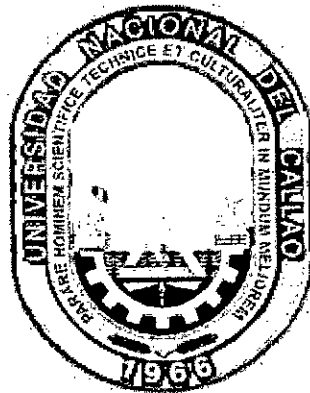


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO EN LA
UNIDAD DE TRAUMA SHOCK - SERVICIO DE
EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL
NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 2009 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PAOLA ELIZABETH MEJIA ZUÑIGA

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO	Presidenta
DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON	Vocal

ASESOR: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 004

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 414

Fecha de aprobación del Trabajo Académico: 30/10/2017

Resolución de Decanato N°2693-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. MEJÍA ZÚÑIGA PAOLA ELIZABETH

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	04
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	04
1.2 OBJETIVO.....	07
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	07
II. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL.....	11
2.1 ANTECEDENTES.....	11
2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL O TEÓRICO.....	15
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	36
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	37
3.3 PROCESOS REALIZADOS.....	51
IV. RESULTADOS.....	55
V. CONCLUSIONES.....	58
VI. RECOMENDACIONES.....	59
VII. REFERENCIALES.....	61
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El siguiente informe titulado **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK - SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, 2009 - 2017”**, tiene como finalidad plasmar mi experiencia laboral, a través de los conocimientos adquiridos en el campo urbano- marginal afianzados de conocimientos científicos llevados a la práctica con el fin de optimizar el proceso de atención de enfermería con un enfoque integral y sistémico, que pretende solucionar las necesidades de atención de la salud de la población infantil basado en principios de, integralidad, Universalidad en el acceso equidad, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, así mismo descentralización, participación y promoción de la ciudadanía.

Mediante el presente informe de experiencia profesional describiremos los cuidados de enfermería en pacientes con TEC. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente los signos de alarma y riesgo de complicación, lo cual es un paso muy importante para prevenir daños irreversibles, y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la morbimortalidad en pacientes pediátricos con TEC.

Entre los principales factores de riesgo del TEC en trabajos de investigación realizados mundialmente destacan:

- Falta de cuidado de los padres, dado por cuidados a cargo de terceros.
- El maltrato infantil.
- Edad: normalmente tiene dos picos de producción; el primero alrededor de los 2 años lo que coincide con el comienzo de la marcha, y otro alrededor de los 15 años en el cual el adolescente incursiona en actividades recreativas y otras de mayor riesgo como los accidentes de tránsito.

La necesidad de atención de salud en paciente pediátrico, ha crecido a medida que pasa los años, por ello se necesita incrementar enfermeras especialistas en el área pediátrica, infraestructura y recursos materiales.

Las recomendaciones están dirigidas que a través de la jefatura se logre el incremento de profesionales especialistas; así mismo establecer un plan de capacitación continua hacia el personal de enfermería.

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) o embolia encéfalo craneal (EEC) es la alteración en la función neurológica u otra evidencia de patología cerebral a causa de un Traumatismo que ocasione un daño físico en el encéfalo. El TEC representa un grave problema de salud y es la causa más común de muerte y discapacidad en la gente joven, sin contar las grandes repercusiones económicas relacionadas; así mismo

constituye una importante causa de morbimortalidad en la población pediátrica.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática:

El servicio de emergencia es la unidad orgánica y funcional del Hospital Nacional Cayetano Heredia encargada de brindar atención médico quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentren en situación de emergencia.

Nuestras instalaciones cuentan con tópicos de atenciones diferenciados, además cuenta con salas de reanimación (Unidad de Trauma Shock), UCI emergencia.(1)

El Servicio de Emergencia pediátrica dentro del organigrama estructural del Hospital Nacional Cayetano Heredia está considerado como un tópico de atención a pacientes pediátricos, mas no como un servicio individual, siendo esto una limitante de gran magnitud para el personal debido a la carencia de recurso humano y material ;dicho servicio cuenta con triaje, tópico de cirugía con capacidad de atención de 8 pacientes, terapia respiratoria con una capacidad de 8 pacientes observación con una capacidad de 6 pacientes y dos camas de aislados y una unidad de trauma shock con capacidad de un paciente.

El Traumatismo encéfalo craneano (TEC) grave ha aumentado en los últimos años, representando una causa importante de morbimortalidad pediátrica. El 5% de los TEC en niños son severos, con una mortalidad que varía entre 34 y 60%, por lo que el manejo precoz y agresivo es de vital importancia. El TEC puede ser definido

como todo trauma craneano causado por una fuerza externa que tiene como resultado una alteración a nivel anatómico y/o funcional (motora, sensorial y/o cognitiva) del encéfalo y sus envolturas, en forma precoz o tardía, permanente o transitoria.

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) es causa importante de morbilidad y mortalidad. En Sudamérica se reporta la mayor incidencia y constituye una de las principales causas de muerte en menores de 15 años. En Perú, el trauma es la primera causa de muerte en niños entre 1 y 14 años y el TEC corresponde al 57,3% de casos. La mortalidad por TEC se produce en tres momentos, 50% fallecen inmediatamente después del accidente, 35% en la primera hora después del accidente y 15% durante la hospitalización. Por lo tanto, la prevención sería la forma más eficiente de disminuir la mortalidad y la mejor estrategia debiera ser a través de campañas de educación e investigación de los factores de riesgo para cada región.

En la mayoría de países las caídas son la principal causa de TEC pediátrico; no obstante, los accidentes de tránsito tienen una mayor prevalencia en algunas regiones. En la mayoría de países sudamericanos no se conocen las características propias del accidente, como días y meses más frecuentes, lugar, hora del día y mecanismo. En nuestros hospitales, a pesar de ser una de las principales causas de atención en emergencia, no se conoce la evolución clínica de los niños hospitalizados y los estudios de referencia no pueden ser extrapolados a nuestra realidad. El objetivo del estudio fue describir las principales características epidemiológicas y clínicas del TEC en niños de un hospital de Lima, Perú.

McKinlay (2) ha estimado una prevalencia global de TEC del 30% en una cohorte de seguimiento de 25 años, con una incidencia de 2,36% por año. 2 Otros autores como Bruns et al ha estimado la incidencia anual en EEUU para todas las edades de 0,25 x 100 habitantes. 5

De acuerdo al INEC 2011, el trauma craneal representa la quinta causa de egreso hospitalario para el grupo de edad de 0 a 15 años en el país, lo que constituye el 3,18% del total de egresos hospitalarios.9

Marti (3) en Valencia, en un estudio descriptivo retrospectivo en los años 2010 y 2011 ha estimado una incidencia de TEC del 5,8%.26

Vásquez en México (4), en un estudio de cohorte dinámica realizado durante un año en urgencia pediátrica en un Hospital de segundo nivel, encontró que de las 9367 consultas el TEC se presentó en 538 niños, con una incidencia del 6%.

En un estudio piloto llevado a cabo en Septiembre de 2011 se determinó que la prevalencia de traumatismo intracraneal en el servicio de emergencia pediátrica del HVCM, fue de 9,7% del total de atendidos, heridas de cabeza 7,3%, traumas no especificados de cabeza 1,2 % y fracturas de huesos del cráneo 0,1% que juntos representan el 18,3% del total de patologías atendidas.

Ramírez en Manizales –Colombia (5), entre los años 2003–2010, encontró que el TEC constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad generada por el maltrato físico infantil, así de 2468 menores con maltrato, 972 presentaron maltrato físico y de estos cuatro (0,4%) evidenciaron lesiones en cabeza y cara. Encontró

además que de 854 defunciones en menores de 18 años, el 6,1% (52 casos) presentaron TEC.25

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano en la unidad de trauma shock - servicio de emergencia pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2009 - 2017.

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener en el manejo de traumatismo encéfalo craneano (TEC) en pacientes pediátricos en el servicio de emergencia pediátrica del hospital nacional Cayetano Heredia con el propósito de disminuir múltiples complicaciones.

El trauma encéfalo craneal (TEC), es una de las principales causas de atención en emergencia pediátrica del país y el mundo. Representa una carga en morbilidad y mortalidad, constituyendo una causa importante de internamiento, complicaciones y muerte en pediatría.

