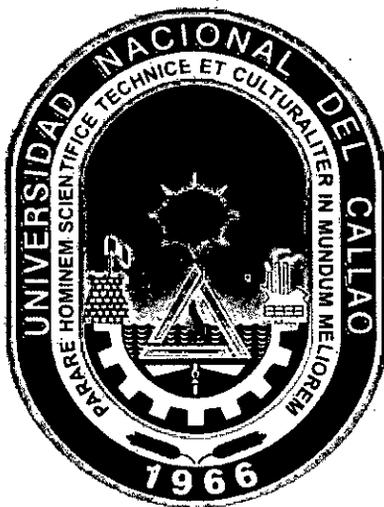


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO
ENCÉFALO CRANEANO LEVE A MODERADO EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA ESPECIALIZADA HOSPITAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ
ESSALUD HUANCAYO 2013 - 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

ANA MARÍA SAUÑI TAPIA

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---|------------|
| ➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 352

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 13/12//2016

Resolución Decanato N° 1859-2016-D/FCS de fecha 09 de Diciembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción de la situación problemática	5
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual.....	12
2.2.1 Traumatismo craneoencefálico	12
El tratamiento de la hemorragia intraparenquimal.....	29
2.2.2. Cuidados de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico	40
2.2.3. Teoría del Cuidado de Jean Watson.....	44
2.3. Definición de términos.....	47
III.-EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	49
3.1. Recolección de datos	49
3.2 Experiencia profesional	50
3.3 Procesos realizados en el tema del informe.....	55
3.3 Procesos realizados en el tema del informe.....	64

IV. RESULTADOS.....	66
V.-CONCLUSIONES	84
VI.- RECOMENDACIONES.....	85
VII.- REFERENCIALES	86
ANEXOS	89

INTRODUCCIÓN

El TEC se define como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico y/o funcional del contenido craneal al que puede atribuir uno o más de las siguientes consecuencias: pérdida o disminución del estado de conciencia amnesia, Fractura de cráneo, anormalidad neurológica o neuropsicológica, lesión intracraneal o muerte (1).

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es un problema de salud en el Perú y en otras latitudes del mundo. Según el Instituto Nacional de Salud del Perú las muertes por causa violenta representan el mayor porcentaje de la mortalidad nacional; los accidentes en sus diversas formas constituyen el mayor número, siendo los (TEC) quienes se hallan implicados en un porcentaje mayor, atribuyéndoles responsabilidad de la tercera parte de la mortalidad por trauma (2).

Esta patología se constituye una de las principales causas de muerte en el mundo sobre todo en personas jóvenes (15 - 24 años de edad) (3). Con plena actividad social y laboral y en personas mayores de 75 años entre las causas más comunes están: la colisión vehicular, los accidentes en bicicleta o los accidentes peatón- vehículo las caídas son la segunda causa más frecuentes en los ancianos y niños pequeños, estos incidentes provocan un elevado costo a la sociedad y un gran impacto emocional sobre el paciente y la familia

La mortalidad por traumatismo encéfalo craneano es muy elevada es mayor del 50% sino se emplean medidas de tratamientos inmediatos para controlar la elevación postraumática de la presión intracraneal, la hipoxia, la isquemia cerebral y otras complicaciones que si no se detectan a tiempo pueden con llevar a la muerte (4).

Algunos pacientes fallecen por graves lesiones cerebrales primarios. En muchos otros la muerte es el resultado del politraumatismo. De aquí la importancia de una primera valoración y un tratamiento oportuno ya que de esto dependerá la vida y el buen pronóstico del paciente.

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidados de Enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano leve a moderado en el servicio de Cirugía especializada del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Es salud Huancayo, 2013 - 2015", tiene por finalidad describir los cuidados en pacientes con TEC leve a moderado al igual que el tratamiento de las complicaciones en forma oportuna. El que contribuirá a disminuir las cifras de muerte y discapacidad de por vida de las personas en riesgo.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El Traumatismo encefalocraneano (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 mil accidentes de tránsito, que han ocasionado 310 mil muertes y en los últimos cuatro años 117 mil personas quedaron discapacitadas de por vida. La atención sanitaria de estas víctimas cuesta alrededor de 150 millones de dólares anuales, cifra que representa el 0,17 % del Producto Bruto Interno (PBI), según cálculos oficiales. □ En los niños menores de dos años, la caída de andadores es una causa frecuente de traumatismo craneoencefálico. (4)

En EE.UU., en tan solo un año, ocurren 10 millones de casos, de los que el 20% llevan asociados lesiones cerebrales. No existen datos precisos acerca de la incidencia de TCE en España, ya que no existe un registro nacional de traumatismos y la mayoría de los estudios epidemiológicos van más encaminados a la repercusión social de este problema y, sobre todo, al gran impacto económico que generan. (5)

En El Perú en emergencia del Hospital Dos de Mayo (Lima), el 20% de pacientes son atendidos por lesiones craneoencefálicas la mayoría leves. Son más frecuentes en adultos jóvenes de 15 a 24 años, más frecuentes en

el sexo masculino, los fines de semana y en horas de la tarde y en primeras horas de la madrugada (4)

En la actualidad en el HNRPP en el servicio de hospitalización de Cirugía Especializada 150 pacientes que ingresan al servicio mensualmente el 40% son pacientes de neurocirugía ingresando el 30% con Dx de tec leve y el 10% de Tec Moderado a Severo de los cuales el 50% presenta problemas de inmovilidad y discapacidad. Durante los años 2013 al 2015 se pudo constatar que en el servicio de cirugía especializada las patologías más frecuentes han sido Traumatismo intracraneal con 150 casos seguido de hemorragia subdural con 37 casos (anexo N° 3) teniendo como común denominador una acción oportuna y adecuada del personal médico y para médico para poder evitar secuelas o complicaciones

Ante esta situación surge la interrogante ¿Cuáles son los cuidados oportunos que deben tener un paciente con complicaciones quirúrgicas de **Tec leve a moderado?**

1.2 Objetivo

Describir los cuidados de Enfermería en pacientes con complicaciones quirúrgicas en traumatismo encéfalo craneano leve a moderado en el servicio de Cirugía especializada del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Es salud Huancayo, 2013 - 2015”

1.3 Justificación

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad dar a conocer y explicar los cuidados de enfermería en la atención de pacientes de traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) leve a Moderado y proponer acciones inmediatas en el cuidado de pacientes con complicaciones quirúrgicas en el marco de la calidad, la calidez y sensibilidad social, en bienestar de los pacientes.

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para incrementar el marco de conocimientos en los cuidados de enfermería en pacientes de Tec leve a Moderado y sus cuidados en complicaciones quirúrgicas se brindará capacitación al familiar o cuidador del paciente en la seguridad y rehabilitación del paciente en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. El informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Relevancia Social: Se beneficiara a las enfermeras porque ayudaran a disminuir un elevado costo a la sociedad y un gran impacto emocional sobre el paciente y la familia con un trato mas humanizado dando una atención oportuna con calidad y calidez.

Vista Práctica: Sera de interés para los profesionales de enfermería, porque les permitirá recordar y actualizar acciones que se debe seguir en el manejo de pacientes con Traumatismo encéfalo craneano y sus

complicaciones quirúrgicas mejorando la calidad de atención por parte del personal de enfermería.

