrico en la estancia hospitalaria”*. (Henderson, 1964; Marriner, 1989; Hernández y Esteban, 1999).

El profesional de enfermería en la ejecución de su práctica, tiene la responsabilidad de cumplir con funciones propias como son: el cuidado que le proporciona al individuo en la satisfacción de una de sus necesidades

⁹ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20\(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO\).pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO).pdf)) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20\(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO\).pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO).pdf))

¹⁰básicas, como es restablecer y mantener una buena salud. Al respecto (Mompart M., 1994, p. 157) señala la función asistencial del profesional de enfermería como *“aquella de relación directa con el usurario, familia y comunidad, para la ejecución de las acciones precisas a favor del bienestar y la seguridad que pueden tener aspectos de prevención, curación y rehabilitación”*. Podemos notar que este autor hace hincapié en la calidad asistencial prestada por el profesional de enfermería.

Observemos también un punto importante que menciona la Enciclopedia de Enfermería Editorial Larouse, con respecto al cuidado (Dorling K, L. 1994, p. 2303): *“la atención del profesional de enfermería es integral del enfermo, controles intensivos y diversas medidas terapéuticas”*.

Los cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, ante cualquier patología que padezca el paciente, se debe resumir en hacer el trabajo con eficacia y eficiencia, para proporcionar una mejor calidad de vida al paciente pediátrico hospitalizado. La atención en los hospitales públicos, siempre ha sido un inconveniente y los usuarios o sus familiares, permanentemente están presentando sus quejas sobre la atención en salud, así como del trato que reciben por parte de los profesionales que laboran en las distintas áreas hospitalarias. Por tal razón, esta investigación, busca dejar documentado *un protocolo de atención de enfermería para el manejo de los pacientes pediátricos con TCE*, en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, para mejorar la calidad de atención en esta institución.

Se justifica la realización de investigaciones como la presente, donde se *determina la práctica profesional de enfermería en su dimensión del cuidado proporcionado a los pacientes pediátricos con traumatismo*

¹⁰ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20CUIDADOS%20EN%20EL%20TRAUMATISMO%20CRANEO-ENCEFALICO.pdf>)
(Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico)
(<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20CUIDADOS%20EN%20EL%20TRAUMATISMO%20CRANEO-ENCEFALICO.pdf>) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

¹¹*craneoencefálico*, en el hospital de estudio, por ser éste, uno de los principales centros de referencia de la ciudad de Guayaquil, en atención de los pacientes pediátricos, que a menudo requieren los cuidados del personal profesional de la salud, durante la evolución de la patología que ameritó su hospitalización.

En el ámbito profesional, es importante identificar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el cuidado de estos pacientes, para que *se implante la capacitación continua* y mejorar el nivel de conocimiento del personal de enfermería; para aplicar estos nuevos conocimientos en los diversos procedimientos del cuidado específico de estos pacientes, como el control de los signos vitales, valoración del nivel de conciencia, valoración de los patrones funcionales, alteraciones de la conciencia, y todo procedimiento que implique la correcta atención del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico.

En el *aspecto social*, esta investigación es en *beneficio de la población pediátrica con traumatismo craneoencefálico* que se atiende en esta institución de salud, favoreciendo la disminución de los costos que derivan de las estancias hospitalarias prolongadas, tanto para la familia como para el Estado, por las complicaciones prevenibles en el manejo de estos pacientes, al mejorar la calidad de atención que les ofrece el personal de enfermería, con calidez en el trato al usuario y a su familiar.

Desde el punto de vista personal y como futura profesional de la carrera de enfermería, este proyecto me beneficia en lo científico, porque me ayuda *al mejor desenvolvimiento en el campo de enfermería profesional*, puesto que ejecuté una investigación de importancia en el campo de la salud, lo que me entusiasmó a culminarlo con éxito; porque para el estudio del manejo de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico,

¹¹ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

empleé los conocimientos científicos y las diferentes técnicas de enseñanzas aprendidas, en la aplicación del cuidado de estos pacientes, para brindarles una atención de calidad en su estancia hospitalaria; lo que me exige mayor esfuerzo y dedicación, logrando la obtención de nuevos criterios teóricos y prácticos en beneficio del cuidado de los pacientes pediátricos con TCE, por lo que, como autora de este proyecto, adquiriré el compromiso de conocer mejor la problemática de estudio, y poder generar las posibles soluciones, para que esta investigación sea un éxito.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Este estudio trata sobre los cuidados que enfermería proporciona a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil, que ha alcanzado importantes dimensiones, porque se observa que existe déficit de atención en el manejo de estos pacientes, por diversos factores, como el desconocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados específicos que se deben proporcionar a los pacientes con traumatismo craneoencefálico, en el área mencionada.

“El traumatismo craneoencefálico (TCE) se lo define como cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, producido por accidentes de tránsito, laborales, caídas o agresiones” (Revista Médica Electrónica, Vol. 33, Nº 2, 2011, p. 8). La incidencia pediátrica y la mayor morbimortalidad, está dada en los niños menores de 4 años, ocasionados por accidentes domiciliarios y, preferentemente, por caídas, seguidos de los accidentes de tránsito. Actualmente, son la base de algunos de los más frecuentes y graves trastornos neurológicos y efectos persistentes en el estado mental del niño.

Los traumatismos craneoencefálicos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil, son muy frecuentes, sobre todo en niños menores de 12 años de edad; por la importancia del caso es vital que el personal de enfermería, como parte del equipo de salud, debe estar capacitado para proporcionar la atención oportuna, recuperación y mejoría en este tipo de pacientes

¹² (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20QUIRURGICO.pdf>) (Tec En Pediatría - Ensayos - Katherinminaya - BuenasTareas.com, 2010) (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20QUIRURGICO.pdf>)

¹³pediátricos, tomando en cuenta que se deben establecer los planes de enfermería o los protocolos correspondientes, que permitan tomar decisiones rápidas y efectivas para proporcionar los cuidados de enfermería adecuados, y de esa forma, reinsertarlos a la sociedad.

De manera que el profesional de enfermería, al ingresar el usuario a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, le debe garantizar la permeabilización de las vías respiratorias y la estabilización de las lesiones cervicales, establecer parámetros para valorar los niveles de conciencia, también debe valorar las pupilas del niño y evaluar las respuestas motoras, es decir, si existe o no disminución de los movimientos, así como controlar la presión intracraneal además de los cuidados generales que hay que brindarle. El personal de enfermería debe registrar la observación de signos vitales, aspiración constante de secreciones orofaríngeas, manteniendo vías aéreas permeables; mantener la permeabilidad en vías endovenosas; cumplir oportunamente el tratamiento médico, control estricto de ingesta y eliminación de líquidos, vigilar e identificar fuentes de pérdida de sangre para prevenir el shock, entre otras valoraciones.

Además de lo descrito, el profesional de enfermería debe estar atento a mantener correctamente el goteo endovenoso, colocación de los apósitos estériles, húmedo o lubricado en el área expuesta, pues de esta manera se les brinda los cuidados inmediatos para preservar la vida y mantener las funciones corporales normales con la finalidad de garantizar la recuperación del niño y llevar a cabo los principales objetivos que debe observar este profesional: *“estar constantemente alerta para detectar cualquier cambio en el estado neurológico, funciones vitales y hemodinámicas hasta su recuperación; manejar las complicaciones que puedan amenazar la vida del usuario y que, en algún momento, pudieran interferir en su recuperación*

¹³ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20\(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO\).pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO).pdf)) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20\(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO\).pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20(7%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO).pdf)) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

¹⁴*total*". (Sayers Calderón Eduardo, Dr. (s. f.) Traumatismo Craneoencefálico, Vol. 1). sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina.

Forma parte también de las responsabilidades del profesional de enfermería, además de la atención directa, el manejo de equipos sofisticados como: monitores, ventiladores, electrocardiógrafos, bombas de infusión u otros. En resumen, la actuación profesional debe conjugar el conocimiento, el manejo de técnicas, las habilidades y destrezas, en una situación de riesgo para la vida del usuario, sustentadas en los principios científicos, holísticos y humanísticos, ofreciéndole soporte y apoyo psicológico y emocional tanto al usuario con tratamiento craneoencefálico como a los familiares.

Para los usuarios con TCE, *"la actual crisis económica por la que atraviesan las diferentes instituciones hospitalarias públicas del país, disminuye la calidad en la atención por parte del profesional de enfermería por la escasez de los materiales médico quirúrgicos"*, lo cual aumenta el índice de complicaciones y secuelas, que en la mayoría de los casos, afecta a la población en edad productiva (Rodríguez Sendin Juan José, 2012, p. 2).

Otros de los aspectos que hay que tomar en consideración es el recurso humano integrado por 17 profesionales y 17 auxiliares de enfermería distribuidas en 3 turnos y fines de semana, que ofrecen atención a 40 usuarios, de igual número de camas. Pero este personal no está totalmente presente, pues si bien es cierto que en la nómina existe un determinado número de personal de enfermería, la vida real dice otra, pues algunas están de vacaciones, descanso médico, permiso o jubiladas y otras faltan o llega tarde a sus guardias, no hay suplente para este personal ausente y al final

¹⁴ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

sólo quedan pocas por turno, en especial el de la noche y fines de semana, que es cuando se incrementa el número de usuarios con TCE.

Como punto importante para la realización de esta investigación, es lo que pude observar durante mis prácticas pre-profesionales como estudiante del último ciclo de la Carrera de Enfermería, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital antes mencionado; ya que no se aplica el cuidado específico que debería proporcionar enfermería, por la gran demanda de pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en esta área; además, existe déficit de personal de enfermería para el cuidado de los mismos, que agrava la situación, porque el poco personal no se alcanza para proporcionar la atención oportuna a la cantidad de pacientes hospitalizados en el área; observándose que las licenciadas administran la medicación, canalizan vía central, realizan las curaciones de las vías y heridas, hacen transfusiones y colocan sondas diferentes a todos los pacientes; además, deben darse tiempo para ingresar todas sus actividades al Sistema Servinte que utiliza el hospital, y mientras hacen esta actividad descuidan a los pacientes. Se suma a esto la falta de un protocolo de atención de enfermería para los usuarios pediátricos con TCE, que influye en la atención proporcionada por el personal de enfermería; y lamentablemente, todas estas falencias en la atención oportuna a los pacientes, pueden ocasionar secuelas neuropsicológicas irreversibles como resultado del daño cerebral permanente; también, el aumento del tiempo de la rehabilitación y los costos que generan las estancias hospitalarias prolongadas.

Por lo tanto, el papel que desempeña el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, es para favorecer un buen control clínico y terapéutico del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico; y juega un rol fundamental, no solo para garantizar una corta estancia hospitalaria y una disminución de la morbimortalidad pediátrica por esta patología, sino además, para lograr una *reducción de los costos sanitarios*

social y económico por la hospitalización, tanto a la institución hospitalaria como a los familiares de estos usuarios. (Murillo y col. (a) 1996).

El análisis de la problemática existente, me ha motivado a emprender este estudio, encaminado a la identificación de los cuidados que aplica el personal de enfermería en los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, y con los antecedentes antes mencionados, me formulo la pregunta de investigación siguiente:

¿Cuál es la intervención de enfermería en el paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de abril a junio del 2013?.

ANTECEDENTES

Anteriormente, el manejo de esta patología ha pasado por varias etapas, una primera conocida como manejo neuroquirúrgico convencional, en la cual los pacientes eran tratados fuera de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), sin emplear ninguna técnica de neuromonitoreo y en que cada médico empleaba medidas que creía eran beneficiosas para el paciente y no generaban nuevos daños, todo lo que era basado en un desconocimiento ingenuo y resultaba en cifras de mortalidad superiores a un 60%, de los pacientes con traumatismos craneoencefálico.

“En la década del 70, con la atención de estos enfermos en las Unidades de Cuidados Intensivos, con la introducción en la práctica clínica del monitoreo de la Presión Intracraneal (PIC)”¹⁶ y posteriormente otras técnicas de monitoreo, se enfrenta por primera vez el tratamiento de estos pacientes desde un punto de vista científico, conociendo en tiempo real cada uno de los eventos fisiopatológicos que ocurrían en su evolución y tratándolos entonces de manera más racional, dando lugar a lo que se conoce como manejo neurointensivo del Trauma Craneal Grave, con lo cual se ha logrado disminuir la mortalidad de esta patología a cifras que oscilan desde un 20% a un 45%.

Por otra parte, desde mediados de los años 80, se ha estabilizado la tasa de supervivencia, así como el porcentaje de pacientes con resultados funcionales incapacitantes, lo cual ha hecho rebrotar un cierto grado de pesimismo ante esta entidad. Sin embargo, en los últimos años se han producido avances significativos en áreas como neuromonitorización, mecanismo básico de la lesión secundaria o cuidados de enfermería,

¹⁵ (Labor de enfermería en el traumatismo ... - SciELO - Infomed, 2003) (Tec En Pediatría - Ensayos - Katherinminaya - BuenasTareas.com, 2010) (Labor de enfermería en el traumatismo ... - SciELO - Infomed, 2003) (Labor de enfermería en el traumatismo ... - SciELO - Infomed, 2003)

rehabilitación neuropsicológica y farmacología, que deben cristalizar en fechas próximas en una mejoría de los resultados obtenidos hasta ahora.

“El manejo terapéutico de los pacientes ha experimentado en la última década un proceso progresivo de adaptación a los nuevos procedimientos fisiopatológicos, así como la actuación de los profesionales de enfermería, quienes a través de estándares proporcionan los instrumentos clínicos y recursos para dar el gran paso desde la teoría del diagnóstico de enfermería a la aplicación práctica”¹⁷. Estos han permitido en nuestro medio actuar con rigor, calidad y rapidez, revertiendo éstos, en beneficio del paciente y de la propia institución.

¹⁸Una investigación que guarda relación con el tema planteado, y le da su debida relevancia, es de: Bravo, K.; Rivera, A. y Medina, F. (2001), quienes realizaron una investigación en Porlamar, Estado Nueva Esparta, titulado “Presencia y Causas de Traumatismo Craneoencefálico en Usuarios Pediátricos Hospitalizados”. El objeto fue determinar la presencia y causas de estos traumatismos en niños con edades entre cero (0) y doce (12) años (neonatos, lactante menor y escolar); el diseño del estudio fue de tipo retrospectivo-descriptivo. Los autores concluyeron que el mecanismo de producción más frecuente fueron los accidentes automovilísticos, seguido por caídas de altura; la zona anatómica de lesión con mayor porcentaje de afectación fue la parietal.

El trabajo comentado es afín con el presente estudio, en cuanto al análisis epidemiológico de los TCE; cabe resaltar que ambos estudios focalizan la zona anatómica más afectada, datos que sirven de fundamento para las acciones de enfermería a ejecutar en la prevención de las complicaciones de los usuarios pediátricos con TCE.

¹⁸ (Labor de enfermería en el traumatismo ... - SciELO - Infomed, 2003) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (TESIS Patty, Oct. 16.docx)

CONTEXTUALIZACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO

¹⁹El estudio presente se realizará en el período de tres meses, de abril a junio del 2013, y el espacio donde se ejecutará la investigación es el hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Para la investigación presente, sobre los cuidados que aplica el personal de enfermería a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, se toma como referencia al hospital pediátrico antes mencionado, conocido antiguamente como “Alejandro Man”; siendo el más antiguo de la ciudad de Guayaquil, pues data desde el año 1903.

Este hospital se encuentra ubicado en la provincia del Guayas, al norte de la ciudad de Guayaquil, en la ciudadela La Atarazana, parroquia Tarqui, entre las calles Roberto Gilbert y Nicasio Safadi; rodeado de un sector popular y de varios centros de salud y de rehabilitación. Es el centro de atención pediátrico más especializado de la ciudad y la región, atiende a niños comprendidos desde horas de nacido hasta los 16 años de edad, en sus áreas de atención. Es importante mencionar, que este prestigioso hospital es regentado por la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil, en beneficio de los pacientes pediátricos.

La institución de salud presta los Servicios siguientes:

Este hospital tiene todos los servicios necesarios que debe proporcionar un hospital pediátrico, por estas razones, es considerado uno de los mejores centros de salud del Pacífico Sur. Tiene una capacidad de 400 camas para hospitalización, distribuidas en los diferentes Servicios:

¹⁹ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS LEONOR, Sept. 27.doc) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

²⁰Clínica, Cirugía, Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatal, Cuidados Intermedios de Cardiología, Emergencia, Unidad de Quemados y Consulta Externa en todas las especialidades; y posee la Clínica Privada Pediátrica.

Infraestructura física y recurso humano de la institución

Este hospital está conformado por una infraestructura de 3 plantas para la atención de los usuarios pediátricos, en las cuales se encuentran distribuidas sus áreas de especialidades clínicas-quirúrgicas. En la planta baja funciona el área de Consulta Externa, Emergencia, Laboratorio Clínico y Patología, área de Rehabilitación, Quirófanos, Unidad de Quemados, Rayos X, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, farmacia, proveeduría, suministros, preparación de biberones, trabajo social, administración, dirección técnica, mantenimiento, comedor, biblioteca, auditorio, residencia de médicos, trabajo social laboral, dispensario anexo al IEES.

El primer piso alto consta del departamento de enfermería, supervisión, ocho salas de clínicas, tres salas de cirugía, cuidados intermedios pediátricos, cuidados intermedios neonatales, cuidados intensivos neonatales, capilla sala de diálisis, sala de juegos para pacientes. En el segundo piso alto se encuentra funcionando la Clínica Privada Antonio Pino Icaza, la misma que cuenta con farmacia, administración y con capacidad para 40 pacientes hospitalizados.

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, tiene un recurso humano conformado por 17 llicenciadas y 17 auxiliares de enfermería, distribuidas en 3 turnos; turno de la mañana, de 7h00-13h00; turno de la tarde, de 13h00-19h00, y el turno de la noche, 19h00-07h00. Actualmente existe 23 pacientes hospitalizados en el área con diferentes patologías.

²⁰ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

²¹El hospital atiende a la comunidad que habita en la ciudadela “La Atarazana” del norte de la ciudad, y demás pacientes pertenecientes a la ciudad de Guayaquil, y también los provenientes de los cantones vecinos, y de otras provincias del país; siendo uno de los más concurridos en el área de salud de la ciudad de Guayaquil, debido a la población asignada.

²¹ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de abril a junio del 2013.

Objetivos específicos:

- ✚ Evidenciar la atención de enfermería a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.
- ✚ Identificar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería referente a los cuidados del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico.
- ✚ Implementar los protocolos de atención de enfermería para el manejo de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, para mejorar la calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital referido.

²² (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO.pdf))
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20PRE%20Y%20POST%20QUIRURGICO.pdf))

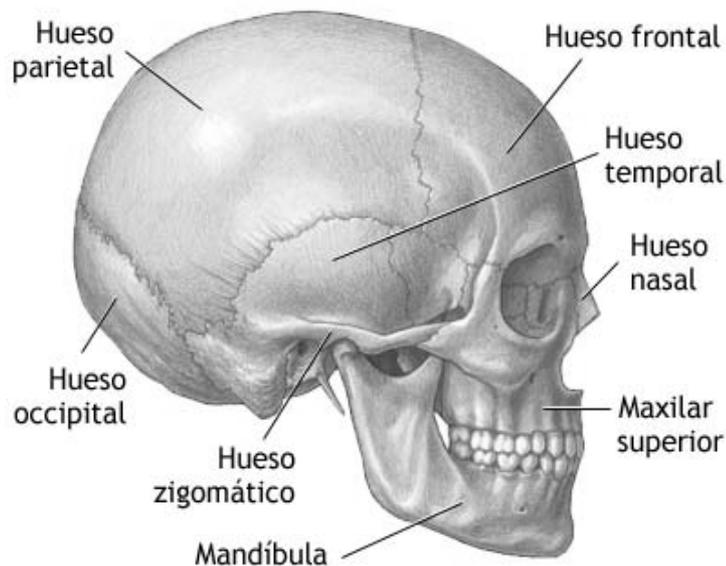
CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

23

1.1. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL CRÁNEO

“El **cráneo** es una estructura rígida que contiene tres elementos: tejido cerebral que representa el 86%, sangre el 4% y con el 10% de líquido cefalorraquídeo”²⁴. La interacción de estos tres componentes dentro del cráneo ejerce una presión (volumen) que se denomina *presión intracraneal (PIC)*. Normalmente esta presión en un adulto sano es de 10 mmHg y no debe ser mayor de 15 mmHg (Reydominic, 2012, p. 1).



Esta estructura ósea rodea el encéfalo (comúnmente llamado cerebro) con los huesos temporales, parietales, el frontal y occipital. El maxilar

²³(www.google.com/estructuradelcraneo.)
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))
(cerebromente - El Poder De La Mente?)

²⁵superior y la mandíbula, o maxilar inferior, que sirven de soporte a las facciones faciales de la nariz, boca y ojos.

1.1.1 Fontanelas y suturas

Al momento del nacimiento, los huesos planos del cráneo no están completamente osificados y se hallan separados entre sí por espacios ocupados por tejido conectivo fibroso que futuramente contribuirá a la formación definitiva de los huesos y a su articulación. Así estos espacios son las suturas metópicas, coronal, sagital y lamdoidea. En aquellos sitios donde se articulan más de dos huesos, las suturas son amplias y forman las seis “fontanelas”: Dos impares y medias: fontanelas anterior y posterior. Y dos laterales y pares: posterolateral (mastoidea) y anterolateral (esfenoidea).

“Durante la niñez, la palpación de la fontanela anterior permite verificar la normalidad del desarrollo y osificación del cráneo así como también la presión intracraneana” (Langam, 1979, p. 128).

1.1.2 Crecimiento y consolidación

Las suturas y fontanelas tardan años en osificarse completamente y lograr la coaptación total entre las piezas óseas del cráneo. El crecimiento de los huesos de la bóveda que continúa hasta la adultez se hace a expensas del material fibroso de las suturas y fontanelas. Este mecanismo admite cierta complacencia de la caja craneal para el crecimiento del encéfalo y una adaptación acorde al desarrollo y crecimiento del macizo facial. La capacidad craneal completa se alcanza hacia los 5-7 años.

²⁵ (cerebromente - El Poder De La Mente?) (cerebromente - El Poder De La Mente?)

²⁶1.1.3 Tejido cerebral

El tejido cerebral constituye solamente el 2% del peso corporal, pero es el elemento con mayor volumen intracraneal con el 86%, contiene 75% de agua y está compuesto de un número de células nerviosas llamadas neuronas, las neuronas son aproximadamente 10.000 millones y tienen la función de regular toda la actividad sensorial, motora y neurovegetativa del organismo, a través de la generación, conducción y transmisión de impulsos eléctricos. Cada una de estas neuronas está conectada a cientos o incluso miles de otras neuronas, formando redes extremadamente complejas. Estas conexiones se conocen como sinapsis y se desarrollan y modifican a lo largo de la vida de acuerdo al aprendizaje y a las experiencias de la persona. Para cumplir con la función reguladora de las neuronas, el sistema nervioso central requiere del aporte de substratos energéticos, fundamentalmente glucosa y oxígeno.

Las neuronas, además de conectarse entre sí, también establecen conexiones con músculos y glándulas. Las neuronas están rodeadas por células gliales que les sirven de apoyo y protección además de proveerles nutrientes. Se estima que en el cerebro humano hay entre 10 y 50 veces más células gliales que neuronas. Existen varios tipos de células gliales. Algunas transportan nutrientes hacia las neuronas; otras sirven de apoyo y para mantener en su lugar a las neuronas; otras se encargan de limpiar digerir las neuronas que mueren y otras de proveer una capa aislante blanca conocida como mielina a algunas neuronas.

En las células que tienen esta capa los mensajes viajan a una rapidez mayor. La capa de mielina se encuentra en neuronas localizadas bajo la corteza cerebral y en el cordón espinal componiendo lo que se conoce como la materia blanca. Las neuronas que no contienen la capa de mielina se

²⁶ (cerebromente - El Poder De La Mente?) (cerebromente - El Poder De La Mente?)

encuentran principalmente en la corteza cerebral y son de un color grisáceo formando lo que se conoce como la materia gris de cerebro. La capa de mielina, además de acelerar el flujo de información, ayuda en el proceso de reparar o regenerar neuronas que han sufrido daños.

