

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



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO ENCÉFALO
CRANEANO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEUROQUIRÚRGICA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO. SAN BORJA.
2014 - 2017”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

KARINA SARITA HINOSTROZA LÓPEZ

**Callao, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karina Sarita Hinostroza López', is written over a circular scribble.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 054

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°442-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. KARINA SARITA HINOSTROZA LÓPEZ

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 ANTECEDENTES.....	10
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	16
CAPÍTULO III: EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	31
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	31
3.3 PROCESOS REALIZADOS:.....	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	40
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	44
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	45
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	50

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico de experiencia profesional titulado "Cuidados de Enfermería en pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano en Pediatría", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con esta patología. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente el riesgo, lo cual es un paso muy importante para prevenir el TEC, y disminuir los costos en salud, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos, disminuir la estancia hospitalaria, y mejorar así la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

El traumatismo encéfalo craneano en pediatría constituye una gran parte de las consultas y emergencias de los establecimientos de salud. Las lesiones craneoencefálicas pueden alterar las funciones motoras, sensoriales y cognitivas (5). Estos trastornos habitualmente toman meses y años para definirse como secuelas, mientras tanto, los niños requieren consultas, exámenes y terapias especializadas.

A menudo durante este tiempo uno de los padres deja de trabajar o requieren de una tercera persona para el cuidado del niño. Todo esto ocasiona una carga, tanto emocional como económica, sobre la familia. Por lo que el TEC pediátrico debería ser considerado como un problema de salud pública. (6).

Numerosos estudios hacen referencia a la importancia de la atención al paciente con TCE grave por parte de un equipo multidisciplinario, ya que éstos constituyen una causa importante de minusvalía neurológica, que

puede sobrellevar a diferentes grados de incapacidad durante muchos años, haciendo especial hincapié en los cuidados proporcionados por parte del personal de Enfermería. (7).

La aplicación de cuidados de calidad en este tipo de pacientes es fundamental para disminuir las lesiones secundarias durante su ingreso lo que favorece una recuperación más rápida del paciente, un menor tiempo de estancia en UCI y una disminución de las secuelas a largo plazo, lo que mejora la calidad de vida de estos pacientes y de sus familias.

El traumatismo encéfalo craneano es una causa importante de morbilidad y mortalidad siendo la prevención la forma más eficiente de disminuir su incidencia.

El presente informe consta de lo siguiente: I: planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, II el marco conceptual, III la experiencia profesional, IV resultados, V conclusiones, VI conclusiones, VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El traumatismo encéfalo craneal (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.

Hoy en día cualquier problema de salud puede considerarse como prioritario si ocurre con frecuencia o si es muy grave. Tal es el caso de los accidentes y el traumatismo craneal, pero el conocimiento que se tiene es pobre y en muchos casos sesgado; tienen consecuencias serias en términos de morbilidad y secuelas, pero existen posibilidades reales de tratamiento y, sobre todo de prevención (3).

El trauma craneano es una de las causas más importantes de muerte y discapacidad en niños, adolescentes y adultos jóvenes. Se estima que en países desarrollados son hospitalizados por esta causa 185 por 100.000 niños entre 0 y 14 años y que esta cifra se puede triplicar en población adolescente (14). La incidencia pediátrica y la mayor morbimortalidad es en: niños menores de 4

años ocasionados por accidentes domiciliarios y, preferentemente, por caídas (2).

En Perú, el trauma es la primera causa de muerte en niños y el TEC corresponde al 57.3% de casos. (8) La epidemiología del TEC está bien definida en países desarrollados, sin embargo, el impacto del TEC pediátrico en países de Sudamérica esta pobremente estudiada. A esto se agrega que la mayoría de casos de TEC (60%) no acuden a una emergencia u hospital por lo que no dejan un registro en el sistema de salud, dificultando de esta manera la realización de estudios epidemiológicos precisos. (1).

En el Instituto Nacional de Salud del Niño ubicado en el distrito de San Borja, en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neurocirugía se requieren con elevada frecuencia los servicios médicos y neuroquirúrgicos para evaluar a niños que han sufrido algún tipo de trauma cráneo encefálico, casos que se ha ido observando día a día durante mi experiencia profesional.

Según la evaluación de datos estadísticos realizados en nuestro Instituto, un número considerable de consultas y hospitalizaciones del grupo etario pediátrico corresponden a traumatismos encéfalo craneanos, constituyendo en tal medida una alta incidencia de lactantes, pre escolares, escolares y adolescentes que sufren este tipo de enfermedad.

La incidencia de los pacientes que sufren algún tipo de traumatismo encéfalo craneal va incrementándose con el transcurso de los días trayendo como consecuencia el aumento de mortalidad y morbilidad.

Las personas que sufren una enfermedad neurológica o neuroquirúrgica casi siempre tienen disminución de sus facultades físicas y mentales, es por ello que deben estar al cuidado de un buen equipo de salud y sobre todo actuar en medidas que puedan prevenir accidentes y minimizar riesgos en nuestros niños. Frente a la situación problemática llegamos a definir que los traumatismos encéfalo craneanos es mejor prevenirlos mediante un programa de promoción de salud que optimice los cuidados a tener en cuenta para minimizar su incidencia.

Mediante la revisión bibliográfica y datos recogidos, los sitios de mayor riesgo de accidentes en los niños son el hogar, la vía pública y los lugares de recreo. En los lactantes y preescolares las caídas son los accidentes más comunes, tanto al caer de una altura baja (camas, cunas, mesas, andaderas) o de mayor altura (escaleras, plantas altas, techos), o de bicicletas o patinetas; en estos vehículos la mortalidad y las secuelas permanentes suelen ser altas. Los accidentes de tránsito también han traído el incremento notable de TEC.

Es por esto que se hace necesaria la implementación de programas de información y educación dirigidos a la prevención de accidentes, especialmente para los padres, insistiendo en una estrecha vigilancia de sus hijos, cuando éstos inician el gateo, la marcha, la permanencia en sitios de alto riesgo o en paseos en bicicleta, tomar entre otras medidas de prevención en el hogar, en la escuela, en los sitios de recreo y en la vía pública pueden reducir sustancialmente los accidentes y la muerte en los niños(4).

Por tal razón, se realizó el presente trabajo académico, con el fin de dar a conocer nuestros resultados y compararlos con los comunicados por otros autores.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en los cuidados de Enfermería en pacientes con Traumatismo encéfalo craneano en pediatría hospitalizados en el servicio de UCI Neuroquirúrgica del Instituto Nacional de Salud Del Niño – San Borja.2014- 2017.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería brindados a los pacientes pediátricos con Traumatismo Encéfalo Craneano y la capacitación a los familiares sobre todo dirigida al manejo de posibles secuelas neurológicas y la prevención

de accidentes en el servicio de UCI Neuroquirúrgica del Instituto Nacional de Salud Del Niño – San Borja.