Nivel económico: Esto contribuirá a disminuir la estancia hospitalaria evitando complicaciones durante su hospitalización, disminuyendo de esta manera los gastos económicos para la institución.. y contribuyendo a disminuir un elevado costo a la sociedad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Bustos Villareal Mónica Alexandra y Cortez Guerrero Ángela Yazmín realizaron el estudio Manejo de Enfermería en pacientes con trauma craneoencefálico atendido en el servicio de Emergencia del Hospital Marco Vinicio Iza durante el periodo Marzo – Julio del 2012 cuyo Objetivo era Determinar el manejo de enfermería en paciente con trauma craneoencefálico atendido en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza, durante el periodo marzo – julio del 2012 En la presente investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, bibliográfico, analítico, transversal, de campo y de acción. Se describió y analizó el manejo de enfermería de pacientes con TEC en los pacientes que son atendidos en el servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza durante el período de marzo a julio del 2012. Al final de nuestro proyecto de investigación se diseñó como propuesta a dicho problema un plan de intervención en el cual se capacitará, con charlas a el personal de enfermería sobre el manejo adecuado que se debe de tener con los pacientes que presentan TEC. (6).

Sailema Ronquillo, María Belén realizo un estudio de Intervención de Enfermería y beneficios en el pronóstico de vida que obtienen los pacientes con traumatismo cráneo encefálico en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial docente Ambato durante el periodo agosto 2014 – Enero 2015 Ecuador .Siendo su objetivo Analizar la Intervención de Enfermería y los

Beneficios en el Pronóstico de Vida que obtienen los pacientes con Traumatismo Cráneo-Encefálico en el Servicio de Emergencia. En la siguiente investigación acoge el enfoque: critico-propositivo de carácter cuanti-cualitativo. Cuantitativo porque se recabará información que será sometido a análisis matemático. Cualitativo. En el presente estudio concluyo que a pesar de la existencia de un protocolo de atención para pacientes con Traumatismo Cráneo Encefálico, no todo el personal conoce y aplica dicho protocolo; dando como evidencia que la atención no es individualizada, más bien de forma rutinaria. Por lo cual se presentan errores u omisiones en la atención brindada. (7)

Figuroa Romero, Alan Armando planteo un estudio Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con traumatismo encéfalo craneano grave, admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo del 01 de enero del 2002 al 31 de diciembre del 2008. Siendo su objetivo Determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad en pacientes adultos con diagnóstico de TEC grave admitidos en la (UCI) del Hospital Regional Docente de Trujillo Se realizó un estudio de casos y controles durante el período Enero 2002 a Diciembre 2008. Los casos estuvieron conformados por 22 pacientes con diagnóstico de TEC grave admitidos en UCI que fallecieron y los controles, conformados por 66 pacientes con diagnóstico de TEC grave admitidos en UCI que no fallecieron, en los cuales se evaluó factores epidemiológicos, clínicos y tomográficos. Resultados: Los factores de riesgo asociados fueron:

altamente significativos midriasis bilateral, Índice de APACHE II mayor a 15, Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), Coma y Paro Cardio Respiratorio (PCR), muy significativos: Shock Séptico, Sepsis, Shock Hipovolémico, y significativos aniso Coria, craniectomía, edad mayor de 60 años, y Hematoma Subdural. No tuvieron significancia estadística: el sexo y la presencia de neumonía.

Conclusiones: La midriasis bilateral, Índice de APACHE II mayor a 15, IRA, Coma, PCR, Shock Séptico, Sepsis, Shock Hipovolémico, aniso Coria, craniectomía, edad mayor de 60 años, y el Hematoma Subdural, son factores de riesgo para mortalidad en pacientes con TEC grave admitidos en la UCI. (8)

JIMÉNEZ ABAD Juan Manuel, realizó un estudio denominado "Traumatismo craneo encefálico en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el periodo Enero – Diciembre del 2007 cuyo objetivo planteado fue establecer en un periodo de tiempo fijo anual (año 2007), numerosos indicadores que nos puedan orientar en forma general; como es el comportamiento epidemiológico de este fenómeno patológico en el contexto local (Loja), y en una institución específica (Hospital Provincial Isidro Ayora), puesto que una de las principales instituciones sanitarias de la Región Sur del País. El método factible para la elaboración de este proyecto investigativo de carácter retrospectivo consiste en una modalidad de investigación de campo tipo observacional - descriptivo apoyado por la

investigación documental bibliográfica que determinan cuales son las principales variables a investigar en este estudio. Se concluye que el traumatismo craneoencefálico es una patología muy relevante en el contexto epidemiológico local del hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, representando el 1,8% del total de egresos hospitalarios durante el año 2007; estableciéndose una relación cuantitativa aproximada de la categorización del TEC que por cada 100 pacientes 60-65 son leves, 20 - 25 moderados y 10 -15 son severos. (9)

2.2 Marco Conceptual.

2.2.1 Traumatismo craneoencefálico

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

El traumatismo craneoencefálico (TEC) o traumatismo encéfalo craneano (TEC) es la alteración en la función neurológica u otra evidencia de patología cerebral a causa de una fuerza traumática externa que ocasione un daño físico en el encéfalo.(10)

A. Clasificación de los TEC

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

a) TCE leve, si la puntuación es de 13 a 15

b) TCE moderado, si la puntuación es de 9 a 12.

c) TCE grave, si la puntuación es de 3 a 8

a) El TCE leve (13 a 15 puntos)

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

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

b) TCE moderado

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

c) TEC Severo

En el TEC grave o severo (ECG 3-8) La recuperación es prolongada y generalmente incompleta. Un porcentaje significativo de pacientes con TCE grave no sobrevive más de un año (7).

B. Síntomas del traumatismo encéfalo craneano.

Tec Leve.

de cabeza, Los pacientes han experimentado una pérdida de la conciencia menor a treinta minutos y las quejas que se presentan incluyen dolor confusión y amnesia. En ocasiones el paciente no tiene síntomas en el momento de la evaluación.(11)

Tec Moderado.

Hay alteración en el nivel de conciencia, confusión, presencia de algunos

Síntomas focales (déficit sensorial y motor muy variables). El paciente se

Encuentra letárgico o estuporoso, fatiga, mareo, cefalea y dificultad para la

Concentración.

Tec Grave.

El paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir órdenes y sufre de lesiones neurológicas significativas. Por lo general tiene una neuroimagen anormal, es decir, a la tomografía computarizada (TAC/TC) se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal.

No debe confiarse ante la normalidad de la exploración neurológica o la ausencia de síntomas en las primeras horas tras el TCE, sobre todo en pacientes ancianos y alcohólicos, pues con cierta frecuencia presentan alguna complicación un tiempo después.

Determinar los signos de trauma, quemaduras, laceraciones de cara y cuello cabelludo, fracturas abiertas, hemotímpano o hematoma en región mastoidea (signo de Battle) que indica fractura de peñasco, hematoma peri orbitario (hematoma en ojos de mapache) signos de fractura de fosa posterior. Pérdida de líquido cefalorraquídeo por oídos o nariz indican fracturas de base de cráneo (12)

C. Mecanismo de lesión del TEC

El trauma es una lesión mecánica sobre las estructuras encefálicas, que provoca una alteración del tejido nervioso mediante dos mecanismos interrelacionados.