1.1.4 Flujo sanguíneo cerebral

El principal suministro al cerebro está constituido por la circulación anterior, que comprende las dos arterias carótidas y sus divisiones; y la circulación posterior consistente en las dos arterias vertebrales que se unen para formar la arteria basilar. El flujo arterial por vías colaterales es el mecanismo principal en la compensación del flujo sanguíneo cerebral (FSC) durante la isquemia. Estas vías colaterales están presentes fundamentalmente en el polígono de Willis, que es un anillo hexagonal de vasos.

Las principales vías colaterales son la arteria comunicante anterior, que une las dos arterias carótidas, y la arteria comunicante posterior que une ambas circulaciones carotideas y vertebrales bilateralmente.

Flujo sanguíneo cerebral es por lo tanto, grande, recibe casi el 20% del gasto cardiaco, aunque sólo representa el 4% del volumen intracraneal. En condiciones normales el FSC en un adulto sano es de 50 ml/100 g de tejido cerebral/minuto. Este valor es diferente en los niños y en los ancianos, como se observa en el cuadro N° 1.

Cuadro N° 1. Valores del flujo sanguíneo cerebral

EDADES	ml/100 g/min.
Niños prematuros	30 a 40
Lactantes y preescolares	60 a 100
Adultos	50
Ancianos	25

²⁷1.1.5 Líquido cefalorraquídeo

El líquido cefalorraquídeo (LCR) es el tercer elemento que contiene el cráneo y contribuye con 10% del volumen intracraneal. El LCR ejerce un efecto protector, tanto en el cerebro como en la médula espinal. Entre sus funciones principales se encuentra el mantener a la masa encefálica en suspensión, para disminuir su peso (en adultos, el peso del cerebro desciende de 1400 g en el aire a 50 g suspendido), de esta forma amortigua los efectos de un traumatismo craneal sobre el cerebro. Además el LCR posee funciones de nutrición, transporta y elimina sustancias de deshechos del metabolismo cerebral. El LCR es una solución acuosa que contiene sodio, cloro y magnesio, glucosa, proteínas, aminoácidos, ácido úrico, potasio, bicarbonato, calcio y fosfato (Scope Dr. (s. f.), p. 1).

1.2. ANATOMÍA DEL ENCÉFALO

El estudio del sistema nervioso y en particular del encéfalo o cerebro, se inició a principios del siglo XX con Camillo Golgi (1844-1926) y Santiago Ramón y Cajal (1852-1934). *Sus estudios de Neuroanatomía permitieron desenredar la inextricable maraña de células y visualizar las neuronas.* Hoy

²⁷ (: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20COMUNICACIÓN%20HUMANA%20-%20AMAZON%20WEB%20SERVICES%20-%20EL%20CEREBRO%20-%20WORDPRESS.COM>) (Comunicación Humana - Amazon Web Services) (LOBULOS DEL CEREBRO | EL CEREBRO - WordPress.com) (LOBULOS DEL CEREBRO | EL CEREBRO - WordPress.com)

²⁸en día, el avance de los técnicos posibilita la localización “in vivo” de las estructuras activas y facilita el estudio de la percepción.

“El encéfalo representa cerca del 2% del peso corporal total, pesa aproximadamente 1400 g en promedio en un adulto joven. En ancianos, el encéfalo promedio pesa cerca de 1200 g”²⁹. Esta estructura se divide en tres áreas principales: el cerebro, el tallo encefálico y el cerebelo. El cerebro se compone de dos hemisferios, el tálamo, el hipotálamo y los ganglios basales. Además se encuentran conexiones de los nervios olfativo y óptico en este órgano. En el tallo encefálico se incluye el mesencéfalo, el puente, la médula espinal y las conexiones para los nervios craneales. El cerebelo se encuentra ubicado bajo el cerebro y detrás del tallo encefálico.

1.2.1 Tallo cerebral

El tallo cerebral consta del mesencéfalo, el puente y el bulbo raquídeo. El mesencéfalo conecta el puente y el cerebelo con los hemisferios cerebrales; contiene vías sensoriales y motoras y hace las veces de centro de reflejos auditivo y visual. El puente se encuentra frente al cerebelo; constituye el punto de unión de las dos mitades del cerebelo, así como la médula y el cerebro. También controla el latido, respiración y presión arterial. El bulbo raquídeo transmite fibras motoras del encéfalo a la médula espinal y fibras sensitivas de esta última al encéfalo.

1.2.2 Cerebelo

Localizado en la parte inferior del cerebro y directamente encima del tallo cerebral. El cerebelo utiliza información que recibe del tallo cerebral y de la corteza motora para coordinar nuestros movimientos. El cerebelo

²⁸ (Enfermería Médico-quirúrgica) (LOBULOS DEL CEREBRO | EL CEREBRO - WordPress.com) (Comunicación Humana - Amazon Web Services)

³⁰también detecta la posición de nuestros brazos, manos y piernas con lo cual nos permite mantener la postura y el balance, todos nuestros movimientos voluntarios desde mover los dedos para tocar el piano, lanzar un balón o llevarnos una cuchara a la boca dependen del cerebelo (Almelys Cuencas, 2010, p. 3, monografías.com).

1.2.3 Cerebro

El cerebro consiste de dos hemisferios que se encuentran separados de forma incompleta por la gran fisura longitudinal. Este surco separa el cerebro en los hemisferios derecho e izquierdo. Los dos hemisferios se encuentran unidos en la porción inferior de la fisura por el cuerpo calloso. La superficie de los hemisferios tiene una apariencia arrugada que es el resultado de muchas capas dobladas, y proporcionan un gran aumento en el área de superficie del encéfalo (html.rincondelvago.com/sistema-nervioso-central-y-periferico_5.html).

La porción externa o exterior de cerebro está constituida de materia gris en cerca de 2 a 5 mm de profundidad contiene miles de millones de neuronas lo que le da la tonalidad de gris. La materia blanca constituye la capa más interna y está compuesta de fibras nerviosas que forman vías que conectan varias partes del encéfalo entre sí y la corteza las porciones más inferiores del encéfalo y la médula espinal. El encéfalo consta de los siguientes elementos:

Protuberancia.- Parte profunda del encéfalo que se encuentra en el tronco cerebral y que contiene muchas de las áreas encargadas del control de los movimientos oculares y faciales.

³⁰ (LOBULOS DEL CEREBRO | EL CEREBRO - WordPress.com) (Comunicacion Humana - Amazon Web Services) (Comunicacion Humana - Amazon Web Services)

³¹**Médula.-** Parte más baja del tronco cerebral; es la porción más importante del encéfalo y contiene los centros fundamentales del control de las funciones cardíacas y pulmonares.

“Médula espinal.- Haz largo de fibras nerviosas que se encuentra en la espalda, se extiende desde la base del encéfalo hasta la región lumbar y es la encargada de conducir los mensajes entre el encéfalo y el resto del cuerpo”³².

Ganglio basal.- Comprende una serie de núcleos y se encuentran en lo más profundo de los hemisferios cerebrales. Esta encargado del control y movimientos finos del cuerpo, incluido los de las manos y extremidades inferiores.

Tálamo.- Se encuentra a un lado del tercer ventrículo y actúa básicamente como estación de retransmisión para todas las sensaciones menos el olfato.

Hipotálamo.- Se encuentra en el sentido anterior e inferior con relación al tálamo. Es el sitio del centro del hambre y participa en el control del apetito.

Lóbulo frontal.- Porción más voluminosa del encéfalo, se encuentra en la región anterior de la cabeza, interviene en las características de la personalidad y en el movimiento.

Los lóbulos frontales se consideran nuestro centro y hogar emocionales de control a nuestra personalidad. No hay otra parte del cerebro donde las lesiones pueden causar una variedad tan amplia de síntomas (Kolb & Wishaw, 1990). Los lóbulos frontales están involucrados en

³¹ (Comunicacion Humana - Amazon Web Services) (Comunicacion Humana - Amazon Web Services)

la función del motor, solucionar de problema, la espontaneidad, la memoria, la lengua, la iniciación, el juicio, el control del impulso y el comportamiento social y sexual. Los lóbulos frontales son extremadamente vulnerables a las lesiones del cerebro debido a su localización en el frente del cráneo.

El disturbio de la función motora es caracterizado típicamente por la pérdida de movimientos finos y de fuerza de los brazos, de las manos, y de los dedos (Kuypers, 1981). Las cadenas complejas del movimiento del motor también se parecen ser controlados por los lóbulos frontales (Leonard et al., 1988). Los pacientes con daño frontal del lóbulo exhiben poca expresión facial espontánea, y la afasia de Broca, o la dificultad en el discurso, ha sido asociada a daño frontal por Brown (1972).

Los investigadores creen que el lóbulo frontal puede tener que hacer con las pruebas del índice de inteligencia. El daño frontal del lóbulo se parece tener un impacto en el pensamiento divergente, o la flexibilidad y capacidad de solucionar de problema. Hay también evidencia que demuestra interferencia persistente con la atención y memoria (Stuss et al., 1985).

Otra área asociada a menudo a daño frontal es la del "espontaneidad del comportamiento". Kolb & Milner (1981) encontraron que individuos con daño frontal exhibieron menos movimientos faciales espontáneos, hablaron menos palabras (lesiones frontales izquierdas) o excesivamente (lesiones frontales derechas). Una de las características más comunes del daño frontal del lóbulo es dificultad en interpretar la regeneración del ambiente. El perseverar en una respuesta (Milner, 1964), tomar un riesgo, y incumplimiento con reglas (Miller, 1985), y aprender asociado deteriorado (el uso de señales externas para ayudar a guiar el comportamiento) (Drewe, 1975) son algunos ejemplos de este tipo de déficit.

Los lóbulos frontales también se piensan desempeñar una parte en nuestra orientación espacial, incluyendo la orientación de nuestro cuerpo en

espacio (Semmes et al., 1963). Uno de los efectos más comunes del daño frontal puede ser un cambio dramático en comportamiento social. La personalidad de una persona puede experimentar cambios significativos después de lesión a los lóbulos, especialmente cuando ambos lóbulos están involucrados. Hay algunas diferencias en la izquierda contra lóbulos frontales derechos en esta área. El daño frontal izquierda se manifiesta generalmente como daño frontal de depresión falsa y de la derecha como psicopática (Blumer y Benson, 1975).

Lóbulo parietal.- Parte media del encéfalo que ayuda a una persona a identificar objetos y a comprender las relaciones espaciales (dónde se encuentra nuestro cuerpo con relación a los objetos que nos rodean). El lóbulo parietal también interviene en la interpretación del dolor y del tacto en el cuerpo. Los individuos con daño a los lóbulos parietales demuestran a menudo déficits llamativos, tales como anormalidades en imagen del cuerpo y relaciones espaciales. (Kandel, Schwartz & Jessel, 1991).

El daño al lóbulo parietal izquierdo puede resultar en lo que se llama "Síndrome de Gerstmann". Incluye la confusión de derecha a izquierda, la dificultad con la escritura y la dificultad con las matemáticas. Puede también producir desórdenes de la lengua y de la inhabilidad de percibir objetos normalmente. El daño al lóbulo parietal derecho puede dar lugar a descuidar a la parte del cuerpo al espacio, que puede deteriorar muchas habilidades del uno mismo-cuidado tales como el vestirse y el lavarse. El daño del derecho puede también causar dificultad en la fabricación de cosas y de la capacidad de dibujar. El daño bilateral (lesiones grandes a ambos lados) puede causar el síndrome de Balint, una atención visual y síndrome del motor. Esto es caracterizado por la inhabilidad de integrar componentes de una escena visual y la inhabilidad de alcanzar exactamente para un objeto con la dirección visual (Westmoreland et al., 1994).

³³Las lesiones parietales temporales-izquierdas pueden afectar memoria verbal y la capacidad de recordar cadenas de dígitos (Warrington & Weiskrantz, 1977). Las lesiones parietales-temporales derechas pueden producir cambios significados en la personalidad.

Lóbulo occipital.- Parte posterior del encéfalo que interviene en la visión. Los lóbulos occipitales son el centro de nuestro sistema visual de la percepción. No son particularmente vulnerables a lesión debido a su localización en la parte posterior a del cerebro, aunque cualquier trauma significativo al cerebro podría producir cambios sutiles a nuestro sistema visual-perceptivo, los que defectos y escotomas del campo de visión. La región de Peristriate del lóbulo occipital está involucrado en el procesamiento del visuoespacial, discriminación del movimiento y discriminación del color. (Westmoreland et al., 0994). Daño a un lado del lóbulo occipital causa la pérdida homónimo de visión con exactamente el mismo campo cortado adentro ambos ojos. Los desórdenes del lóbulo occipital pueden causar alucinaciones e ilusiones visuales.

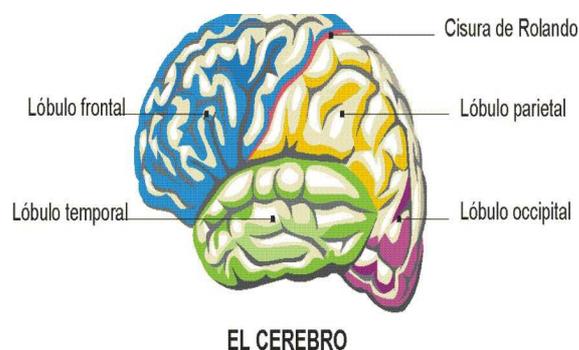
Lóbulo temporal.- Los lados del encéfalo o lóbulos temporales intervienen en la memoria, el habla y el sentido del olfato. Kolb & Wishaw (1990) han identificado ocho síntomas del principio del daño temporal del lóbulo: 1) disturbio de la sensación auditiva y percepción, 2) disturbio de la atención selectiva de la entrada auditiva y visual, 3) desórdenes de la percepción visual, 4) organización y clasificación deterioradas de materia verbal, 5) disturbio de la comprensión de lengua, 6) memoria a largo plazo deteriorada, 7) personalidad alterada y comportamiento afectivo, 8) comportamiento sexual alterado.

³³ (Traumatic Brain Injury Resource Guide - Lobulos occipitales) (TÉCNICAS DE ESTUDIO, 2013) (Lóbulos Occipitales | - Fundación Anna Vázquez - WordPress.com, 2007) (Comunicacion Humana - Amazon Web Services) (TÉCNICAS DE ESTUDIO, 2013) (LOBULOS DEL CEREBRO | EL CEREBRO - WordPress.com)

La atención selectiva a la entrada visual o auditiva es común con daño a los lóbulos temporales (Milner, 1968). Las lesiones del lado izquierdo dan lugar a memoria disminuida del contenido verbal y visual, incluyendo la percepción de discurso. Las lesiones del derecho dan lugar al reconocimiento disminuido de las secuencias del tono y de muchas capacidades musicales. Las lesiones del lado derecho pueden también efectuar el reconocimiento de memoria visual del contenido.

Los lóbulos temporales están involucrados en la organización primaria de la entrada sensorial (Reed, 1981). Los individuos con las lesiones temporales del lóbulo tienen dificultad en poner de palabras o de cuadros en categorías. La lengua se puede efectuar por daño temporal de lóbulo. Las lesiones temporales izquierdas disturban el conocimiento de palabras. El daño-temporal derecha puede causar una pérdida de inhibición del hablar.

Los lóbulos temporales se asocian altamente con habilidades de la memoria. Las lesiones temporales izquierdas dan lugar a memoria de la materia no-verbal, tal como música y dibujos. Los asimientos del lóbulo temporal pueden tener efectos dramáticos en la personalidad de un individuo. La epilepsia temporal del lóbulo puede causar discurso perseverativo, paranoia y rabias agresivas (Blumer y Benson, 1975).



³⁴1.3. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

El traumatismo craneoencefálico TCE, *“es una lesión cerebral causada por una fuerza externa, la cual puede producir una disminución o alteración de la conciencia y, eventualmente, un déficit de las habilidades cognoscitivas y/o de las funciones físicas”* (Adolfoneda, 2008, p. 2).

Según lo que nos manifiesta este autor, podemos decir que es todo aquel impacto que está dirigido al cráneo y que repercute sobre el contenido del mismo, es decir, sobre el encéfalo, y que a la vez el daño más común del TCE es la pérdida del conocimiento, que no siempre es fácil de establecer, en algunas ocasiones no se manifiesta a pesar que hay evidencia traumática en el examen físico.

“Los TCE constituyen un problema de salud pública, debido a su carácter epidémico actual. Por otro lado, un gran número de personas que presentan un TCE moderado o severo, tienen discapacidades permanentes, posteriormente al suceso”³⁵.

Según González Chevez Luis, Dr. (24 de abril 2007, p. 15) menciona que *“los traumatismos producen además, una elevada morbilidad con secuelas físicas, sensoriales y mentales con la consiguiente sobrecarga económica para el politraumatizado, sus familiares y para la sociedad por la pérdida potencial de años de vida”.*

Refiere este autor que los traumatismos constituyen una enfermedad devastadora y destructiva que afecta especialmente a los jóvenes, que son los miembros potencialmente más productivos de la sociedad. Ya sea en forma directa o indirectamente, los traumatismos constituyen uno de los problemas de salud más caros que se conocen, ya que por una parte

³⁴ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))

involucran gastos en la atención médica y, por otro, los días de trabajo perdidos anualmente.

Referente a la tasa de mortalidad, Lanrrow George, Dr. (20 de febrero 2004, p. 17) afirma que *la tasa de mortalidad mundial ocasionada por el politraumatismo general fue de 19,000 por 100.000 habitantes con una variación considerable entre las regiones del mundo. En números absolutos, la Región del Pacífico Occidental registró en 2002 el número más elevado de muertes, seguida por la Región de Asia Sudoriental.*

Manifiesta este texto que el traumatismo craneoencefálico, es una de las primeras causa de mortalidad, se ha convertido en una importante fuente de preocupación, pueden ocurrir a cualquier edad, desde el momento de nacer pero con mayor frecuencia en el adulto y adulto mayor, al mismo tiempo, es un relevante problema de salud, que ocasiona además una elevada morbilidad, incapacidad y un alto costo sanitario y social.

En la actualidad las lesiones por traumatismos son tan frecuentes que han llegado a constituirse en la principal causa de muerte dentro de las primeras cuatro décadas de vida de una persona. Como causa global de muerte en todas las edades, el trauma es superado únicamente por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

El traumatismo craneoencefálico se deriva de un fenómeno traumático que es determinado por una serie de factores dentro de los que incluyen características culturales y socioeconómicas entre esos factores se pueden mencionar:

- ✚ La edad y el trabajo.
- ✚ Factores predisponentes como: las alteraciones psíquicas, la fatiga, el exceso de velocidad, el alcohol y las drogas.

- ✚ Entre las enfermedades que inciden en el trauma están: la epilepsia, el infarto del miocardio, la diabetes y las que requieren de tranquilizantes.
- ✚ Manifestaciones de la civilización, como el crecimiento no planificado de las ciudades.
- ✚ Inadecuada forma de transporte y la saturación de vehículos en las calles.
- ✚ La ejecución de actividades recreacionales y deportes riesgosos que desarrolla la población.

³⁶1.3.1 Tipos de lesión

Existe una **lesión cerebral primaria**, inmediata y no modificable por el tratamiento, producida por impacto directo instantáneas e imposibles de prevenir tales como las fracturas, hematoma epidural, contusión cerebral, hemorragia intraparenquimatosas, lesiones de la duramadre o por un mecanismo de aceleración-desaceleración entre las más comunes tenemos el hematoma subdural, daño axonal difuso, lesiones por contragolpe, que es el que predomina en los accidentes de tránsito y en el que las fuerzas físicas rotacionales distorsionan el cerebro moviéndose en dirección contraria al cráneo, rompiendo los axones y vainas de mielina.

La **lesión cerebral secundaria**, son aquellas que no son producidas por el impacto mecánico inicial sobre el cráneo siendo capaces de provocar otros daños, se manifiesta clínicamente en una fase posterior y está en relación con las lesiones ocupantes de espacio, edema cerebral, HTIC, isquemia, hipoxia, alteraciones metabólicas e infecciones. “La lesión cerebral

³⁶ (Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico)
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))
(Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico)

secundaria puede y debe ser prevenida y tratada precozmente, ya que la morbi-mortalidad evitable en el TCE depende fundamentalmente de ella³⁷.

³⁸Lesiones específicas

Fracturas craneales:

- 1) **Lineales:** Constituyen el 90%, la mayoría no revisten complicaciones. Una situación exclusiva de la población infantil que puede darse fundamentalmente en los menores de tres años cuando hay una rotura ósea y la duramadre se interpone entre los extremos de la fractura impidiendo la consolidación.
- 2) **Fracturas con hundimiento:** El tratamiento consiste en el desbridamiento y limpieza de la zona afectada, elevación de fragmentos deprimidos y eliminación de cuerpos extraños y antibioterapia.
- 3) **Fracturas de la base del cráneo:** Frecuentes especialmente en los golpes en la parte posterior del cráneo. La actitud ante el paciente incluye la observación y la exploración frecuentes de signos vitales y neurológicas, vigilar aparición de equimosis retroauricular, o drenaje de LCR por nariz, u oídos. La mayoría de los casos cursan sin complicaciones y rara vez está indicada la intervención quirúrgica. Entre las complicaciones se citan: meningitis, parálisis del nervio óptico, parálisis facial, vértigos y trastornos de la audición.

³⁸ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20CUIDADOS%20EN%20EL%20TRAUMATISMO%20CRANEO-ENCEFÁLICO>)
(Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico)

Lesiones cerebrales:

1. **Conmoción:** Interrupción transitoria (inferior a diez minutos) del conocimiento. La gravedad dependerá de la intensidad del daño. En lactantes y preescolares hay una alta incidencia de convulsiones benignas postraumáticas, somnolencia y vómitos, en niños mayores es más frecuente la amnesia postraumática y la alteración del nivel de conciencia sin demostración de daño cerebral. El pronóstico de la conmoción cerebral pura suele ser favorable y en general no se presentan complicaciones.
2. **Contusión cerebral:** Se define como área de contusión o hemorragia microscópica del cerebro originada tras el traumatismo y generalmente se asocia con otro daño cerebral. El curso clínico suele ser el de gradual deterioro neurológico, seguido de recuperación tras el tratamiento médico.
3. **Edema cerebral:** Es una de las complicaciones más graves del TCE, se suele originar en la periferia de las lesiones focales para extenderse después a otras zonas. La expresión clínica deriva del aumento de la PIC: hiperventilación central, hipoxemia, hipertensión arterial.
4. **Daño axonal difuso:** Es de gran importancia por su frecuencia y mal pronóstico; como consecuencia de movimientos de rotación y aceleración/desaceleración que dan lugar a lesiones por cizallamiento en la sustancia blanca, cuerpo calloso o en el tronco de encéfalo (son las localizaciones más frecuentes, en la zona de unión de la sustancia gris con la sustancia blanca lobular).

Colecciones hemáticas intracraneales:

- 1) **Hematoma epidural:** Colección hemática entre la tabla interna del cráneo y la duramadre. Inicialmente la presión es focal, pero si el hematoma aumenta y se afectan los mecanismos de compensación del cráneo, puede originarse herniación del lóbulo temporal y compresión del troncoencéfalo. Aunque es poco frecuente en niños su tratamiento es una urgencia neuroquirúrgica.
- 2) **Hematoma subdural:** Colección de sangre localizada en la superficie del cortex debajo de la duramadre. El tratamiento consiste en craniectomía, control de la hemorragia y resección del posible tejido cerebral dañado. El pronóstico depende de la presentación inicial y de la intervención precoz antes de la instauración del edema cerebral difuso.
- 3) **Hematoma intraparenquimatoso:** Colección de sangre en el parénquima cerebral, poco frecuente en los niños pero de mal pronóstico, requieren el máximo soporte de tratamiento médico.
- 4) **Hemorragia subaracnoidea:** Se produce por rotura de arterias o venas corticales en los espacios subaracnoideos, es frecuente en el TCE severo.