Así mismo el presente informe se justifica:

✓ NIVEL TEORICO:

El presente estudio servirá para afianzar los conocimientos en cuanto los cuidados de pacientes pediátricos con TEC. Se brindará capacitación al familiar o cuidador directamente responsable del paciente hospitalizado en el servicio de UCI Neuroquirúrgica del Instituto Nacional de Salud Del Niño – San Borja. De acuerdo a un modelo lineal del informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos ya estudiados y la contribución de autores basados en la materia y que constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

✓ NIVEL METODOLOGICO:

Es de gran importancia a nivel metodológico ya que lograra precisar, unificar criterios y protocolizar cuidados de enfermería durante el proceso de hospitalización de paciente pediátrico con TEC, para una pronta recuperación y minimizar posibles secuelas neurológicas.

✓ NIVEL SOCIAL:

A nivel social el informe beneficiara a los profesionales de Enfermería que brindan cuidados a pacientes pediátricos con TEC Así mismo los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para brindar una excelente atención con calidad y calidez a este grupo de pacientes.

✓ NIVEL PRACTICO:

A nivel práctico permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros y familiares sobre los cuidados para prevenir otro tipo de accidentes y minimizar secuelas con un programa exclusivo de educación y prevención.

✓ NIVEL ECONOMICO:

Los pacientes pediátricos con TEC constituyen un gran problema de salud pública que incrementan considerablemente el número de consultas externas y hospitalizaciones en instituciones de salud que provocan prolongaciones de estancia hospitalaria con incremento de gastos y costos sanitarias y la gran mayoría de ellos pudo haberse prevenido oportunamente.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional

- IBÁÑEZ GABARRÓN Ana, ROJO ATENZA Encarnación, NÚÑEZ GARCÍA Oscar "IMPORTANCIA DE LA METODOLOGÍA ENFERMERA EN LA MEJORA LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO GRAVE 2013"

El objetivo del estudio es revisar la literatura relacionada con los cuidados de Enfermería aplicados a los pacientes con TCE grave, así como la influencia de los mismos en la mejora de la práctica asistencial y en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Según este trabajo la importancia de una buena planificación de cuidados es que previene y reduce el daño cerebral secundario por lo que disminuye las secuelas posteriores y favorece la recuperación del paciente. El papel de la enfermera es considerado fundamental para prevenir complicaciones y favorecer una pronta y rápida recuperación. destaca que la gran importancia de los cuidados de Enfermería está en la prevención de la isquemia cerebral tras TCE o hemorragia,

los cuidados de Enfermería son fundamentales para favorecer la recuperación del paciente y prestar una atención de calidad, ya que el personal de Enfermería es el profesional sanitario que brinda atención continua las 24h del día al paciente, permitiéndole identificar alteraciones en su estado de Salud disminuyendo así posibles complicaciones. la existencia de una guía de cuidados estandarizada genera beneficios tanto al paciente, a la familia, al personal sanitario y a la institución ya que previene complicaciones y disminuye la estancia de los pacientes ingresados reduciendo costos y facilitando su recuperación.

- **SANTISTEVAN Q Carlos Vicente, RODRÍGUEZ DÍAZ Roberto Jean** "Epidemiología del Traumatismo Encéfalo craneano en el Hospital Abel Gilbert Pontón 2012"
Con el objetivo de describir las características epidemiológicas de los pacientes con Traumatismo Encéfalo-Craneano en el Hospital Abel Gilbert Pontón durante el año 2012. Método: De un universo de 230 pacientes con TEC, se tomó una muestra de 146 pacientes para realizar un estudio retrospectivo de corte transversal y descriptivo; información obtenida a partir de historias clínicas facilitas por el departamento de estadística.

Resultados: De los 146 pacientes con traumatismo encéfalo-craneal durante el periodo de estudio, el 61% correspondieron al TEC leve. La etiología varía según el grupo de edad siendo los accidentes de tránsito el más frecuente en edades comprendidas entre 18-35 años con un 37%; mientras que las caídas con un 54% predominaron en edades mayores a 45 años. El sexo masculino es el más afectado con una relación de 2.5:1 con respecto al sexo femenino. Dentro de las complicaciones más frecuentes fueron las de tipo hemorrágicas sobre todo el hematoma epidural con un 21%; de ahí se determinó que el tratamiento quirúrgico fue el más empleado en los pacientes que participaron en este estudio, mismos que en su mayoría fueron trasladados al Hospital por ambulancia (54%) lo que implica que ese porcentaje recibió tratamiento en el sitio del accidente. La mortalidad correspondió al 16%.

- ARANGO SOTO Daniel, QUEVEDO VÉLEZ Augusto, MONTES GALLO Ana, CORNEJO OCHOA William. Epidemiología del trauma encéfalo craneano (TEC) en 90 lactantes mayores y preescolares atendidos en un servicio de urgencias pediátricas de tercer nivel, en Medellín, Colombia. Objetivo: describir algunas características

sociodemográficas y clínicas de niños entre 1 y 5 años con trauma encéfalo craneano (TEC). Diseño: serie prospectiva de casos en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín . Colombia . Participantes: noventa niños entre 1 y 5 años atendidos por TEC entre junio de 2003 y noviembre de 2004, residentes en el valle de Aburrá (noroccidente de Colombia) y sin problemas neurológicos de base. Resultados: predominaron los pacientes de sexo masculino (64,4%). La mayoría provenían de las comunas orientales de Medellín y eran de estratos socioeconómicos bajos. El 82,2% ocurrieron por caídas, la mayoría desde terrazas, balcones o escalas. El 82,4% de los sitios desde donde cayeron los niños no tenían adecuadas barreras protectoras. En 37 casos (41,1%) el TEC fue de moderado a grave; murieron 3 niños (3,3%). Cincuenta y tres niños (58,9%) se encontraban con sus madres en el momento de la lesión. Los cuidadores generalmente eran adultos, con más de 5 años de escolaridad Conclusión: para prevenir estas lesiones es prioritario activar un sistema de vigilancia epidemiológica del TEC e instalar barreras de protección adecuadas en las casas.

2.1.2 A nivel Nacional

- GUILLÉN PINTO Daniel, ZEA VERA Alonso, SITU KCOMT Miguel, REYNOSO OSNAYO Carolina, MILLA VERA Luz, BRAVO PADILLA Erika, MEDINA ALVA María del Pilar. "Traumatismo Encéfalo Craneano en niños en el hospital Cayetano Heredia de Lima 2004 – 2011.

Con el objetivo de describir las características del traumatismo encéfalo craneano (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.

Si bien la epidemiología del TEC está muy estudiada en otros países, este estudio representa una primera experiencia nacional en un servicio de pediatría de un hospital nacional durante un periodo de ocho años, estos resultados son un primer paso para la implementación de medidas de prevención dirigidas a disminuir el impacto del TEC en la salud de la población pediátrica. Es necesaria la realización de más estudios que permitan determinar de manera objetiva la epidemiología y características clínicas del TEC en el Perú.