Lesión Primaria

Ocurre en el momento del golpe, la lesión es irreversible, a pesar de un adecuado tratamiento inicial, está dado por el tipo de impacto, el cual puede ser estático o dinámico:

Estático: por ejemplo una pedrada. La importancia viene dada por la masa y la velocidad del objeto que colisiona. Este tipo de impacto es responsable de fracturas de cráneo y hematomas extra y subdurales.

Dinámico: por ejemplo, un accidente de tráfico. Es el modelo de impacto más frecuente y grave. Este tipo de impacto es el que suele provocar degeneración de los axones (cilindroeje de la célula nerviosa) responsable del coma postraumático. Las contusiones, laceraciones y hematomas intracraneales. En el modelo dinámico tenemos:

Lesión secundaria

Ocurre inmediatamente después del impacto, producidas por daño isquémico, se origina a partir de procesos que incrementan la lesión primaria como situaciones de hipotensión, hipoxia, hipercapnia, y alteraciones del equilibrio Hidroelectrolítico, fundamentalmente por hiponatremia con hiperosmolaridad, Coagulopatías, infecciones y alteraciones gastrointestinales.

A nivel celular puede continuar su desarrollo durante las primeras horas de la Lesión. Las consecuencias de este fenómeno son

lesiones funcionales o Estructurales, reversibles e irreversibles, focales o difusas.

Sea cual fuere la causa, enseguida de la lesión se inicia un círculo vicioso de Fenómenos neurotóxicos que se retroalimentan y refuerzan entre sí y cuyo destino final es la isquemia y muerte celular.(7)

D. Diagnóstico del traumatismo encéfalo craneal.

El tratamiento del TEC depende de la extensión y del tipo patológico de lesión Encefálica. La exploración clínica debe delimitar la causa, el tipo, la localización y la extensión de la lesión.

Atención inicial:

- Permeabilización de la vía aérea e inmovilización cervical :

Es el primer punto de la asistencia inicial al paciente politraumatizado, así como el control de la columna cervical con la ayuda de un collarín, que puede suplementarse con soportes laterales y fijación para el transporte. El manejo de vía aérea e intubación endotraqueal son las maniobras que han demostrado eficacia en la supervivencia de estos pacientes. Debe administrarse oxígeno a la concentración más alta posible. Una PO₂ baja y una PCO₂ elevada, ejercen un efecto vasodilatador sobre la circulación cerebral y por lo tanto aumentan la PIC: debemos suponer que la PIC está elevada en todo TCE.

- Circulación y control de la hemorragia:

Frío y taquicardia en un TCE equivalen a shock hipovolémico, hasta que no se demuestre lo contrario. El shock hipovolémico es el gran reto en la asistencia inicial. Con sospecha de hipovolemia severa, en la mayoría de los casos, se requiere intervención quirúrgica urgente, que solo puede recibirse en el hospital. Se aconsejan soluciones de ClNa a concentraciones de 0,9% ó superiores (ringer o fisiológico); también se pueden administrar soluciones hiperosmóticas y coloides. El objetivo es alcanzar una PAM > 70 mmHg.

- Evaluación neurológica :

Consiste básicamente en la determinación de la escala de coma de Glasgow, el examen de las pupilas y comprobar si existen signos de focalidad neurológica.

- GCS: ya comentada anteriormente, en función de la que clasificaremos el TCE en grave, moderado y leve. Es importante objetivar si se parte de una pérdida de conciencia en el momento inicial con posterior mejoría o si el nivel de conciencia ha ido empeorando paulatinamente a partir del traumatismo, lo que implicaría daño secundario del encéfalo. Los sujetos que hablan en algún momento tras la lesión y después pierden la conciencia presentan casi de forma invariable hematoma intracraneal. Muy importante valorar, además, la presencia en algún momento de crisis convulsivas.

- Examen pupilar: debe valorarse su tamaño y la respuesta a la luz intensa de forma directa o indirecta (reflejo consensual). Se considera patológica cualquier diferencia en el tamaño pupilar de más de 1 mm, la respuesta lenta y la no respuesta al estímulo lumínico.
- Función motora: la debilidad o inmovilidad de un hemicuerpo indica la existencia de una lesión ocupante de espacio con afectación de la vía piramidal correspondiente. Otro aspecto importante del examen físico es la exploración de la cabeza en busca de signos de traumatismo. Hematoma periorbitario (ojos de mapache) que suponen fractura del piso de la fosa anterior. También se deben buscar signos de derrame de LCR por la nariz o los oídos(13).

Hay que tener en cuenta que el organismo responde con hipertensión y bradicardia ante un aumento de la presión intracraneal. Por tanto la combinación de hipertensión arterial progresiva, bradipnea y bradicardia es sugestiva de aumento súbito de presión intracraneal, que puede requerir intervención quirúrgica urgente.

Es prioritaria la detección precoz de la hipertensión intracraneal (HIC) y su tratamiento adecuado, sobre el diagnóstico exacto de las diferentes lesiones intracraneales, que se abordará una vez superado los problemas que amenazan la vida del paciente.

Escala de Glasgow.

Glasgow Coma Scale (GCS), conocida en castellano como escala de Glasgow, es el nombre que identifica a una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona que sufrió un trauma craneoencefálico. Se emplea durante las veinticuatro horas siguientes al episodio y evalúa tres parámetros: la capacidad de apertura ocular, la reacción motora y la capacidad verbal.(14)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Escala de Coma de Glasgow en Infantes.

El traumatismo cráneo encefálico (TEC) es la primera causa de morbimortalidad en la infancia, en los países desarrollados. Además es

causa de primer orden de retraso mental, epilepsia e incapacidad física en muchos de los afectados.

La Escala de coma de Glasgow ha sido modificada para su uso en niños y lactantes de la siguiente manera.

E. Tratamiento de Traumatismo Encéfalo Craneano.

a. Tratamiento de Emergencia

Los objetivos del tratamiento inicial son:

- Ventilación y estabilidad hemodinámica.
- Diagnóstico y cirugía inmediata de lesiones ocupantes de espacio.
- Descartar y tratar lesiones asociadas que amenazan la vida.

Durante la reanimación interesa mantener valores óptimos de presión arterial media (superiores a 80 mm Hg). En la fluido terapia debe evitarse las soluciones hipotónicas, ya que favorecen la formación de edema cerebral y aumento de la PIC. Se recomienda utilizar soluciones isotónicas, el cristalóide de elección es la solución de NaCl al 0,9%, los coloides más aceptados son la albúmina al 5% y el hidroxietilalmidón. Entre las medidas generales también están la analgesia y sedación

b. Tratamiento Tec Leve.

Si el examen clínico y las radiografías de cráneo o TAC cerebral son normales, dar de alta con indicaciones de dieta, analgésicas,

antibióticas y antitetánicas condicionales, y volver en caso de mayor cefalea, náuseas o vómitos o cualquier síntoma o signo que le produzca preocupación.

Si se tiene que quedar en observación empezar la dieta VO si tolera. Administrar analgésicos, antibióticos y vacuna anti te-tánica. No usar corticoides ni sedantes.

c. Tratamiento TEC Moderado.