Como se evidencia mundialmente la prevalencia en cada país es bastante variable, más aún, no se dispone de suficiente información en nuestro medio sobre la prevalencia real de trauma cráneo encefálico en niños en los servicios de emergencia ni de los factores relacionados al mismo. Por lo tanto, conocer las principales causas del TEC permitirá adoptar medidas de prevención y educación en salud; de esta manera se podrá realizar educación sanitaria basada en los principales factores de riesgo a evitarse en la comunidad, teniendo en cuenta que el traumatismo encéfalo craneano constituye así una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener en el manejo de traumatismo encéfalo craneal (TEC) en la unidad de shock trauma del servicio de emergencia pediátrica del hospital nacional Cayetano Heredia. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados en traumatismo encéfalo craneano (TEC) en pacientes pediátricos dentro de la unidad de trauma shock por el tiempo que lo requiera el paciente.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes pediátricos con TEC en la unidad de trauma shock del servicio de emergencia pediátrica del hospital nacional Cayetano Heredia. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para unificar criterios de atención y desempeñar con éxito la labor en la unidad de trauma shock del servicio de emergencia pediátrica del hospital nacional Cayetano Heredia y brindar una adecuada atención a este tipo de pacientes.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los profesionales de enfermería y estandarizar criterios en el manejo de traumatismo encéfalo craneano (TEC) en pacientes pediátricos.

Nivel Económico: Los pacientes pediátricos con traumatismo encéfalo craneano (TEC) pueden llegar a ser un gran problema para la salud pública como para la familia por la morbilidad que suponen,

debido a sus complicaciones y secuelas permanentes, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan ya que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios y ocasiona en el paciente: pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

II. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL

2.1 Antecedentes

Daniel Guillén-Pinto, Alonso Zea-Vera, Daniel Guillén-Mendoza, Miguel Situ-Kcomt, Carolina Reynoso-Osnayo, Luis M. Milla-Vera, Erika Bravo-Padilla, Iván O. Espinoza, María del Pilar Medina-Alva **(6) “Traumatismo encefalocraneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Perú 2004-2011”**

Con el objetivo de describir las características del traumatismo encefalocraneano (TEC) en niños atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los años 2004 y 2011 se realizó un estudio de serie de casos. Se incluyeron 316 menores de 14 años, la mediana de edad fue 4 ± 3 años. El 63,9% fueron hombres. Las principales causas del TEC fueron las caídas (80,1%), y los accidentes de tránsito (10,4%). El 42,4% (134/316) ocurrieron durante horas de la tarde. Hubo mayor frecuencia de accidentes en el hogar (59,2%). El hematoma epidural (26,9%) fue la lesión intracraneal más frecuente. Se requirió manejo en cuidados intensivos en 15,8% e intervenciones quirúrgicas en 14,2% de los casos. Se concluye que las caídas en el hogar fueron la causa principal de TEC y el hematoma epidural la lesión intracraneal más común donde son los menores de 5 años los más afectados.

Adriana Wegner A., Pamela Céspedes F. (7) “Traumatismo encefalocraneano en pediatría” Santiago de Chile 2011.

El traumatismo encefalocraneano (TEC) es un importante problema de salud pública tanto en Chile como en el mundo. Representa un motivo de consulta frecuente constituyendo una de las mayores causas de morbi-mortalidad en la población menor de 45 años. Los accidentes son la principal causa de TEC en la población

pediátrica, pero el maltrato infantil es una causa etiológica importante a considerar en los menores de 2 años. Realizar una correcta evaluación al paciente con TEC es fundamental para instaurar un tratamiento oportuno y eficiente con el fin de evitar y/o disminuir el daño cerebral y así prevenir eventuales complicaciones. Para ello es imprescindible el conocimiento de la fisiología cerebral y los cambios fisiopatológicos que se desencadenan posterior al TEC, conceptos que son revisados en este artículo con énfasis en la hemodinamia cerebral, metabolismo y autorregulación cerebral.

Daniel Arango Soto, Augusto Quevedo Vélez, Ana Montes Gallo, William Cornejo Ochoa. (8) “Epidemiología del trauma encefalocraneano (TEC) en 90 lactantes mayores y preescolares atendidos en un servicio de urgencias pediátricas de tercer nivel, en Medellín, Colombia”

En el presente estudio, la inadecuada supervisión del niño por parte de los padres no fue un factor predominante para explicar el TEC. Ello contrasta con la baja frecuencia de adecuadas barreras de protección en las terrazas, balcones y escalas de las viviendas.

El TEC en preescolares se observa con mayor frecuencia en poblaciones con bajos recursos socioeconómicos. Los ingresos son un factor determinante de las características físicas y de seguridad de las viviendas.

Para prevenir estas lesiones es prioritario activar un sistema de vigilancia epidemiológica del TEC e instalar barreras de protección adecuadas en las casas.

Es necesaria y sería oportuna la investigación en el área de la epidemiología y la prevención de los accidentes y específicamente del TEC en un momento en que la urbanización progresiva aumenta el problema de la enfermedad traumática en la ciudad.

Dra. Mónica Francisca Pérez Zúñiga (9) "PREVALENCIA DE TRAUMA ENCÉFALO-CRANEAL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS Y FACTORES ASOCIADOS, EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HVCM FEBRERO-JULIO DE 2014" CUENCA – ECUADOR 2016

El TEC constituye una de las patologías más atendidas en el servicio de emergencia de pediatría del HVCM con una prevalencia de 10,4% en niños entre 0 y 5 años de edad; encontrándose una asociación positiva entre éste y el hecho de encontrarse al cuidado de terceros o sin cuidador. Se evidenció además que la sospecha de maltrato tuvo una fuerte asociación al TEC, incrementando en 6 veces la prevalencia de éste en el grupo estudiado; constituyendo los grupos minoritarios indígenas y afroamericanos los más vulnerables de padecer TEC. En este estudio no tuvo relevancia el sexo como se describe en otros estudios realizados.

Raquel Jiménez Gracia – Universidad autónoma de Madrid España 2015 (10) "Factores pronósticos precoces de morbimortalidad en traumatismo encefalocraneano grave en niños".

En los países desarrollados, el traumatismo craneoencefálico (TCE) es la principal causa de muerte y discapacidad en niños mayores de un año. La mayor parte de la información sobre los factores pronósticos ha sido extrapolada de la población adulta, los trabajos realizados en niños son mucho menos numerosos, se han realizado en poblaciones pequeñas y poco homogéneas y son difícilmente comparables, por lo que resulta difícil extraer conclusiones. Sin embargo, la aproximación a un pronóstico inicial tras el TCE es una cuestión fundamental desde la perspectiva del clínico, del

paciente y de la familia. Por ello, el objetivo prioritario de este estudio ha sido conocer los factores que condicionan la morbimortalidad de los niños con TCE grave en las primeras 24 horas tras la lesión. Los objetivos secundarios han sido describir las características, la evolución y tratamiento de los pacientes con TCE grave atendidos en la UCIP Pediátricos del Hospital Infantil Niño Jesús. (extracto sacado del informe del doctor D. Juan Casado Flores).

Vásquez en México, en un estudio de cohorte dinámica realizado durante un año en urgencia pediátrica en un Hospital de segundo nivel, encontró que de las 9367 consultas el TEC se presentó en 538 niños, con una incidencia del 6%. (4)

En un estudio piloto llevado a cabo en Septiembre de 2011 se determinó que la prevalencia de traumatismo intracraneal en el servicio de emergencia pediátrica del HVCM, fue de 9,7% del total de atendidos, heridas de cabeza 7,3%, traumas no especificados de cabeza 1,2 % y fracturas de huesos del cráneo 0,1% que juntos representan el 18,3% del total de patologías atendidas. (7)

Hawley C. et al, determinaron mayor frecuencia en niños de familias que viven en zonas más desfavorecidas, sin embargo, la privación social no estaba relacionada con la causa de la lesión.³

Ramírez en Manizales –Colombia, entre los años 2003–2010, encontró que el TEC constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad generada por el maltrato físico infantil, así de 2468 menores con maltrato, 972 presentaron maltrato físico y de estos cuatro (0,4%) evidenciaron lesiones en cabeza y cara. Encontró además que de 854 defunciones en menores de 18 años, el 6,1% (52 casos) presentaron TEC (5).

2.2 Marco Conceptual o Referencial o Teórico

2.2.1 TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO:

Hecho violento que compromete la caja craneana, con atención a encéfalo o estructuras blandas. Tiene como resultado una alteración a nivel anatómico y/o funcional (motora sensorial y/o cognitiva), en forma precoz o tardía, permanente o transitoria.