³⁹1.3.2 Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas dependen del grado y la ubicación de la lesión encefálica y del edema cerebral subsecuente.

³⁹ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))

⁴⁰Laceraciones del cuero cabelludo, fracturas o depresiones en el cráneo y equimosis en la cara pueden ser indicio de una lesión encefálica traumática. Es posible que por la nariz o los oídos gotee sangre o LCR. La equimosis suborbitaria (ojos de mapache) o en las apófisis mastoideas (signo de Battle) es un signo de fractura basilar de cráneo.

Signo de Battle



Fuente/www.monografias.com/trabajos54/trauma-craneal/trauma-craneal2.shtml#diagn.

1.3.3 Valoración neurológica

Se realiza teniendo en cuenta el nivel de conciencia medido según la “Glasgow Coma Scale” (GCS). La GSC evalúa tres tipos de respuesta de forma independiente: ocular, verbal y motora. Se considera que un paciente está en coma cuando la puntuación resultante de la suma de las distintas respuestas es inferior a 9.

Dificultades a la hora de evaluar al paciente con este método serían el edema de párpados, afasia, intubación, sedación, entre otros. En los niños el American College of Emergency Physicians y la American Academy of Pediatrics, en 1998 llegaron al consenso de considerar una respuesta verbal completa, el llanto tras ser estimulado.

⁴⁰ (Tec En Pediatría - Ensayos - Katherinminaya - BuenasTareas.com, 2010)
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))
(Tec En Pediatría - Ensayos - Katherinminaya - BuenasTareas.com, 2010)

Cuadro N°2. Escala de Glasgow modificada para lactantes y niños

APERTURA OCULAR			RESPUESTA MOTORA		
>1 año		<1 año	>1 año		<1 año
			Obedece órdenes	6	Espontánea
			Localiza el dolor	5	Retira al contacto
Espontáneamente	4	Espontáneamente	Retira al dolor	4	Retira al dolor
A la orden verbal	3	Al habla o un grito	Flexión al dolor	3	Flexión al dolor
Respuesta al dolor	2	Respuesta al dolor	Extensión al dolor	2	Extensión al dolor
Ausente	1	Ausente	No responde	1	No responde
RESPUESTA VERBAL					
>5 años		2-5 años		<2 años	
Orientado, conversa	5	Palabras adecuadas	5	Sonríe, balbucea	
Confusa, pero conversa	4	Palabras inadecuadas	4	Llanto consolable	
Palabras inadecuadas	3	Llora al dolor o grita	3	Llora al dolor	
Sonidos incomprensibles	2	Gruñe al dolor	2	Gemido al dolor	
No responde	1	No responde	1	No responde	

Fuente: www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/temario/tablas.htm.

En función de esta escala diferenciamos:

- ✚ TCE leves: GCS 15-14
- ✚ TCE moderados: GCS 13-9
- ✚ TCE graves: GCS < 9-7

⁴¹TCE LEVES (GCS 14-15)

La presencia de síntomas como pérdida de conciencia, amnesia, cefalea, vómitos incoercibles, agitación o alteración del estado mental, van a diferenciar un TCE leve de un impacto craneal sin importancia que permanecería asintomático tras el golpe y durante la asistencia médica.

⁴¹ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))
(Tec En Pediatría - Ensayos - Katherinminaya - BuenasTareas.com, 2010)

Los TCE leves deben permanecer bajo observación las 24 horas siguientes al golpe. Si existen antecedentes de toma de anticoagulantes o intervención neuroquirúrgica, GCS 14, >60 años o crisis convulsiva tras el traumatismo, presentan mayor riesgo de lesión intracraneal.

⁴²TCE MODERADOS (GCS 13-9)

Los TCE moderados requieren realizar TAC y observación hospitalaria a pesar de TAC normal.

TCE GRAVES (GCS < 9)

Tras reanimación TAC y neurocirugía si la precisará, requieren ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos. Es importante descartar previamente aquellos casos en los que existan factores que causen deterioro del nivel de conciencia como alcohol, drogas, shock, hipoxia severa, o que el paciente haya permanecido con ese nivel de conciencia, al menos durante 6 horas.

Atendiendo a esta clasificación, los TCE moderados y graves deberían ser trasladados en un primer momento a centros hospitalarios en los que se disponga de servicio de neurocirugía, mientras que los leves sólo serían remitidos a estos centros en caso de que presentaran TAC seriados patológicos, fracturas de cráneo, heridas abiertas, o aquellos en los que la gravedad de las lesiones extracraneales dificulten seriamente el seguimiento neurológico del paciente.

⁴² (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20TCE%20MODERADOS%20Y%20GRAVES.pdf>)
(Tec En Pediatría - Ensayos - Katherinminaya - BuenasTareas.com, 2010)

⁴³EXPLORACIÓN DE LAS PUPILAS

Debemos observar el tamaño de las pupilas, la simetría (igualdad o desigualdad de las mismas), así como la presencia o ausencia de reflejos a la luz; es decir, buscamos observar si existe simetría y reactividad.

Tamaño: El diámetro normal oscila entre 1-4 mm, según la cantidad de luz ambiental.

Simetría: Una diferencia de 1 mm entre una y otra se considera como dudoso.

Reactividad: La reacción lenta nos debe hacer sospechar que existe un compromiso intracraneal.

Los párpados también nos ofrecen información, pues su cierre por estímulos luminosos o acústicos valora la integridad del mesencéfalo.

Exploración de movimientos oculares (reflejos oculocefálicos y oculoestibular). Desde el punto de vista práctico, en la valoración inicial del niño con un TCE, la exploración de estos reflejos es de una utilidad relativa, quedando reservada para los niños ingresados, la exploración de fondo de ojo que nos permite descartar la existencia de un edema de papila o una hemorragia de retina.

ESCALA DE NORTON

La **escala de Norton** es aplicada en pacientes con trauma cráneo encefálico y mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión debido al tiempo de hospitalización que le toma para su recuperación. *Fue realizada por Doreen Norton en el año 1962.*

⁴³ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20))
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20))

Valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Se consideran ***pacientes de riesgo*** a aquellos con una valoración baja (a menor puntuación, mayor riesgo).

- ✚ 5 a 9: riesgo muy alto.
- ✚ 10 a 12: riesgo alto.
- ✚ 13 a 14: riesgo medio.
- ✚ Más de 14: riesgo mínimo o no riesgo

44

Cuadro Nº 3. Escala de Norton

Escala de Norton (Riesgo úlceras por presión)					
CONDICIÓN FÍSICA	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTUACIÓN
Buena	Orientado	Deambula	Total	Control	4
Regular	Apático	Deambula con ayuda	Disminuida	Incontinencia ocasional	3
Pobre	Confuso	Cama / Silla	Muy limitada	Urinaria	2
Muy mala	Inconsciente	Encamado	Inmóvil	Urinaria - Fecal	1

Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Norton.

Valoración: Igual o inferior a 14 puntos = paciente de riesgo

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

Se utilizará en las primeras 24 horas desde el ingreso del paciente a la emergencia del hospital, para evaluar el riesgo de padecer úlceras de presión en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.

⁴⁴ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%>)

Cuadro Nº 4. Escala de Braden-Bergstrom

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Fuente: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/Bergstrom.htm>

RIESGO DE UPP
BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO
BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO
BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO

1.3.4 Medios diagnósticos más utilizados

La Tomografía Axial Computarizada (**TAC**) craneal es el procedimiento neurorradiológico esencial para el diagnóstico y tratamiento del Trauma Cráneo Encefálico. Esta técnica está indicada, a nuestro juicio, además de en todo TCE grave, en los TCE con GCS < 14 puntos, y en aquellos con puntuación de 14 o 15 de la GCS y cuando se acompaña de los siguientes hallazgos tales como fracturas abiertas y cerradas de bóveda y base de cráneo, crisis convulsivas, trastornos conocidos de la coagulación.

⁴⁵ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%>)

Aunque la contribución más significativa de la TAC es el diagnóstico inmediato de las lesiones ocupantes de espacio que requieren de evacuación quirúrgica inmediata, así tendremos una información adicional de la situación patológica intracraneal, de gran utilidad para el tratamiento del paciente. Así podremos prever el riesgo de hipertensión endocraneal; nos ayudará a clasificar mejor al paciente según el grado de severidad de las lesiones; y nos permite pronosticar el resultado final.

⁴⁶Cuadro Nº 5.- Indicaciones para la realización de la Tomografía Axial Computarizada.

INDICACIONES DE LA TAC CEREBRAL

Inconsciencia al llegar a urgencias.

Niños con TCE grave inicial.

Niños con deterioro progresivo desde su ingreso.

Niños con score de Glasgow inferior a 13.

Déficit neurológico (en especial déficit motor focal y asimetría pupilar).

Niños con fractura lineal que atraviesa vasos o fracturas deprimidas.

Traumatizados con cefaleas o vómitos persistentes.

Niños con sospecha de malos tratos.

Fuente: www.revistaneurocirugia.com/web/artics/artic23.pdf

Radiografía simple de cráneo. Las radiografías de cráneo se realizan casi sistemáticamente en todos los niños que acuden a un servicio

⁴⁶ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))

de urgencias hospitalario por un traumatismo cráneo encefálico. Como prueba complementaria rutinaria no es útil. No obstante, debido a una total desinformación, sigue siendo la realización de la misma el motivo principal por el que se acude a un centro hospitalario y no a los servicios de urgencias extra hospitalarios. La radiografía de cráneo sólo evalúa el estado del mismo, no pudiendo relacionarse este daño con lesión cerebral, y viceversa. La presencia de una fractura de cráneo aislada tiene poco valor pronóstico y raramente altera el tratamiento.

1.4 TEÓRICAS DE ENFERMERÍA APLICADAS AL CUIDADO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

La profesión de enfermería es la única encargada del trato directo de los pacientes, la cual continúa en construcción por medio de las enfermeras en las distintas áreas de trabajo. Desde su origen la enfermería ha rodeado su quehacer desde la perspectiva de un cuidado material intuitivo y amoroso, la persona es considerada de forma integral, con la cual la enfermera interactúa permanentemente como objeto de atención.

El profesional de enfermería en pediatría debe poseer actitudes científicas, técnicas y humanas especializadas que le permita asumir una variedad de procedimientos con destreza y eficacia, hacer detección temprana de los cambios que se den en el niño e interpretarlos de una forma oportuna. Las enfermeras son entonces un poderoso enlace entre los enfermos y el hospital, pues los cuidados que ella brinda producen satisfacción o insatisfacción en los usuarios.

Por eso es importante que se garantice la calidad de cuidados en la atención inicial del paciente pediátrico con trauma craneoencefálico, por parte de los profesionales en enfermería, aplicando todos los conocimientos que se tengan tales como la planeación, ejecución, diagnóstico, evaluación

y todas actividades que demande la realización del proceso de atención de enfermería.

Por todo esto se considera que las intervenciones de enfermería deben de ser protocolizadas, como lo expresa: Sánchez Linares, (2007, p. 6) “Los protocolos o actividades estandarizadas para profesionales de enfermería garantizan al enfermo un trato homogéneo, sea quien sea el profesional que atienda; además, se dota a los profesionales de enfermería de instrumentos que definen los cuidados que se deben prestar, medir las actividades y los resultados obtenidos”.

La visión enfermera del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia es: CONSORCIO DEL HGUV (2007, p. 1) Estamos desarrollando una planificación de cuidados de enfermería, basado en los patrones funcionales descritos por **Marjory Gordon** y basado toda la fundamentación teórica en el modelo de adaptación de Sor Callista Roy definiendo esta teórica, la enfermería como: "Un sistema de conocimiento teórico que ordena un proceso de análisis y actividad relacionada con la asistencia del niño enfermo”.

⁴⁷Los patrones funcionales de salud describen una serie de 11 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural, que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos construidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera.

En cuanto al modelo de **Callista Roy** considera al niño como un sistema adaptativo, que se encuentra en constante interacción con el

⁴⁷ (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (TESIS Patty, Oct. 16.docx)
(<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%>)

entorno cambiante que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos.

La formación de un equipo de profesionales en enfermería con los conocimientos pediátricos basados en los modelos de atención de enfermería, prestarán unos cuidados dirigidos a la excelencia; un equipo preocupado por su continua formación, capaz de dar respuesta a las demandas sociales, donde el conocimiento, la formación, las nuevas tecnologías y la humanización en el trato, sean las principales herramientas en el camino de la excelencia.

La siguiente teoría indica que: HENDERSON Virginia (2005) Define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario". Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Virginia Henderson sustenta y justifica el cuidado de enfermería en el paciente crítico neurológico, con las 14 necesidades básicas, donde se plantean cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería. Esta autora filosófica *"repitió la necesidad de evaluar de forma continua las necesidades del paciente, ya que tanto su estado como el objetivo final, cambian permanentemente"*; por lo tanto, Henderson nos habla de la importancia de la identificación y valoración de las 14 necesidades básicas en forma continua, y resalta también la prioridad de enfermería, que es la preocupación por los pacientes; a la vez destaca la experiencia y la estrategia principal, *"el proceso de enfermería"*, como elementos fundamentales en el servicio de la Enfermería; que dada la relevancia de esta investigación, se tomará como parte de este estudio, al personal de enfermería que conforma parte del equipo de salud, el cual debe conocer los procesos que se aplican en la

atención del paciente con traumatismo craneoencefálico, tomando en cuenta que se deben establecer estrategias de enfermería que permitan tomar decisiones rápidas y efectivas para proporcionar los cuidados adecuados, y mejorar la calidad de vida del usuario pediátrico en la estancia hospitalaria (Henderson, 1964; Marriner, 1989; Hernández y Esteban, 1999).

Normalmente, las necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas, pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborando en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

⁴⁸1.5 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

En admisión

Lo principal es enseñar las prioridades de tratamiento basados en la concepción de cual lesión es aquella que mata más rápidamente, es con estas consideraciones que se ha escogido las prioridades de tratamiento utilizando una clave nemotécnica llamada el ABC del traumatismo aunque

⁴⁸ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20))
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20))
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20))

⁴⁹podríamos aumentar también la D y la E. El esquema de atención inicial al traumatizado constaría de los pasos siguientes:

Valoración completa de las lesiones, que incluye medidas para excluir lesiones abdominales, rayos de tórax, columna, cervical, pelvis y otras regiones, según indique el examen clínico y mecanismo de lesión, no obstante un examen rayos completo, debería retrasarse hasta que el paciente este completamente estable.

Tras la estabilización, transporte tan pronto como sea posible a la TAC con monitorización y supervisión, anestesiado en ventilación mecánica si el caso lo amerita. Destacar que el transporte a la TAC se realizará siempre en ausencia de un rápido deterioro, tras estabilización óptima, y contando con el apoyo de un especialista experto en cuidados de emergencia, que eventualmente se administrarían durante el transporte.

Cuando se presentan cirugías urgentes que se le deban de realizar al paciente con traumatismo craneoencefálico, tales como aquellas lesiones torácicas, abdominales o vasculares, si son de importancia vital; preferiblemente tras la TAC craneal. Si la condición del paciente no permitiese una TAC antes de la cirugía, la misma debería realizarse tan pronto como fuese posible, tras cirugía; así como la evacuación inmediata tras su detección de hematomas intracraneales operables. Considerar administración de manitol e hiperventilación si hay signos de desarrollar herniación cerebral.

⁴⁹ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%>)

⁵⁰**Cuadro # 6 Valoración del ABD en el traumatismo craneoencefálico**

ABCDE DEL TRAUMATISMO	
(A) PERMEABILIZACIÓN DE LA VÍA AÉREA E INMOVILIZACIÓN CERVICAL	Antes de iniciar cualquier exploración deberemos valorar el estado y permeabilidad de la vía aérea, pero siempre bajo el más estricto control de la columna cervical, debiendo presuponerse que puede existir lesión cervical mientras no se demuestre lo contrario.
(B) RESPIRACIÓN- VENTILACIÓN	Requiere además control de los movimientos toracoabdominales (simetría o no de movimientos torácicos, tirajes, etc.), así como la realización de una auscultación de ambos campos pulmonares.
(C) CIRCULACIÓN	El soporte circulatorio de niño politraumatizado requiere un control simultáneo de cualquier hemorragia externa, la evaluación y soporte de la función cardiovascular y perfusión sistémica, y la restauración de la volemia adecuada.
(D) DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA	La vigilancia neurológica comprende dos aspectos importantes: el nivel de conciencia y el estado de las pupilas.
(E) EXPONER, DESVESTIR COMPLETAMENTE	Desvestir al paciente completamente, para poder así realizar un examen físico minucioso evitando la hipotermia.

Fuente: Bases de pediatría crítica.

Cuidados en la unidad de terapia intensiva

Los requerimientos mínimos de monitorización incluyen electrocardiograma, saturación de oxígeno, control de la temperatura corporal, si el paciente está con ventilación mecánica, mantener SpO₂ > 95% y PAM > 90 mmHg; aportar fluidos intravenosos para mantener normovolemia y bioquímica sanguínea normal; no hay indicación para restricción de líquidos, como tratamiento del edema cerebral. Los cuidados generales intentaran mantener normal el “medio interno” evitando hipertermia, hiperglucemia, así como previniendo y tratando rápidamente las complicaciones secundarias.

⁵⁰ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))

⁵¹Proceso de atención de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de estos pasos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas del PAE se superponen de la manera siguiente:

- **Valoración:** Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

⁵¹ (: [http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20)

- ⁵²**Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La atención de enfermería en el servicio de urgencias está orientada al cuidado rápido y apropiado durante la reanimación inicial y la estabilización del paciente traumatizado.

Los cuidados del paciente con trauma comienzan con la evaluación primaria que incluye la vía aérea, con las precauciones debidas en cuanto a la columna cervical, la respiración, la circulación y un breve examen neurológico.

Una vez completada la valoración primaria, se desnuda el paciente, se le cubre para mantener la temperatura corporal y se realiza una determinación detallada de los signos vitales. Por último, se lleva a cabo una evaluación secundaria más detallada, de la cabeza a los pies, para identificar posibles lesiones; estas evaluaciones se deben realizar en forma simultánea.

VALORACIÓN PRIMARIA

El objetivo de la valoración primaria es la identificación de lesiones que amenazan la vida del paciente e iniciar el manejo de acuerdo con el ABCDE del trauma, según el Manual ATLS del Colegio Americano de Cirujanos:

A: Vía aérea con protección de la columna cervical.

B: Ventilación y respiración.

C: Circulación y control de hemorragias.

D: Déficit neurológico.

E: Exposición.

⁵² (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%>)

A. ⁵³Vía aérea con protección de la columna cervical

Antes de cualquiera otra acción, se debe asegurar la vía aérea, controlando la columna cervical (“todo paciente que ingresa con trauma múltiple tiene lesión de la columna cervical hasta que se demuestre lo contrario”). Hay que buscar signos de obstrucción de la vía aérea ocasionados por cuerpos extraños, fracturas de mandíbula o de huesos faciales, lesión de tráquea o de laringe, vómito o sangre.

Signos y síntomas: disnea, respiración laboriosa, cianosis, traumatismos de cara o cuello, ansiedad, pánico, ausencia de murmullo vesicular, incapacidad para hablar, diaforesis, taquicardia.

Diagnósticos de enfermería:

- *Respiración ineficaz:* visible uso de los músculos accesorios de la respiración, por obstrucción de la vía aérea o edema.
- *Alteración en el intercambio gaseoso:* cianosis y disnea por obstrucción de la vía aérea.

Actividades de enfermería:

1. Apertura de la vía aérea mediante elevación del mentón por tracción de la mandíbula, sin hiperextensión del cuello; retirar cuerpos extraños y aspirar secreciones, vómito y sangre.
2. Inmovilización del cuello con un collar rígido.
3. Oxigenación a concentraciones altas mediante un dispositivo de bolsa.

⁵³ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%>)

4. ⁵⁴Monitorización de la función respiratoria por medio de la saturación percutánea asegurando la FiO_2 necesaria para mantener la saturación en 90% ó más.
5. Asistir al médico durante la intubación endotraqueal o de cricotiroidotomía.
6. Verificación de la permeabilidad de las fosas nasales en los niños menores de 12 meses de edad, que son respiradores nasales obligatorios.
7. Evaluación frecuente de la respiración en niños pequeños por el riesgo de desplazamiento o desalojo.

B. Ventilación y respiración.

Asegurar una vía aérea permeable es el primer paso para una correcta ventilación. Si la respiración no mejora después de despejar la vía aérea, se deben buscar otras causas: un trauma torácico directo (fracturas costales) causa dolor y provoca hipoventilación e hipoxemia; el traumatismo craneano puede provocar patrones respiratorios anómalos y comprometer la ventilación, y una lesión medular alta provoca respiración abdominal y parálisis de los músculos intercostales.

Diagnósticos de enfermería:

- Alteración del intercambio gaseoso.
- Alteración de la ventilación: hipoventilación alveolar, relacionada con obstrucción mecánica, lesión de estructura anatómica (lesión de médula cervical).
- Déficit de la oxigenación tisular, relacionado con aumento de la demanda de oxígeno y disminución del aporte.

⁵⁴ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%>)

⁵⁵Actividades de enfermería:

1. Exposición del pecho del paciente e inspección de los movimientos respiratorios; determinar la frecuencia respiratoria.
2. Verificar la permeabilidad de la vía aérea.
3. Si no hay respiración espontánea, realizar la reanimación básica y avanzada. Asistir al médico en la intubación endotraqueal.
4. Si hay respiración espontánea, oxigenación a concentraciones altas con un dispositivo de bolsa y válvula (100%) o con máscara Venturi (50%).
5. Búsqueda de signos de neumotórax a tensión, tórax inestable, neumotórax abierto.
6. Asistir al médico en la colocación de un tubo de tórax.
7. Monitorización permanente del patrón respiratorio.
8. Cubrir la herida torácica con una gasa estéril, sólo en tres extremos; el extremo libre permite la presión negativa y evita neumotórax a tensión.

C. Circulación y control de la hemorragia

El diagnóstico inicial de shock es clínico y se basa en la evaluación de la perfusión de los órganos y de la oxigenación tisular. El shock representa la manifestación más importante del compromiso circulatorio: al disminuir agudamente el volumen sanguíneo, la primera respuesta del organismo a la pérdida hemática es la vasoconstricción periférica para preservar el flujo sanguíneo al cerebro, corazón y riñones.

⁵⁵ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%>)

⁵⁶E. Exposición evitando la hipotermia

Se expone el paciente retirando toda la ropa; en ocasiones es necesario cortarla. Se desnuda al paciente para identificar rápidamente las lesiones, pero luego se lo debe cubrir para evitar la hipotermia, que en el politraumatizado es común y tiene efectos nocivos. Se deben tomar medidas para preservar el calor corporal que incluyen cobijas calientes, líquidos endovenosos tibios y aumento la temperatura de la sala de trauma (si dispone de aire acondicionado).

Diagnósticos de enfermería:

- Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con exposición prolongada al medio ambiente.

Actividades de enfermería:

1. Desnudar totalmente el paciente. En general es preferible retirar la ropa cortándola. No exponer innecesariamente a la persona.
2. Administración de líquidos tibios.
3. Evitar mantener el paciente húmedo con secreciones o sangre.

VALORACIÓN SECUNDARIA

Una vez realizada la revisión primaria, y controlados los parámetros del ABC, se efectúa un examen completo para evaluar todos los sistemas en forma ordenada en un corto periodo de tiempo. Durante la revisión

⁵⁶ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%>)

⁵⁷secundaria se reevalúa el ABC, se completan la anamnesis, el examen físico y los estudios diagnósticos que estén indicados.

Anamnesis: se debe interrogar al paciente nuevamente, si su estado lo permite, o a sus familiares o al personal que prestó la atención prehospitalaria, para conocer los eventos relacionados con el mecanismo del trauma, el estado inicial luego de ocurrido el trauma y los antecedentes personales.

Examen de céfalo-caudal: consiste en una valoración detallada y sistemática de todo el cuerpo, incluye auscultación, inspección, palpación y percusión.