- Colocar vía EV.
- Tomar muestras de sangre para exámenes apropiados. Empezar hoja de observación neurológica.
- Solicitar TAC cerebral.
- Tomar RX de columna cervical u otras si están indicados. Solicitar evaluación por neurocirujano.
- Si hay sospecha de neumopatía espirativa: Tratamiento antibiótico.
- Si hay pérdida de LCR: Quimioprofilaxis antibiótica.
- Si TAC muestra un hematoma de necesidad quirúrgica, preparatorio para sala de operaciones e iniciar manitol.
- Profilaxis anticonvulsiva si hematoma será operado o hay antecedentes de epilepsia.
- Si TAC es negativa para hematoma considerar necesidad de admisión en Cuidados intermedios o Cuidados Intensivos. Requiere control de PA, temperatura, respiración, frecuencia cardiaca,

volumen urinario, balance hidroelectrolítico, estado de conciencia, pupilas.

- No usar corticoides ni sedantes ni vasodilatadores cerebrales.

d. Tratamiento del Tec Severo.

Cuidados Generales:

- Colocar la cabeza elevada a 30 grados.
- Colocar vía venosa central para control de PVC.
- Meta: PVC: 5-10 cm H₂O. Mantener euvolemia y PA normal.
- Hiperventilación moderada. Mantener Pa CO₂ entre 30-35 Torr.
- Oximetría de pulso. Evitar la hipoxemia.
- Temperatura normal. La fiebre aumenta el consumo de O₂.
- Profilaxis de convulsiones, administrar la fenitoína EV lentamente 5 mg/kg, y en niños 5 mg/kg.
- Sonda nasogástrica: Empezar alimentación por SGN precozmente, si no hay contraindicaciones empezar dentro de las 24 horas del TEC.
- Si hay sospecha de neumopatía aspirativa tratamiento antibiótico.
- Ranitidina, antiácidos y analgésicos son útiles.
- Cambios posturales para evitar escaras. Capotaje pulmonar. No administrar corticoides.

Terapia Primaria

- Drenaje ventricular para monitoreo de presión intracraneal.
- Indicaciones:
 - Todo paciente con ECG menor o igual a 8.
 - ECG mayor a 8 pero con TAC anormal (hematoma, concusiones, contusiones, edemacisternas anormales).
 - ECG mayor con TAC normal pero edad mayor de 40 y/o con hipotensión
- No es rutina en EC Glasgow de 9 a 15.
- Sedación, lidocaína, narcóticos, benzodiazepinas, propofol.

Terapia Secundaria

- Manitol 20%. Dosis: 0,5 a 2 gr/kg peso/día dividido en 6 dosis
- Inducción de HTA con dopamina.
- Meta: Elevación de PPC. PPC mayor 70mmHg. (15)

F. Complicaciones del Traumatismo Encéfalo craneano:

Manejo quirúrgico del TEC

Herniación cerebral Las complicaciones inmediatas o de primeros días, son el edema cerebral solo o asociado a hematomas o hemorragias epidurales, hematomas subdurales agudos, hematomas intracerebrales. Estas lesiones incrementan la PIC y cuando tienen

efecto de masa, provocan con deterioro neurológico clínico lo que demandará una inmediata solución quirúrgica.

1. Hematoma subdural:

Generalmente son debidos a rotura de las venas comunicantes entre corteza cerebral y duramadre. Se localizan preferentes en la convexidad frontoparietal. Su incidencia es mayor en pacientes etílicos, ancianos y en aquellos con tratamiento anticoagulante.

Su evolución clínica es similar a la del hematoma epidural, aunque se extiende a lo largo de un mayor espacio de tiempo. Pueden acompañarse o no a fracturas del cráneo. Aquellos que aparecen en las primeras 24 horas se denominan agudos, subagudos cuando lo hacen entre las 24 horas y 2 semanas, y crónicos cuando aparecen más tardíamente. Estos dos últimos son de difícil diagnóstico debido a que no se asocian los síntomas al traumatismo como consecuencia del tiempo transcurrido, o la levedad del golpe y por la presencia de síntomas dudosos (cambios de carácter, de personalidad, cefaleas). El hematoma subdural agudo requiere cirugía urgente. Presentan una alta mortalidad.

2. Hemorragia Subaracnoidea:

La hemorragia subaracnoidea traumática se acompaña a menudo de un hematoma subdural concomitante o de una contusión cerebral.

Clínicamente se expresa mediante cefalea intensa, inquietud, febrícula, rigidez de nuca y otros signos meníngeos. El diagnóstico se realiza mediante TAC, y si es normal mediante la demostración de un LCR hemorrágico.

No requiere tratamiento quirúrgico urgente.

3. Hematoma Intraparenquimatoso

Los hematomas intraparenquimatosos traumáticos pueden manifestarse como

Lesiones rápidamente expansivas o ser asintomáticos. En la mayoría de los casos existe fractura craneal asociada por golpe o contragolpe.

Se requerirá al Neurocirujano si:

- Tras la realización de TAC se demuestran lesiones intracraneales.
- GCS < 14.
- Presencia de crisis postraumáticas.
- Hay signos clínicos o radiológicos de fractura craneal.
- Presencia de vómitos o cefalea intensa.
- Presencia de rinorragia/rinolicuorrea u otorragia/otolicuorrea.
- Presencia de focalidad neurológica.(5)

4. Contusión cerebral.- Son lesiones hemorrágicas heterogéneas y confluyentes en el parénquima cerebral con gran edema cerebral

secundarias a un TEC. Son de curso evolutivo de forma aguda o con los días expresándose en un deterioro neurológico. Usualmente se ubican en el en el lado contralateral a la zona de impacto. De acuerdo al tamaño, al efecto de masa y el cuadro clínico el tratamiento puede ser médico o quirúrgico. Si es quirúrgico; se practicara una craneotomía que permita evacuar el área cerebral contundida. Si es una lesión con gran efecto de masa por el edema circundante; una gran craniectomía descompresiva con conservación de la placa ósea en la pared abdominal. El pronóstico es bueno en las contusiones pequeñas. En los casos quirúrgicos el pronóstico está relacionado con la oportunidad quirúrgica a tiempo y la extensión de la lesión.

a. Tratamiento de las complicaciones del TEC

Tratamiento del Hematoma subdural

Un hematoma subdural es una situación de emergencia Para reducir la presión dentro del cerebro, se puede requerir una cirugía de emergencia. Esto puede comprender la perforación de un pequeño agujero en el cráneo, el cual permite drenar la sangre y alivia la presión en el cerebro. De igual manera, puede ser necesario extraer los hematomas grandes o los coágulos sólidos de sangre a través de un procedimiento llamado craneotomía, con el cual se crea una abertura más grande en el cráneo.

Los medicamentos empleados para tratar un hematoma subdural dependen del tipo de hematoma, de la gravedad de los síntomas y de la magnitud del daño cerebral que se haya presentado. Los diuréticos y los corticosteroides pueden utilizarse para reducir la hinchazón y los medicamentos anticonvulsivos, tales como la fenitoína, se pueden emplear para prevenir o controlar las crisis epilépticas.

Tratamiento del hematoma subaracnoidea

- Los objetivos del tratamiento son:
- Salvar la vida.
- Reparar la causa del sangrado.
- Aliviar los síntomas.
- Prevenir complicaciones como el daño cerebral permanente (ataque cerebral, también llamado accidente cerebrovascular).

La cirugía se puede hacer para:

- Eliminar grandes acumulaciones de sangre o aliviar la presión en el cerebro c si la hemorragia se debe a una lesión.
- Reparar el aneurisma si la hemorragia se debe a la ruptura de este.
- Si la persona está muy grave, es posible que la cirugía tenga que esperar hasta que esté más estable.