- **ÁLVAREZ SANZ Ana María, ZEA VERA Alonso, GUILLÉN PINTO Daniel** "Estudio Piloto sobre las Características Epidemiológicas de los Golpes en la Cabeza en los Niños Menores de 5 Años" HNCH 2013.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia y características epidemiológicas de los golpes en la cabeza sufridos por niños menores de cinco años.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional usando una encuesta aplicada a madres de familia seleccionadas al azar en la consulta externa de pediatría de un hospital general. Se recolectaron datos sobre las características de los traumas craneales sufridos por sus hijos. **Resultados:** Se realizaron 199 encuestas y se

reportaron 446 traumas craneales. Se obtuvo información detallada en 310 casos. En 271 (87.4%) el accidente ocurrió en el hogar y en 164 (52.9%) ocurrieron en horas de la tarde. Las caídas libres fueron el mecanismo más frecuente del accidente en 211 (68.1%), y de la cama fue el lugar habitual (122). En 23 (7.4%) de casos la madre consultó a un hospital y en 43 (13.9%) a un centro de salud. En 4 (1.3%) fue necesaria la hospitalización del niño. Conclusión: Nueve de cada diez niños menores de cinco años sufrieron golpes en la cabeza. El promedio presentó más de dos golpes. Los accidentes ocurrieron frecuentemente en casa, en horas de la tarde y a consecuencia de caídas libres, habitualmente de la cama

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

a) Definición

Se define al Traumatismo Craneoencefálico (TEC) como cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica. En el trauma craneal hay repercusión neurológica con

disminución de la conciencia, síntomas focales neurológicos y amnesia postraumática. (9)

b) Epidemiología

El TEC es una causa frecuente de mortalidad y morbilidad en nuestro medio. Los accidentes de tránsito contribuyen a elevar las cifras de incidencia de esta enfermedad. En el Perú, en la última década han ocurrido 700 000 accidentes de tránsito, que han ocasionado 31 0000 muertes y en los últimos cuatro años 117 000 personas quedaron discapacitadas de por vida

Aunque en principio no respeta grupo alguno de edad o sexo, sí tiene mayor incidencia en diferentes grupos:

- Varones: tres veces más frecuente que en mujeres.
- Edad: mayor frecuencia entre los 15 y los 29 años.
- Atropellos y caídas, más frecuentes en los niños y en los mayores de 65 años.
- Los accidentes de moto se centran fundamentalmente en los jóvenes menores de 25 años.

c) Fisiopatología

Los pacientes pediátricos presentan con mayor frecuencia lesión intracraneal, en especial cuanto menor es la edad del paciente. Esta mayor susceptibilidad de los niños ante los TCE se debe a una superficie craneal proporcionalmente mayor, una musculatura cervical relativamente débil, un plano óseo más fino y deformable, y un mayor contenido de agua y menor de mielina, lo que origina daño axonal difuso en los accidentes de aceleración y desaceleración. Un TCE genera distintos tipos de daño cerebral según su mecanismo y momento de aparición. Esta diferenciación ha de ser considerada en el manejo diagnóstico y terapéutico del paciente:

- Daño cerebral primario. Se produce en el momento del impacto, a consecuencia del traumatismo directo sobre el cerebro, o por las fuerzas de aceleración o desaceleración en la sustancia blanca. Incluyen la laceración y contusión cerebral y las disrupciones vasculares y neuronales. Una vez producidas estas lesiones, son difícilmente modificables por la intervención terapéutica.

- Daño cerebral secundario. Resulta de los procesos intracraneales y sistémicos que acontecen como reacción a la lesión primaria, y contribuyen al daño y muerte neuronal. A nivel intracraneal pueden aparecer edema cerebral, hemorragias intracraneales (axiales o extraxiales), convulsiones, etc., con un intervalo variable de tiempo. A nivel sistémico, debido a la lesión cerebral primaria u otras lesiones asociadas, se pueden producir alteraciones que comprometen aún más la perfusión neuronal, como hipotensión arterial, hipoxemia, hipercapnia o anemia. El daño cerebral secundario, a diferencia del primario, es potencialmente tratable y en su mayoría anticipable (10).

d) Manifestaciones clínicas

1. La mayoría asintomáticos
2. Alteraciones de la consciencia: mayor a 5 minutos se considera factor de riesgo, los signos neurológicos variados dependen de las áreas cerebrales lesionadas desde el momento del traumatismo, o presentarse tras un intervalo libre de síntomas.
3. Alteración de los signos vitales: Frecuencia Cardíaca y Presión Arterial: suelen alterarse al inicio, y son debida a una

reacción vagal que suele acompañarse de vómitos, cefalea y obnubilación leve. Si persisten alteradas por un lapso de tiempo considerable deben considerarse como signos de alarma.

4. Particularidades clínicas de los menores de dos años: Las lesiones cerebrales significativas puede ser sutil, con ausencia de los signos o síntomas de alarma. En menores de 2 años la fractura de cráneo se ha mostrado como un factor de riesgo independiente de lesión intracraneal (11).

e) Diagnóstico

La lesión traumática cerebral pediátrica puede variar debido a factores asociados, mecanismo de lesión y la localización. El mecanismo de lesión comprende lesiones primarias y secundarias: La primaria es la consecuencia directa del insulto físico inicial. Comprende el daño celular irreversible que es el principal determinante del resultado clínico. En la lesión secundaria, las respuestas inflamatorias y neurotóxicas provocadas por la lesión primaria inducen edema, hipoperfusión, hipoxia e isquemia.

El trauma mecánico conduce al estiramiento de las membranas celulares neuronales y axones, causando un desequilibrio iónico temporal. El potasio extracelular aumenta, los receptores NMDA

son activados liberando glutamato y con aumento del calcio intracelular. Hay una disfunción de la respiración mitocondrial e inicio de la apoptosis. Existe una crisis energética aguda aumentando así la demanda de glucosa cerebral local.

Esta mayor demanda metabólica en presencia de disfunción mitocondrial conduce al uso de vías glicolíticas para producir energía que da lugar al metabolismo aeróbico. El lactato se acumula extracelular como resultado de esta hiperglucolisis, y la acidosis resultante empeora la permeabilidad de la membrana, el desequilibrio iónico y el edema cerebral. Estos cambios a menudo conducen a aumento de la presión intracraneal, la desregulación de la temperatura y convulsiones.

Debido a la gran heterogeneidad del traumatismo de cráneo en pediatría y sus complicaciones lo clasificamos por la escala de coma de Glasgow. Las categorías establecidas con la escala de coma de Glasgow (GCS) es leve de 13-15, moderada 9-12 y severa <9 ha sido reexaminada. Actualmente se recomienda que todo aquel paciente con una escala de coma de Glasgow menor a 15 debe de mantenerse en observación por lo menos las primeras 6 horas.

- Riesgo alto Pacientes mayores de 2 años con un GCS menor de 13 en cualquier momento, focalidad neurológica

a la exploración, signos de fractura deprimida, lesión penetrante, fractura basilar y convulsión postraumática.