El traumatismo craneo encefálico (TEC) directo o indirecto, fundamentalmente es una injuria focal o difusa del parénquima encefálico (cerebro, tronco cerebral y cerebelo); asociada frecuentemente a una injuria secundaria como la hipotensión arterial o la hipoxia.

De acuerdo al INEC 2011, el trauma craneal representa la quinta causa de egreso hospitalario para el grupo de edad de 0 a 15 años en el país, lo que constituye el 3,18% del total de egresos hospitalarios.(13)

a) Etiología

El encéfalo del niño está desprotegido en la primera etapa de la vida, la mielinización, cierre de las fontanelas y suturas, además el desarrollo de los compartimentos de los espacios cerebrales, hacen que el cerebro se encuentre progresivamente en peores condiciones de protección lo que

explica que la mortalidad sea mayor en los niños de menor edad respecto a los mayores.

Se puede considerar como causa:

- **PRIMER AÑO DE VIDA:** Caídas provocadas por la motilidad excesiva y por descuido en la vigilancia, asociadas a reacciones imprevisibles de los niños.¹

- **DE LOS 12 A LOS 24 MESES:** Caídas desde pequeñas alturas, incluyendo la suya propia, favorecido por la dishabilidad motora fisiológica de esta etapa madurativa.¹

- **POR ENCIMA DE LOS 2 AÑOS:** Caídas de mayor altura, accidentes de tránsito, en parques infantiles y traumatismos escolares. Se favorece por la hiperactividad fisiológica de esta etapa.¹

- **A PARTIR DE LOS 8 AÑOS:** Accidentes de tránsito y de bicicleta.¹

b) Clasificación traumatismo craneoencefálico según la Escala de Coma de Glasgow (ECG):

- **Trauma craneal leve:** Al realizar la valoración mediante la escala de coma de Glasgow tiene una puntuación de 13-15. Los pacientes han experimentado una pérdida de la conciencia menor a treinta minutos y los síntomas o signos que presentan son dolor de cabeza, confusión y amnesia. Existe una recuperación

nerológica completa a pesar de que algunos de estos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras.

- **Trauma craneal moderado:** ECG 9-13. El paciente se encuentra letárgico o estuporoso. Clínicamente, los pacientes con TCE moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica. También pueden desarrollar el síndrome posconmoción, que se refiere a un estado de inestabilidad nerviosa después de un TCE leve o moderado. Las características principales son mareo, cefalea, fatiga y dificultad para la concentración.

- **Trauma craneal grave:** ECG 3-8. El paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir órdenes y sufre de lesiones neurológicas significativas. Por lo general, en la tomografía computarizada (TAC/TC) se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal.

c) Terapia específica para Lactantes, Preescolares y Escolares con TEC

- **Vías aéreas:** Garantizar adecuada y libre ventilación. Use tubo de mayo si es necesario. Se recomienda oxigenación con máscara Venturi o carpa a un promedio de 3 a 5 lt/m.

En caso de puntaje Glasgow de siete o menos, colocar de inmediato tubo endotraqueal. Se agrega ventilación mecánica volumétrica, si la saturación de oxígeno arterial está debajo de 80%. Es ideal la posición corporal lateral para evitar la neumonía espirativa pos vómito (síndrome de Men).

- **Saturación de oxígeno:** Utilizar sistema de oximetría transcutánea digital, o dosaje de sangre arterial (AGA) con los preza pack., para todo paciente de TEC grave.
- **Vía endovenosa periférica y central:** Todo paciente con TEC moderado o grave, tendrá una vía endovenosa periférica. En caso de neonatos o lactantes se recomienda microgotero y/o bomba de infusión.

A los casos muy graves, se instalarán en la UCIP–Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos– una vía central para medir PVC, perfundir expansores plasmáticos, dopamina o realizar alimentación parenteral con participación de la USNA- Unidad de Soporte Nutricional.

d. CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Garantizar el cuidado de enfermería oportuno, eficaz y eficiente al niño con TEC de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a

esta enfermedad y y prevenir y/o minimizar la lesión secundaria, complicaciones y secuelas al paciente pediátrico con TEC

Diagnóstico y atención de cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano durante la atención inicial de urgencias.

1. Alteración en la permeabilidad de la vía aérea R/C la presencia de secreciones y sangre.

META: Mantener la vía aérea permeable y evitar la bronco aspiración del niño.

ACCIONES:

- ◆ Si el niño no está politraumatizado, realice maniobra de inclinación de la cabeza con elevación del mentón.
- ◆ Si está politraumatizado o hay sospecha de lesión medular, realice maniobra de tracción mandibular y coloque collar rígido o de Filadelfia.
- ◆ Realice extracción de cuerpos extraños como restos de alimentos, secreciones, piezas dentarias, fragmentos óseos, entre otros.

- ◆ Realice aspiración con una presión de succión entre 80–120 mmHg según la edad con una cánula de Yankahuer por no más de 15 segundos y vigile si disminuye la FC
 - ◆ Eleve la cabecera a 30° ó 35° del plano horizontal.
 - ◆ Mantenga la cabeza en posición neutra, no rotar.
 - ◆ Coloque cánula orofaríngea o de Guedel, de un tamaño adecuado para la edad del niño en el caso de estar inconsciente, excepto en caso de sospecha de fractura de base de cráneo.
- Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias. Está demostrado que todo choque, al generar hipoxia, empeora la lesión cerebral; en esta medida se debe garantizar una vía aérea permeable. Los pacientes con TEC frecuentemente presentan apnea en los minutos iniciales del trauma, que además de hipoxia puede producir atelectasias, alteraciones severas en la relación ventilación / perfusión y neumonías.
- 54 Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería
- ◆ Valore la presencia de apnea o hipoxia.
 - ◆ Ante la presencia de estridor o disfonía piense en hematomas que pueden comprimir la vía aérea, especialmente si existe politrauma.

EVALUACIÓN: El niño mantendrá la vía aérea libre de secreciones y cuerpos extraños que la obstruyan. No presentará bronco aspiración.

2. Patrón respiratorio ineficaz R/C ausencia de flujo de aire, inestabilidad de los músculos respiratorios, pérdida de la conciencia.

META: Mantener buena oxigenación del niño.

ACCIONES:

- ◆ Evalúe patrón respiratorio, frecuencia respiratoria y movimientos torácicos, presencia de respiración de Cheyne–Stokes, hiperventilación, o respiración atáxica o apneústica.
- ◆ Evalúe la ventilación con la expansión torácica, la auscultación de los orificios de entrada y salida del aire (boca y nariz) y en la línea medio axilar en donde la masa muscular es escasa.
- ◆ Proporcione ventilación con la bolsa autoinflable o ambú y/o la bolsa de anestesia o Ayre Rees, con máscara adecuada para la edad y tamaño del niño.
- ◆ Administre oxígeno al 100%.
- ◆ Monitorice la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno.
- ◆ Si es necesario prepare el equipo para la intubación: succionador, oxígeno, cánula de Guedel o nasofaríngea,

medicamentos, equipo de monitorización, tubos de varios tamaños, laringoscopio con valvas adecuadas. Indicadores que permiten identificar la necesidad de intubación: • Obstrucción de la vía aérea que no se corrige con la tracción mandibular. • Lesiones de la cara o el cuello que necesiten cirugía para resolver la obstrucción. • Para prevenir la broncoaspiración cuando el paciente no puede defenderse de las secreciones. • Un puntaje de coma de Glasgow menor de 9. • Apnea o hipoventilación • Trauma torácico grave. • Shock hipovolémico. • Aumento de la PIC

♦ Verifique la buena posición del tubo orotraqueal por auscultación y por la placa de tórax, compruebe que no exista escape de oxígeno y si existe, avise para su cambio inmediato por uno de mayor calibre.

♦ Pase sonda orogástrica (cuando se sospecha fractura de base del cráneo) o nasogástrica; esto para disminuir la distensión por aerofagia o íleo que dificulta seriamente la respiración, pues limita la excursión diafragmática y disminuye la capacidad residual funcional.