La cirugía puede involucrar:

- Una craneotomía (perforar un agujero en el cráneo) y colocación de puntos metálicos en el aneurisma para cerrarlo.
- Un espiral endovascular: colocar espirales en el aneurisma y stents (endoprótesis vasculares) en el vaso sanguíneo para aprisionar dichas espirales reduce el riesgo de un sangrado posterior.
- Si no se encuentra ningún aneurisma, un equipo médico deberá vigilar muy de cerca a la persona y es posible que necesite más exámenes imagenológicos.(16)

El tratamiento de la hemorragia intraparenquimal

- El tratamiento varía dependiendo de la localización específica, la magnitud y la causa del sangrado. El tratamiento puede incluir medidas para salvar la vida del paciente, tales como hiperventilación médica, que implica insertar un tubo respiratorio y forzar a la persona a respirar rápidamente para reducir la presión en el cerebro.
- La cirugía se puede necesitar en algunos casos y se puede llevar a cabo para reparar o extirpar estructuras que causan el sangrado (tales como un aneurisma o una malformación arteriovenosa).
- Entre los medicamentos que se utilizan se pueden mencionar los analgésicos, los corticosteroides o los diuréticos para disminuir la

hinchazón y los anticonvulsivos para controlar las convulsiones. Si se presenta un trastorno de sangrado, se pueden requerir medicamentos o hemoderivados para controlarlo.(17)

b. Postoperatorio del Paciente Neuroquirúrgico

El paciente neuroquirúrgico es especialmente diferente de la mayoría de los otros pacientes quirúrgicos. El cerebro tiene un limitado número de respuestas a las lesiones, y estas ocurren en un comportamiento rígido, inflexible. Los cambios ligeros en la presión sanguínea, temperatura, que pueden causar un daño neuronal y marcar la diferencia entre la recuperación neurológica total y un déficit neurológico serio y permanente. El cuadro postoperatorio del paciente neuroquirúrgico comprende, además, al inconsciente, incapaz de informar de los cambios en sus procesos fisiológicos.(19)

Contenido

1. Recepción del Paciente
2. Atención general y específica por parte de la enfermera en el postoperatorio del paciente neuroquirúrgico
3. Cuidados Generales
4. Técnicas para el control de la presión intracraneal
5. Responsabilidad de la enfermera
6. Métodos usados para controlar el aumento de la PIC
7. Cuidados postoperatorio del paciente con craneotomía

8. Conservar una ventilación y oxigenación adecuada

9. Fuente

a) Recepción del Paciente

De lo antes dicho puede inferirse que también la recepción del paciente neuroquirúrgico difiere en algunos aspectos específicos en relación a la de otros pacientes quirúrgico además debemos caracterizar en el paciente neuroquirúrgico si se trata de una cirugía craneoencefálica o raquimedular. Partiendo del concepto de que en la medicina intensiva la responsabilidad de la enfermera juega papel fundamental al alejarse de la idea convencional de ser sólo responsable de los cuidados, en un sentido estricto; por ello durante la recepción debe tener en cuenta:

El traslado del paciente ante el riesgo de empeorar el daño existente previo, por ejemplo: lesión raquimedular.

Set de punción venosa profunda.

Ventilador expedito.

Listo el carro de paro, material adecuado para entubación y reanimación cardiocerebropulmonar.

Monitor y desfibrilador.

Tener las sondas listas a utilizar: aspiración, levine, etc.

Cuidados con las sondas y drenajes del SNC que pueda tener el paciente.

Otros elementos que el facultativo señale de acuerdo al paciente específico.

b) Atención general y específica por parte de la enfermera en el postoperatorio del paciente neuroquirúrgico

La atención general del paciente neuroquirúrgico incluye el examen médico al momento del ingreso, donde se recogen antecedentes médicos actuales y remotos de todos los sistemas, incluyendo lesiones traumáticas, antecedentes medicamentosos; este examen debe recoger las funciones generales y específicas del SNC.

Cuidados Generales

- Reconocer los signos clínicos de aumento de la presión intracraneal (PIC)
- Signos definitivos.
- Disminución del nivel de conciencia y de la habilidad motora, así como de la función de pares craneales (en especial el motor ocular común).
- Cambios en los signos vitales de una evolución a otra.
- Papiledema (edema del disco óptico) que puede estar ausente en la hipertensión intracraneal aguda.

- Otros signos y síntomas: estos indican un cambio en el estado neurológico del paciente o aumento de la PIC que deben evaluarse por el interrogatorio y presentación clínica.
- Cefalea creciente.
- Visión borrosa, diplopía, fotofobia.
- Convulsiones (puede ser trauma, anoxia, tumores o trastornos electrolíticos).
- Vómito.
- Rigidez de nuca. (19)

c. Cuidados postoperatorio del paciente con craneotomía

La craneotomía se practica al haber lesiones o trastornos como hematomas, abscesos, tumores, aneurismas, malformaciones arterio-venosas o hidrocefalia. Aunque los cuidados postoperatorios incluyen aspectos que guardan relación específica con el trastorno, existen principios generales que tiene validez en la mayoría de los pacientes, estos son:

- Evaluar el estado neurológico y comparar con el estado preoperatorio.
- Vigilar el estado cardiovascular y renal, el tratamiento preoperatorio e intraoperatorio con diuréticos y limitación de líquidos pueden producir hipovolencia e hipotensión y riego renal inadecuado.
- Aliviar la cefalea.

- Uso de glucocorticoides.
- Elevar la cabecera de la cama de 15 a 30 (a excepción de la cirugía de fosa posterior).
- Verificar con frecuencia los apósitos de la cabeza para descubrir signos de escape de LCR o sangre.
- Verificar los drenajes de las heridas.
- Cuidados apropiados en relación a la patología previa.
- Reconocer complicaciones potenciales tales como:
 - Aumento de la PIC.
 - Convulsiones (hipoxia, isquemia, déficit electrolítico, etc.)
 - Trastornos de la coagulación.
 - Úlcera de Cushing.
 - Trastornos hidroelectrolíticos y ácido-básico.
 - Sepsis de la herida o del SNC.

Conservar una ventilación y oxigenación adecuada

Las alteraciones respiratorias que causan hipoventilación e hipoxia pueden conducir a un aumento de la PIC y mayor lesión cerebral.

- Conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos:
- Hipovolemia e hipotensión. Pueden aparecer por el uso de diuréticos, restricción de líquidos, glucocorticoides. Se debe vigilar la tensión arterial, presión de arteria pulmonar, presión del capilar

pulmonar en cuña, además del volumen de excreción de orina, para descubrir estos trastornos.

- Hiperglicemia: puede ocurrir a consecuencia de los diuréticos osmóticos con sodio, lo que produce hiperosmolaridad, deshidratación celular y mayor deterioro neurológico.
- Hiponatremia: se debe a pérdida de solutos o retención de agua a consecuencia de un síndrome de secreción inadecuada de ADH. El estado hiposmolar puede causar edema cerebral.
- Disposiciones sobre las funciones de la vejiga e intestino: Prevenir la sepsis urinaria por sonda vesical
- Conservar la función intestinal por medio de laxantes o supositorios.
- Conservar la integridad de la piel y prevenir deformidades en los miembros:
- Posición apropiada; uso de colchones especiales.
- Voltrear al paciente con frecuencia y ejercicios pasivos y/o activos según el marco del movimiento ayudan a prevenir las lesiones de la piel o las deformidades.
- Conservar la normo termia:
- La hipertermia puede tratarse con antipiréticos, mantas hipodérmicas, baños con alcohol o compresas frías. Puede usarse el colchón calefactor si el paciente está hipotérmico.
- Prevenir la sepsis:

- Es esencial el manejo cuidadoso de los equipos de monitorización; los apósitos deben cambiarse cada 24 o 48 horas.(19)

G. Beneficios en el pronóstico de vida

Una intervención de enfermería en emergencia integral de un paciente con TEC beneficia su pronóstico de vida.