1. *Cabeza y cuello:* examinar la cabeza en busca de heridas evidentes, hemorragias externas, deformidades, elementos empalados o drenaje nasal o auricular. En el cuello, observar heridas evidentes, hemorragias externas, distensión de las venas yugulares, posición de la tráquea.
2. *Tórax:* inspección de heridas que aspiran, movimientos respiratorios, hemorragia externa, enfisema subcutáneo.
3. *Abdomen:* signos de traumatismo evidente, hemorragia externa y objetos empalados. La rigidez, la distensión y el dolor son signos de posibles lesiones internas y de hemorragia activa.
4. *Pelvis:* signos de traumatismos óseo y de tejidos blandos, inestabilidad de la pelvis que evidencia fractura.
5. *Genitourinario:* hemorragia externa, objetos empalados, sangre en el meato uretral, hemorragia vaginal o hematoma escrotal. En toda mujer se debe realizar examen vaginal para descartar lesiones internas.
6. *Extremidades:* signos de traumatismo evidentes, hemorragia externa, objetos empalados o deformidades; se determina el tiempo de llenado

⁵⁷ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))

⁵⁸capilar y se determina la presencia y calidad de los pulsos, los cuales deben ser iguales en ambas extremidades.

7. *Espalda*: debe girarse el paciente en bloque para evaluar la columna en busca de dolor o deformidad, los glúteos y las extremidades inferiores. Debe determinarse el tono rectal y revisar las heces en busca de sangrado interno.

8. Evaluación neurológica de acuerdo con la escala de coma de Glasgow.

Diagnósticos de enfermería:

1. Riesgo de alteración del intercambio gaseoso relacionado con obstrucción de la vía aérea baja por retención de secreciones.

2. Riesgo de infección relacionado con objetos empalados en la pared torácica, pared abdominal, extremidades.

3. Riesgo de alteración del volumen sanguíneo relacionado con hemorragia contenida en extremidades, sangrado interno abdominal o pélvico.

4. Alteración del patrón de la actividad física.

Actividades de enfermería:

La actuación de la enfermera en el equipo de salud debe ser complementaria con las demás especialidades que manejan el paciente con trauma.

1. Valoración permanente del estado de conciencia del paciente.

2. Monitorización de los signos vitales: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, temperatura corporal y tensión arterial.

⁵⁸ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%>)

⁵⁹3. Inserción de sonda nasogástrica N° 18 para descomprimir el estómago y disminuir el riesgo de broncoaspiración. La inserción de una sonda por vía nasal está contraindicada en lactantes, que respiran en forma obligatoria por la nariz; en este caso se utiliza la vía orogástrica. También se contraindica en presencia de traumatismo craneal o facial (lesión maxilofacial o fractura de la fosa anterior del cráneo) por el riesgo de penetración inadvertida al encéfalo a través del hueso etmoides; en estos pacientes se recomienda la vía orogástrica.

4. Control de la volemia mediante la administración de líquidos endovenosos y monitorización horaria de la eliminación urinaria.

5. Succión de secreciones de acuerdo con las necesidades del paciente.

6. Administración de analgésicos para manejo del dolor y evaluación de la efectividad del mismo.

7. Administración de antibióticos según la indicación médica, para disminuir el riesgo de infección.

8. Administración de toxoide antitetánico.

9. Valoración constante de la integridad de la piel y cambios de posición.

10. Curación de heridas; mantenerlas secas y determinar constantemente el sangrado.

11. Reposo y soporte de articulaciones con lesiones agudas.

12. Instrucción al paciente sobre el manejo y cuidado de inmovilizaciones.

⁵⁹ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%>)

⁶⁰13. Ayuda al paciente durante la movilización.

14. Traslado del paciente, después de su estabilización y con monitorización permanente, para estudios diagnósticos, a salas de cirugía o a la unidad de cuidado intensivo.

15. Informar los cambios al médico tratante.

16. Disminuir la ansiedad del paciente con expresiones de apoyo, amabilidad e información sobre su estado actual y los procedimientos que se han de realizar.

17. Información a la familia sobre la situación del paciente (actividad conjunta entre médico y enfermera) y permitir el acompañamiento del paciente cuando sea pertinente.

1.6 MARCO LEGAL

Artículos de la constitución de la República del Ecuador que guardan relación con la salud de cada individuo.

En el ámbito legal los siguientes artículos encontrados, nos denota que la atención está dirigida a grupos vulnerables tales como a niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidades y personas de la tercera edad los cuales son amparadas por la Constitución de la República del Ecuador; así nos daremos cuenta que la atención que se les brinda a los niños que sufren trauma craneo encefálico es mandataria y obligatoria.

⁶⁰ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20)) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS LEONOR, Sept. 27.doc)

⁶¹A continuación presentamos los artículos siguientes encontrados en la reformada constitución:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, (2008). Art. 32.- (A) “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho del agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

En los primeros capítulos de la constitución habla sobre los principios de aplicación de los derechos que tiene toda persona referente a la salud, con esta referencia nos damos que el artículo no desliga este derecho a ningún ciudadano; el Estado hace hincapié acerca de mantener a la población en su completo bienestar físico, psicológico, social, mental y espiritual, porque mediante la ejecución de este derecho se podrá validar otros derechos que la persona deben satisfacer de acuerdo a las necesidades básicas de todo ser humano y en especial los niños que son una población muy vulnerable.

En el mismo artículo pero con otro literal encontramos que:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, (2008). Art. 32.- (B) “El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La presentación de los servicios de salud se regirá por los principios de

⁶¹ (TESIS LEONOR, Sept. 27.doc)
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))
(TESIS PDF COMPLETA - Repositorio Digital ESPE - Escuela ..., 2008) (tutoria2idis3-mairan.docx) (tutoria2idis3-mairan (1).docx)
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))

⁶²equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

El Estado está comprometido a la realización de actividades dirigidas a la preservación de la salud, desarrollando programas mediante políticas, para la ejecución de las mismas que estarán proyectadas a los grupos más vulnerables de la población sin exclusión alguna de ninguna índole.

El siguiente artículo trata sobre la responsabilidad del estado hacia la vida de las personas que conforman las sociedades:

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, (2008). Art. 50.- “El estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y en todos los niveles, de manera oportuna y preferente”. Con la nueva reforma constitucional notifica que todo ser humano de diferente edad y sexo tiene que ser atendido de manera rápida y eficaz sin tener en cuenta la clase social a la que pertenezca, tipo de religión, clase de cultura el cual tiene todo el derecho de ser atendido y realizarle los estudio pertinente de alta tecnología especializadas, con el fin llegar al diagnóstico que el paciente manifieste. De esta forma las personas que presentan, cualquier tipo de traumatismo, las secuelas que dejan esta enfermedad la ley amparan a todo individuo en la sociedad y en el trabajo.

En tiempos remotos no existían los trasplantes de órganos, los familiares no eran capaces de donar los órganos o tejidos a sus seres queridos, con el pasar del tiempo la tecnología avanza cada día más, se estudio a fondo que los órganos pueden funcionar con el metabolismo de

⁶² ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20TESIS%20PDF%20COMPLETA)) (TESIS PDF COMPLETA - Repositorio Digital ESPE - Escuela ..., 2008) (tutoria2idis3-mairan.docx) (tutoria2idis3-mairan (1).docx) ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20TESIS%20PDF%20COMPLETA))

⁶³otras personas siendo esta una nueva oportunidad para los pacientes con patologías complejas.

Así se comprendió que el trasplante de médula, corazón o cerebro podían salvar la vida de cualquier persona, siempre y cuando sea compatible, tomando en cuenta el juramento que realiza el trasplantado, donador, y los familiares demuestren generosidad, sin tomar en cuenta el factor económico.

Es apropiado tomar en consideración las decisiones personales del paciente si está consciente, en otros casos quienes tienen la última palabra son los familiares, de esta manera toda persona tiene el derecho de conocer en forma clara las razones de los procedimientos que se le realice en su patología a tratar. Las resoluciones que se tomen deben tener fundamentos sólidos para el beneficio del paciente.

Según la atención pública y privada en la nueva constitución notifica: CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR, (2008. p. 164). Art. 365.- “Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley”. Todo individuo que llegue a cualquier casa de salud, sin ninguna documentación el personal de salud tiene que atender de forma eficaz, rápida y efectiva sin tomar en cuenta el estado económico ni el aspecto físico que esté presente. Deberá ser atendido por la urgencia, de cualquier manera aunque no cancele porque la ley lo dicta en la nueva reforma, profesional que no cumpla con los requisitos será juzgado, amonestado según la ley lo dicte.

⁶³ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20)) (TESIS PDF COMPLETA - Repositorio Digital ESPE - Escuela ..., 2008) (tutoria2idis3-mairan.docx) (tutoria2idis3-mairan (1).docx) ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20))

⁶⁴Según manifiesta la: CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR (2008. p. 30). “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”.

Según el artículo 35 de la Constitución Política Del Ecuador los pacientes pediátricos con traumatismo craneal deben recibir una atención óptima y de calidad con la finalidad de fortalecer la mejoría en su salud. Hoy en la actualidad en nuestro país, existe la falta de ética y moral, no cumple con la disposición de este artículo notándose el poco interés que el personal de salud tiene al proporcionar el cuidado a los niños. Este artículo se basa en que toda persona enferma tenga derecho a la salud, que depende de los valores humanos, que estas personas necesitan cuidado integral, y algunas veces especializados para la recuperación y rehabilitación de su salud.

Se aprecia en la Ley que rige en la carrera de enfermería, lo siguiente: LEGISLACIÓN PROGRESIVA DE LAS ENFERMERAS/OS (2007) Art. 13 D.- Dar estricto cumplimiento a las prescripciones y tratamiento indicadas por el médico. E.- Las enfermeras/os están obligados a prestar sus servicios de manera extraordinaria en casos de catástrofes, emergencia, guerras que afectan al país.

⁶⁴ ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20)) (TESIS PDF COMPLETA - Repositorio Digital ESPE - Escuela ..., 2008) (tutoria2idis3-mairan.docx) (tutoria2idis3-mairan (1).docx) ([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20))

⁶⁵Todo personal de la salud deberá estar preparado para prestar, ofrecer sus servicios a la sociedad con disciplina sin fines de lucro y desinteresadamente con toda la voluntad necesaria en diferentes partes del país más cuando este se encuentre en condiciones críticas y graves que afectan a la humanidad, las enfermeras/o deben de ser capaz de realizar la emergencia con todo los procesos de enfermería brindando una atención primaria y de calidad.

El profesional de enfermería como lo dicta el artículo antes mencionado tiene que regirse a las reglas no puede administrar nada sin una prescripción médica caso contrario será penada por la ley, el personal de salud que laboran en diferentes instituciones no cumple con esta disposición, sin darse cuenta que cometen un error que los pueden ser perjudicial con la vida de la persona.

Para atender una emergencia se debe de estudiar las leyes orgánicas de la salud: LEY ORGÁNICA DE LA SALUD (2008, p. 22) Art. 37.- Todas las instituciones y establecimiento públicos y privadas de cualquier naturaleza, deberán contar con un plan de emergencia, imitación y atención en casos de desastre, en concordancia con el plan formulado para el efecto. La ley de salud dispone que las diferentes casas de salud como las instituciones particulares y establecimientos públicos, deben de tener establecido un sistema de atención sanitaria de emergencia, el cual va a consistir en dar atención de manera eficaz y oportuna, y de esta manera se logrará que cada miembro del equipo de salud brinde una actuación eficiente.

⁶⁵ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%>)

CAPÍTULO 2

2. ESQUEMA METODOLÓGICO

⁶⁶2.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presente, refiere los cuidados que enfermería proporciona a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, la cual se realizó con la aplicación del método descriptivo, analítico y la manera de investigación fue documental y de campo hospitalario; tomándose en cuenta los temas de interés científico que la conforman, y de la misma forma que acontece con la atención proporcionada por el personal de enfermería que labora en el hospital referido.

2.2 TIPO DE ESTUDIO

En la investigación presente se realizó un estudio descriptivo, exploratorio y transversal, el cual tiene como propósito familiarizar el tema en determinada situación del área problema por investigar y evitar los múltiples problemas ocasionados por el déficit del cuidado de enfermería en los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.

Descriptivo.- se realizó un estudio descriptivo, donde se describió la problemática existente de las causas que generan el déficit de cuidado de enfermería a los pacientes con traumatismo craneoencefálico hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

⁶⁶ (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (TESIS LEONOR, Sept. 27.doc) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (TESIS LEONOR, Sept. 27.doc)

⁶⁷**Exploratorio.-** este tipo de estudio se aplicó para evaluar el conocimiento, las actitudes y conductas del personal de enfermería, que le permita mejorar la calidad de atención en el manejo de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, en el área mencionada.

Transversal.- porque ayudó a recolectar los datos para la investigación, en un período determinado.

Además se realizó una investigación de tipo **Cuantitativa.-** porque se describió los registros narrativos de los fenómenos mediante las técnicas basadas en la observación y encuesta que se aplicaron al personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

2.3 LUGAR DE ESTUDIO

El análisis de la problemática de estudio se la realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, que se encuentra ubicado en la provincia del Guayas, ciudad de Guayaquil, en la ciudadela “La Atarazana”, parroquia Tarqui, entre las calles Nicasio Safadi y la Avenida Roberto Gilbert; limitado al norte con la ciudadela Atarazana; al sur con el Cementerio General; este, con el Hospital SOLCA; y al oeste, con el Tribunal Electoral del Guayas y el Hospital Militar.

2.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo.- Estuvo constituido por el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital en estudio, compuesto por 17 licenciadas y 17 auxiliares en enfermería, un total

⁶⁷ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS LEONOR, Sept. 27.doc) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

⁶⁸de 34, distribuidas en los 3 turnos diarios; y 23 pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.

Muestra.- Para esta investigación se tomó como muestra al 100% del universo en estudio, correspondiente a 17 licenciadas y 17 auxiliares en enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, un total de 34 personas, distribuidas en los 3 turnos diarios de atención; y 23 pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico; atendidos en el período determinado de abril a junio del 2013.

2.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la obtención de datos precisos y confiables se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

- Bibliografías, referencias bibliográficas y documentales.
- Libros, folletos, revistas e información de internet.
- Observación.
- Encuesta y
- Cuestionario.

1.- Observación.- Para efectos de este estudio, se utilizó como técnica, la observación indirecta de los datos obtenidos de las encuestas aplicadas al personal de enfermería profesional y no profesional que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital en estudio.

⁶⁸ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS LEONOR, Sept. 27.doc) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

⁶⁹Se utilizó también una guía de observación aplicada al personal de enfermería para observar la atención que proporciona a los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital en estudio.

2.- Encuesta.- Estuvo dirigida al personal de enfermería que proporciona atención a los pacientes con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, y el instrumento utilizado fue el cuestionario con preguntas cerradas o alternativas de selección múltiple, a fin de identificar los cuidados proporcionados por el personal de enfermería a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.

2.6 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

Para la ejecución de esta investigación se realizó las actividades siguientes:

- ✚ Se visitó el Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, para solicitar al Director la autorización para la ejecución de este proyecto, y explicarle cómo sería el proceso de la investigación, referente a los cuidados de enfermería de los pacientes con traumatismo craneoencefálicos atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ✚ En lo posterior, se elaboró una encuesta con preguntas cerradas claras y legibles para que el personal profesional y no profesional de enfermería, que brinda atención a los pacientes con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, puedan contestar con facilidad, y esta

⁶⁹ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS LEONOR, Sept. 27.doc) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)

⁷⁰ encuesta, al igual que la guía de observación, fue agregada como Anexo en esta investigación.

- ✚ Se diseñó un formulario para la validación de las encuestas y la guía de observación y dicha validación lo realizó la docente tutora de tesis, de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Medicina, de la Universidad Católica, revisando que las preguntas estén de acuerdo al tema investigado.
- ✚ La recolección de la información se la realizó mediante la observación directa e indirecta mediante las historias clínicas de los pacientes y la encuesta validada; además, también se obtuvo datos de la guía de observación aplicada, para determinar los cuidados de enfermería aplicados a los pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- ✚ Para el procesamiento de los datos obtenidos de las encuestas y de la guía de observación que se les aplicó al personal de enfermería, se utilizó el programa de Microsoft Office Excel 2010, donde se elaboró las tablas, los gráficos y sus respectivos análisis, según los datos procesados, y poder llegar a establecer las conclusiones con respecto al tema investigado.

2.7 HIPÓTESIS

El conocimiento del personal sobre TCE, la experiencia laboral, la capacitación, y la inexistencia de protocolos, inciden en la aplicación de los cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, atendidos en el hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

⁷⁰ (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (TESIS LEONOR, Sept. 27.doc)

⁷¹2.8 VARIABLES

Variable independiente:

- ✚ Cuidados de enfermería a pacientes con TCE.

Variables dependientes:

- ✚ Experiencia laboral.
- ✚ Capacitación del personal.
- ✚ Conocimientos del personal.
- ✚ Cuidados relacionados con el protocolo de enfermería estándar.
- ✚ Traumatismo craneoencefálico.

⁷¹ (<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%>)

2.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Experiencia laboral. Concepto: Es la acumulación de conocimientos que una persona logra con el transcurso del tiempo de trabajo.	Experiencia de la profesión de licenciadas y de auxiliar en enfermería	Labores	1.- ¿Cuántos años de experiencia tiene usted en atención a pacientes con traumatismo craneoencefálico? 1 – 5 años____ 6 – 10 años____ 11 – 15 años____ 16 – 20 años____ 21 y más años____
Capacitación. Concepto: Es un conjunto de procesos relativos a la educación dirigidos a incrementar los conocimientos en habilidades y actitudes de las personas	Especialidad del personal, licenciadas y auxiliares en atención a pacientes con TCE	Especialidad en el manejo de los traumatismos craneoencefálicos	2.- ¿Posee usted especialidad en el manejo de pacientes craneoencefálicos TCE? Si____ No____
		Frecuencia de capacitación	4.- ¿Con qué frecuencia la institución donde labora usted la envía a capacitarse en atención del traumatismo craneoencefálico? Anual____ Semestral____ Trimestral____ Nunca____

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Trauma craneo encefálico Concepto: Lesión física o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica.	Control Neurológico	Valoración neurológica	¿Realiza usted la valoración neurológica con la escala de Glasgow para clasificar a los TCE leves, moderados y graves? Siempre _____ A veces _____ Nunca _____
	Fracturas	Tipos de fracturas	¿Cuáles son los tipos de fracturas más comunes que se presentan en los pacientes pediátricos que han sufrido TCE? Fractura lineal _____ Fractura con hundimiento _____ Fractura de la base de cráneo _____ No conozco _____
	Lesiones específicas	Lesiones cerebrales	¿Conoce usted qué tipo de lesiones cerebrales son las más comunes en los pacientes pediátricos que han sufrido TCE? Conmoción _____ Contusión _____ Edema cerebral _____ Contusión y edema _____ Daño axonal difuso _____ No conozco _____
		Lesiones Cerebrales Hemáticas	¿Qué tipo de lesiones cerebrales hemáticas afectan con más frecuencia a los pacientes pediátricos con TCE? Hematoma Epidural _____ Hematoma Subdural _____ Hematoma Intraparenquimatoso _____ Hematoma Subaracnoidea _____

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
Cuidados de enfermería a pacientes con TCE. Concepto: Acciones de enfermería para mejorar el estado de salud del paciente con traumatismo craneoencefálico	Cuidados de enfermería realizados por las licenciadas y auxiliares	Técnica de obtención de datos del paciente	¿Qué técnica utiliza más para la obtención de los datos del paciente? Entrevista clínica _____ La observación _____ La exploración física _____ Medios de diagnósticos _____ Céfal-caudal _____ Sistemas y aparatos _____ Por patrones funcionales de salud _____
		Valoración inicial	¿Al llegar un paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) a la Unidad, realiza usted la valoración inicial? Si _____ No _____ A veces _____
		Aplicación del ABC al paciente con TCE	¿Señale las alternativas que valora en primera instancia al aplicar el ABC al paciente pediátrico con TCE? Permeabilización de la vía aérea Siempre A veces Nunca Inmovilización cervical Siempre A veces Nunca Respiración ventilación Siempre A veces Nunca Circulación Siempre A veces Nunca Disfunción neurológica Siempre A veces Nunca

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

TABLA N° 1

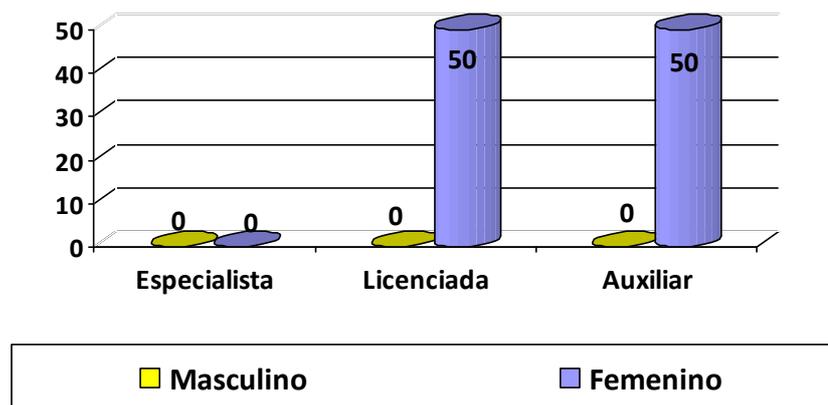
Relación entre nivel académico y género del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Género	Nivel Académico						Total	
	Especialista		Licenciada		Auxiliar			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	-	-	-	-	-	-	-	-
Femenino	-	-	17	50	17	50	34	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS:

Se observa que el personal de enfermería profesional y no profesional es de género femenino en el 100%; representado por el 50% de licenciadas en enfermería y el 50% de auxiliares en enfermería. No se encontró personal con nivel académico de especialista en cuidados críticos, que sería lo ideal para aplicar los cuidados de enfermería a los pacientes con traumatismo craneoencefálico, con un buen manejo de las técnicas.

TABLA N° 2

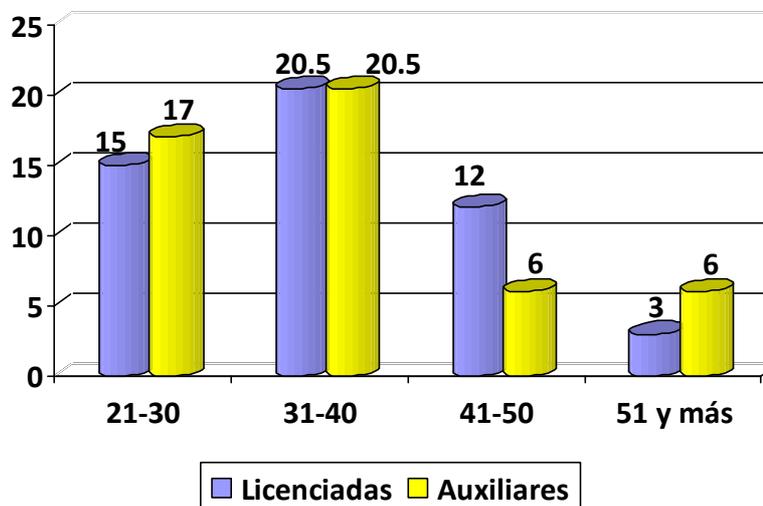
Relación entre nivel académico y edad del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Edad	Nivel académico				Total	
	Licenciadas		Auxiliares			
	f	%	f	%	f	%
21 – 30	5	15	6	17	11	32
31 – 40	7	20.5	7	20.5	14	41
41 – 50	4	12	2	6	6	18
51 y más años	1	3	2	6	3	9
Total	17	50	17	50	34	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS

El gráfico demuestra que del 50% que conforman las licenciadas en enfermería, el mayor porcentaje de 20.5% tiene edad de 31 a 40 años; y referente al 50% de las auxiliares en enfermería, el 20.5% se encuentra en edades comprendidas de 31 a 40 años. Cabe mencionar que la mayoría del personal de enfermería que labora en el área de estudio; se encuentra en una etapa adulta, que se estima sean responsables para aplicar los cuidados que ameritan los pacientes con traumatismo craneoencefálico.