EVALUACIÓN: El niño presentará parámetros normales de frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y no tendrá ningún signo de dificultad respiratoria. Investigación y Educación en Enfermería - Medellín, Vol. XXII N.º 1, marzo de 2004 55

3. Disminución del gasto cardíaco R/C pérdida de la volemia.

META: Asegurar la estabilidad hemodinámica y el control de hemorragias

ACCIONES:

- ◆ Inspeccione en el niño la presencia de hemorragias y su causa en ambos lados del cuerpo.
- ◆ Evalúe la circulación utilizando varios parámetros: color de la piel, pulso, presión arterial, llenado capilar, nivel de conciencia, gasto urinario, temperatura de la piel.
- ◆ Si no se detecta frecuencia cardíaca o existe bradicardia según valores normales para la edad, inicie las compresiones torácicas con una relación con la ventilación de 3 x 1 en menores de 1 mes, 5 x 1 en niños de 3 meses a 8 años y de 15 x 2 en mayores de 8 años.
- ◆ Realice extracción de muestras de sangre antes de conectar los líquidos endovenosos para analizar en laboratorio como mínimo el grupo sanguíneo, pruebas cruzadas, hemograma y glicemia.
- ◆ Instale dos accesos venosos periféricos, preferiblemente en extremidades, no en cuello o cabeza, en menos de 90 segundos, con catéteres del mayor tamaño posible según el tamaño del niño, para reemplazar las pérdidas.

- ◆ Si no se logra el acceso venoso, en menos de 90 segundos establezca un acceso intraóseo.
- ◆ Realice expansión de la volemia con la administración de líquidos endovenosos cristaloides tibios (solución salina al 0.9% o Hartman) según orden médica. Preferiblemente solución salina 0.9% y utilizar albúmina al 5 o al 20% e hidroxietilalmidón o poligelina para evitar edema cerebral.
- ◆ Realice infusión de sangre o sus derivados tibios según orden médica.
- ◆ Monitorice la PA, FC y características del pulso y temperatura corporal.
- ◆ Limpie las heridas y compruebe su extensión, profundidad y posible infección, lave con solución salina tibia y cubra con apósitos estériles.
- ◆ Controle la hemorragia causada por el trauma haciendo una adecuada hemostasia. Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias
- ◆ Realice expansión de la volemia con la administración de líquidos endovenosos cristaloides tibios (solución salina al 0.9% o Hartman) según orden médica. Preferiblemente solución salina 0.9% y utilizar albúmina al 5 o al 20% e hidroxietilalmidón o poligelina para evitar edema cerebral. GERMÁN HERNÁNDEZ AMORES. La madre de

los Gracos. Óleo/lienzo, 1,30 x 1,70 m. Madrid. Facultad de Bellas Artes. 56 Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería

- ◆ Evalúe el color de la piel, pulsos periféricos, ingurgitación yugular, llenado capilar, sudoración, para verificar el estado hemodinámico.
- ◆ Realice medición del gasto urinario (normal: 1-2 cc/Kg/h) instale sonda vesical en tanto sea necesario.
- ◆ Administre inotrópicos según orden médica.

EVALUACIÓN: El niño mantendrá parámetros normales de presión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos palpables, llenado capilar menor de 2 segundos, normotermia y gasto urinario mayor de 1cc/Kg/h.

- 4. Riesgo de alteración en la perfusión del tejido encefálico R/C el aumento de la presión intracraneana secundario a la pérdida de autorregulación del flujo sanguíneo y presencia de edema cerebral.**

META: Prevenir la hipertensión endocraneana y así evitar las lesiones secundarias del sistema nervioso central.

ACCIONES:

- ◆ Valore el estado de conciencia por medio de la Escala de Coma de Glasgow cada hora.
- ◆ Mantenga la cabecera a 30–45°, ubique la cabeza y el cuello en posición de línea media sin flexión o extensión para favorecer el retorno venoso yugular.
- ◆ Examine las pupilas del niño, observe su tamaño, simetría, reacción a la luz.
- ◆ Observe cualquier mirada anormal y presencia de ojos de muñeca al valorar el reflejo oculocefálico.
- ◆ Valore los reflejos corneal y nauseoso, el funcionamiento motor y sensitivo, observe movimientos espontáneos y la respuesta motora del niño a estímulos dolorosos.
- ◆ Observe la adopción de posturas anormales indicadoras de decorticación y descerebración.
- ◆ Valore cada hora presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y patrón respiratorio y controle sus alteraciones.
- ◆ Observe la presencia de edema periorbitario, hematoma en párpados, equimosis en región mastoideas o laceraciones.
- ◆ Observe la presencia de cualquier drenaje por oídos o nariz.
- ◆ Coloque un collar cervical para prevenir las lesiones medulares cervicales hasta que se descarte este diagnóstico.

- ◆ Evite cualquier maniobra de Valsalva: toser, estornudar, pujar, para evitar el aumento de la PIC al aumentar la presión intrabdominal, intratorácica y disminuir el retorno venoso cerebral.
- ◆ Prevenga la aparición de convulsiones. Si se presentan, evite el daño por golpes en el niño. Suministre anticonvulsivante según orden médica.
- ◆ Mantenga la normotermia, evitando hipertermia; en caso de que se presente, utilice medios físicos, hielo si es necesario y antipiréticos según orden médica. En lo posible mantenga al niño entre 32 y 35° C (hipotermia leve) para evitar aumento de la PIC y muerte neuronal.
- ◆ Planifique las actividades de enfermería de manera que se eviten estímulos innecesarios.
- ◆ Mantenga la vía aérea permeable, hiperventile con oxígeno al 100% antes de la succión de secreciones, hacerlo sólo durante menos de 15 seg.
- ◆ Controle gases arteriales, mantenga la PaCO₂ entre 17 y 20 mm Hg. y la PaO₂ mayor o igual a 80 mm Hg si se utiliza ventilación mecánica.
- ◆ Si se utilizan sistemas de monitorización intracraneal controle la PIC y vigile ondas normales y anormales. Vigile el sitio de inserción del catéter (infiltración, infección, sangrado, hematoma). Verifique el estado de las conexiones de la monitorización de PIC.

◆ Si no se dispone de catéter, valore la aparición del aumento de la PIC por la clínica y de acuerdo con parámetros de las constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.

◆ Administre terapia barbitúrica, relajantes musculares, sedantes, corticoides y terapia diurética e hidroelectrolítica según indicaciones médicas. El manitol puede estar indicado si no existe hemorragia cerebral sospechada o comprobada.

◆ Tome muestra para glicemia y avise su resultado. Mantenga la glicemia entre 80 y 120 mg/dl; la hiperglicemia aumenta el riesgo de acidosis láctica cerebral y el daño neurológico posterior por edema cerebral.

EVALUACIÓN: El niño mantendrá signos neurológicos estables, no tendrá signos de aumento de la PIC valorada por la clínica o por monitorización invasiva, no presentará hipertermia y sus signos vitales estarán dentro de los parámetros normales.

5. Riesgo de alteración de la integridad cutánea R/C disminución en la perfusión tisular.

META: Mantener la integridad cutánea durante el período de inmovilidad.

ACCIONES:

- ◆ Realice cambios de posición según la necesidad del niño.
- ◆ Valore la presencia o aparición de zonas de presión: enrojecimiento, palidez.
- ◆ Mantenga humectada la piel y no utilice cremas grasosas.
- ◆ Coloque rollos y bolsas de agua en las zonas de mayor presión.
- ◆ Realice curaciones con solución salina en los sitios de salida de LCR, deje cubierto con apósito estéril y cuantifique las pérdidas.
- ◆ Realice curación en otras heridas que pueda tener el niño utilizando solución salina y apósito estéril.
- ◆ Realice masaje en cuero cabelludo y orejas.

EVALUACIÓN: El niño no presentará zonas de presión y tendrá una piel sana y libre de infecciones.

6. Riesgo de infección R/C alteración de las barreras naturales del organismo.

META: Utilizar técnica aséptica en todos los procedimientos para disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

ACCIONES:

- ◆ Mantenga técnica aséptica en la manipulación de catéteres y demás procedimientos invasivos.

- ◆ Controle la temperatura corporal cada dos horas, avise la presencia de picos febriles.

- ◆ Realice toma de hemocultivos según criterio médico.

- ◆ Administre antibióticos según orden médica.

Busque en la piel sitios de infección: rubor, calor o secreciones, en la entrada de catéteres.

- ◆ Ausculte en busca de focos neumónicos y observe la presencia de secreciones respiratorias.

- ◆ Realice aseo oral con antiséptico o solución bicarbonatada para disminuir la incidencia de neumonía nosocomial.