- Mejoría en la ambulación
- Aumenta independencia funcional
- Retorno laboral
- Integración familiar y social
- Disminución del periodo de incapacidad laboral
- Reinserción escolar
- Disminución de secuelas del paciente
- Previene gran cantidad de complicaciones secundarias

Escala pronostica de Glasgow (GOS)

La escala para evaluar pronóstico después del TCE más utilizada es la ESCALA PRONOSTICA DE GLASGOW ((Glasgow Outcome Score (GOS)) por sus siglas en inglés. Consiste en cinco categorías globales, que varían desde buena recuperación hasta muerte. Se ha demostrado que tiene un alto grado de confiabilidad en grandes estudios multicéntricos y ha sido usada para correlacionar medidas de

severidad de lesión temprana y pronóstico a seis meses después de la lesión.(7)

La GOS (Glasgow outcome scale) categoriza los pacientes en 5 grupos:

1. Con buena evolución, vida normal, pueden tener pequeños déficit
1. Neurológicos o psicológicos.
2. Discapacidad moderada: déficits neurológicos o psicológicos evidentes
3. Pero capaces de realizar una vida independiente.
4. Discapacidad grave: pacientes dependientes a causa de secuelas neurológicas y/o mentales.
5. Estado vegetativo persistente.
6. Muerte

H. Discapacidades que pueden resultar de un traumatismo cerebral

Las discapacidades que pueden resultar de un traumatismo cerebral dependen de la gravedad de la lesión, qué parte del cuerpo fue lesionada y de la edad y salud general del paciente. Algunas discapacidades incluyen problemas con la cognición, (pensamiento, memoria y razonamiento), el procesamiento sensorial (visión,

audición, tacto, gusto y olfato), comunicación (expresión y comprensión), de conducta o salud mental (depresión, ansiedad, cambios de personalidad, agresión, conducta impulsiva o "acting out" y conducta social inapropiada).

Dentro algunos días y semanas de ocurrida la lesión a la cabeza, aproximadamente el 40 por ciento de los pacientes con traumatismo cerebral desarrollan un sin número de síntomas preocupantes llamados colectivamente síndrome de post-concusión. Un paciente no necesita haber padecido de una concusión o perdido el conocimiento para desarrollar el síndrome y muchos pacientes con traumatismo cerebral moderado padecen de síndrome de post-concusión. Los síntomas incluyen dolor de cabeza, mareo, vértigo (sensación de dar vueltas y vueltas o de objetos que dan vueltas rápidamente alrededor del paciente), problemas de memoria, dificultad para concentrarse, problemas de sueño, desasosiego, irritabilidad, apatía, depresión y ansiedad. Estos síntomas pueden durar por algunas semanas después de la lesión a la cabeza. El síndrome es más común en pacientes que han tenido síntomas psiquiátricos, tales como depresión o ansiedad antes del accidente. El tratamiento para el síndrome de post-concusión incluye medicamentos para el dolor y establecer condiciones psiquiátricas, así como psicoterapia y terapia ocupacional para el manejo de los síntomas de la enfermedad.

La cognición es un término que se usa para describir el proceso de pensar, razonar, solucionar problemas, procesar información y memoria. La mayoría de los pacientes con traumatismo cerebral grave, si es que alguna vez recuperan el conocimiento, padecen de discapacidades cognoscitivas, incluyendo la pérdida de muchas habilidades mentales superiores. La discapacidad cognoscitiva más común entre pacientes con una lesión grave de la cabeza es la pérdida de memoria, caracterizada por la pérdida de memorias específicas y la incapacidad parcial para formar o guardar memorias nuevas. Algunos de estos pacientes pueden padecer de amnesia post-traumática, o anterógrada o retrógrada. La amnesia post-traumática anterógrada es un impedimento en el cual el paciente tiene dificultad para recordar eventos que ocurrieron después del traumatismo cerebral, mientras que en la amnesia post-traumática retrógrada el paciente tiene dificultad para recordar eventos que ocurrieron antes del traumatismo cerebral.

Muchos pacientes con lesiones de la cabeza leves a moderadas que padecen de deficiencias cognoscitivas se confunden o distraen con facilidad y tienen problemas con la concentración y la atención. También tienen problemas a un nivel más alto, con las llamadas funciones ejecutivas, tales como el planear, organizar, pensar de manera abstracta, solucionar problemas y juzgar situaciones, lo que hace que sea más difícil que retomen las actividades laborales que

desempeñaron antes de la lesión. La recuperación de las deficiencias cognitivas es mayor dentro de los primeros seis meses después de la lesión, haciéndose el proceso más gradual después de ese período de tiempo. (17)

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia. (21)

2.2.2. Cuidados de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico

“La vida es el más precioso regalo que Dios ha puesto en las manos De la Enfermera”. (18)

“Los cuidados de enfermería son acciones autónomas basadas en Un fundamento científico, que se lleva a cabo con el fin de beneficiar al Paciente de un modo determinado”. (6).

Cuyos criterios Son: conocimientos del modelo conceptual, conocimientos científicos, Éticos, legales conocimiento del proceso científico, habilidades y Técnicas, este proceso de enfermería no es más que la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería, como también se utiliza para determinar los

problemas del paciente, para planear y ejecutar en forma sistemática los cuidados de enfermería.

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

La valoración, fase inicial del proceso de cuidados, consiste en reunir toda la información disponible necesaria, se debe observar, consultar, cuestionar y recopilar datos. En el trauma craneoencefálico se recolectara datos como la edad, alergias y enfermedades previas para identificar a los pacientes con mayor riesgo de LIC, también es importante el tiempo transcurrido desde el traumatismo, el mecanismo de la lesión, la superficie y distancia de impacto, posición antes y después del golpe y los signos y síntomas asociados y las enfermedades. Si hubo o no pérdida de la conciencia, si hay crisis convulsivas, determinar el tiempo de inicio posterior al trauma, duración y focalización, así como la presencia de vómitos, irritabilidad, ataxia y comportamiento anormal. El Vómito después del trauma de cráneo no es raro, sin embargo, su persistencia después de varias horas puede ser un dato de lesión intracraneal. Es necesario interrogar sobre si hay cefalea, dolor de cuello, amnesia, debilidad, alteraciones visuales, o parestesias.

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

a) Clínica:

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

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

Para la mayoría de investigadores la pérdida de memoria superior a un minuto es criterio suficiente para la realización de una TAC craneal.

b) Exploración física:

Se buscan signos de traumatismo, realizando una palpación cuidadosa de la cabeza, identificando hematomas de cuero cabelludo, signos de fractura craneales (crepitación, defecto óseo o depresión, edema localizado) y abombamiento de la fontanela. Son indicadores de la fractura de la cráneo: hematoma peri orbitario (ojos de mapache), hematoma retro auricular (signo de Battle), otorrea o

rinorrea de LCR. Se debe examinar el cuello con especial cuidado, en busca de deformidades o puntos dolorosos.