- **Riesgo intermedio** Corresponde a traumatismo craneoencefálico leve (GCS de 13 o 14 de forma mantenida más de 2 horas tras sufrir un TCE), o con más de 1 episodio de vómitos, amnesia postraumática, cefalea intensa, o un mecanismo violento de producción (caídas desde altura superior a 1 metro, accidente de tráfico o bicicleta).
- **Uso de la neuroimagen** Es uno de los pilares principales en el diagnóstico, el manejo y pronóstico en el traumatismo craneoencefálico pediátrico. La valoración en los niños más pequeños puede ser poco precisa y a menudo se complica aún más por los cambios en el estado mental, ya sea como resultado de la lesión o debido a la sedación. Estos desafíos hacen de la neuroimagen un componente crítico de la evaluación del TCE, no sólo en el manejo agudo, sino también en la evaluación de la evolución subaguda.
- **Radiografía simple de cráneo** La utilidad potencial del diagnóstico de fractura ósea consistiría en su habilidad para seleccionar a los pacientes con posible lesión encefálica, dado que se ha señalado un aumento del riesgo

de lesión intracraneal con la presencia de lesiones óseas.
No debe de realizarse de manera sistemática.

- Tomografía de cráneo Estándar de oro en el traumatismo craneoencefálico. Se debe realizar en todas aquellas situaciones de sospecha de lesión intracraneana, o presencia de (GCS) menor de 13.
- Resonancia magnética Más sensible que la tomografía computarizada para la evaluación intracraneal de lesiones cerebrales traumáticas.
- Ultrasonografía Para neonatos y niños pequeños con fontanelas abiertas.

f) Tratamiento

✓ Manejo inicial del traumatismo craneoencefálico en pediatría

Todo traumatismo de cráneo en pediatría de alto riesgo o con alteraciones en (GCS) debe de estar en observación por 6 horas. Cuando la observación esté indicada en lactantes, el tiempo ha se mínimo de 24 horas. Durante su estancia se deben realizar controles periódicos hemodinámicas, y controles neurológicos repetidos, con la realización desglosada de la GCS o de su adaptación para

lactantes. El ambiente ha de ser tranquilo, y el paciente debe estar colocado en posición semi incorporada, con la cabeza unos 30° sobre el plano horizontal.

✓ **Vía respiratoria**

Todos los niños con lesión cerebral aguda grave y aquellos con escala de coma de glasgow deteriorada necesitan un manejo de las vías respiratorias con intubación endotraqueal. Dado que las vías respiratorias pediátricas necesitan conocimientos especializados y experiencia, la intubación pre hospitalaria en el lugar de los niños con lesión cerebral aguda es controvertida. El control de las vías respiratorias tempranas se recomienda para evitar la hipoxemia, la hipercapnia y la aspiración. La hipercapnia causa vasodilatación e hiperemia cerebral. La hipocapnia causa isquemia por vasoconstricción cerebral.

✓ **Apoyo circulatorio**

Solución salina normal o solución de ringer lactante debe ser el fluido de reanimación estándar hasta que más estudios muestran un claro beneficio de otras terapias. El uso de coloides no se recomienda rutinariamente y la evidencia sugiere que el uso de la albúmina puede tener efectos deletéreos

La hiperglucemia frecuentemente se asocia con la respuesta al estrés a la lesión. La glucosa no se debe agregar a los líquidos del mantenimiento en la fase temprana de la recuperación sin importar la edad del niño. La hiperglucemia se ha relacionado con un resultado neurológico pobre en TCE. Actualmente recomendamos prevenir la hiperglucemia grave, manteniendo los niveles de glucosa en sangre por debajo de 180 mg/dL.

En presencia de hipotensión, se necesita una evaluación cuidadosa de lesiones extracraneales. Es importante considerar la deficiencia de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) en pacientes con hipotensión refractaria; ya que la lesión cerebral aguda puede inducir la disfunción hipofisaria en casi un cuarto de los niños con TCE en la fase aguda. El manejo de la presión arterial en la terapia intensiva es una de las piedras angulares del tratamiento de TCE grave.

✓ **Sedación, analgesia y bloqueo neuromuscular**

La sedación y la analgesia apropiadas reducen la ansiedad y el dolor. Facilitan la ventilación y el manejo general de los cuidados intensivos, ayudan a reducir la demanda cerebral de oxígeno, con un menor riesgo de lesión cerebral

secundaria. En los niños, la combinación de benzodiacepinas y opioides es la más utilizada. Esta combinación puede causar hipotensión, por lo que requiere monitorización y control de la presión arterial para minimizar los riesgos de isquemia cerebral.

La parálisis neuromuscular puede ayudar a reducir las vías aéreas y la presión intratorácica que mejora el retorno venoso cerebral. La principal desventaja es el enmascaramiento de las convulsiones.

✓ **Inmovilización cervical**

Está indicado cuando existe una escala de coma de Glasgow menor de 15, dolor de cuello o sensibilidad, déficit neurológico focal en cualquier momento, parestesia en las extremidades, lesión por distracción, intoxicación o cualquier otra sospecha clínica de lesión en la columna vertebral.

✓ **Uso de Antieméticos**

La aparición de vómitos no predice TCE. Se ha reportado al menos un episodio de vómito hasta un 13% de los pacientes con lesión en la cabeza, la mayoría de los cuales no tienen lesión intracraneal significativa. El vómito

aumenta la presión intracraneal, por lo tanto, se recomienda Ondansetrón 0.15mg/kg. IV. o VO.a niños que tienen náuseas. (12).

2.2.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDRIÁTICO CON TEC

- Recepción al paciente: la admisión del paciente pediátrico en una UCI inicia con la preparación de la unidad que debe contar con equipos especiales tales como monitor, ventilador mecánico, bombas de infusión entre otros.
- Movilización del paciente hacia la cama para evitar aumento de dolor y compromiso medular.
- Exploración neurológica del paciente neurocrítico para detectar cambios en el estado de conciencia (valoración de la escala de galsgow)
- Exploración de pupilas en un paciente sedado intubado se convierte casi en la única exploración neurológica posible.
- Los pacientes con TEC presentan hipermetabolismo por el gasto energético alto, así que es de vital importancia vigilar el estado nutricional (control de peso, residuo gástrico, cambio de NPT)

- Control de funciones vitales estricto, los signos vitales pueden alertar sobre complicaciones como insuficiencia respiratoria, shock o sepsis.
- Vigilancia de la vía aérea y del funcionamiento del ventilador mecánico, y de sus sistemas de alarma, auscultación de ambos campos pulmonares, así como el manejo de secesiones a través de una correcta aspiración traqueo bronquial.
- Aliviar el dolor, administración de medicamentos y manejo de dolor.
- Balance hídrico estricto, permitirá tomar decisiones oportunas en caso de retención o pérdidas excesivas.
- Observación de la coloración de la piel y mucosas, palidez cianosis que pueden indicar complicaciones graves.
- Cuidado estricto en la administración de soluciones por vía parenteral teniendo en cuenta edad y superficie corporal del niño.
- Realizar en la medida de lo posible baño y cambios posturales a fin de prevenir posibles complicaciones como aparición de UPP.

- Viabilidad en la realización de exámenes complementarios e interpretarlos para identificar cualquier complicación.
- Brindar apoyo psicológico e informativo a familiares cada vez que haya oportunidad.

2.2.3 TEORÍA DE HENDERSON

Se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera/o es cuidar a la persona sana o enferma (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas. Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera/o inicia, controla y donde aplica el plan de cuidados.

Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente. Las actividades que las enfermeras/os realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de

enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en la persona.

Utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos. Señala catorce necesidades básicas y estas son: Respirar normalmente. Comer y beber de forma adecuada. Evacuar los desechos corporales. Moverse y mantener una postura adecuada. Dormir y descansar. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse). Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales. Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física. Evitar peligros y no dañar a los demás. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones. Profesar su fe. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles (15).

CAPÍTULO III:

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo académico de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, usando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se realizó la revisión de registros de Enfermería del servicio de UCI Neuroquirúrgica del INSN San Borja durante 2014 – 2017.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

a) Recuento de la Experiencia Profesional

Realice el SERUM en puesto de salud Tziriri en San Martín de Pangoa, como primer nivel de atención de salud las actividades estaban principalmente enfocadas a promoción de salud y prevención de enfermedades priorizando las atenciones en el binomio Madre Niño con la estrategia de inmunizaciones y Crecimiento y desarrollo de niño sano.

El 2007 inicié a trabajar en la Clínica El Golf en el área de Emergencia Adulto y posteriormente al área de Emergencias pediátricas. El 2008 ingresé a trabajar en el INSN de Breña en el Área de Cuidados Intensivos Generales lugar en el que trabajé

hasta el 2013 durante este periodo de trabajo con niños comprendí la importancia del cuidado integral a este grupo de pacientes, la satisfacción y alegría que se siente al ver un niño recuperado y ver como su entorno familiar se sobrepone al dolor ocasionado por la enfermedad muchas veces del único hijo en casa. Trabajar con niños es una experiencia compleja y más aún en la UCI donde hay una tasa alta de mortalidad, no es fácil conocer pacientes tan pequeños e indefensos y mucho más complicado verlos fallecer, tuve la suerte de contar con colegas quienes compartieron conocimientos teóricos y prácticos en las actividades asistenciales y administrativas en este servicio.

El 2014 inicié una nueva experiencia profesional en el INSN San Borja en el área de UCI Neuroquirúrgica, si bien es cierto el trabajo a desempeñar era similar al anterior, el solo hecho de estar en un lugar diferente, una institución que iniciaba sus atenciones y hospitalizaciones, fue todo un reto ser una de las primeras enfermeras en este servicio, pocas tenemos esta gran oportunidad recibir al primer paciente operado en el eje de Neurocirugía el 15 de enero del 2014, contribuir con la implementación de nuestra querida UCI y sobre todo poner en práctica todo lo aprendido para mejorar la calidad y calidez de cuidados brindados a los pacientes, hasta la actualidad me desempeño como enfermera asistencial en la UCI

Neuroquirúrgica lugar en el que día a día sigo aprendiendo y a la vez compartiendo conocimientos con colegas, padres de familia y algunas veces con pacientes si la situación lo permite. Haber elegido esta profesión me ha llenado de sentimientos encontrados algunos de emoción, satisfacción, y alegrías y otras de frustración e impotencia. Al inicio fue complicado trabajar con niños muchas veces reflejas a familiares en esos pequeños que están a tu cuidado; pero hoy en día puedo decir con plena convicción que me agrada trabajar con niños y verlos recuperados o simplemente el hecho de saber que salen de UCI y pasan a hospitalización me hace sentir bien, escuchar a los padres durante la visita nos hace entender el entorno que rodea al niño y nos permite brindar educación.

b) Descripción del Área Laboral

El Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja (INSN-SB), está ubicado en la esquina de la Av. Javier Prado Este Cdra. 33 – con la Av. De la Rosa Toro, Distrito de San Borja, Lima. Tiene un área construida de 32,563.17 m², con 8 pisos y un helipuerto.

Es un Centro especializado y de Alta complejidad que atiende niños, niñas y adolescentes, referidos de otros Hospitales a nivel nacional. Nuestro Instituto cuenta con profesionales de la salud altamente calificados. El proceso de atención empieza por

consulta externa de pacientes referidos en las especialidades de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Cirugía neonatal compleja, Neurocirugía, Atención integral del paciente quemado y Trasplante de Médula ósea.

✓ Misión

Brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea. Simultáneamente se realizará investigación y docencia, estableciendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional.

✓ Visión

Convertirnos en el 2021, en uno de los mejores centros de referencia de la región de América Latina para el tratamiento de patologías quirúrgicas complejas, trasplantes de órganos, tejidos y células.

✓ Recursos Humanos

La UCI Neuroquirúrgica cuenta con 12 médicos intensivistas, 40 licenciadas en enfermería con especialidad en cuidados intensivos y/o pediatría, 11 personal técnico de enfermería.

✓ **Infraestructura**

Contamos con 10 unidades de pacientes respectivamente equipadas de las cuales dos unidades están designadas para aislados.

c) Funciones Desarrolladas en la Actualidad

- **Área Asistencial:** Monitoreo y cuidado integral con calidad y calidez desde el ingreso del paciente a la unidad hasta el alta.
- **Área Administrativa:** Manejo de historias clínicas con el registro evidente de los cuidados brindados a los pacientes, reflejados en nuestras notas de enfermería, gestionar y coordinar actividades con personal inmerso en las acciones respecto a proceso hospitalario,
- **Área Docencia:** Instruir a personal nuevo respecto al protocolo de atención establecido en la UCI Neuroquirúrgica. Educación y orientación a padres de familia respecto a los cuidados y sobre todo prevención de esta patología.
- **Área Investigación:** registrar adecuadamente datos relevantes de cada paciente que ingresa a la unidad que sirva como base de datos confiables para futuras investigaciones respecto al tema.

3.3 PROCESOS REALIZADOS:

La incidencia de pacientes con traumatismo encéfalo craneano se ha visto incrementada con el paso de los años y se evidencia en las estadísticas del Servicio de UCI Neuroquirúrgica del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.

Como sabemos el TEC puede ser en muchas ocasiones prevenido, sobre todo si este tipo de accidentes ocurren dentro del hogar. Es así que este tipo de situaciones son las que particularmente me parecen que deberíamos de trabajar. Este es el caso de una niña de dos años que al encontrarse jugando en la azotea de su casa con sus primos de edades similares, basto un descuido de los padres para que ella asome el tragaluz y que la fuerza de su cuerpo la venciera cayendo al concreto y teniendo pérdida de conciencia según referencia de los padres. Es trasladada a un Hospital cercano a su domicilio y de acuerdo a su capacidad resolutive proceden a tomar TAC cráneo evidenciándose edema y hematoma subdural motivo por el cual es referido a UCI Neuroquirúrgica del INSN San Borja donde confirman el diagnóstico y realizan Craneotomía Descompresiva y Evacuación de hematoma.

El Eje de Neurocirugía del INSN San Borja cuenta con equipo de profesionales altamente capacitados y equipo de alta tecnología

para realizar el tipo de cirugía compleja que se requería en este caso en particular.

Se cuenta con una UCI Neuroquirúrgica con personal capacitado para el manejo post intervención quirúrgica que será decisivo en el cuidado integral y recuperación de este tipo de pacientes, así mismo se cuenta con equipo multidisciplinario que brinda apoyo psicológico y social al familiar acompañante. No obstante, es necesario recalcar actividades que ayuden a difundir la prevención de este tipo de traumatismos.