- ◆ Mantenga hidratada la piel.

- ◆ Vigile las características de la orina: color, olor y la presencia de sedimento.

EVALUACIÓN: El niño no tendrá infecciones y se manejará técnica aséptica en todos los procedimientos para disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

2.2.2 TEORIAS DE ENFERMERIA

La problemática encontrada durante mi experiencia profesional en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia fue en base a la Aplicación de la teoría del Autocuidado de **DOROTHEA OREM** y las 14 necesidades de **VIRGINIA HENDERSON**.

A. DOROTHEA OREM (TEORÍA DEL AUTOCUIDADO)

Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". (14)

VIRGINIA HENDERSON (SALUD – CUIDADO – PERSONA - ENTORNO)

Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible". (15)

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
2. Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
3. Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
5. Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
6. Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
7. Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una

correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8. Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y

habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

El análisis de la teoría mencionada por Virginia Henderson; se basa en las 14 necesidades del paciente pediátrico, que muchas veces llega a la emergencia corriendo en peligro su vida, donde le brindamos atención rápida, oportuna y especializada, donde se interactúa el cuidado, entorno y persona, con el fin de contribuir en la salud y recuperación del paciente, dado que ellos por ser pacientes pediátricos son de grado dependencia IV, el cual requiere el cuidado eficaz y continuo de la enfermera especializada y del equipo multidisciplinario trabajando de la mano con los padres, donde se le brinda apoyo psicológico y moral, siendo educadoras para el bienestar físico y psicológico del paciente.

2.3 Definición de Términos

- a) Injuria: Término que en medicina se suele utilizar con la misma significación que el vocablo inglés injury, que significa daño,

lesión. Del mismo modo, ante un traumatismo cualquiera se piensa en términos de «herida», «lesión», «fractura», «golpe».

- b) **Hipoxia:** La hipoxia se refiere a una disminución en la cantidad de oxígeno suministrado por la sangre a los órganos. Es una consecuencia de la hipoxemia, que es la disminución de la cantidad de oxígeno transportado por los glóbulos rojos en la sangre. La oxigenación de los órganos y tejidos es entonces insuficiente, y el resultado es el sufrimiento de las células que constituyen los órganos.

- c) **PIC: Hipertensión intracraneal.** La Presión Intracraneal (**PIC**) es el resultado de la relación dinámica entre el cráneo y su contenido. El contenido o compartimento está constituido por el parénquima cerebral, el volumen sanguíneo cerebral (VSC) y el volumen del líquido cefalorraquídeo (LCR).

- d) **PAM:** La presión arterial permite medir las fuerzas de tensión ejercidas por las paredes de los vasos sanguíneos de las arterias sobre la sangre que contienen.

La PAM, o presión arterial media, es una medida de la presión promedio de las arterias. El cálculo para determinar la PAM de una persona está basado en lecturas de presión sanguínea. Este

valor tiene que ser lo suficientemente alto para suministrarles sangre a todos los capilares de todos los tejidos del cuerpo, un proceso conocido como perfusión.

- e) **Mielinización:** Es el proceso en el que se forma una vaina de mielina (sustancia lípida de color blanquecino) alrededor del axón o cilindro-eje de la neurona o célula nerviosa. Esto afecta al sistema nervioso, ya que los impulsos eléctricos no se conducen con suficiente velocidad o se detienen en los axones.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, cuadernos de censo de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- **Recolección de Datos:**
- **Procesamiento de Datos:**
- **Resultados:**
- **Análisis e interpretación de resultados:**

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional como licenciada en enfermería data de 10 años, egresada de la Universidad Privada de San Martín

de Porres y con gran satisfacción por los logros alcanzados durante todos estos años.

En el año 2005 efectúo mi Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en el Centro de Salud Huarupampa Huaraz, donde realice trabajo de enfermería intra y extra mural concentrado en los programas de Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Tuberculosis, Programa de Infecciones Respiratorias Agudas, Programa de Enfermedades Diarreicas Agudas, Programa de Zoonosis que fui responsable de dicho programa y a través de liderar estos programas tuve mucho contacto con la población, esta designación fue un gran reto, entre las metas del plan ejecutado de trabajar en equipo, unificar de criterios de atención, trato humanizado al cliente interno y externo, capacitaciones del personal, reconocimientos de buena labor al personal, la reubicación de los ambientes físicos del tópico asistencial de los programas preventivo promocionales, basándome en las normas técnicas, y estrategias para el logro de metas mensuales programadas.

En el año 2006 ingrese a laborar en la Clínica surgery center - huaraz , en el servicio de Hospitalización, a la vez en Sala de Operaciones donde circulaba las cirugías mayores programadas o

de Emergencia, así mismo rotábamos en Emergencia de dicha clínica, el cual estuve 2 años bajo la modalidad de contratada por recibo por honorarios.

En el año 2007 ingrese a laborar al Hospital victor ramos guardia-huaraz en el servicio de Emergencias y Desastres por un periodo de 2 años, donde estuve a cargo de la atención de Pacientes pediátricos y adultos, con gran satisfacción personal y profesional trabajar con un equipo Humano de tan alta calidad, además de desarrollar las funciones y actividades de enfermería asistencial y administrativa.

Cabe resaltar que si bien mi experiencia en estas instituciones ha sido de gran beneficio personal como profesional, donde adquirí habilidad, destreza y nuevos conocimientos en el campo profesional y manejo de pacientes, en su gran mayoría adultos y en minoría pediátricos, además de compartir experiencias con mis colegas y disposición de cada uno del recurso humano, que me brinda todo su apoyo para adaptarme a las diferentes instituciones.

Así mismo en el 2009 empecé a trabajar en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en el servicio de Emergencia Pediátrica hasta la actualidad, con un manejo de 6 pacientes en sala de

Observación y 2 camas de Aislados, 1 cama en Trauma Shock y 7 camillas para tópicos de atención de Pediatría.

Por ser un Hospital de Referencia atendemos pacientes pediátricos de todas las patologías, tales como respiratorios, renales, quirúrgicos, enfermedades tropicales y endémicas, cardiovasculares, gástricos, y neuroquirúrgicos, se recibe pacientes desde 0 días horas de nacido hasta los 13 años 11 meses 29 días, por lo tanto se trabaja con el equipo de pediatras especializados y otras especialidades a fines. Así mismo trabajamos con la madre de familia o apoderados para la pronta recuperación y rehabilitación del niño.

Así mismo se brinda los cuidados especializados de enfermería cubriendo sus necesidades básicas que están deterioradas por un proceso patológico médico y quirúrgico a través de las funciones y actividades de enfermería como son : canalización de vías periféricas, asistir en Sedación EV para otros procedimientos médicos, la colocación de catéter venoso central, asistir en la intubación endotraqueal, armado e instalación del ventilador mecánico pediátrico o Neonatal, aspiración de secreciones, oxigenoterapia, preparación de diferentes infusiones, e inotrópicos, jeringas perfusoras, monitoreo Hemodinámico, toma de EKG entre otros.

En el año 2012 con la remodelación de la infraestructura del servicio, se instaló el servicio de TRIAJE, el cual lo realiza la enfermera, donde controla los signos vitales, peso y talla del paciente y está en la capacidad de brindar educación sanitaria a la madre o apoderado, así mismo informa al médico según la gravedad del paciente para su rápida atención.

En la actualidad desempeño mi labor como enfermera asistencial atendiendo casos de diversos grados de complejidad en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia, donde vuelco diariamente todos los conocimientos adquiridos en el pregrado, y mi experiencia profesional, reforzándolo con capacitación continua, charlas talleres y diplomados afianzando mis conocimientos, habilidades y destrezas que demuestran dominio y seguridad en la intervención y la toma de decisiones, mejorando la eficacia, eficiencia, calidad, calidez y humanizada de la práctica profesional al paciente Pediátrico.

La calidad de los servicios de enfermería la definimos como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente”, a lo largo de su historia la enfermera ha

desarrollado habilidades para valorar las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, por lo que negociar, comunicar, trabajar, enseñar y resolver dudas son actividades básicas que deben dominar para asegurar cuidados de calidad. Finalmente el hecho de conocer al paciente en todos los ámbitos hace que su evaluación tenga mejor desenvolvimiento, claridad, calidad y mejores resultados en el cuidado. Esto puede llevarse a la práctica con mayor facilidad ya que exige una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el paciente y no el manejo estricto de conocimientos teóricos. Además permite la relación, el establecimiento de vínculos con el paciente y participación por parte de la madre, que hará más fácil el diagnóstico o mejoramiento de la enfermedad

Por ello, la atención asistencial implica la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud, en el cual está inmersa la valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación, considerando el entorno y condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a

la conducta de las personas y los grupos que consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos, es el entorno cambiante que lleva a la persona a reaccionar para poder adaptarse en constante interacción, es así que las anotaciones de enfermería registran horas exactas, tratamiento instalado y procedimientos realizados.