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

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

El diagnóstico es la segunda fase consiste en examinar los datos obtenidos y clasificar de forma independiente, para reflejar la satisfacción autónoma de las necesidades en ver como se presenta los problemas de los cuidados y en consecuencia establecer prioridades.

Planificación es una etapa orientada esencialmente a la acción, significa establecer un plan de acción, programas y etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precisiones que se deben tomar.

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

Evaluación consiste en emitir un juicio sobre el trabajo realizado por la enfermera con relación a los resultados obtenidos.(6)

2.2.3. Teoría del Cuidado de Jean Watson.

Conceptos

1. Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

2. Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.

3. Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

-Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente

-Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

4. Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

Teoría del cuidado humano:

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.

2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.

3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.

4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.

5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

6. El cuidado es más "salud-genético" que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.

7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.(21)

2.3. Definición de términos

1. **TEC:** Traumatismo encéfalo craneano
2. **Escala de Glasgow:** (GCS), La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.
3. **Pacientes Neuroquirúrgicos..** Son pacientes de neurocirugía que requieren o han sido intervenidos quirúrgicamente.
4. **Cuidados de enfermería.** noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que

se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín cuidar)

5. **Cuidados pre operatorio** cuidados antes del ingreso a sala de operaciones.
6. **Cuidados Post operatorio** Cuidados al egreso del paciente de la sala de operaciones estos pueden ser inmediatos o mediatos.
7. **HSA** Hemorragia Sub Aracnoidea.
8. **PIC** Presión Intra craneal
9. **Craneotomía** Una craneotomía es una operación quirúrgica en que parte del hueso del cráneo se extrae con la finalidad de exponer el cerebro y las estructuras del sistema nervioso central, el colgajo óseo se retira temporalmente y al final de la cirugía se vuelve a colocar para darle nueva protección al cerebro y sus estructuras.
10. **HIC** Hipertensión endocraneana.

III.-EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la ejecución del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de libro de ingresos y egresos, historias clínicas (edad, sexo, Diagnóstico y año de hospitalización) y la revisión de datos de la unidad de estadística y epidemiología del hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé" durante los años 2013 al 2015. Estos datos son coherentes y están relacionados al tema en estudio.

Asimismo, para la recolección de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Autorización: se solicitó la autorización a la jefatura de estadística a fin de tener acceso a los registros e historias clínicas.

Recolección de datos: Se obtuvo información de la oficina de estadística coordinando con el responsable de gestión Hospitalaria y estadística a través de C10 (Sistema Estadístico de Salud). Luego se revisaron las historias clínicas y libros de ingreso y egreso de pacientes del servicio de cirugía especializada del año 2013 a 2015.

Procesamiento de datos: el procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes de neurocirugía en el servicio de cirugía especializada. Este consolidado fue obtenido de los

datos de la unidad de estadística del hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” durante los años 2013 al 2015.

Resultados: los resultados son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2013.

Análisis e interpretación de los resultados: entrelazamos los datos y resultados que se encontraron en la investigación con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

3.2 Experiencia profesional

Ingrese a laborar en 1998 en el hospital El Carmen Huancayo en los diferentes servicios de hospitalización y centros de salud en el área preventivo promocional, en Abril del año 2002 ingrese a plazo indeterminado al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Lima desempeñándome como enfermera asistencial del servicio de Medicina 7C y como presidenta del programa de educación continua , en el año 2004 pido mi permuta al hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Huancayo trabajando en los servicios de medicina durante 3 años , en el 2007 me designaron laborar en el nuevo servicio de Oncología de recién creación la misma que trabaje con 20 pacientes hospitalizados con tratamiento de quimioterapia , cuidados paliativos y tratamiento del dolor , en el año 2013 me designan laborar en los servicios de cirugía

hasta la actualidad (Cirugía general, cirugía II, cirugía Especializada y Traumatología)

En el servicio de Cirugía Especializada se atiende a 20 pacientes hospitalizados en sus diferentes especialidades: Neurocirugía, Urología, Otorrinolaringología, cirugía de tórax , cirugía digestiva, cirugía pediátrica, oftalmología y traumatología, teniendo mas incidencia los paciente neuro quirúrgicos que ingresan aproximadamente 60 pacientes mensualmente de los cuales un 70 % reciben tratamiento quirúrgico , los que reciben cuidados de enfermería en el pre y post operatorio siendo la mayoría, pacientes con inmovilidad prolongada y con alto riesgo de complicación si no hay una valoración y atención oportuna con calidad y calidez.

Descripción del área laboral

Un 8 de enero de 1990 se abren las puertas del hospital Ramiro Prialé Prialé – EsSalud conocido anteriormente como Instituto Peruano de Seguridad Social (ex IPSS). Actualidad es un nosocomio de alta complejidad y cabecera de red de 22 establecimientos de salud y centro de referencias de la macro región centro.

El informe describe lo concerniente al servicio de hospitalización de cirugía especializada donde se atiende a todos los pacientes derivados del servicio de emergencia y consultorios externos. En cuanto a la infraestructura existen 11 habitaciones de hospitalización, cada uno de

ellas alojan a dos pacientes y una de ellas es utilizada para pacientes aislados (2 camas A-B) 528 al 540 excepto el 529

.En el servicio de Cirugía especializada en la especialidad de Neurocirugía trabajan con 4 médicos (turnos rotativos de (8.00 am – 2.00 pm),y guardias nocturnas (8 pm a 8 Am) 5 enfermeras y 4 técnicos de enfermería en turnos rotativos (24 horas del día).

Funciones desarrolladas en la actualidad

a. Área Asistencial

- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en el paciente.
- Realizar y controlar la recepción del paciente revisando la historia clínica.
- Identificar, controlar y ejecutar cuidados de enfermería ante pacientes con signos y síntomas de complicaciones.
- Decidir y ejecutar colocación de sonda nasogástrica si hay presencia de vómitos.
- Ejecutar acciones ante la presencia de secreciones nasofaríngeas y endotraqueales.
- Ejecutar la preparación y administración de fármacos por diferente vía.
- Planificar, controlar y ejecutar la preparación del paciente en: radiografías, ecografías y otros.

- Decidir y ejecutar la colocación de sonda vesical.
- Prevenir y detectar úlceras por presión.
- Decidir administrar oxígeno por diferentes métodos.
- Evaluar y comunicar estado neurológico del enfermo a través de la escala de Glasgow.
- Aplicar escala de valoración de Downton y Norton a todos los pacientes.

b. Área Administrativa

- Planificar, ejecutar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias.
- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de las actividades de enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas de la composición del trabajo de equipo de enfermería.