TABLA N° 3

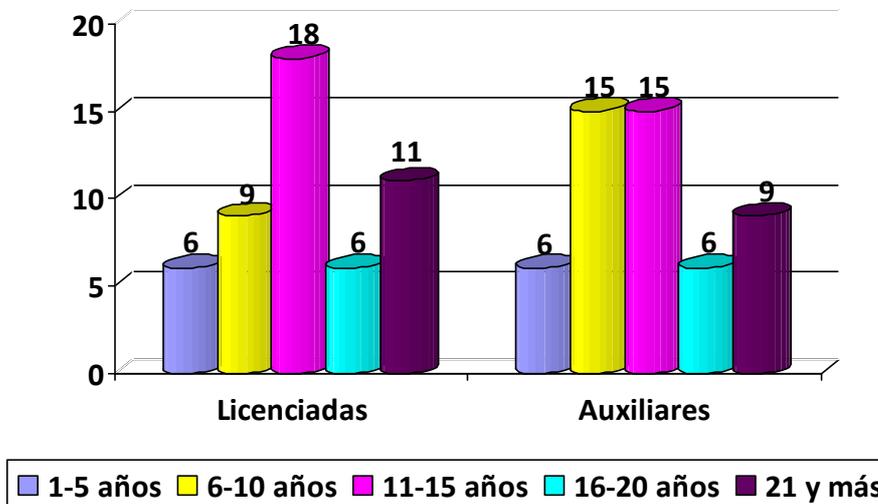
Experiencia laboral del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

Experiencia Laboral	Personal de Enfermería					
	Licenciada		Auxiliar		Total	
	f	%	f	%	f	%
1-5 años	2	6	2	6	4	12
6-10 años	3	9	5	15	8	24
11-15 años	6	18	5	15	11	32
16-20 años	2	6	2	6	4	12
21 y más	4	11	3	9	7	20
Total	17	50	17	50	34	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS

Como se puede observar en el gráfico, el 6% del personal profesional y no profesional, tiene un tiempo de experiencia laboral de 1 a 5 años; y puede que exista falta de experiencia en el cuidado de los pacientes con traumatismo craneoencefálico por el poco tiempo de servicio; y con respecto a las licenciadas, en su mayoría tienen de 21 y más años con el 11%, denotándose más experiencia en sus funciones, o puede que también sus actividades se tornen rutinarias con los años de labor en el área de estudio.

TABLA N° 4

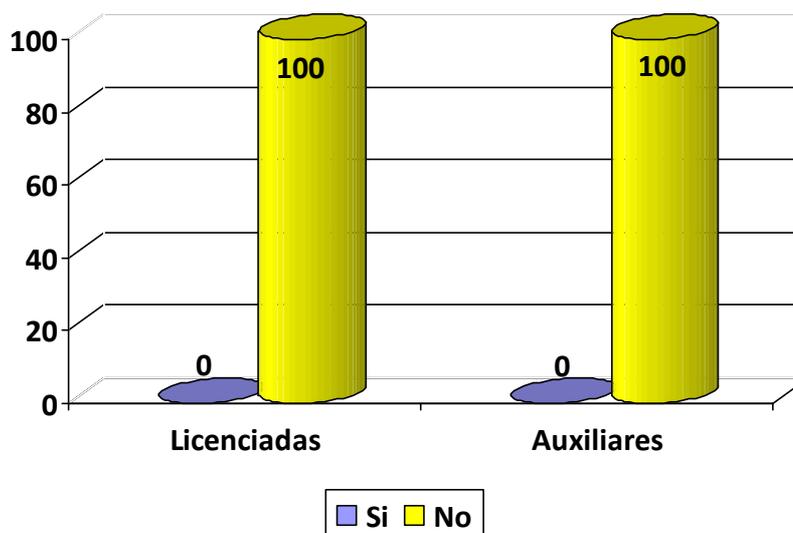
Existencia del protocolo de enfermería para pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico según el personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Existencia del Protocolo de Enfermería	Personal de Enfermería			
	Licenciada		Auxiliar	
	f	%	f	%
Si	-	-	-	-
No	17	100	17	100
Total	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS:

Con respecto a la existencia del protocolo de enfermería para pacientes con traumatismo craneoencefálico, el 100% de las licenciadas y el 100% de las auxiliares en enfermería, manifiestan que no existe en el área protocolo para el manejo de estos pacientes. Por lo que se considera necesario en esta investigación desarrollar los protocolos o cuidados directos que se deben aplicar en área de estudio, para mejorar la estancia hospitalaria de los pacientes con traumatismo craneoencefálico.

TABLA N° 5

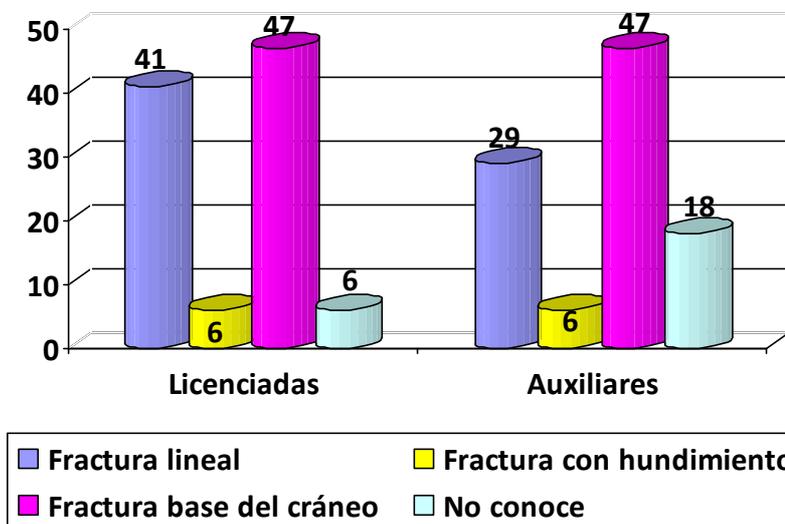
Tipos más comunes de fracturas según conocimiento del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Tipos más comunes de fracturas	Personal de Enfermería			
	Licenciada		Auxiliar	
	f	%	f	%
Fractura lineal	7	41	5	29
Fractura con hundimiento	1	6	1	6
Fractura base del cráneo	8	47	8	47
No conoce	1	6	3	18
Total	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 5



ANÁLISIS:

Con respecto al conocimiento sobre el tipo de fracturas, el 47% de las licenciadas al igual que las auxiliares conocen las fracturas de la base del cráneo; que son frecuentes especialmente en golpes de la parte posterior del cráneo, está en el primer lugar de afección a los pacientes con TCE. El 41% de las licenciadas refieren la fractura lineal, que constituye el 90% en la población infantil y la mayoría no reviste complicaciones; seguido del 29% de las auxiliares en enfermería que refieren conocer las fracturas lineales.

TABLA N° 6

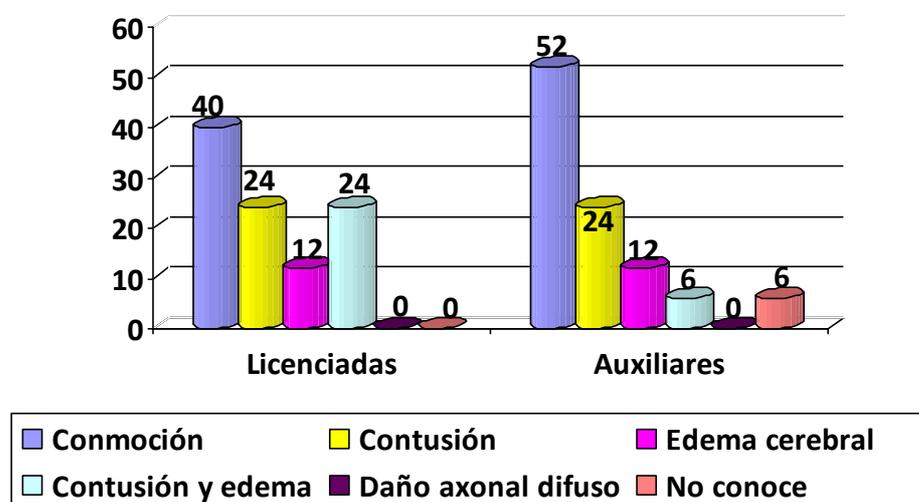
Tipos de lesiones cerebrales según conocimiento del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Tipos de lesiones cerebrales	Personal de Enfermería			
	Licenciada		Auxiliar	
	f	%	f	%
Conmoción	7	40	9	52
Contusión	4	24	4	24
Edema cerebral	2	12	2	12
Contusión y edema	4	24	1	6
Daño axonal difuso	-	-	-	-
No conoce	-	-	1	6
Total	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 6



ANÁLISIS:

Según el conocimiento que tienen sobre los tipos de lesiones cerebrales, tenemos que el 40% de las licenciadas y el 52% de las auxiliares, refieren que más se presenta en lactantes y preescolares la lesión cerebral conmoción, que es la interrupción transitoria del conocimiento, inferior a diez minutos; causando una incidencia de convulsiones benignas postraumáticas, somnolencia y vómitos; y el 24% de licenciadas y auxiliares refieren conocer la contusión o hemorragia microscópica del cerebro, siendo una de las lesiones que más se presentan en su área de trabajo.

TABLA N° 7

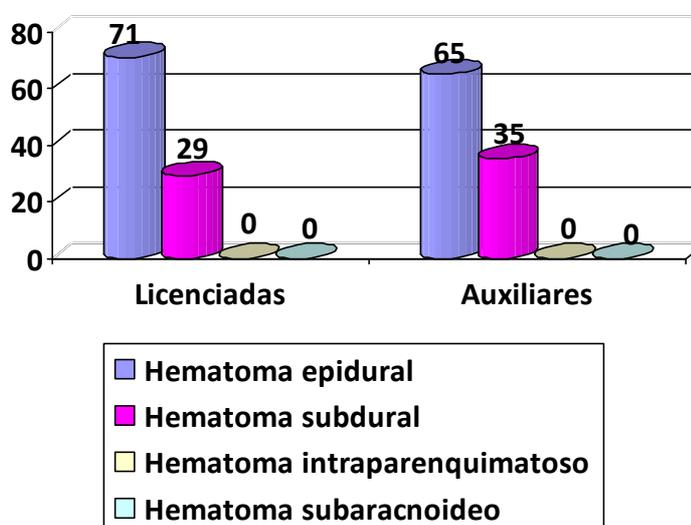
Tipos de lesiones cerebrales hemática según conocimiento del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Tipos de lesiones cerebrales hemática	Personal de Enfermería			
	Licenciada		Auxiliar	
	f	%	f	%
Hematoma epidural	12	71	11	65
Hematoma subdural	5	29	6	35
Hematoma intraparenquimatoso	-	-	-	-
Hematoma subaracnoideo	-	-	-	-
Total	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS:

Según el conocimiento que tienen sobre los tipos de lesiones cerebrales hemáticas, tenemos que el 71% de las licenciadas conocen la lesión hemática epidural aunque es poco frecuente en niños y su tratamiento es una urgencia neuroquirúrgica; el 65% de las auxiliares también refieren conocerlo. El 29% de las licenciadas manifiestan conocer el hematoma subdural, cuyo pronóstico depende de la presentación inicial y de la intervención precoz del personal de salud.

TABLA N° 8

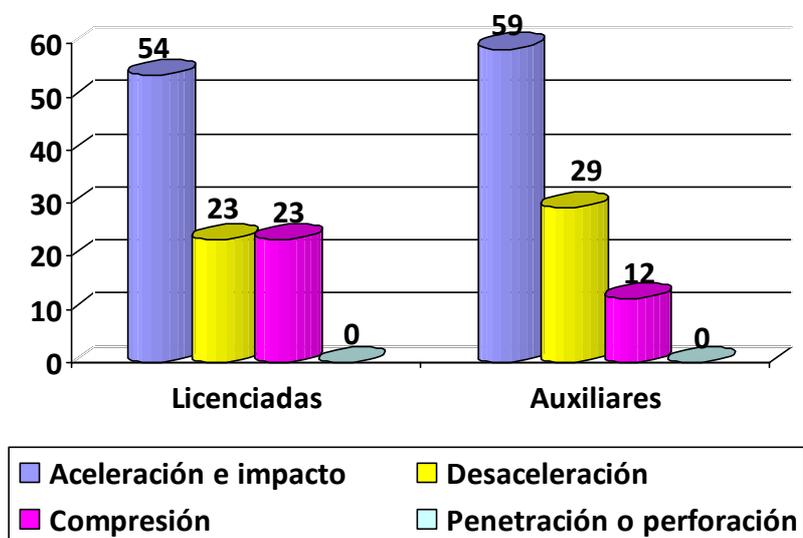
Causas del mecanismo de la lesión según conocimiento del personal de enfermería que atiende a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Causas del mecanismo de la lesión	Personal de Enfermería			
	Licenciada		Auxiliar	
	f	%	f	%
Aceleración e impacto	9	54	10	59
Desaceleración	4	23	5	29
Compresión	4	23	2	12
Penetración o perforación	-	-	-	-
Total	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS:

En los datos obtenidos se observa que el mecanismo de lesión más probable causante del traumatismo craneoencefálico es la aceleración e impacto con el 54% referido por las licenciadas, y el 59% manifestado por las auxiliares en enfermería. Como mecanismo de lesión menos probable, tenemos por compresión con un 23% mencionado por las licenciadas, y 12% por las auxiliares en enfermería.

TABLA N° 9

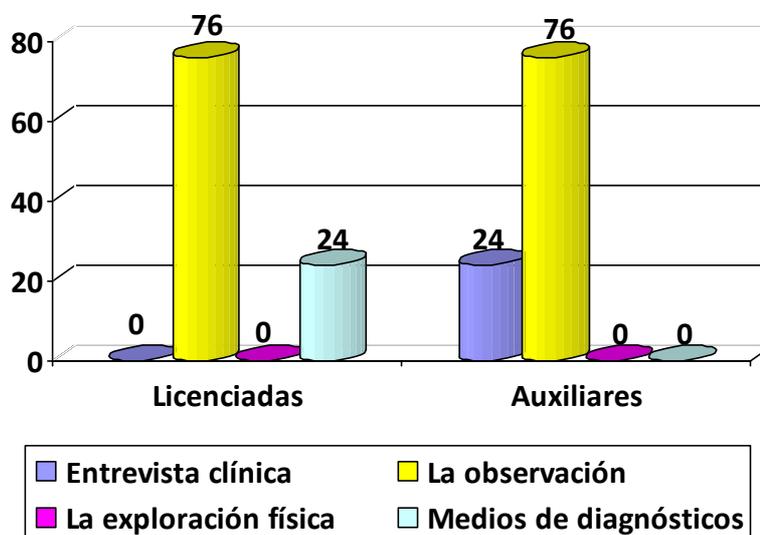
Técnica utilizada por el personal de enfermería para la obtención de datos del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

Técnica más utilizada para la obtención de datos del paciente	Personal de Enfermería			
	Licenciada		Auxiliar	
	f	%	f	%
Entrevista clínica	-	-	4	24
La observación	13	76	13	76
La exploración física	-	-	-	-
Medios de diagnósticos	4	24	-	-
Total	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS:

La técnica más utilizada por las licenciadas y auxiliares en enfermería para la obtención de los datos del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico es la observación con el 76%; seguido por el 24% de los medios de diagnósticos utilizado por las licenciadas, y el 24% de la entrevista clínica que utilizan como técnica las auxiliares en enfermería.

TABLA N° 10

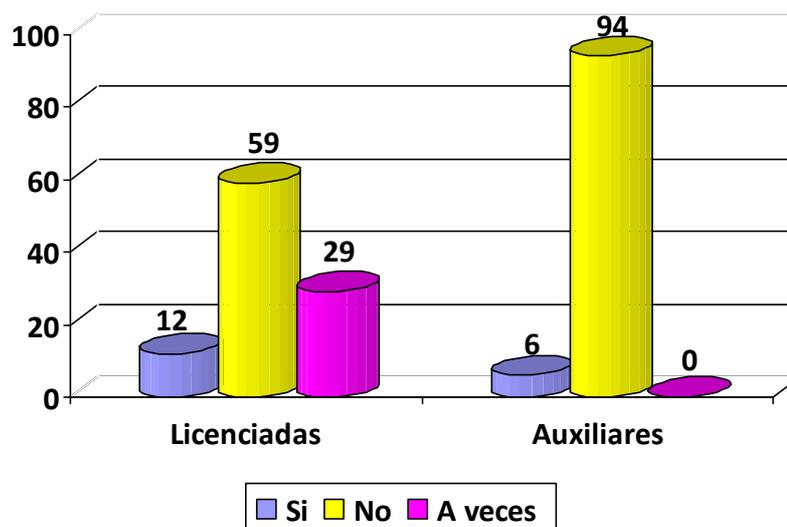
Valoración inicial realizada a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico por el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

Realiza la valoración inicial al llegar el paciente a la Unidad	Personal de Enfermería			
	Licenciada		Auxiliar	
	f	%	f	%
Si	2	12	1	6
No	10	59	16	94
A veces	5	29	-	-
Total	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 10



ANÁLISIS:

En las encuestas aplicadas a las licenciadas que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, se obtuvo que el mayor porcentaje (59%) no realiza la valoración inicial al paciente con TCE; el 12% realiza la valoración inicial y el 29% a veces la realiza; y con respecto a las auxiliares en enfermería el 94% no realiza la valoración inicial y el 6% la realiza. Esto se debe a que esta etapa la realiza la licenciada, pero aún así, los datos demuestran que ya no están realizando la valoración de enfermería, si no médica.

TABLA Nº 11

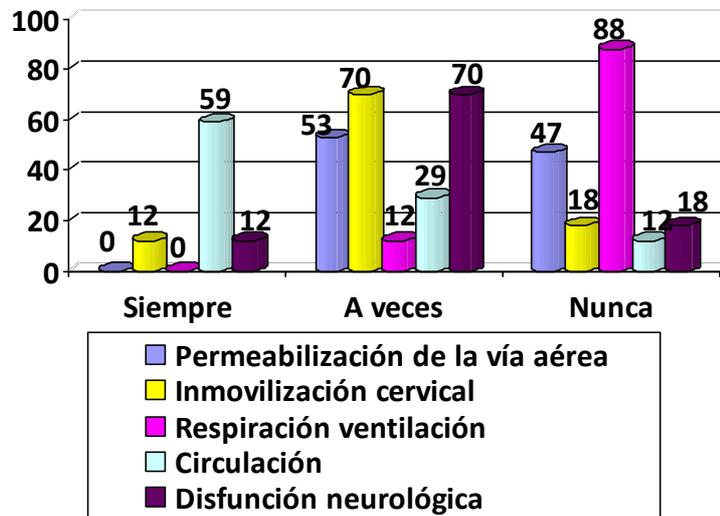
Valoración en primera instancia al aplicar el ABC al paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico que realizan las licenciadas en enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

Valoración con el ABC en primera instancia	Licenciadas en enfermería						Total	
	Siempre		A veces		Nunca		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Permeabilización de la vía aérea	0	0	9	53	8	47	17	100
Inmovilización cervical	2	12	12	70	3	18	17	100
Respiración ventilación	0	0	2	12	15	88	17	100
Circulación	10	59	5	29	2	12	17	100
Disfunción neurológica	2	12	12	70	3	18	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO Nº 11



ANÁLISIS:

Con respecto a la valoración al aplicar el ABC al paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico que realizan las licenciadas en enfermería, se observa que el 12% realiza la valoración de la inmovilización cervical, mientras que el 70% a veces lo realiza; con el mismo porcentaje del 12% se valora en primer estancia la disfunción neurológica y el 70% a veces lo hace. Con respecto a la permeabilización de las vías respiratorias el 53% a veces lo realiza y el 41% nunca lo hace. Sobre la circulación, el 59% siempre lo realiza y el 29% a veces lo hace.

TABLA Nº 12

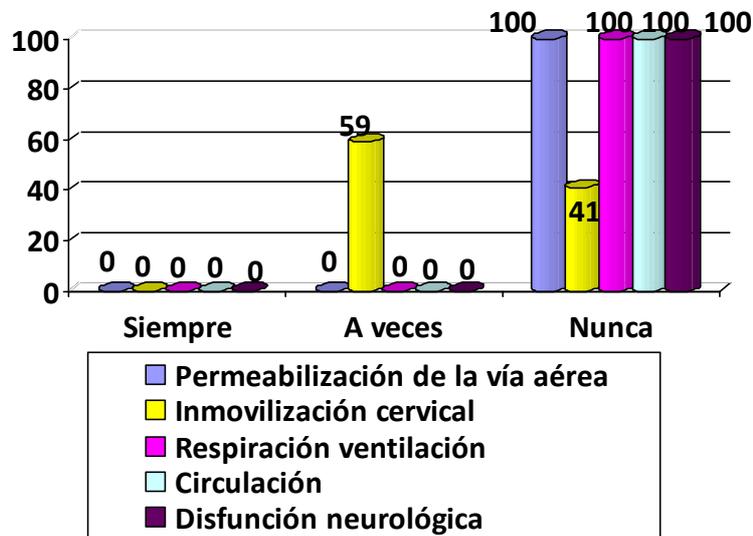
Valoración en primera instancia al aplicar el ABC al paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico que realizan las auxiliares en enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

Valoración con el ABC en primera instancia	Auxiliares en enfermería						Total	
	Siempre		A veces		Nunca		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Permeabilización de la vía aérea	-	-	-	-	17	100	17	100
Inmovilización cervical	-	-	10	59	7	41	17	100
Respiración ventilación	-	-	-	-	17	100	17	100
Circulación	-	-	-	-	17	100	17	100
Disfunción neurológica	-	-	-	-	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO Nº 12



ANÁLISIS:

Con respecto a la valoración al aplicar el ABC al paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico que realizan las auxiliares en enfermería en la Unidad del hospital en estudio, también se observa déficit en la atención porque solo el 59% realiza la valoración de la inmovilización cervical, mientras que el 41% nunca lo realiza; y el 100% de las auxiliares en enfermería nunca realizan el resto de las valoraciones que indica el gráfico porque esas actividades lo realizan las licenciadas en enfermería.

TABLA Nº 13

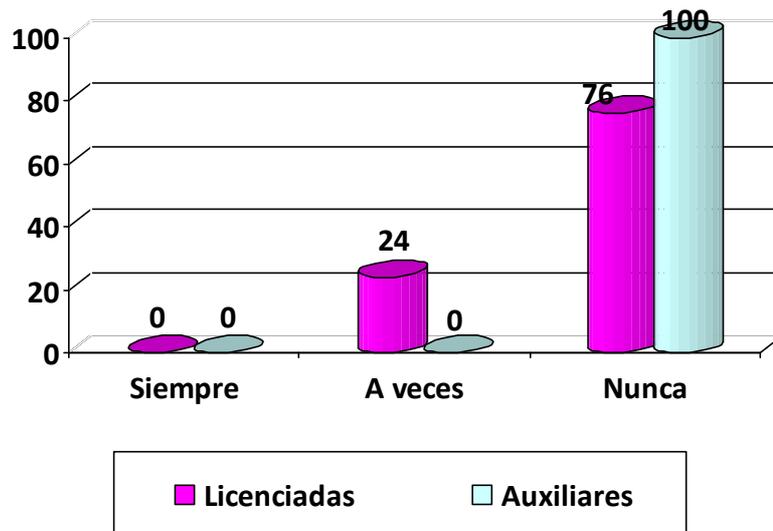
Valoración neurológica con la escala de Glasgow al paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico que realiza el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

Valoración neurológica con la escala de Glasgow	Alternativas						Total	
	Siempre		A veces		Nunca		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Licenciadas	-	-	4	24	13	76	17	100
Auxiliares	-	-	-	-	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO Nº 13



ANÁLISIS:

Con respecto a la valoración neurológica con la escala de Glasgow para clasificar a los TCE leves, moderados y graves, el 24% de las licenciadas a veces lo realiza, y el 76% nunca lo hace; y referente a las auxiliares, el 100% no lo realiza; porque esta actividad requiere que lo hagan las licenciadas. Pero en los datos encontrados se destaca que tampoco las licenciadas realizan siempre esta valoración.