- Descripción del Área Laboral

El servicio de emergencias pediátricas es una unidad del servicio de Emergencia y unidades críticas del Hospital Nacional Cayetano Heredia, brinda atención permanente las 24 horas del día, a la población infantil desde 0 días de vida hasta los 13 años, 11 meses y 29 días, basado en principios de, integralidad, Universalidad en el acceso equidad, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización, participación y promoción de la ciudadanía. Siendo una de las más importantes la continuidad de la atención a la interrelación administrativa-asistencial de diferente capacidad resolutive, para procurar la atención de una persona sin límites, hasta la satisfacción de sus necesidades de salud.

Es un servicio docente de Referencia y Contrareferencia Nacional de nivel III – I que brinda atención especializada en los servicios

de salud en forma integral, científica, tecnológica y sistemática, en los niveles de atención de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud e incluso los cuidados post mortum.

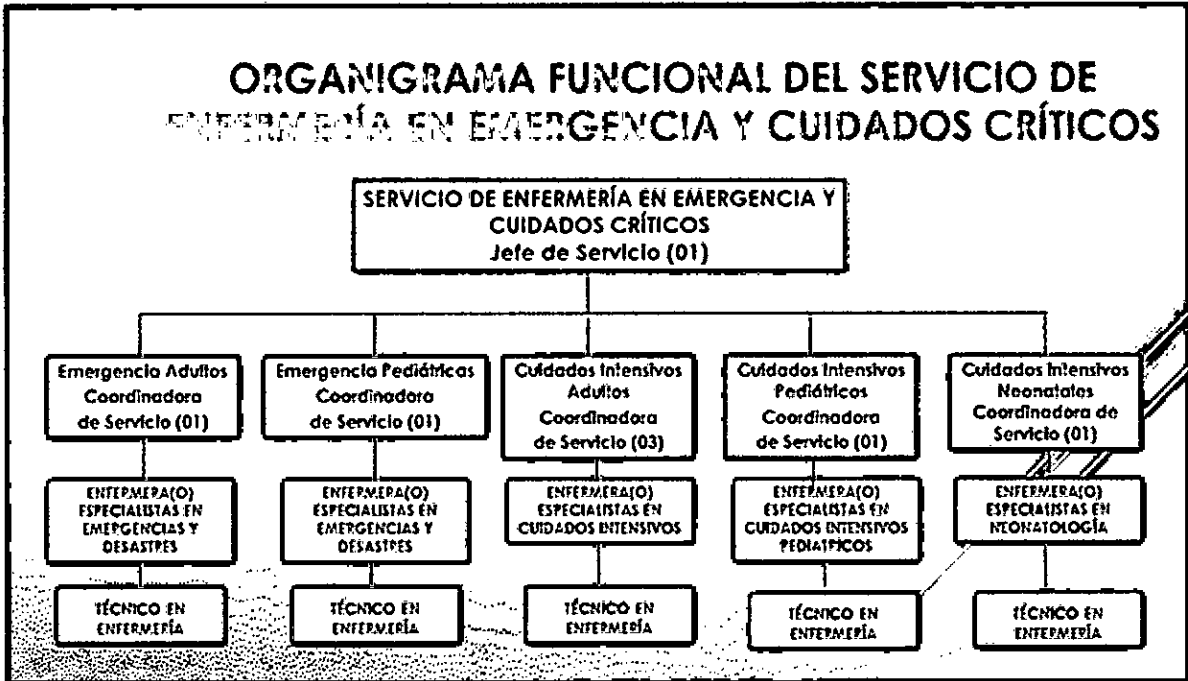
El personal a cargo son en su mayoría son enfermeras especialistas en el área; que brinda atención integral e individualizada del paciente pediátrico en estado crítico y no crítico, de acuerdo al grado de dependencia, al diagnóstico y tratamiento médico indicado, así mismo brinda atención preventivo – promocional a los padres de familia.

Planifica la distribución de recursos humanos y materiales asignados para el cumplimiento de sus funciones.

Está a disposición de las personas las 24 horas del día, con personal rotativo.

Nuestros usuarios proceden de consulta externa, referidos de centros de salud de la Red, y referidos de otras instituciones públicas y privadas.

Organización



Recursos Humanos

PERSONAL	NOMBRADO	CAS	TERCEROS
MEDICOS	7	3	1
ENFERMERAS	8	6	4
TECNICOS	8	4	2

- 01 médico pediatra jefe del servicio.
- 09 médicos pediatras rotativo por turno
- 08 médicos cirujanos pediatras
- 10 médicos traumatólogos rotativo por turno

- 06 médicos de cirugía máxilo facial
- 04 psicólogas.
- 01 enfermera Coordinadora del servicio.
- 08 Enfermeras Asistenciales nombradas
- 04 Enfermeras Asistenciales terceros
- 06 Enfermeras Asistenciales CAS
- 14 Técnicos de Enfermería
- 03 Nutricionista rotativo por turnos.
- 01 Secretaria
- 03 personal de Limpieza rotativo por turnos.

Infraestructura

El servicio de Emergencia Pediátrica está ubicado en el primer piso a la derecha, al costado del servicio de Pediatría II. En él se brinda cuidados de enfermería a usuarios desde 0 días de vida hasta los 13 años, 29 días y 11 meses, con grado de dependencia III, IV.

El servicio de Emergencia Pediátrica entra en remodelación, en el año 2012 y actualmente se ha sectorizado de la siguiente manera: 8 camas en sala de observación, 02 camas en sala de aislados, 01 cama en sala de shock trauma, 01 sala de tóxico de cirugía y traumatología para procedimientos, una sala de terapia

respiratoria que cuenta con tres puntos de oxígeno empotrado y 8 camillas en tópicos para atención pediátrica, con servicios higiénicos para los niños de observación

En la sala de observación sólo 3 camas cuentan con monitor empotrado y oxígeno empotrado, las otras 3 camas sólo cuentan con oxígeno empotrado, la sala de aislados cuenta con dos ambientes, una de ellas con una cuna y la otra una cama grande, cada cual con oxígeno empotrado, un baño, lavadero, y alcohol gel empotrado.

Además el servicio de Emergencia Pediátrica cuenta con un vestidor para el personal de enfermería, una pequeña sala de un ambiente para el personal médico, una estación de enfermería, un ambiente de almacén donde se guarda la ropa de cama del paciente, un ambiente que es la jefatura médica, y otro ambiente jefatura de enfermería. Tiene una puerta de salida y ventanas amplias en cada unidad.

Prestaciones

El Hospital Cayetano Heredia es una institución de salud categorizada con el nivel III de atención de alta complejidad, de

acuerdo a la R.D. N° 259-DG-DESPDISA-III-L-2006 de fecha 11 de mayo del 2006. El Hospital Cayetano Heredia es un órgano desconcentrado del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, que brinda atención de salud de alta complejidad, siendo responsable de lograr el desarrollo de la persona a través de la protección, recuperación y rehabilitación de su salud, así como del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural. En su calidad de hospital de alta complejidad, cuenta con las especialidades y sub especialidades médicas, para la demanda de referencia local y nacional, siendo su fortaleza la atención a pacientes de enfermedades infecto contagiosas (Medicina Tropical) y pacientes con insuficiencia renal crónica (trasplante renal).

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Hacer un listado de las funciones realizadas actualmente, en relación al tema de su informe

a) Área Asistencial

- Brindar atención especializada e integral a los pacientes menores de 13 años en Emergencia y Cuidados Críticos.

- Aplicar las medidas de bioseguridad, para evitar las infecciones intra hospitalarias.
- Realiza valoraciones clínicas, en forma oportuna y rápida planear e implementar un plan de cuidados, proporcionando cuidados específicos.
- Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario del Servicio de Emergencia Pediátrica.
- Cuidado de catéteres: Curación de Catéteres periféricos, catéter venoso central.
- Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica (vía oral, vía tópica, vía intramuscular, NPT, vía inhalador y nebulizaciones).
- Cuidados de enfermería: Traqueotomía, cateterismo vesical, diálisis peritoneal, drenajes (torácico, Becker), colocación de sonda vesical, catéteres de derivación ventrículo peritoneal, sonda nasogástrica, sonda oro gástrica, sonda transpilórica, gastrostomía.
- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de hospitalización.