- Establecimiento de un Programa de Prevención a nivel nacional específico para disminuir y/o evitar los accidentes ocasionados por dejar niños solos o no identificar factores de riesgo en los domicilios.
- Documentación de las circunstancias en las cuales la población más vulnerable sufre accidentes e identificar factores de riesgo para prevenir.
- Lograr que la Institución otorgue un tiempo netamente de educación dirigida a padres y familiares para orientar acerca de prevención.
- Coordinar con el Ministerio de Salud (MINS) y el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), autorizaciones con los centros de salud y hospitales para difundir permanentemente

material educativo para la prevención de traumatismos encefalocraneanos.

- Motivar convenios de cooperación con instituciones educativas superiores líderes a nivel nacional para la elaboración de campañas de prevención de TEC en niños.
- Promover la difusión de prevención de caídas y traumatismos en escuela de padres.
- Elaboración de material de prevención para que pueda ser incorporado en los libros que el MINEDU distribuye gratuitamente a nivel nacional.
- Difusión a través de prensa escrita, radial y televisiva campañas de prevención de tec y politraumatismos.

Limitaciones para el desempeño profesional:

Por ser una institución de referencia a nivel nacional, muchas veces no se cuenta con disponibilidad de camas para la atención inmediata de pacientes que sufren Traumatismo Encefalocraneano.

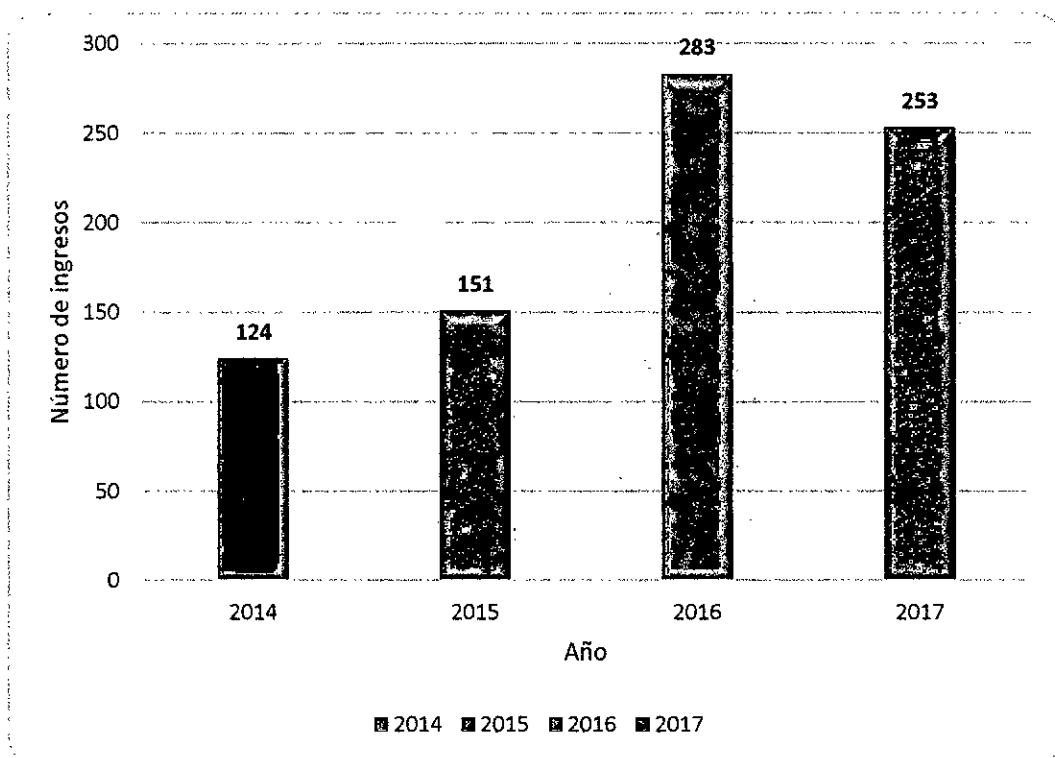
El tiempo de permanencia en una UCI Neuroquirúrgica en este tipo de pacientes es prolongado y muchas veces adquieren otro tipo de enfermedades como neumonías asociadas a ventilación mecánica, síndrome de abstinencia a sedación y muchas veces secuelas neurológicas que prolongan los días de hospitalización.

Los cuidados de enfermería a un paciente pediátrico en una UCI son complejos y muchas veces el tiempo que se tiene de conversar con los familiares para brindar educación para prevenir futuros accidentes es escaso, y teniendo en cuenta el tiempo reducido de visita este tiempo es aún más corto.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

GRÁFICO N° 4.1

Número De Ingresos Por Año A La UCI-Neuroquirúrgica Del INSNSB – 2014 - 2017



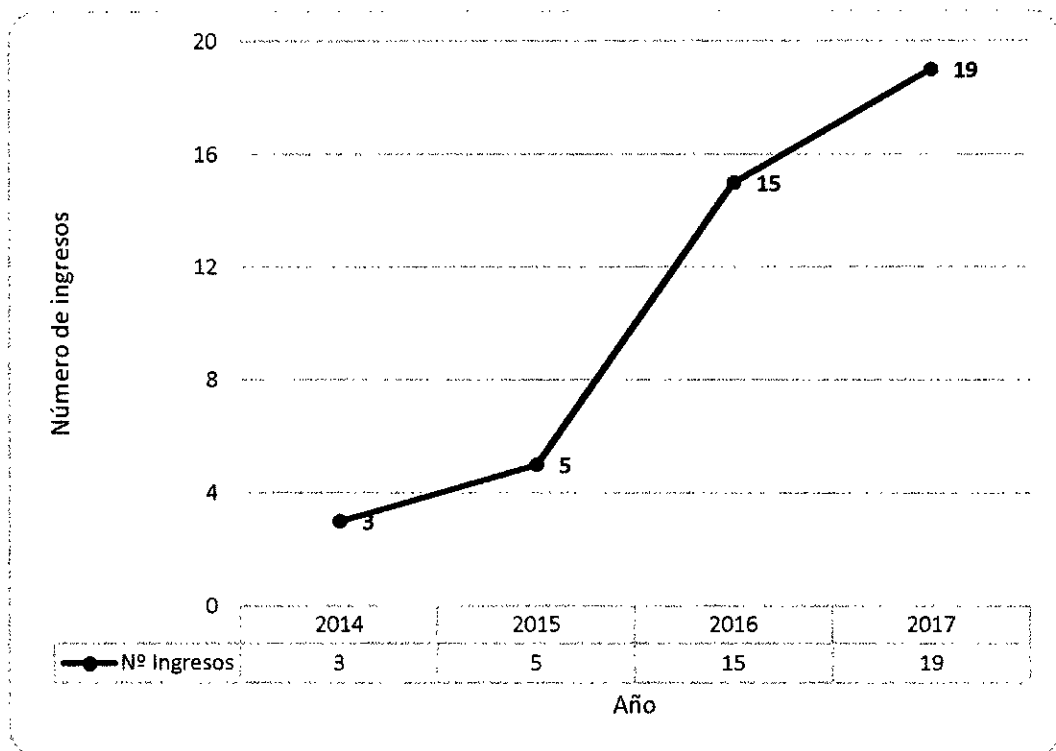
Fuente: Tabulado por la investigadora a partir de los datos del cuaderno de registros de la UCI Neuroquirúrgica. INSNSB. (2014 - 2017).