TABLA Nº 14

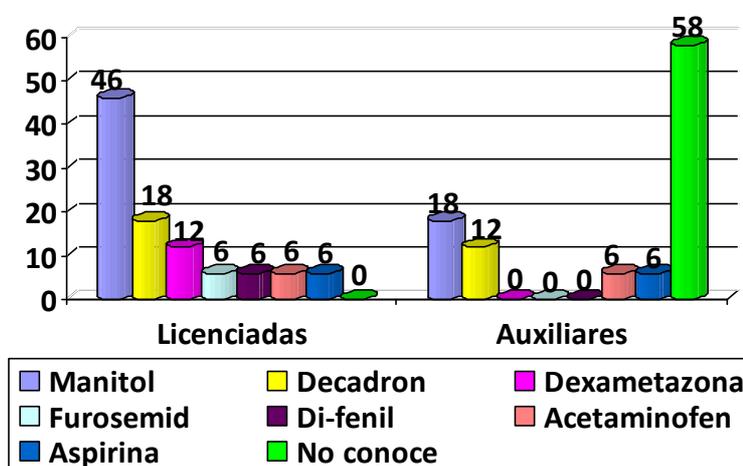
Medicamentos más utilizados en los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico según el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

Medicamentos más utilizados en los pacientes con TCE	Personal de Enfermería			
	Licenciada		Auxiliar	
	f	%	f	%
Manitol	8	46	3	18
Decadrón	3	18	2	12
Dexametazona	2	12	-	-
Furosemid	1	6	-	-
Di-fenil	1	6	-	-
Acetaminofen	1	6	1	6
Aspirina	1	6	1	6
No conoce	-	-	10	58
Total	17	100	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO Nº 14



ANÁLISIS:

Con respecto a los medicamentos más utilizados en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, el 46% de las licenciadas refirieron que es el manitol, seguido del 18% del decadrón. En las encuestas no respondieron cuales son los efectos secundarios de los medicamentos porque desconocen y refirieron que eso lo sabe el médico. En cuanto a las auxiliares en enfermería, el 18% mencionó que el manitol es el medicamento más utilizado, pero también se destacó que el 58% de ellas, no conocen porque son las licenciadas quienes administran la medicación.

TABLA Nº 15

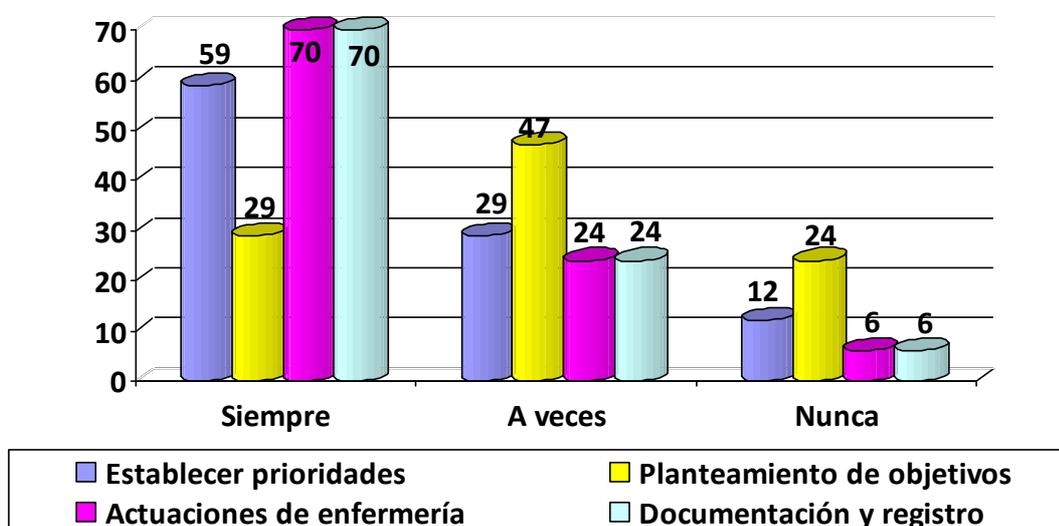
Frecuencia con que las licenciadas aplican las etapas de planificación de enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Frecuencia con que aplican las etapas de planificación	Licenciadas en enfermería						Total	
	Siempre		A veces		Nunca		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Establecer prioridades	10	59	5	29	2	12	17	100
Planteamiento de objetivos	5	29	8	47	4	24	17	100
Actuaciones de enfermería	12	70	4	24	1	6	17	100
Documentación y registro	12	70	4	24	1	6	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO Nº 15



ANÁLISIS:

Podemos observar que en la etapa de planificación se destaca las actuaciones de enfermería y la documentación y registro, con el 70%; seguido de establecer prioridades con 59%, mientras que el 12% no lo hace. En los resultados se obtuvo también, que el 24% de las licenciadas, nunca realizan el planteamiento de los objetivos. Con respecto a las auxiliares, no realizan la planificación, obteniéndose cero datos.

TABLA Nº 16

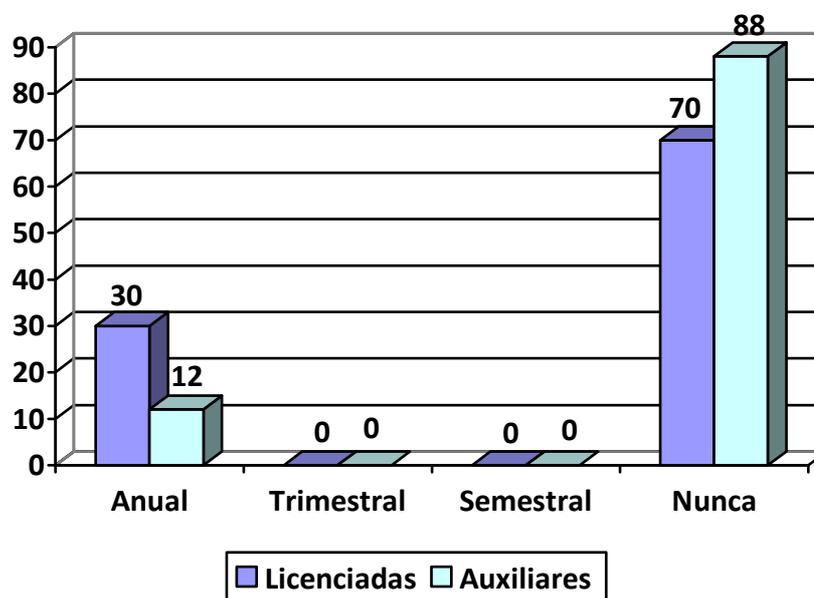
Capacitación del personal de enfermería que atiende a los pacientes con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Capacitación del personal	Frecuencia									
	Anual		Trimestral		Semestral		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Licenciadas en enfermería	5	30	-	-	-	-	12	70	17	100
Auxiliares en enfermería	2	12	-	-	-	-	15	88	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO 16



ANÁLISIS

Referente a la capacitación sobre el manejo de los pacientes con traumatismo craneoencefálico, el 30% de las licenciadas en enfermería manifestaron que han recibido capacitación anual, y 70% manifiesta que nunca ha recibido capacitación. El 12% de las auxiliares en enfermería ha recibido capacitación sobre TCE, y el 88% mencionó que nunca han recibido; es por esta razón que no pueden demostrar un buen desempeño en estas actividades.

TABLA Nº 17

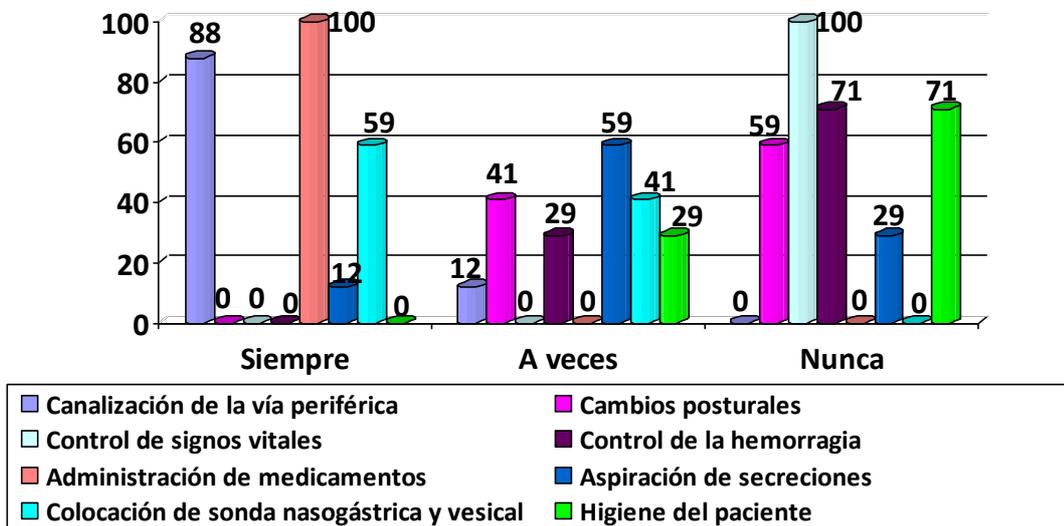
Actividades que realizan las licenciadas en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Actividades en el cuidado	Licenciadas en enfermería						Total	
	Siempre		A veces		Nunca		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Canalización de la vía periférica	15	88	2	12	-	-	17	100
Cambios posturales	-	-	7	41	10	59	17	100
Control de signos vitales	-	-	-	-	17	100	17	100
Control de la hemorragia	-	-	5	29	12	71	17	100
Administración de medicamentos	17	100	-	-	-	-	17	100
Aspiración de secreciones	2	12	10	59	5	29	17	100
Colocación de sonda nasogástrica y vesical	10	59	7	41	-	-	17	100
Higiene del paciente	-	-	5	29	12	71	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO Nº 17



ANÁLISIS:

Según las actividades de las licenciadas se destaca que el 100% administra la medicación siempre; el 88% realiza la canalización de la vía periférica, el 59% colocación de la sonda nasogástrica y vesical; el 12% realiza la aspiración de las secreciones; porque esta actividad realizan los terapistas que laboran en el área. Pero existe falencias en las actividades ya que el 41% a veces coloca la sonda nasogástrica y vesical, y el 12% canaliza la vía periférica por desconocimiento de la técnica.

TABLA N° 18

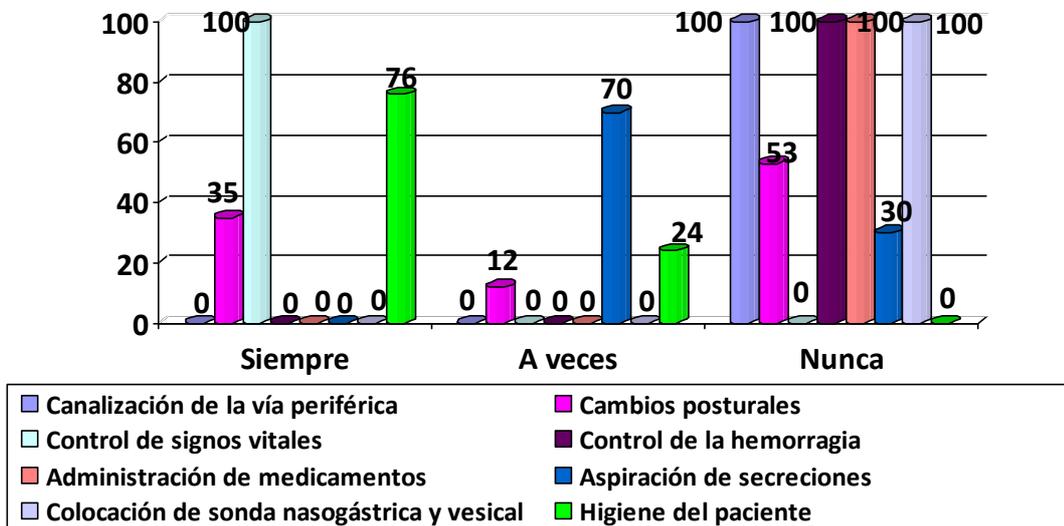
Actividades que realizan las auxiliares en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013

Actividades en el cuidado	Auxiliares en enfermería						Total	
	Siempre		A veces		Nunca		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Canalización de la vía periférica	-	-	-	-	17	100	17	100
Cambios posturales	6	35	2	12	9	53	17	100
Control de signos vitales	17	100	-	-	-	-	17	100
Control de la hemorragia	-	-	-	-	17	100	17	100
Administración de medicamentos	-	-	-	-	17	100	17	100
Aspiración de secreciones	-	-	12	70	5	30	17	100
Colocación de sonda nasogástrica y vesical	-	-	-	-	17	100	17	100
Higiene del paciente	13	76	4	24	-	-	17	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GRÁFICO N° 18



ANÁLISIS:

Con respecto a las actividades de las auxiliares observamos que el 100% realiza el control de los signos vitales; el 76% la higiene del paciente; el 35% los cambios posturales; encontrándose también déficit en su atención ya que el 12% a veces realiza los cambios posturales; el 24% a veces proporciona la higiene que amerita el paciente; por lo que se debe capacitar al personal auxiliar en enfermería para que brinde mejor atención a los pacientes con traumatismo craneoencefálico.

GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA A LAS LICENCIADAS

TABLA Nº 19

Actividades que realizan las licenciadas en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Actividades en el cuidado	Licenciadas en enfermería						Total	
	Siempre		A veces		Nunca		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Valoración de la escala de Glasgow	-	-	3	18	14	82	17	100
Permeabilización de la vía aérea	-	-	9	53	8	47	17	100
Canalización de vía periférica	13	76	4	24	-	-	17	100
Verificación de gases arteriales	10	59	7	41	-	-	17	100
Registro de temperaturas	5	29	8	47	4	24	17	100
Movilización y actividad	2	12	4	24	11	64	17	100
Cambios posturales	-	-	3	18	14	82	17	100
Control de signos vitales	-	-	-	-	17	100	17	100
Control de la hemorragia	-	-	4	24	13	76	17	100
Administración de medicamentos	15	88	2	12	-	-	17	100
Aspiración de secreciones	-	-	3	18	14	82	17	100
Colocación de sonda nasogástrica	10	59	7	41	-	-	17	100
Colocación de sonda vesical	9	53	8	47	-	-	17	100
Higiene diaria del paciente	-	-	2	12	15	88	17	100
Lavado de manos antes y después de cada procedimiento	14	82	3	18	-	-	17	100

Fuente: Guía de observación aplicada a las licenciadas en enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

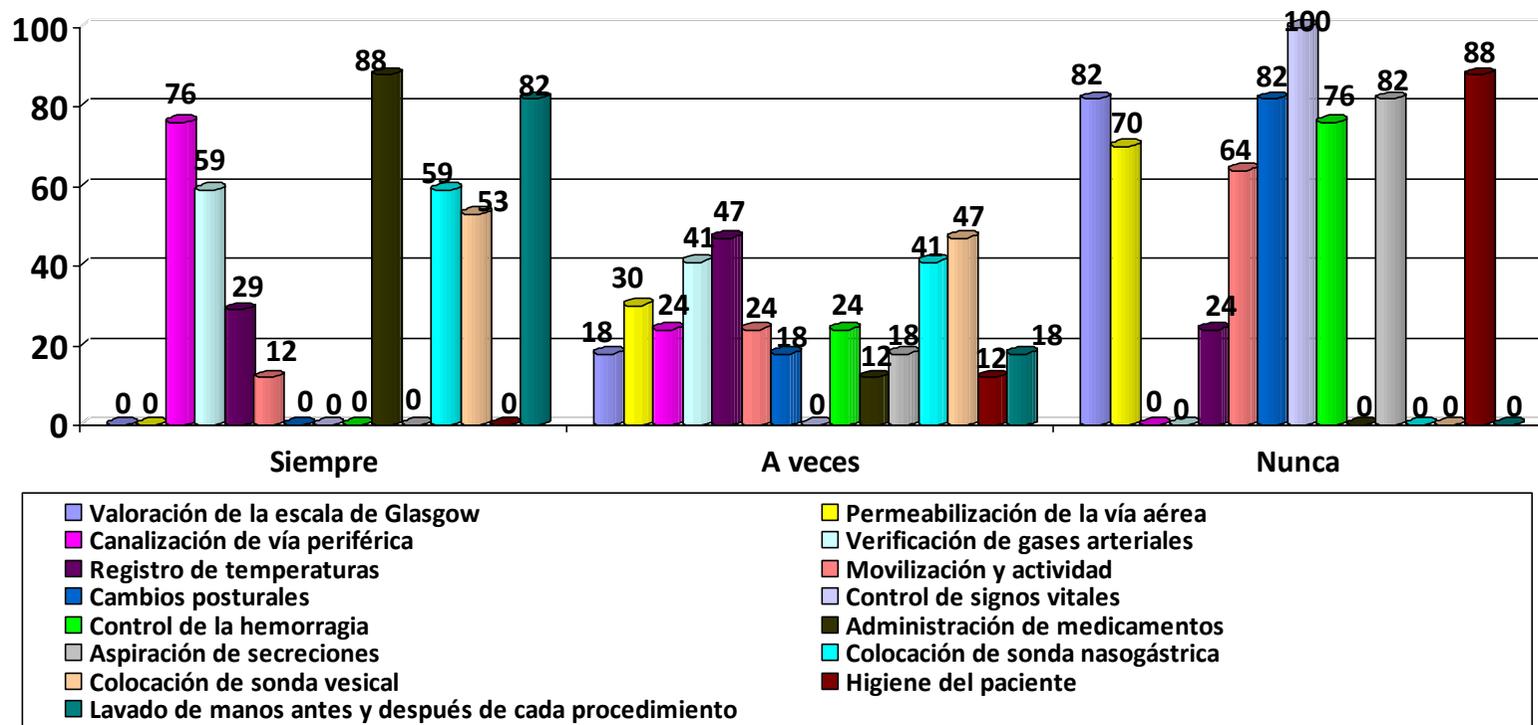
Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

ANÁLISIS:

Al aplicar la guía de observación se pudo evidenciar que el 76% de las licenciadas canalizan la vía periférica siempre y el 24% a veces lo hace; el 59% coloca sonda nasogástrica y el 41% a veces lo hace, al igual que la verificación de los gases arteriales; el 30% realiza la permeabilización de la vía aérea y el 70% no lo hace; el 88% administra la medicación prescrita y el 12% no lo hace; evidenciándose que existe déficit en la atención asistencial con relación a las necesidades fisiológicas y físicas que requieren los pacientes pediátricos con TCE, por desconocimiento de las técnicas y procedimientos en el cuidado de estos pacientes. Con respecto a las medidas de asepsia y antisepsia en la atención al paciente, tenemos que el 82% realiza el lavado de manos y 18% a veces lo hace, demostrando déficit en la aplicación de las medidas de asepsia en la prevención de infecciones.

GRÁFICO N° 19

Actividades que realizan las licenciadas en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.



Fuente: Guía de observación aplicada a las licenciadas en enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA A LAS AUXILIARES

TABLA Nº 20

Actividades que realizan las auxiliares en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013.

Actividades en el cuidado	Auxiliares en enfermería						Total	
	Siempre		A veces		Nunca		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Valoración de la escala de Glasgow	-	-	-	-	17	100	17	100
Permeabilización de la vía aérea	-	-	-	-	17	100	17	100
Canalización de vía periférica	-	-	-	-	17	100	17	100
Verificación de gases arteriales	-	-	-	-	17	100	17	100
Registro de temperaturas	12	70	5	30	-	-	17	100
Movilización y actividad	8	47	8	47	1	6	17	100
Cambios posturales	10	58	4	24	3	18	17	100
Control de signos vitales	14	82	2	12	1	6	17	100
Control de la hemorragia	-	-	-	-	17	100	17	100
Administración de medicamentos	-	-	-	-	17	100	17	100
Aspiración de secreciones	-	-	5	30	12	70	17	100
Colocación de sonda nasogástrica	-	-	2	12	15	88	17	100
Colocación de sonda vesical	-	-	2	12	15	88	17	100
Higiene diaria del paciente	10	58	4	24	3	18	17	100
Lavado de manos antes y después de cada procedimiento	12	70	3	18	2	12	17	100

Fuente: Guía de observación aplicada a las auxiliares en enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

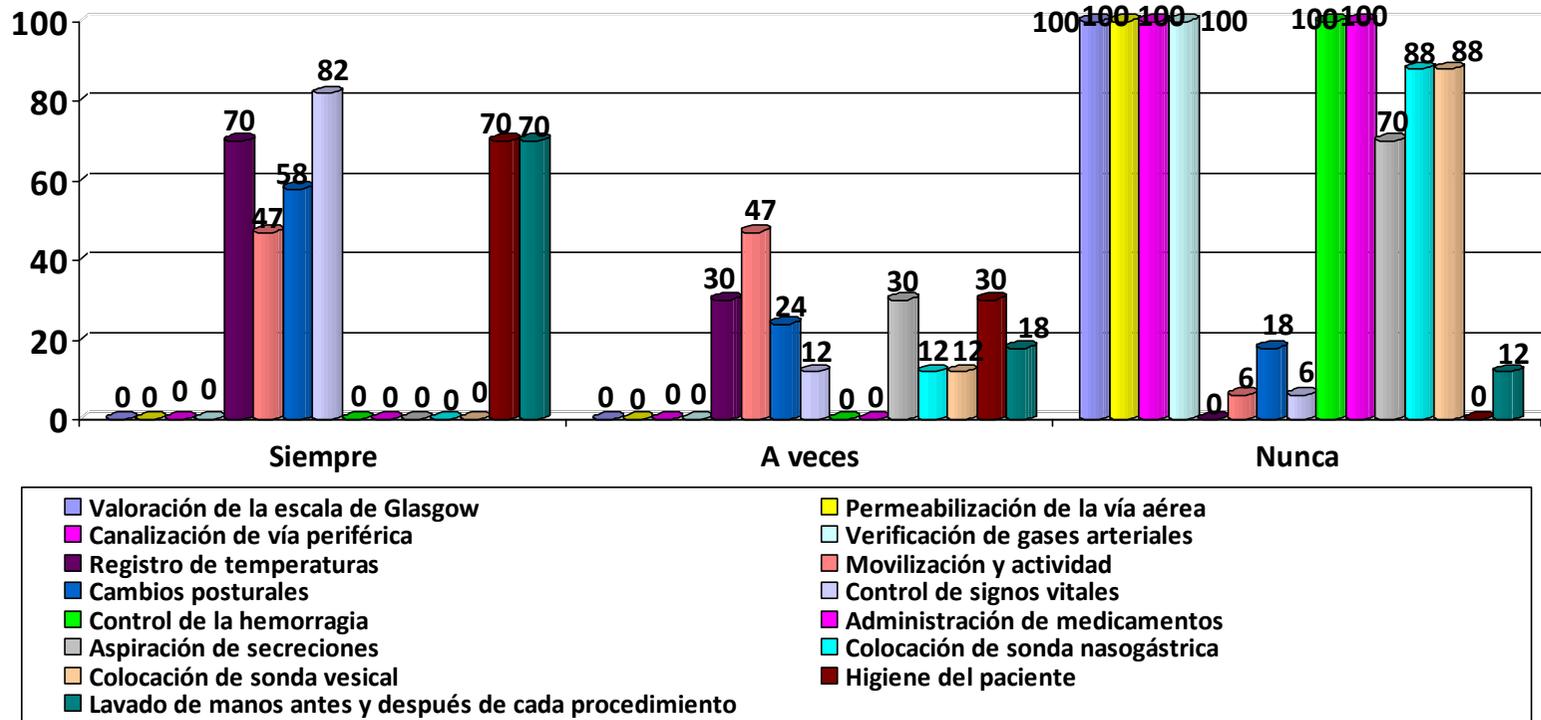
Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

ANÁLISIS:

Al aplicar la guía de observación se pudo evidenciar que el 70% de las auxiliares llevan el registro de temperatura para detectar infecciones y el 30% a veces lo hace; el 47% revisa la movilización y actividad del paciente y un porcentaje igual, lo realiza a veces; el 58% hace los cambios posturales siempre y el 24% lo hace a veces; el 58% realiza la higiene diaria del paciente para prevenir lesiones cutáneas, y el 24% lo hace a veces; se observa que existe déficit en las actividades de las auxiliares puede que sea por desconocimiento de técnicas y procedimientos en el cuidado del paciente pediátrico con TCE. Con respecto a las medidas de asepsia y antisepsia, el 70% realiza el lavado de manos, el 18% a veces lo hace, y otro porcentaje de 12% no lo hace; por lo que se demuestra la falta de las medidas de asepsia y antisepsia para la prevención de las infecciones.