- Mantener la integridad y buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.

b) Área Administrativa

- Brindar atención especializada e integral a los pacientes menores de 13 años en Emergencia y Cuidados Críticos.
- Aplicar las medidas de bioseguridad, para evitar las infecciones intra hospitalarias.
- Realiza valoraciones clínicas, en forma oportuna y rápida planear e implementar un plan de cuidados, proporcionando cuidados específicos.
- Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario del Servicio de Emergencia Pediátrica.
- Cuidado de catéteres: Curación de Catéteres periféricos, catéter venoso central.
- Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica (vía oral, vía tópica, vía intramuscular, NPT, vía inhalador y nebulizaciones).
- Cuidados de enfermería: Traqueotomía, cateterismo vesical, diálisis peritoneal, drenajes (torácico, Becker), colocación de sonda vesical, catéteres de derivación

ventrículo peritoneal, sonda nasogástrica, sonda oro gástrica, sonda transpilórica, gastrostomía.

- Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de hospitalización.
- Mantener la integridad y buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.

c) Área Docencia

- Realizar actividades de docencia e investigación en el campo de enfermería.
- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería.
- Valora las necesidades de aprendizaje con relación a cuidados a la salud de los usuarios, planea e implementar estrategias de enseñanza para cubrir necesidades, coordina programas de educación continua para el personal y colegas.
- Brindar educación sanitaria al paciente y familia.

- Capacitar al personal nuevo, técnico de enfermería en forma continua para el mejoramiento de las actividades de su competencia
- Orientar e induce al personal nuevo de enfermería respecto al kárdex, historias clínicas, trámites del alta, guías de intervención y procedimientos de enfermería.

d) Área Investigación

- Participar en la actualización e implementación normas, guías de atención y procedimientos, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- Asistir y realizar actividades de investigación en el campo de enfermería
- Recolecta información, realiza y conduce estudios de investigación con relación a la atención de urgencias, se actualiza en literatura de interés en al área de enfermería, hace las funciones de consultor(a).

3.2 Procesos Realizados en el Tema del Informe

Las experiencias captadas en el servicio de emergencia pediátrica es un continuo aprendizaje en nuestra carrera ya que las diferentes

experiencias y casos nos permiten adquirir la experiencia y destreza que se requiere para un rápido y adecuado manejo del paciente.

Siendo este hospital un hospital docente todos los días contamos con la presencia de eternos internos y residentes lo cual es un factor importante y a las ves preocupantes para el personal de enfermería ya que dicho personal no cuenta siempre con la capacidad y destreza para resolver una emergencia, a continuación expondré tres casos que ayudaran a comprender lo antes mencionado.

- -Caso 1: Menor de dos años se encuentra en casa al cuidado de sus padres de pronto le cae el estante del televisor encima, paciente ingresa a la unidad de emergencia inconsciente Glasgow 6 se prepara para intubación , se le toma la tac en donde se evidencia sangrado masivo.
- Caso 2: Ingres a menor pálida letárgica madre refiere caída de la cama al control de la tac se evidencia edema cerebral y hemorragia al examen físico menor presenta equimosis en ambos brazos se entrevista a la madre y después de muchas contradicciones logra declarar que maltrato a la menor, la cual fue atendida de inmediato y se llama al fiscal de turno.

- Caso 3: Menor de una año y medio que ingresa por caída de la silla de comer, paciente irritable presenta vómitos en regular cantidad y frecuencia después de unos minutos se torna somnolienta se toma la tac de control en el que se evidencia sangrado teniendo que pasar de inmediato a sala de operaciones se espera a neurocirugía durante una hora media hora más tarde menor fallese.

- Caso/s relevante/s

- Lactante de 15 meses de edad que ingresa en brazos de la madre refiere que sufrió caída de aproximadamente 1 metro de altura no pierde el conocimiento , camino al hospital presenta dos vómitos de contenido alimenticio ingresa por triaje presentando funciones vitales estables es evaluada por el residente de turno el cual indica observación por 2 horas y le da de alta , al pasar aproximadamente 1 hora la madre ingresa corriendo con la menor cargada refiriendo que no reacciona , pasa inmediatamente a la unidad de trauma shock donde se evidencia un glasgow 8 ,palidez marcada taquicardia caída de la presión arterial .inmediatamente se coloca vía periférica y solución salina , se asegura vía aérea y se prepara para intubación la cual es frustra hasta en tres

intentos por el residente llegando a intubar el asistido, después de una tac se evidencia hemorragia cerebral más edema pasa inmediatamente a sala de operaciones y regresa a la emergencia y permanece en la unidad de shock trauma intubado después de una craneotomía descompresiva y colocación de un pic donde permanece una semana con los cuidados específicos.

- Innovaciones – Aportes

- Elaboración de guías de intervención de enfermería en las patologías más frecuentes manejadas en el servicio.
- Elaboración de guías de procedimientos y protocolos

- Limitaciones para el Desempeño Profesional

- Limitada disponibilidad de materiales.
- Escasos equipos biomédicos.
- Limitada capacidad de camas.
- Falta de recurso humano.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

Características de los menores de 14 años con traumatismo encefalocraneano atendidos en el hospital Cayetano Heredia en el periodo de 2009 hasta 2016.

Características	N.	(%)
Edad	4*	(3)
Sexo masculino	202	(63,9)
Procedencia		
Lima	283	(89,6)
Provincias	33	(10,4)
Tipo de accidente		
Caída	253	(80,1)
Tránsito vehicular	33	(10,4)
Golpe con objeto	13	(4,1)
Otro	7	(2,2)
No definido	10	(27,8)
Lugar del accidente		
Hogar	187	(59,2)
Calle	53	(16,8)
Colegio	4	(1,3)
Otro	13	(4,1)
No definido	59	(18,7)
Examen clínico al ingreso		
Alteración de conciencia	183	(57,9)
Hipertensión endocraneana	71	(22,5)
Crisis convulsiva	40	(12,7)
Glasgow menor a 9	16	(5,1)
Estado de coma	9	(2,9)
Diagnósticos por imágenes		
Fracturas craneales	217	(68,7)
Hematoma epidural	85	(26,9)
Hematoma subdural	28	(8,9)
Hemorragia intraparenquimal	24	(7,6)
Hemorragia subaracnoidea	15	(4,8)
Hemorragia intraventricular	4	(1,3)

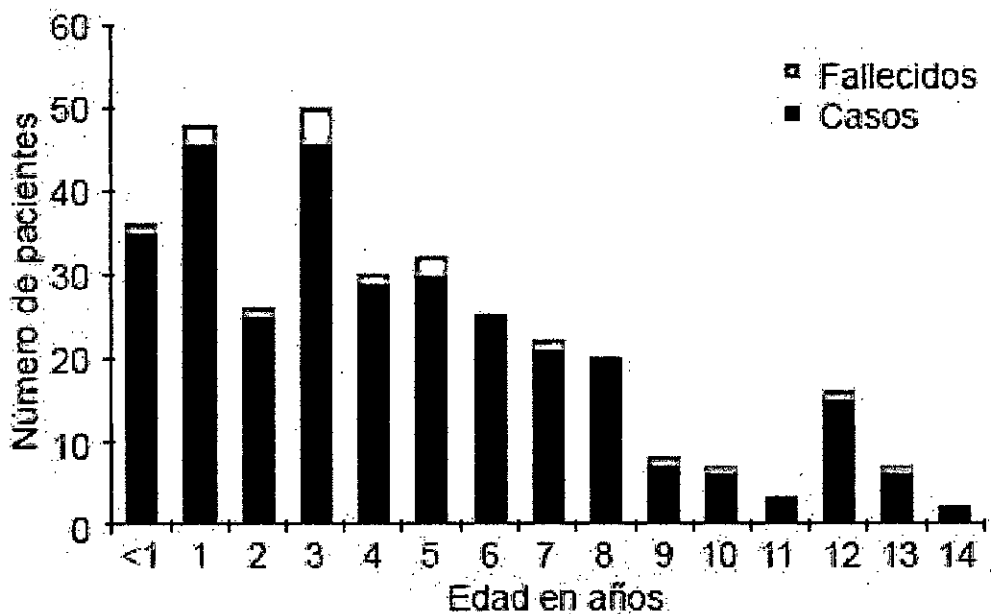
CUADRO N° 4.2

Cantidad de recursos humanos con los que se cuenta dentro del servicio.