Interpretación:

En el año 2014 ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de quemados un total de 83 niños, durante el año 2015 se atendió a 125 niños, en el 2016 ingresaron 173 niños y hasta mayo del 2017 ingresaron 76 niños; haciendo un total de 477 niños y niñas atendidos.

GRÁFICO N° 4.2

Número De Pacientes Con Traumatismo Encefalo Craneano Atendido En UCI Neuroquirurgica Del INSNSB – 2014 - 2017



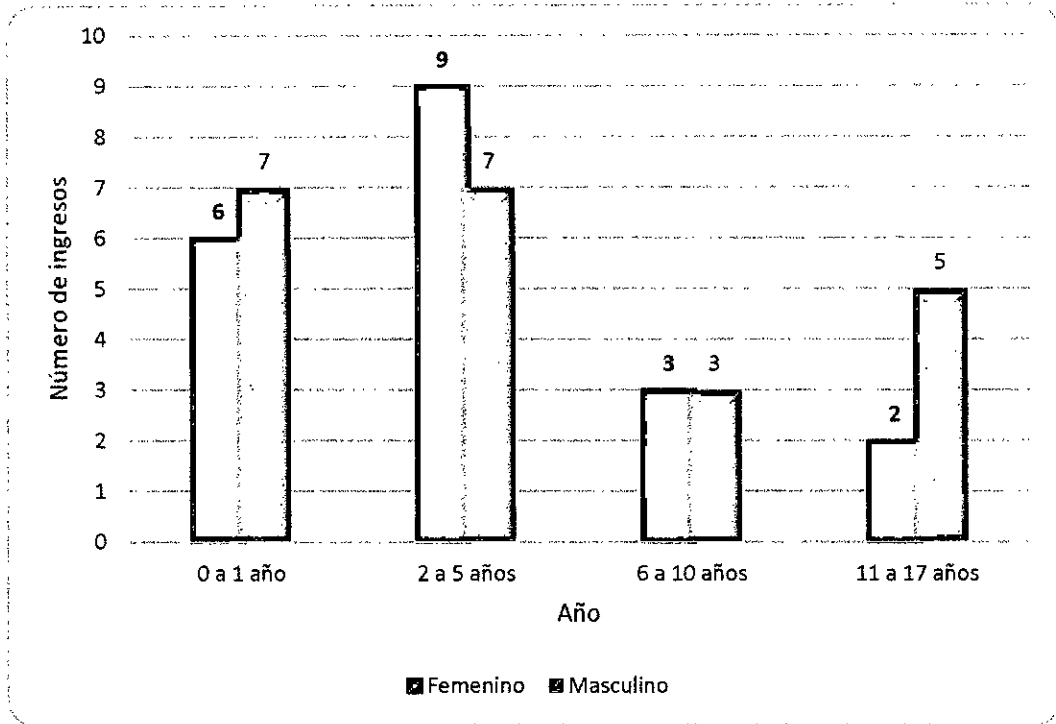
Fuente: Tabulado por la investigadora a partir de los datos del cuaderno de registros de la UCI Neuroquirúrgica. INSNSB. (2014 - 2017)

Interpretación:

El 62% de los pacientes ingresados a la UCI – Quemados pertenece al sexo masculino, mientras que un 38% de los pacientes son del sexo femenino.

GRÁFICO N° 4.3

Edad Y Sexo De Los Pacientes Con Traumatismo Encefalo Craneano Atendido En UCI Neuroquirurgica Del INSNSB – 2014 - 2017

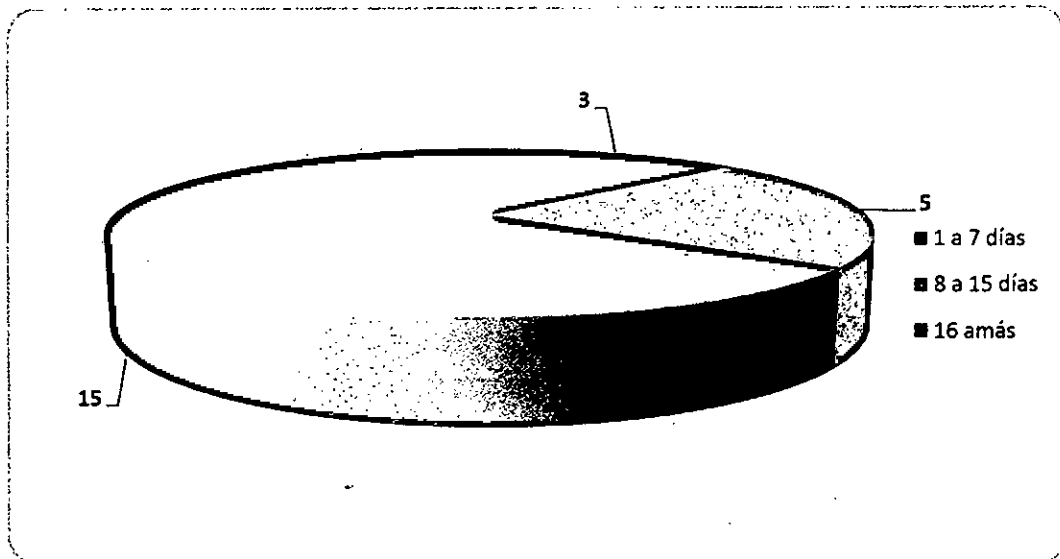


Fuente: Tabulado por la investigadora a partir de los datos del cuaderno de registros de la UCI Neuroquirúrgica. INSNSB. (2014 - 2017)

Interpretación:

El 62% de los pacientes ingresados a la UCI – Quemados pertenece al sexo masculino, mientras que un 38% de los pacientes son del sexo femenino.

GRÁFICO N° 4.4
Estancia Hospitalaria De Pacientes Con Traumatismo Encefalo
Craneano Atendido En UCI Neuroquirurgica Del INSNSB – 2014 -
2017



Fuente: Registro de ingresos y egresos de la unidad de hospitalización cardiología y cirugía cv del INSNSB

Interpretación:

El 62% de los pacientes ingresados a la UCI – Quemados pertenece al sexo masculino, mientras que un 38% de los pacientes son del sexo femenino.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permite que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente.

- b) En la actualidad el traumatismo encéfalo craneano constituye una gran parte de consultas a las instituciones de salud, en áreas como hospitalización, la unidad de cuidados intensivos, y la UCI Neuroquirúrgica del INSN San Borja; se observa el incremento anual de pacientes con TEC. Los niños son vulnerables de sufrir TEC. estadística que se ve reflejado en las causas de mortalidad a nivel local y nacional, del mismo modo en la UCI Neuroquirúrgica del INSN San Borja se evidencia que el mayor porcentaje de TEC está constituido por el grupo de preescolares.

- c) La mayoría de los TEC son prevenibles, de ahí la importancia de la orientación a padres y la identificación de factores de riesgo principalmente domiciliarios, una adecuada prevención de accidentes disminuiría los gastos de estancia hospitalaria que entre más complejos sean los casos más días se necesitarían para la recuperación.