GRÁFICO Nº 20

Actividades que realizan las auxiliares en enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de abril a junio del 2013



Fuente: Guía de observación aplicada a las auxiliares en enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

Elaborado por: Egresada de enfermería, Ángela Barzola.

CAPÍTULO 4

4. PROPUESTA

⁷²4.1. TEMA DE LA PROPUESTA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”.

4.2. INTRODUCCIÓN

La incidencia de los traumatismos craneoencefálicos TCE en la edad pediátrica, es realmente alta; en nuestro país la demanda de atención en un área primaria es del 3,6% y del 5,2% en urgencias hospitalarias. Estas cifras coinciden con el resto de la Comunidad Europea. Se señala que al menos uno de cada 10 niños sufrirá durante su infancia un TCE importante. Esta elevada incidencia en la edad pediátrica viene dada por una serie de factores, como son el menor sentido del peligro, necesidad continua de explorar su hábitat, el natural aumento de la motilidad y la deficiente maduración de la estabilidad. Los niños menores de 1 año poseen doble morbi-mortalidad que los niños entre 1-6 años y triple que los situados entre 6-12 años. En general, la mortalidad calculada para los TCE oscila entre 10 y 20 personas por cada 100.000 habitantes, observándose que casi 1/3 de las muertes acaecidas en niños entre 1-14 años de edad son debidas a accidentes, y de ellas el 50% corresponden a TCE. La mortalidad global de los TCE, varía entre el 5% y el 20%.

⁷² (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (: [http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20))

La mayor parte de familiares de los pacientes pediátricos con TCE, desconocen la gravedad de la patología que adolecen los niños, y muchas ⁷³ veces no reciben los cuidados de enfermería pertinentes al caso de estudio, puesto que el paciente con TCE, debe tener cuidados especiales, ya que un error en la administración de tratamiento, ya sea en administración de la medicación, o la falta de control en el cuidado de enfermería, puede ser la causante de resultados letales para el afectado.

Por la frecuencia con que se presenta esta patología en el área de estudio, sirvió de motivación para realizar esta investigación, donde se analizó la problemática existente en el cuidado de enfermería en los pacientes pediátricos con TCE, y como propuesta de esta investigación, elaborar el protocolo de atención de enfermería, para el cuidado del niño con trauma craneoencefálico y mejorar su calidad de vida.

4.3. JUSTIFICACIÓN

Durante la etapa de adiestramiento académico el profesional de enfermería se rige por modelos de atención y cuidados que son el objeto del saber y de la práctica de enfermería con gran connotación humanística centrada en el enfermo, a través de principios éticos y morales. La profesión de enfermería de hoy se ocupa de la necesidad que tienen los usuarios, la familia y comunidad de tomar medidas de cuidados propios cuyo propósito es conservar la vida y la salud, lo cual representa el núcleo fundamental de su existencia como practica en el cuidado de la salud.

El trabajo presente se justifica ya que mediante la búsqueda de marco teórico y científico para la sustentación del mismo, se ha llegado a un mayor entendimiento de la importancia de enriquecer el conocimiento científico del

⁷³ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (: [http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20))

personal, sobre la atención de enfermería que se le debe brindar al paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico y aplicarlo en el campo laboral.

Con todo lo antes expuesto, el desarrollo del trabajo investigativo representa un aporte educativo para el desempeño laboral del personal de Enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, para evitar futuras secuelas discapacitantes en aquellos niños que presenten esta patología, en consecuencia esta investigación contribuirá a mejorar la calidad de atención a través de los cuidados de enfermería, ya que se traduce en beneficio para el paciente.

Existe un alto índice de pacientes que padecen esta patología, los cuales muchas veces se enfrentan a un cuidado inadecuado del personal de enfermería, como se evidenció en esta investigación, donde se determinó que es limitado ya que existen actividades que en su mayoría no son realizadas, en cuanto a verificar la permeabilidad de las vías respiratorias, el 30% lo realiza y el 70% no lo hace; llevar registros estadísticos de la frecuencia respiratoria y verificación de gases arteriales, solo el 59% siempre lo hace; en cuanto a las necesidades circulatorias, se constató que el profesional de enfermería pocas veces cuantifica y registra la frecuencia cardíaca, lo que evidencia el déficit de la calidad de atención de las licenciadas en estos usuarios, porque sólo el 59% asume la responsabilidad de cuantificación y registro de frecuencia cardíaca, observándose que el 18% nunca lo realiza.

Por ello es importante la implementación de un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con traumatismo craneoencefálico para contar con un personal altamente capacitado en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, para que de esta manera su atención sea esmerada y se obtenga mejores resultados en el cuidado de estos pacientes, y que ellos y sus familiares se sientan seguros en la estancia hospitalaria.

⁷⁴4.4. FUNDAMENTACIÓN

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, tanto es así que en EE.UU, en tan solo un año, ocurren 10 millones de casos, de los que el 20% llevan asociados lesiones cerebrales, ocupan el primer lugar como causa de fallecimiento en los grupos de niños de 1 - 4 años.

El traumatismo craneoencefálico, entre las patologías que afectan el sistema nervioso, es una de las más frecuentes, afectando cada año un número importante de pacientes. Su incremento se ha visto favorecido por el desarrollo alcanzado en la vida moderna, siendo los accidentes su principal causa.

“El trauma craneoencefálico es la principal causa de muerte traumática en los niños, tanto en los países desarrollados como los que están en vía de desarrollo. Además, los TCE son causas de primer orden de retraso mental, epilepsia e incapacidad física del usuario que lo padece”⁷⁵.

Constituye un problema de relevancia en la salud pública mundial, planteándose que si en cualquier país una epidemia causara tantas muertes y dejara tantos inválidos como los accidentes, cundiría el pánico y el fenómeno sería considerado una catástrofe nacional.

Los traumatismos craneoencefálicos son unas de las primeras causas de incapacidad grave y muerte en la niñez. La mayoría de estos niños requieren de hospitalización prolongada y hasta el 50% de ellos sufren

⁷⁴(7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (: [http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20\(Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico\)](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20(Cuidados%20en%20el%20traumatismo%20craneo-encef%C3%A1lico).doc) (Labor de enfermería en el traumatismo ... - SciELO - Infomed, 2003) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc)

secuelas neurológicas importantes, si el coma excede las 24 horas. Entre el 2% y el 5% quedan con incapacidades graves para el resto de sus vidas.

La mortalidad de los pacientes con trauma craneoencefálico grave es muy elevada si no se cumplen métodos de tratamientos intensivos para controlar la elevación postraumática de la presión intracraneal, la hipoxia o isquemia cerebral y otras complicaciones que se presentan.

4.5. OBJETIVOS

4.5.1. Objetivo general

- ✚ Diseñar el Protocolo de Enfermería para proporcionar las pautas del cuidado a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

4.5.2. Objetivos específicos

- ✚ Brindar una guía protocolar para que el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital en estudio, pueda consultar y aplicar en el cuidado de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.
- ✚ Otorgar contenidos relevantes sobre los procedimientos del cuidado, para prevenir las posibles complicaciones que pueden presentarse en los pacientes pediátricos con TCE.
- ✚ Reafirmar los conocimientos del personal sobre los cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.
- ✚ Sensibilizar al personal de enfermería para que aplique los protocolos en el cuidado de los pacientes pediátricos con TCE, y mejorar su calidad de vida en su estancia hospitalaria.

4.6. UBICACIÓN

La propuesta se la realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, que se encuentra ubicado en la provincia del Guayas, ciudad de Guayaquil, en la ciudadela “La Atarazana”, parroquia Tarqui, entre las calles Nicasio Safadi y la Avenida Roberto Gilbert; limitado al norte con la ciudadela Atarazana; al sur con el Cementerio General; este, con el Hospital SOLCA; y al oeste, con el Tribunal Electoral del Guayas y el Hospital Militar.

4.7. FACTIBILIDAD

La presente propuesta es factible gracias al apoyo brindado por las autoridades de la Institución de Salud, hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, y el equipo multidisciplinario compuesto por las licenciadas y auxiliares en enfermería, que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, quienes estuvieron dispuestas a colaborar para evidenciar la problemática en el cuidado de los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico y establecer posibles soluciones, estandarizando los protocolos de atención de enfermería para el cuidado de estos pacientes.

4.8. BENEFICIARIOS

- 🚑 Pacientes con traumatismo craneoencefálico de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.
- 🚑 Personal de enfermería.
- 🚑 Familiares del paciente.
- 🚑 La Institución de Salud.

RESPONSABLE.- Egresada de enfermería: Ángela Barzola.

⁷⁶4.9. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta se sustenta en los resultados obtenidos de la investigación, ya que a través del estudio se ha observado y detectado que la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, no tiene protocolo de cuidados y atención de enfermería para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico.

Ante la evidencia de una necesidad sentida por gran parte del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital en estudio, se ha considerado la posibilidad de unificar criterios en cuanto a su protocolización, para lo que se ha optado por crear un protocolo de atención y cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico para el control y manejo de la prevención de las complicaciones que se presentan en esta patología de estudio.

4.10. PROTOCOLOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

El Traumatismo craneoencefálico forma parte frecuentemente de un politraumatismo, no siendo siempre preponderante su importancia en el estado clínico del paciente. El cuidado y tratamiento del paciente con TCE ha de ir dirigido a evitar y tratar, de la manera más precoz posible, la lesión secundaria y a dotar al encéfalo lesionado de un medio idóneo que permita la recuperación espontánea de las lesiones primarias.

⁷⁶ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (durante la realización del masaje cardiaco a una niña oa u..., 2012)

⁷⁷REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA PEDIÁTRICA

La reanimación cardiopulmonar (RCP) básica constituye el conjunto de maniobras para identificar si un niño está en parada cardiorrespiratoria y realizar un soporte respiratorio y circulatorio, sin ningún equipamiento específico, hasta que se realice un tratamiento más cualificado. Si bien el objetivo no se centra en la RCP básica, es importante comenzar recordando la sistemática que siempre debe cumplirse para llevar a cabo una reanimación cardiopulmonar básica efectiva.

Pasos de la RCP básica. Es fundamental que la RCP se realice de una forma secuencial y ordenada, sin pasar al punto siguiente antes de resolver el anterior.

1) Buscar la seguridad del niño y del reanimador (movilizarlo si fuera necesario).

2) Comprobar la inconsciencia: hablarle, pellizcarlo (evitar las sacudidas por riesgo de trauma cervical).

3) Pedir ayuda (nunca abandonar al niño antes de realizar 1 minuto de RCP).

4) Apertura vía aérea: en sospecha de traumatismo cervical siempre mediante la maniobra de tracción mandibular (abrir la mandíbula traccionando hacia arriba con una mano y sujetar la cabeza con la otra mano para evitar la movilidad cervical).

5) Comprobar si respira (mientras se mantiene abierta la vía aérea: mirar si expande el tórax, oír ruidos respiratorios y sentir el aire en la mejilla).

Si respira: colocar al niño en posición de seguridad, excepto si se sospecha traumatismo cervical. Si no respira espontáneamente:

6) Ventilar: (en lactantes: boca-boca y nariz, en niños: boca-boca. Realizar 5 insuflaciones de 1-1,5 segundos de duración, cogiendo aire antes

⁷⁷ (durante la realización del masaje cardiaco a una niña oa u..., 2012)
(http://media.wix.com/ugd/bfb8eb_715f73d6166ac01ffaa074351b43d523.pdf?)
(Reanimación Cardiopulmonar Básica)

de cada insuflación y comprobando la expansión del tórax. Si esto no ocurre: comprobar varias veces que la vía aérea está correctamente abierta. Si es así, hay que sospechar una obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño:

6.1) En lactantes: apoyarlo sobre nuestro antebrazo, sujetándolo por la mandíbula con la cabeza más baja que el tronco y realizar la secuencia de maniobras.

6.2) En niños: maniobra de Heimlich (si está inconsciente: colocarlo en decúbito supino y realizar 5 compresiones abdominales con ambas manos, rápidas y hacia arriba; si está consciente: de pie, sujetándole por detrás y efectuando las 5 compresiones abdominales hacia arriba y atrás.

7) Comprobar signos vitales (respiraciones y pulso braquial en lactantes o carotideo en niños). Si no se palpa pulso o la frecuencia es < 60 lpm en lactantes:

8) Masaje cardíaco: relación masaje/ventilación: 5/1. Frecuencia masaje: 100 compresiones/min.

8.1) En lactantes: compresión torácica con los dedos medio y anular en el esternón, un dedo por debajo de la línea intermamilar, deprimiendo el esternón 1/3 de la profundidad del tórax.

8.2) En niños 1-8 años: con el talón de la mano en la mitad inferior del esternón, dos dedos por encima del apéndice xifoides, con el brazo vertical y deprimiendo 1/3 de la profundidad del tórax.

8.3) En niños > 8 años: con ambas manos entrelazadas. Si hay un solo reanimador, la relación masaje/ventilación será de 15/2.

9) Activar el sistema de emergencias: si hay un solo reanimador se realiza RCP durante al menos 1 minuto antes de abandonar al niño para solicitar ayuda.

10) Comprobar la eficacia de la reanimación: cada 2 minutos comprobar pulso y respiración espontánea.

⁷⁸ATENCIÓN INICIAL AL TRAUMA PEDIÁTRICO

Protocolo de actuación

1º Evaluación y resucitación inicial

El concepto fundamental se basa en seguir la sistemática del “ABCDE”:

A: Inmovilización cervical bimanual y apertura vía aérea.

B: Ventilación.

C: Control de hemorragias y circulación.

D: Evaluación neurológica.

E: Examen físico.

Antes de pasar a la C es prioritario y vital haber resuelto primero el A y después el B.

A) Inmovilización cervical bimanual y apertura vía aérea:

(Maniobra de tracción mandibular, manteniendo la cabeza del niño en posición neutra).

B) Ventilación:

1) Descartar cuerpos extraños orales, aspirar sangre y secreciones, colocar cánula de Guedel (indicada solo en pacientes inconscientes) y comprobar si respira.

2) *Paciente obnubilado o consciente:* administrar oxígeno (sin ventilar) con flujo 10-15 lpm (de momento, no es preciso intubar).

Paciente inconsciente: ventilar con ambú+ reservorio con flujo 10-15 lpm y posteriormente intubación orotraqueal (número tubo = edad / 4 + 4 y sin manguito en < 8 años).

3) Comprobar la eficacia de la ventilación: (a: inspección, b: palpación, c: percusión, d: auscultación).

⁷⁸ (Urgències en pediatria - SlideShare, 2011) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS Patty, Oct. 16.docx)

⁷⁹a. Inspección: ver si expande ambos hemitórax simétricamente, presencia de heridas penetrantes (hemotórax abierto, taponamiento pericárdico), traumatopnea o ruido soplante por paso de aire a través de una herida en cada respiración (hemotórax abierto o aspirativo), movimientos paradójicos visibles de pared costal (volet costal), ingurgitación yugular (taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión).

b. Palpación: choque del latido de la punta cardíaca desplazado (neumotórax a tensión, hemotórax masivo).

c. Percusión: timpanismo (neumotórax), matidez (hemotórax).

d. Auscultación: tonos cardíacos apagados (taponamiento cardíaco), ausencia de murmullo vesicular (neumotórax).

En este momento se deben resolver con máxima urgencia las siguientes “lesiones con riesgo inminente de muerte”:

1) Neumotórax a tensión: diagnóstico clínico (inspección: dificultad respiratoria, ingurgitación yugular; palpación: choque del latido de la punta cardíaca desplazado; percusión: timpanismo en hemitórax afecto; auscultación: ausencia de ruidos respiratorios en hemitórax afecto). Tratamiento: toracocentesis urgente en 2º espacio intercostal línea medio-clavicular con aguja de calibre grueso conectada a una jeringa de 20 ml.

2) Neumotórax abierto o aspirativo: diagnóstico clínico (inspección: herida en tórax, traumatopnea). Tratamiento: sellar la herida con gasa húmeda o con vaselina pegada a la piel solo por tres de sus lados (se transforma en un neumotórax simple).

3) Hemotórax masivo: sangre en cavidad pleural >20 ml/kg o >25% volemia. Suele producirse por heridas penetrantes. Diagnóstico clínico (similar al neumotórax a tensión pero con matidez en hemitórax afecto).

⁷⁹ (Urgències en pediatria - SlideShare, 2011) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS Patty, Oct. 16.docx) (TESIS Rosa, Sept. 30.doc) (TESIS Patty, Oct. 16.docx)

Tratamiento: tubo de calibre grueso en 5º espacio intercostal línea medio-axilar y reposición rápida de la volemia.

4) Volet costal: un segmento pared torácica pierde continuidad con el resto. Diagnóstico clínico (movimientos paradójicos de la pared visibles y palpables). Tratamiento: inmovilización del segmento inestable con apoyo manual, bolsas arena, etc., y ventilación mecánica precoz.

5) Taponamiento cardíaco: acumulo de sangre en pericardio. Es raro en niños. Generalmente por heridas penetrantes. Diagnóstico clínico (inspección: herida penetrante en tórax, ingurgitación yugular, dificultad respiratoria; palpación: pulso paradójico, auscultación: tonos cardíacos apagados). Tratamiento: pericardiocentesis en ángulo costo-xifoideo izquierdo con aguja hacia la punta de la escápula izquierda. El neumotórax y hemotórax simples son lesiones que NO comprometen la vida del paciente; por tanto, deberán esperar a la fase de “2º examen físico” para su resolución.

C) Control de hemorragias y circulación:

1) Inspección:

- Si hay hemorragias visibles: taponamiento con gasas.
- Color mucocutáneo (palidez, mala perfusión periférica: signos de hipovolemia).

2) Palpación: pulsos radiales y femorales (si se palpan ambos: indica tensión arterial sistólica (TAS) > 90 mm Hg; si se palpan sólo los femorales: TAS entre 50-90 mm Hg; si no se palpan ni femorales ni radiales: TAS < 50 mm Hg).

3) Canalizar dos vías periféricas antecubitales (en lactantes: angiocatéter 20G; en niños 1-5 años: 18G; en niños mayores: 16G). Si no se

consigue en un tiempo máximo de 90 segundos o 3 intentos: pasar a la vía intraósea (rechazando huesos fracturados):

3.1) En < 6 años: en la cara antero-interna de la extremidad proximal tibial, a 1,5-3 cm por debajo de la línea imaginaria que une la tuberosidad anterior de la tibia y su borde interno.

3.2) En > 6 años: 2 cm por encima del maléolo interno. Si también fracasa la vía intraósea: canalizar la vena femoral.

4) Extracción de sangre para pruebas cruzadas, analítica y coagulación.

5) Reposición de volumen:

1) Bolo de cristaloides (suero salino fisiológico (SSF) o Ringer lactato) a 20 ml/kg calentado a 38°C y “a chorro”. Si no hay respuesta hemodinámica (se valora mediante el color, pulsos, frecuencia cardíaca y diuresis):

2) Repetir 2^{do} bolo. Si no mejora:

3) Repetir 3^{er} bolo o bien, si ya está disponible, concentrado de hematíes grupo O negativo a 10 ml/kg, mezclado con la misma cantidad de SSF calentado a 38°C. Si persiste la ausencia de respuesta:

4) En primer lugar, descartar hemorragias internas (taponamiento cardíaco, hemotórax masivos no detectados en el apartado B) o hemorragia abdomino-pelviana: avisar al CIRUJANO para realizar laparotomía urgente).

5) Finalmente, sospechar un fallo de bomba cardíaca (ingurgitación yugular): añadir drogas vasoactivas (dopamina, dobutamina, adrenalina).

5.1) Pacientes con inestabilidad hemodinámica progresiva, aunque no estén en coma, deben intubarse, previa pauta rápida de sedación-relajación (midazolam: 0,2 mg/kg, succinilcolina: 2 mg/kg, atropina: 5-10 mg/kg y fentanilo: 4-8 mg/kg i.v).

5.2) En quemados con >15% de superficie corporal afecta: aplicar la fórmula de Parkland: 3-4 ml/kg/día/% superficie corporal quemada de cristaloides (SSF o Ringer lactato) + necesidades basales, a pasar en las primeras 24 h (50%: en las primeras 8 h, resto: en las 16 h siguientes).

D) Evaluación neurológica:

- a) Nivel de conciencia: consciente / obnubilado / coma.
- b) Función pupilar: valorar reactividad y simetría pupilar.

E) Primer examen físico: (rápido y general)

Exponer al paciente (desnudarle por completo) para buscar lesiones importantes: amputaciones, fracturas, hemorragias. Después cubrir rápidamente y realizar control de temperatura (si hay hipotermia: abrigar y calentar los líquidos intravenosos).

2º Segundo examen físico: (tomográfico). Siempre seguir la sistemática de inspección-palpación percusión-auscultación.

✚ CABEZA: - Cuero cabelludo: inspección (heridas, hemorragias), palpación (crepitación, fracturas), percusión y auscultación (fístulas).

- Frente: inspección, palpación, percusión.

- Ojos: realizar el "MEN" (MINIEXAMEN NEUROLÓGICO): valora 3 aspectos: 1) Glasgow; 2) Pupilas; 3) Función motora miembros (movilidad, sensibilidad). En este nivel también se realiza la prevención o tratamiento de las convulsiones.

- Fosas nasales: descartar presencia de sangre, líquido cefalorraquídeo (sospecha de fractura de base de cráneo: contraindica el sondaje nasogástrico).

- Pabellones auriculares: sangre, líquido cefalorraquídeo (sospecha de fractura de base de cráneo).

- Boca: aspirar secreciones o sangre, comprobar la correcta colocación del tubo orotraqueal, poner sonda orogástrica (si sospecha de fractura de base craneal).

✚ CUELLO: - Inspección (tráquea centrada o no, ingurgitación yugular), palpación (pulsos carotídeos, columna cervical).

- Sustituir la inmovilización cervical bimanual por un collarín tipo Philadelphia con almohadillas laterales (siempre).

- Solicitar radiografía lateral cervical más AP de tórax más AP de pelvis (se deben realizar las 3 en todo traumatismo craneoencefálico).

✚ TÓRAX: - Inspección (heridas), palpación (fracturas, hundimientos costales, choque del latido de la punta cardíaca), percusión (timpanismo: neumotórax simple; matidez: hemotórax simple), auscultación (murmullo vesicular, tonos cardíacos).

- En este apartado es cuando se resuelve un neumotórax simple y/o hemotórax simple: ambos mediante un tubo en el 5º espacio intercostal línea medioaxilar. Si son muy pequeños: actitud expectante.

✚ ABDOMEN: - Inspección (heridas, hematomas), palpación (si es dolorosa sugiere irritación peritoneal: sospechar hemorragia interna por rotura de víscera abdominal), percusión (matidez: hemorragia; timpanismo: aire), auscultación (ruidos hidroaéreos).

✚ PELVIS: - Inspección (hematomas, asimetrías), palpación (crepitación, dolor: sospecha de fracturas).

✚ PERINÉ, RECTO: - Inspección (sangre en meato urinario, escroto: sospecha de lesión uretral: contraindica el sondaje vesical); palpación (examen vaginal y tacto rectal: sangre, palpación de la próstata; pérdida de tono del esfínter anal: sospechar lesión medular).

✚ ESPALDA: - Inspección, palpación y fijación corporal mediante una Tabla Pediátrica.

✚ MIEMBROS: - Inspección (hematomas, fracturas, luxaciones: éstas sólo se deben inmovilizar y fijar, la reducción se realiza en quirófano), palpación (pulsos).

- Inmovilización y profilaxis antitetánica y antibiótica.

3º/ Categorización y triage (selección): Se utiliza el índice de trauma pediátrico (ITP) diseñado por Tepas y cols. El ITP se debe calcular en el lugar del accidente y a la llegada de la víctima al hospital.