PERSONAL	NOMBRADO	CAS	TERCEROS
MEDICOS	7	3	1
ENFERMERAS	8	6	4
TECNICOS	8	4	2

CUADRO N° 4.3

En la siguiente figura se puede evidenciar la cantidad de casos de tec y la cantidad de fallecidos



V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente pediátrico con traumatismo encefalocraneano.

- b) Si bien la prevención primaria es la estrategia para disminuir rotundamente la morbimortalidad asociada al TEC, el principal objetivo de su manejo es evitar el desarrollo de la injuria secundaria, con el fin de impedir o minimizar el daño neurológico secuelar. Por lo mismo, es fundamental reconocer las diferencias fisiológicas en la población pediátrica respecto a la de adultos de manera tal de entender mejor la fisiopatología subyacente al TEC y así instaurar un tratamiento racional precoz, dirigido a prevenir, reconocer y tratar las noxas asociadas con un mal resultado neurológico.

VI. RECOMENDACIONES

Habitualmente los traumas se producen en circunstancias que pueden prevenirse.

Con este informe se expone los diferentes factores encontrados, asociados positivamente con TEC. Lo cual constituye un aporte, para tomar medidas de atención inmediata, así como también orienten a los padres a mejorar el cuidado de sus hijos, ambientes libres de peligro y no dejar solos a los niños en casa o al cuidado de hermanos mayores, quienes aún no tienen la suficiente responsabilidad. De igual manera trabajar con grupos minoritarios en campañas de prevención de accidentes dentro y fuera del hogar, con la finalidad de disminuir los accidentes.

a) A los profesionales:

- Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de pacientes pediátricos con traumatismo encefalocraneano.
- Trabajar y tomar medidas sobre el maltrato infantil, que si bien ha disminuído los últimos años; sin embargo, constituye aun causa de muchas lesiones “prevenibles” en nuestros niños.

b) A la institución:

- Brindar capacitaciones periódicas de actualización y la reubicación del personal en los servicios según su especialidad así como destrezas.
- Proporcionar al servicio equipos biomédicos operativos así como material necesario para la atención del paciente.

c) Al servicio:

- Realizar futuros estudios con diseños analíticos del tipo casos y controles o cohortes que potencialmente demuestren la asociación positiva descrita en éste estudio.

VII. REFERENCIALES

1. PAOLA ELIZABETH MEJIA ZUÑIGA; lic. En enfermería ejerciendo como enfermera asistencial desde 2008 hasta la actualidad ,actualmente vengo laborando en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia donde ingrese en el 2009.
2. De la Torre-Gómez Rosa Elena, Rodríguez-Rodríguez Irma Carmela, López-León Alejandra, Carranza-Barrera Laura Georgina, Brancaccio-Orozco Jorge, Guzmán-Rodríguez Inés y Aviz-Vinaya Lizeth Dimelza. Revisión de trauma de cráneo severo en niños. Revista Médica MD. Vol. 5(4): 27 a 35. Julio 2014
3. Marti Rivero B, "Revisión del traumatismo craneoencefalico". Neurologia – Vol.17 n°6 Dic, 2006.
4. Vasquez Pérez C, Buffet C, Rostion CG. Manejo inicial del trauma infantil. Rev Ped Elec [Internet]. 2008 [citado 02 Ago 2012]; 5(1): 20-31. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/4_TRAUMA.pdf .mexico
5. Ramirez M. "Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. Rev. Neurol. 2010; 32 (4):351-64." Colombia 2010.

6. Daniel Guillén-Pinto, Alonso Zea-Vera, Daniel Guillén-Mendoza, Miguel Situ-Kcom, Carolina Reynoso-Osnayo, Luis M. Milla-Vera, Erika Bravo-Padilla, Iván O. Espinoza, María del Pilar Medina-Alva. "Traumatismo encefalocraneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Perú". Vol.30: 28^a 32). Diciembre2013.

7. Adriana Wegner A., Pamela Céspedes F. "Traumatismo encefalocraneano en pediatría, Santiago de Chile". Vol.82: 12 a 14. Junio 2011.

8. Arango Soto, Daniel; Quevedo Vélez, Augusto; Montes Gallo, Ana; Cornejo Ochoa, William; "Epidemiología del trauma encefalocraneano (TEC) en 90 lactantes mayores y preescolares atendidos en un servicio de urgencias pediátricas de tercer nivel, en Medellín, Colombia". Vol.21:9. Septiembre 2009.

9. Pérez Zúñiga, Mónica F. "Prevalencia de trauma encéfalo-craneal en niños de 0 a 5 años y factores asociados, en el servicio de emergencia pediátrica del HVCM Febrero - Julio de 2014". Título de especialista en pediatría. Ecuador. Universidad de Cuenca 2016.

10. Jiménez Gracia, Raquel. "Factores pronósticos precoces de morbimortalidad en traumatismo encefalocraneano grave en niños". TESIS DOCTORAL. Madrid. Universidad autónoma de Madrid España 2015.

11. Medina Moncada, Paula A; Coronado Padilla, Shirley. "Cuidados de enfermería al niño con trauma encéfalo-craneano: en la atención inicial de urgencias". Investigación y Educación en Enfermería - Medellín, Vol. XXII N.º 12, Marzo de 2004.

12. Morales Landeo E. "Traumatismo Cráneo Encefálico en Pediatría". Traumatismo Cráneo Encefálico en Pediatría. Revista Chilena de Neurocirugía. Vol.23:18 a 20. Julio 2014.

13. Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10). España, 2011

14. Orem, D. Normas Básicas de Enfermería. Octava edición. Editorial Babel. España. 2008

15. Henderson V. Normas Básicas de Enfermería. Octava edición. Editorial Babel. España. 2008

ANEXOS

ESCALA DE GLASGOW PEDIATRICA

Tabla 1. Escala de Glasgow

Tabla 2. Escala de Glasgow Modificada para Lactantes

Apertura ocular		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Espontánea	4	Espontánea, normal	6	Arrullos balbuceos	5
A la voz	3	Retira al tacto	5	Irritable	4
Al dolor	2	Retira al dolor	4	Llora al dolor	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Quejido al dolor	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		

FORMATOS

The image shows a complex medical record form for pediatric patients. At the top, it is titled "REGISTRO DE ATENCION DE ENFERMERIA". The form is divided into several sections:

- Header:** Contains fields for patient name, age, sex, and other identifying information.
- Grid:** A large table with multiple columns and rows, likely used for recording vital signs (temperature, pulse, respiration, blood pressure) and other clinical observations over time.
- Footer:** Includes a logo and the text "SERVICIO DE PEDIATRIA".

GUIAS

MEMORANDUM N° 207-DE-2014-HNCH

A : Lic Amparo Jacinto Rosales
Jefe del servicio de Emergencia y Cuidados Críticos

ASUNTO : Aprobación de Guías de Intervención de Enfermería
Aprobación de Guías de Procedimiento Asistencial.

FECHA : Lima, 15 de abril de 2014.

Por intermedio de presente la salud cordialmente y a la vez remitirle la R.D. N° 207-2014-HNCH-DG, mediante la cual se aprueba las Guías de Intervención de Enfermería en Emergencias Pediátricas; para su conocimiento e implementación.

Se adjunta:

1. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Paro Cardio-Respiratorio
2. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Insuficiencia Respiratoria Aguda.
3. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Shock Hipovolémico.
4. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos Enfermedad Diarreica Aguda.
5. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Crisis Convulsiva.
6. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Apendicitis Aguda.
7. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Crisis de Asma.
8. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Insuficiencia por Órganos Pastoraos.
9. Guías de Intervención de Enfermería en Pacientes Pediátricos con Politraumatismo.

Atentamente,

Hospital Hospital Cayetano Heredia
LIC GLADYS MIGUEZ GUTIERREZ
C.E.P. 4420
ENCUENTRO EN EL CENTRO DE EMERGENCIAS

23 ABR 2014

GFG/zm
C.c.
Archivo.

www.hospitalcayetano.gob.pe

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS
Anexo 344 - 452000
Av. Honorio Delgado
Urb. Esperanza -
Lima 21, Perú 15010
44274410

FOTOS