CAPÍTULO VI:

RECOMENDACIONES

- a) Al Estado, implementar programas de prevención de accidentes, específicamente enfocados al grupo de paciente pediátricos.
- b) Al ministerio de Salud, la coordinación con los diferentes sectores relevantes como el de educación, que incluya como apartado principal el tema de prevención de accidentes e identificación de factores de riesgo.
- c) A la institución, incrementar horas netamente de educación dirigidas por el personal de salud, así como una escuela de padres en casa servicio
- d) Nuestras funciones y actividades como Enfermeras son indispensables sobre todo en el grupo etario de pacientes pediátricos , con el incremento de conocimientos nuestras intervenciones serán más oportunas y mejorarán el pronóstico establecido, es asó como enfermeras debemos de ser partícipes activas en campañas dirigidas a la prevención de accidentes.

CAPÍTULO VII:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DE LA TORRE R, Rodríguez I, LÓPEZ A. Revisión de trauma de cráneo severo en niños, Revista Médica MD, Volumen 5: 230 a 237, julio 2014.
2. MORALES LANDEO E. Traumatismo Cráneo Encefálico en Pediatría. [Consultada el 16 de noviembre del 2017] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/Neurocirugia/Volumen2/traum_cr%C3%A1neo.htm.
3. LACERDA-GALLARDO AJ, ABREU-PÉREZ D. Traumatismo Craneoencefálico en Pediatría. Neurlogia.Vol 36:108 a 112.2003
4. FRANCO-ABREU G, RODRÍGUEZ CHOMBO P. Los accidentes en los niños. Un estudio epidemiológico. Revista Mexicana de Pediatría. Vol 67:9al 11.2011.
5. SANCHO-RIEGER J, PARRA-MARTÍNEZ J. Actitud preventiva y terapéutica en las crisis epilépticas postraumáticas. Rev Neurol. 2002;35(Supl 1):S39-S42
6. AITKEN ME, MCCARTHY ML, SLOMINE BS, DING R, DURBIN DR, JAFFE KM, et al. Family burden after traumatic brain injury in

- children. *Pediatrics*. 2009;123(1):199-206. doi: 10.1542/peds.2008-0607.
7. REVIEJO K, ARCEGA I, TXOPERENA, G, AZALDEGUI, F, ALBERDI F; LARA G. Análisis de Factores Pronósticos de la Mortalidad en el Traumatismo Craneoencefálico Grave. [En línea]. Euskadi 2002. [Acceso 5 Noviembre 2012]. Disponible en www.elsevier.es/sites/default/files/.../64v26n05a13033581pdf001.pdf
 8. ZOPFI RR, RAMIREZ E A, Toledo A M. Traumatismo Encefalocraneano en Niños: Epidemiología. *Rev Peru Neurocir*. 2009;4(1):11-6. 7.
 9. MONOGRAFIAS. Traumatismo Encéfalo Craneano. [Consultado el 23 de noviembre del 2017]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos96/traumatismo-encefalo-craneano/traumatismo-encefalo-craneano.shtml#ixzz4zxEC7LZz>.
 10. MANRIQUE MARTÍNEZ I, ALCALÁ MINAGORRE PJ. Manejo del traumatismo craneal pediátrico. [Consultado el 26 de noviembre del 2017]. Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manejo_del_traumatismo_craneal_pediatico.pdf.
 11. SAJONERO E. Universidad Barranquilla. Trauma craneoencefálico en Pediatría. [consultado el 28 de noviembre del 2017]. Disponible

en: <https://es.slideshare.net/eduame689/trauma-craneoencefalico-pediatria>

12. SAPIENS MEDICUS. Traumatismo craneoencefálico en Pediatría. [consultado en marzo del 2017]. Disponible en <https://sapiensmedicus.org/traumatismo-craneoencefalico-en-pediatria/>
13. https://es.wikipedia.org/wiki/Modelos_y_teor%C3%ADas_de_la_enfermer%C3%ADa.
14. WEGNER AA, WILHELM BJ, DARRAS ME. Traumatismo encefalocraneano: Conceptos fisiológicos y fisiopatológicos para un manejo racional Revista chilena de pediatría, 74 (2003), pp. 16-30
15. MARRINER TOMEY A, RAILE ALLIGOOD M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid. España. Harcourt Brace. Cuarta edición. •Enfermería Universidad Mayor Temuco. 2009 [vonsultado el 20 de Setiembre del 2015]. Modelo de Virginia Henderson [mensaje en un blog]. Recuperado de: <http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.com.ar/2009/09/virginia-henderson.html>.
16. GUILLÉN PINTO D, ZEA VERA A, SITU KCOMT M, REYNOSO OSNAYO C, MILLA VERA L, BRAVO PADILLA E, MEDINA ALVA MDP. Traumatismo Encéfalo Craneano en niños en el Hospital Cayetano Heredia de Lima 2004 – 2011. [Tesis doctoral]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2002.

17. ALVAREZ SANZ AM, SIPIÓN REYES AL. Estudio Piloto sobre las Características Epidemiológicas de los Golpes en la Cabeza de los niños menores de 5 años Hospital Cayetano Heredia. 2013. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

18. VICENTE SANTISTEVAN CQ, RODRÍGUEZ DÍAZ RJ. Epidemiología del Traumatismo Encéfalo craneano en el Hospital Abel Gilbert Pontón 2012. [Tesis médico general]. London. Spanska. 2014.

ANEXOS

ANEXO 01



El descuido de los padres puede provocae

ELECTRICIDAD
Coloca tapas plásticas en los tomacorrientes, para evitar que los niños introduzcan cualquier objeto metálico o inclusive sus propios dedos

CAÍDAS Y ESCALERAS
Bloquea el paso a las escaleras en ambos extremos, con puertas de seguridad para bebé

insn

Vsdsb

**VACACIONES EN CASA SON VACACIONES
SEGURAS #PrevenirEsSalud**



Si tu hijo tiene entre 2 y 4 años, están descubriendo el mundo, asegúrate de no perderlo de vista ni por un segundo.

Vsavasv



Mejor Salud para
los Niños del Perú



ADAVAMINSA DONA EQUIPOS Y PRODUCTOS ORTOPÉDICOS PARA PACIENTE CON MALFORMACIÓN NEUROLÓGICA

La Asociación Civil de Damas Voluntarias y Amigas del Ministerio de Salud-ADAVAMINSA, se hizo presente en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja-INSN SB y donó equipos para el tratamiento de un paciente con malformación neurológica. La presidenta de esta institución Graciela Poggi entregó a la madre del menor un respirador de secreción, un colchón clínico anti-escaras, un nebulizador, además de una serie de implementos que servirán para que el menor continúe su tratamiento en casa. Dicho gesto fue agradecido por la propia Directora General de Instituto, Dra. Zulema Tomas Gonzáles, quien felicitó a la señora Poggi por la labor que realizan apoyando a los más necesitados. El paciente fue dado de alta tras realizarle una traqueotomía y colocación de válvula, con el fin de ayudar en su proceso respiratorio y retirar la secreción de los pulmones.

#HUMANIZARPARASANAR

Vdsvbdasb