La importancia del ITP radica en su valor predictivo, ya que a partir de un ITP igual o menor de 8 se eleva progresivamente el índice de mortalidad; por tanto, representa la puntuación por debajo de la cual un niño con traumatismo craneoencefálico debe ser derivado a un hospital de alta complejidad con Unidad de Cirugía Pediátrica.

Además del ITP se consideran también otras situaciones asociadas: caídas de altura, accidentes de tráfico de alta energía, quemaduras, enfermedades previas, entre otros.

4º/ Estabilización y transporte: Una vez estabilizado el niño, si no está siendo atendido en un hospital de tercer nivel, es preciso trasladar al niño a un hospital de tercer nivel con equipo multidisciplinario experto en trauma pediátrico. Es fundamental y necesario mantener un contacto telefónico previo con el hospital receptor informando de la situación del enfermo a trasladar (ITP) y las medidas asistenciales aplicadas.

CONCLUSIONES DEL PROTOCOLO:

- ✚ La “atención inicial al trauma pediátrico” comienza en la PREVENCIÓN.
- ✚ El pediatra de Atención Primaria desempeña un papel fundamental como educador sanitario.
- ✚ Los principales factores que mejoran el pronóstico de la parada cardiorrespiratoria infantil son la utilización de las medidas

preventivas y la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar (RCP) pediátrica.

- ✚ La educación en RCP infantil debe ser “universal”; dirigida no sólo a profesionales especializados, sino a todo el personal sanitario, parasanitario e incluso a la población general, dado que los accidentes infantiles ocurren fuera del hospital y su pronóstico depende de la calidad de la atención inicial.

- ✚ Es indudable que el transporte del niño críticamente enfermo, presenta en nuestro país graves deficiencias, tanto de recursos humanos como económicos. La carencia de personal debidamente entrenado y de sistemas de transporte suficientemente equipados, debería ser una prioridad sanitaria y política; sobre todo en aquellas Comunidades Autónomas particularmente discriminadas en este sentido.

- ✚ La generalización de protocolos estandarizados y el entrenamiento por personal cualificado (cursos de RCP pediátrica básica y avanzada y cursos de atención inicial al trauma pediátrico) contribuirán a mejorar la calidad en la asistencia al niño con traumatismo craneoencefálico y su pronóstico vital.

4.11. IMPACTO DE LA PROPUESTA

Al realizar los protocolos de cuidados y atención de enfermería para los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico hospitalizados en la Unidad de Cuidados del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, se

espera captar el interés del personal de enfermería que labora en esta área, ya que son ellos responsables del bienestar del paciente, y de mejorar su calidad de vida en la estancia hospitalaria.

En la investigación se utilizaron las técnicas de la entrevista, aplicación de las encuestas y la guía de observación al personal de enfermería, con la finalidad de identificar las debilidades del cuidado, para fortalecer los conocimientos del personal y obtener los resultados esperados, de mejorar los cuidados específicos en los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, atendidos en el hospital de estudio.

⁸⁰CONCLUSIONES

Después de haber realizado la investigación acerca de los cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” y respondiendo a los objetivos y variables trabajados en la investigación, y los resultados obtenidos como producto final, se ha llegado a las conclusiones siguientes:

- Que el personal de enfermería profesional y no profesional es de género femenino en el 100%; representado por el 50% de licenciadas y el 50% de auxiliares en enfermería. No se encontró personal con nivel académico de especialista en cuidados críticos, que sería lo ideal para aplicar los cuidados de enfermería a los pacientes con traumatismo craneoencefálico, con un buen manejo de las técnicas.
- El 6% del personal profesional y no profesional, tiene un tiempo de experiencia laboral de 1 a 5 años; y puede que exista falta de experiencia en el cuidado de los pacientes con TCE por el poco tiempo de servicio; y con respecto a las licenciadas, en su mayoría tienen de 21 y más años con el 11%, denotándose más experiencia en sus funciones, o puede que también sus actividades se tornen rutinarias con los años de servicio en el área de estudio.
- Con respecto a la existencia del protocolo de enfermería para pacientes con traumatismo craneoencefálico, el 100% de las licenciadas y el 100% de las auxiliares en enfermería, manifiestan que no existe en el área protocolo para el manejo de estos pacientes.

⁸⁰ (7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf)
([http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20))

- ✚ El 70% de licenciadas refieren que nunca han recibido capacitación sobre TCE, al igual que el 88% de auxiliares; es por esta razón que no pueden demostrar un buen desempeño en estas actividades.
- ✚ Con relación a la intervención del personal profesional de enfermería durante el cuidado de los usuarios pediátricos con TCE, se determinó que la intervención del profesional de enfermería es limitada ya que existen actividades que en su mayoría no son realizadas, en cuanto a verificar la permeabilidad de las vías respiratorias puesto que el 30% lo realiza y el 70% no lo realiza; llevar registros estadísticos de la frecuencia respiratoria y verificación de gases arteriales, el 59% siempre lo hace y 41% a veces lo hace.
- ✚ En cuanto a las necesidades circulatorias del paciente, se constató que el profesional de enfermería pocas veces cuantifica y registra la frecuencia cardíaca, evidenciándose déficit en la calidad de atención de los profesionales de enfermería en estos usuarios, porque sólo el 59% de las licenciadas asumen la responsabilidad de la cuantificación y registro de frecuencia cardíaca, observándose que existe un 29% que a veces realiza esta actividad, y el 18% nunca lo realiza.
- ✚ Con la aplicación de la guía de observación se pudo evidenciar que el 88% del personal profesional de enfermería administra la medicación prescrita y el 12% no lo hace.
- ✚ Referente al control de signos vitales, el 82% de las auxiliares llevan registros de las constantes vitales del usuario pediátrico; el 12% a veces lo hace y el 6% no realiza esta actividad. En lo que respecta a registro de temperaturas para detectar infecciones, sólo un 70% la realiza, no obstante el 30% no lleva a cabo esta actividad.
- ✚ En cuanto a la prevención de lesiones cutáneas, se pudo notar que un 58% realiza la higiene al paciente diariamente, evidenciándose

también que el 24% lo realiza a veces y el 18% no realiza la higiene respectiva. El 58% realiza siempre los cambios posturales del paciente; el 24% lo hace a veces, y el 18% no realiza dicho cambio. Se debe realizar diariamente cambios frecuentes de posición con el objeto de no ocasionar o producir lesiones de piel en el usuario, quedando en evidencia que un bajo porcentaje de profesionales en enfermería lleva a cabo la actividad concerniente a la prevención de lesiones cutáneas.

- ✚ Con respecto a la movilización y actividad del paciente, se puede observar que un 47% evalúa la presencia y ausencia de movimientos voluntarios e involuntarios, mientras que el 47% lo evalúa a veces y el 6% no realiza este tipo de actividad; dejando atrás la importancia de las mismas para la rehabilitación y recuperación del usuario con TCE, ya que de los primeros cuidados de enfermería que pueda recibir, dependerá su completa y normal recuperación.
- ✚ Según la aplicación de la etapa de planificación de enfermería, se destaca las actuaciones de enfermería y la documentación y registro con el 70%; seguido de establecer las prioridades con 59%, mientras que el 12% no lo hace. En los resultados se obtuvo también, que el 24% de las licenciadas, nunca realizan el planteamiento de los objetivos. Con respecto a las auxiliares, no realizan la planificación.
- ✚ Referente a las medidas de asepsia y antisepsia aplicadas en la atención del paciente con TCE, se obtuvo que el 82% de las licenciadas en enfermería realizan el lavado de manos y mantienen las medidas de asepsia y antisepsia; y con respecto a las auxiliares en enfermería, el 58% realizan siempre estas actividades.
- ✚ Refiriéndose a la hipótesis planteada en la investigación, se puede observar que se cumple, porque incide en los cuidados de enfermería

proporcionados a los pacientes pediátricos con TCE, la inexistencia del un protocolo en el área, el conocimiento del personal sobre los TCE, la experiencia laboral y la falta de capacitación del personal.

⁸¹RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones obtenidas en la investigación, se presentan las recomendaciones siguientes que van a servir para que el personal de enfermería se capacite y pueda prevenir las complicaciones que se presentan en los pacientes pediátricos con TCE, brindando una atención de calidad, en el hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

- ✚ Al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital en estudio, se le recomienda fomentar la aplicación de los protocolos de atención de enfermería elaborados en la propuesta de esta investigación, para el cuidado directo y asistencial que requieren los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, para optimizar y estandarizar los procedimientos, y proporcionarles una mejor calidad de vida en su estancia hospitalaria.
- ✚ Que la institución de salud en estudio, proporcione capacitación al personal de enfermería en la atención del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico para que actualice los conocimientos y pueda proporcionar una atención de calidad en el área.
- ✚ Orientar al personal de enfermería con el objeto de que éste apoye y oriente a los familiares del paciente pediátrico, con relación a las necesidades fisiológicas, físicas y psicológicas que requiere el paciente con traumatismo craneoencefálico, para superar la lentitud en el progreso del mismo y las dificultades en el período de hospitalización y en la fase de recuperación.

⁸¹ (: [http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCION%20DE%20)

BIBLIOGRAFÍA

Azperua, Erazo Luis Dr. (2008). Traumatismo Craneoencefálico. <http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/Traumatismo%20Cr%C3%A1neo%20II.pdf>.

Abreu, Daisy Dra., LACERDA, Ángel Dr., MARTINEZ, Taisa Dra. (2010). Revista colombiana de pediatría. <http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pediatrica39404-comportamiento.htm>

Brunner y Sudarth. Enfermería Médico-Quirúrgica Suzanne C, Smeltzer Brenda G, Bare, novena edición.

Casas, Fernández Carlos. (2004). Protocolos de Neurología para el manejo de pacientes. <http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/17-tce.pdf> García FJ et al.

Elorza, Gustavo y otros colaboradores. (2006). Manual de Enfermería de Zamora, 1º edición, Colombia.

Esteve, J; Mitjans. J. (2002). Enfermería Técnicas Clínicas. Editorial Mc Graw - Hill / Interamericana. Madrid.

García, Peláez María Elena, Los Arcos Solas Martha [Versión electrónica] <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo120/capitulo120.htm>

Gil, Hermoso María, García Peláez María. (2008). Valoración neurológica. www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo119/capitulo119.htm.

Guyton, A. C. (2002). Tratado de Fisiología Médica. Ed. Interamericano. Madrid, 421-22.

Grupo de Trabajo para Medicina de Urgencias Santander. (2010). Manual de Urgencias para Enfermería. Ed. Aran; 139-145.

Jhonsson, Miriam (2009). Manual de atención personalizada del proceso de enfermería.<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe040>

Muizelaar, JP, Marmarou A, De Salles AAF, et al: (2005). Cerebral blood flow and metabolism in severely head-injured children. Part. 2. J. Neurosurg 71:72-76.

NANDA, (2008). Definiciones y Clasificaciones. Diagnósticos Enfermeros.

Peña, G. Traumatismos Craneoencefálicos. Conceptos y consideraciones para su manejo. En proceso de Impresión.

Quiñones, Ernesto Dr.; Ugazzi, Michelle Dra.; Campos, Santiago Dr.; Tara Smith Dra. (2001). Bases de Pediatría Crítica. Tercera edición. Quito-Ecuador.

Quayle K. Lesión craneoencefálica menor. Clínicas médicas de urgencias pediátricas de Norteamérica. 1999; (6)1267.

Rosenorn, HJ. Duus D, Nielsen K et al: (2009). Is a skull X-ray necessary after milder head trauma? Br J Neurosurg 5:135-139.

Spalteholz, W. (2000). Atlas de Anatomía Humana. Ed. Labor, S.A. Barcelona, Tomo tercero: 695.

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. (2008). Atención Inicial al Paciente Politraumatizado, Valoración y Resucitación. Ed Fundación EPES. Revisión 1999: 17.

SCIELO, Atención de enfermería en los pacientes con trauma cráneo encefálico, [http:// www.scielo.org.bo/img/revistas/rbp/v47n1/cuadro06_1.gif](http://www.scielo.org.bo/img/revistas/rbp/v47n1/cuadro06_1.gif).

(s.f.). Recuperado el 23 de marzo de 2013, de [www.google.com/estructuradelcraneo.:](http://www.google.com/estructuradelcraneo.)
www.google.com/estructuradelcraneo.

(s.f.). Enfermería Médico-quirúrgica. SMELTZER C. Suzanne,.
:

[http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATE
NCION%20DE%20](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATE%20NCION%20DE%20) (s.f.). Recuperado el 12 de junio de 2013, de :
[http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATE
NCION%20DE%20](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATE%20NCION%20DE%20)

Labor de enfermería en el traumatismo ... - SciELO - Infomed. (2003).
Recuperado el 12 de enero de 2013, de
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
03192003000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000100009)

Labor de enfermería en el traumatismo ... - SciELO - Infomed. (2003).
Recuperado el 12 de febrero de 2013, de
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
03192003000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000100009)

Lóbulos Occipitales | - Fundación Anna Vázquez - WordPress.com. (3 de septiembre de 2007). Recuperado el 12 de marzo de 2013, de
[http://fundacionannavazquez.wordpress.com/2007/09/03/lobulos-
occipitales/](http://fundacionannavazquez.wordpress.com/2007/09/03/lobulos-occipitales/)

TESIS PDF COMPLETA - Repositorio Digital ESPE - Escuela ... (2008).
Recuperado el 12 de julio de 2013, de [tesis completa.pdf](#)

Tec En Pediatría - Ensayos - Katherinminaya - BuenasTareas.com. (2010).
Recuperado el 23 de enero de 2013, de
[http://www.buenastareas.com/ensayos/Tec-En-
Pediatría/1014744.html](http://www.buenastareas.com/ensayos/Tec-En-Pediatría/1014744.html)

Urgències en pediatria - SlideShare. (2011). Recuperado el 3 de marzo de 2013, de [http://www.slideshare.net/miguelmolina2008/urgncies-en-
pediatria](http://www.slideshare.net/miguelmolina2008/urgncies-en-pediatria)

durante la realización del masaje cardíaco a una niña oa u.... (18 de noviembre de 2012). Recuperado el 2 de enero de 2013, de
[http://www.opes.es/foros/tema/durante-la-realizacion-del-masaje-
cardiaco-a-una-nina-o-a-u/](http://www.opes.es/foros/tema/durante-la-realizacion-del-masaje-cardiaco-a-una-nina-o-a-u/)

TÉCNICAS DE ESTUDIO. (31 de enero de 2013). Recuperado el 12 de junio de 2013, de <http://tecnicasestudiadas.blogspot.com/>

7 CUIDADOS DE ENFERMERIA PRE Y POST QUIRURGICO.pdf. (s.f.).
Recuperado el 12 de enero de 2013, de 2012: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PERIODO PRE Y POSTOPERATORIO A NEONATOS

cerebromente - El Poder De La Mente? (s.f.). Recuperado el 7 de junio de 2013, de <http://www.elpodermente.com/cerebromente.html>

Comunicacion Humana - Amazon Web Services. (s.f.). Recuperado el 10 de abril de 2013, de http://webjam-upload.s3.amazonaws.com/comunicacion_humana__3511__.ppt

Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico. (s.f.). Recuperado el 12 de junio de 2013, de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo120/capitulo120.htm>

Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico. (s.f.). Recuperado el 12 de junio de 2013, de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo120/capitulo120.htm>

Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico. (s.f.). Recuperado el 1 de julio de 2013, de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo120/capitulo120.htm>

Cuidados en el traumatismo craneo-encefálico. (s.f.). Recuperado el 3 de marzo de 2013, de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion7/capitulo120/capitulo120.htm>

http://media.wix.com/ugd/bfb8eb_715f73d6166ac01ffaa074351b43d523.pdf? (s.f.). Recuperado el 3 de julio de 2013, de http://media.wix.com/ugd/bfb8eb_715f73d6166ac01ffaa074351b43d523.pdf?

<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20> (s.f.). Recuperado el 12 de julio de 2013, de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20>

<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20> (s.f.). Recuperado el 13 de febrero de 2013, de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/402/1/16%20ATENCIÓN%20DE%20>

LOBULOS DEL CEREBRO | EL CEREBRO - WordPress.com. (s.f.). Recuperado el 12 de abril de 2013, de <http://irinagustin.wordpress.com/category/lobulos-del-cerebro/>

Project Fedena - Free & Opensource Student Information System ... (s.f.). Recuperado el 14 de junio de 2013, de <http://www.sld.cu/print.php?idv=25729>

Reanimación Cardiopulmonar Básica. (s.f.). Recuperado el 7 de marzo de 2013, de <http://rcp-basica.blogspot.com/>

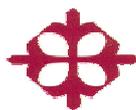
TESIS LEONOR, Sept. 27.doc. (s.f.). Recuperado el 1 de marzo de 2013, de *TESIS LEONOR, Sept. 27.doc*

TESIS Patty, Oct. 16.docx. (s.f.). Recuperado el 12 de enero de 2013, de 2013: *TESIS Patty, Oct. 16.docx*

TESIS Rosa, Sept. 30.doc. (s.f.). Obtenido de 2013: *TESIS Rosa, Sept. 30.doc*

Traumatic Brain Injury Resource Guide - Lobulos occipitales. (s.f.).
Recuperado el 23 de enero de 2013, de
<http://neuroskills.com/espanol/lobulos-occipitales.php>
tutoria2idis3-mairan (1).docx. (s.f.). Recuperado el 2 de marzo de 2013, de
tutoria2idis3-mairan (1).docx
tutoria2idis3-mairan.docx. (s.f.). Recuperado el 13 de junio de 2013, de
tutoria2idis3-mairan.docx

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE", DE ABRIL A JUNIO DEL 2013

TEST PARA EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA

Instrucciones:

- Su respuesta tiene carácter confidencial y es solo para fines de la investigación
- Lea detenidamente cada pregunta para el desarrollo de este formulario.
- Seleccione con una X la respuesta que usted considere.

A.- CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL

1. Nivel académico:

Magister o especialista____ Licenciada____ Auxiliar en enfermería____

2. Sexo:

Masculino____ Femenino____

3. Edad:

21 - 30 años____ 31 - 40 años____
41 - 50 años____ 51 y más años____

4. Experiencia laboral:

1 - 5 años____ 6 - 10 años____ 11 - 15 años____
16 - 20 años____ 21 y más años____

B.- CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL

5. ¿Existen protocolos en el área para el manejo de pacientes con TCE?

Si _____ No _____

6. ¿Conoce usted cuáles son los tipos más comunes de fracturas que se presentan en los pacientes pediátricos que han sufrido TCE?

Fractura lineal _____ Fractura con hundimiento _____
Fractura de la base de cráneo _____ No conozco _____

7. ¿Conoce usted qué tipo de lesiones cerebrales son las más comunes en los pacientes pediátricos que han sufrido TCE?

Conmoción _____
Contusión _____
Edema cerebral _____
Contusión y edema _____
Daño axonal difuso _____
No conozco _____

8. ¿Qué tipo de lesiones cerebrales hemáticas afectan con más frecuencia a los pacientes pediátricos con TCE?

Hematoma Epidural _____
Hematoma Subdural _____
Hematoma Intraparenquimatoso _____
Hematoma Subaracnoidea _____

9. ¿Cuáles son las causas del mecanismo de la lesión más comunes que presentan los TCE en los pacientes que llegan a procedimientos?

Aceleración e impacto _____
Desaceleración _____
Compresión _____
Penetración o perforación _____

C.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA

10. ¿Qué técnica utiliza más para la obtención de los datos del paciente?

Entrevista clínica _____
La observación _____
La exploración física _____
Medios de diagnósticos _____
Céfalo-caudal _____
Sistemas y aparatos _____
Por patrones funcionales de salud _____

11. ¿Al llegar un paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) a la Unidad, realiza usted la valoración inicial?

Si _____ No _____ A veces _____

12. ¿Señale las alternativas que usted valora en primera instancia al aplicar el ABC al paciente pediátrico con TCE?

ETAPAS	Siempre	A veces	Nunca
Permeabilización de la vía aérea			
Inmovilización cervical			
Respiración ventilación			
Circulación			
Disfunción Neurológica			

13. ¿Realiza usted la valoración neurológica con la escala de Glasgow para clasificar a los TCE leves, moderados y graves?

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

14. ¿Aplica usted la re-valoración si los resultados esperados no son óptimos según la evaluación del paciente pediátrico con TCE?

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

15. ¿Realiza las siguientes actividades en el cuidado del paciente pediátrico con TCE?

ACTIVIDADES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Canalización de vía periférica			
Colocación de vía central			
Cambios posturales			
Control de signos vitales			
Control de hemorragia			
Administración de medicamentos			
Aspiración de secreciones			
Colocación de sonda nasogástrica y vesical			
Higiene del paciente			

16. ¿Con qué frecuencia aplica usted las etapas de planificación de enfermería?

ETAPAS	Siempre	A veces	Nunca
Establecer prioridades			
Planteamiento de objetivos			
Actuaciones de enfermería			
Documentación y registro			

17. Cuáles son los medicamentos más utilizados en los niños con TCE y cuál es su indicación?

MEDICAMENTOS	Efectos esperados	Dilución del medicamento	Efectos adversos
Manitol			
Decadrón			
Dexametazona			
Furosemid			
Di-fenil			
Acetaminofen			
Aspirina			

16. ¿Con qué frecuencia la institución de salud le proporciona capacitación sobre el traumatismo craneoencefálico?

AGRADECEMOS SU ATENCIÓN



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE", DE ABRIL A JUNIO DEL 2013

GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Objetivo: Recolectar información a través de la observación de la atención que enfermería proporciona a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico, para contribuir a mejorar su atención en el área de estudio.

GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

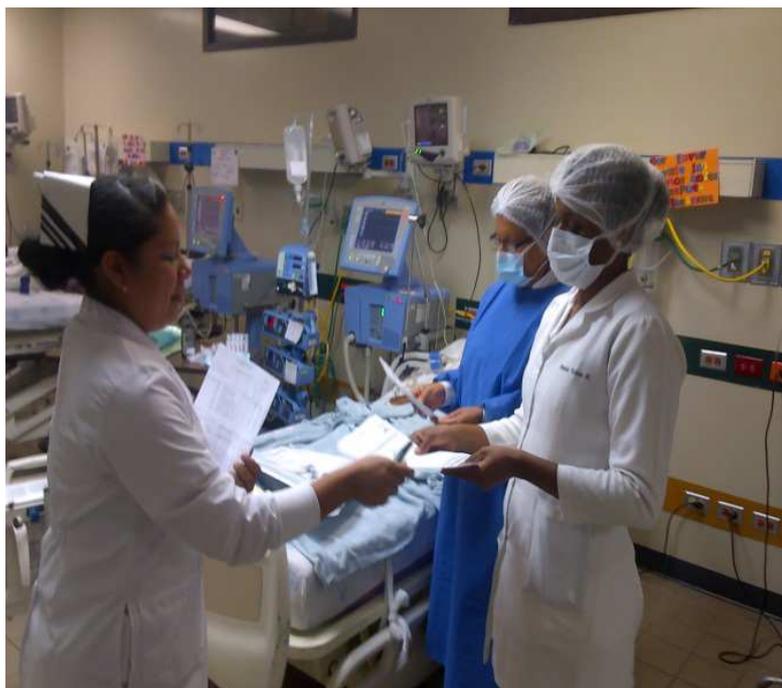
Licenciada_____

Auxiliar_____

ACTIVIDADES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Valoración de la escala de Glasgow			
Permeabilización de la vía aérea			
Canalización de vía periférica			
Verificación de gases arteriales			
Revisión de las temperaturas			
Movilización y actividades			
Cambios posturales			
Control de signos vitales			
Control de la hemorragia			
Administración de medicamentos			
Aspiración de secreciones			
Colocación de sonda nasogástrica			
Colocación de sonda vesical			
Higiene del paciente			
Lavado de manos antes y después de cada procedimiento			

ANEXO DE FOTOS

Realizando las encuestas a las licenciadas y auxiliares que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde



Aplicando la Guía de observación a las licenciadas y auxiliares del área de estudio