- Participar o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas por el equipo de trabajo de enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.
- Participar en el pase de visitas en conjunto de médicos y enfermera.
- Planificar, controlar y supervisar los pases de visitas.
- Dirigir, controlar y supervisar la entrega y recibo del servicio.

c) Área Docencia

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Coordinar cursos, estancias u otros en el servicio.
- Impartir docencia en el puesto de trabajo.

d) Área de Investigación

En el área de investigación, aún no se desarrollan investigaciones, pero se cuenta con guías, protocolos y manuales que se encuentran en constante revisión y actualización.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Valoración:

Para el desarrollo del presente informe describo un caso clínico de un paciente de 82 años que ingresa al servicio de emergencia de una clínica local el 2 de octubre del 2015 por un traumatismo craneal tras caer por las escaleras desde el tercer al segundo piso teniendo como dx traumatismo encéfalo craneano moderado con un hematoma subdural izquierdo (HSD) e Hipertensión intracraneal (HTEC) siendo sometido inmediatamente a tratamiento quirúrgico a una craneotomía descompresiva (drenaje subdural parietal izquierdo) es traído a la emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé el 5 de Octubre del 2015 siendo hospitalizado en el servicio de Neurocirugía .

Al examen físico paciente despierto con trastorno del sensorio, Glasgow 12/15 con Escala de Norton 8 (alto riesgo) y escala de Dowton 5 (alto riesgo) fiebre persistente, con vendaje en la cabeza limpio y seco con drenaje tubular en guante con secreción serohemática, con CBN FIO2 0.36% con saturación de O2 de 90% , portador de SNG para alimentación , SF funcional orina colúrica , UPP en zona sacra grado II con sujeción mecánica , vigilancia permanente, monitoreo neurológico y hemodinámico.

El paciente permanecía acompañado de familiares, para darle el apoyo emocional que necesitaba e informar algún signo de alarma.

La higiene y baño del paciente estaba a cargo de la enfermera y técnico del servicio donde se evaluaba el estado de la piel utilizando la escala de Norton.

Diagnósticos de Enfermería.

Alteración de la perfusión tisular al tejido cerebral, relacionada con el aumento de la presión intracraneal

Cuidados de enfermería

- Mantener la TA dentro de valores normales mediante la administración de expansores del plasma, vasopresores o antihipertensivos prescritos en el tratamiento médico.
- Valorar los datos de aumento de la PIC y enclavamiento cerebral, en caso de presentarse dar aviso inmediatamente al médico y prepararse para iniciar medidas de tratamiento urgente. La PIC debe mantenerse en valores por debajo de 20 mmHg.
- Implementar medidas para disminuir la PIC por medio de elevación de la cabecera de la cama entre 30-45° para facilitar el retorno venoso, mantener cabeza y cuello en posición neutra, evitar la flexión extrema de la cadera, atendiendo la indicación médica de administración de esteroides y agentes osmóticos y diuréticos, drenaje de LCR si existe una ventriculostomía, ayudar al paciente en su movilización en cama para evitar giros bruscos y maniobras de valsalva.

- Mantener las vías aéreas permeables y ventilación adecuada con apoyo de oxígeno para prevenir hipoxemia e hipercapnea.
- Mantener las cifras de gasometría arterial con PaO₂ > 80 mmHg, PaCO₂ entre 25-35 mmHg y pH entre 7.35 – 7.45.
- Evitar las aspiraciones de secreciones más allá de 10 segundos, hiperoxigenar e hiperventilar antes y después de aspirar.
- Planificar los cuidados y actividades en relación con la respuesta de la PIC a las medidas instaladas, permitiendo que el paciente repose un tiempo pertinente entre una actividad y otra.
- Mantener la normotermia con medidas de control físico de hipotermia e hipertermia.
- Vigilar y controlar las convulsiones en colaboración médica con medidas profilácticas y anticonvulsivantes en caso necesario.
- Administrar los medicamentos sedantes, barbitúricos y relajantes musculares para disminuir el metabolismo cerebral de acuerdo a las indicaciones del médico.
- Asesorar al paciente si es posible por su estado de conciencia y a los miembros de su familia. Mantener una atmósfera tranquila y evitar temas de conversación que generen estrés en ambos.

Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con el nivel de conciencia alterado, proceso patológico intracraneal y desequilibrio metabólico

Cuidados de enfermería

- Vigilar el estado de los pulmones mediante la auscultación cuidadosa de todos los campos.
- Mantener al paciente con oxígeno, según las indicaciones del médico.
- Realizar la aspiración de secreciones por razón necesaria observando las precauciones de protección y poca estimulación descritas anteriormente.
- Mantener la gasometría arterial dentro de los límites aceptables para el paciente.
- Administrar los fármacos prescritos para mantener el soporte ventilatorio adecuado.
- Valorar y registrar el estado neurológico en búsqueda de cambios y deterioro.

Hipotermia, relacionada con la exposición a un ambiente frío, traumatismo o lesión hipotalámica

Cuidados de enfermería

- Vigilar permanentemente la temperatura corporal central.
- Si el paciente se encuentra con apoyo ventilatorio, verificar que el equipo tenga instalada una unidad térmica con el fin de proporcionar calor al aire que se suministra.
- Vigilar la circulación periférica.

- Implementar medidas físicas de calentamiento arropando al paciente y utilizando sábana térmica. Mantener la habitación a temperatura adecuada para el paciente.

- En caso de hipotermia extrema, se deben seguir las indicaciones médicas para recalentamiento a base de infusiones intravenosas calientes, según la terapéutica prescrita

Dolor, relacionado con la transmisión y percepción de impulsos cutáneos, viscerales, musculares o isquémicos

Cuidados de enfermería

- Valorar la intensidad y características del dolor apoyándose en alguna de las escalas que existen para tal fin, se recomienda la escala de valoración análoga que otorga puntuación del 0 al 10 valorado por el propio paciente.

- Modificar las variables que intensifican el dolor en el paciente, explicarle que se realizarán evaluaciones constantes para conocer el patrón del dolor y controlarlo de manera efectiva, explicar los factores desencadenantes del dolor, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con relación a las sensaciones que experimentará, reducir el temor a la farmacodependencia, enseñarle al paciente el momento de solicitar apoyo analgésico cuando inicia el dolor y favorecer el descanso del paciente.

- Proporcionar analgésicos u opiáceos indicados por el médico, vigilando previamente el estado de hidratación y restituyendo el déficit hídrico previo a la administración de éstos.

- Comprobar la eficacia de los fármacos administrados para el control del dolor, detectando las dosis adecuadas para el óptimo alivio.

- Aplicar medidas para incrementar el bienestar del paciente a base de enseñarle técnicas de relajación, masajes, baño caliente y posiciones antálgicas si no existe contraindicación.

Riesgo de infección relacionado con la inserción de líneas intravenosas, dispositivos terapéuticos y de vigilancia, así como de heridas quirúrgicas y traumáticas

Cuidados de enfermería

- Reducir al mínimo los riesgos de infección observando las precauciones recomendadas de acuerdo a la patología del paciente y manteniendo las técnicas asépticas convenientes, verificar que el resto del personal y visitantes del paciente también las lleven a cabo.

- Utilizar técnicas asépticas para la instalación y manipulación de las vías intravenosas, dispositivos de tratamiento y vigilancia, heridas quirúrgicas y traumáticas del paciente.

- Realizar el cambio de líneas y sondas de acuerdo a las normas de control de infecciones del hospital.

- Mantener la vigilancia sobre los cultivos de secreciones, material drenado y muestras de catéteres que se envían al laboratorio según indicaciones sanitarias.

- En comunicación con el médico, retirar o cambiar de sitio de inserción las sondas y catéteres en el tiempo estipulado para su permanencia.

Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con lesión en el centro cerebral del lenguaje

Cuidados de enfermería

- Evaluar la capacidad del paciente para comprender, hablar, leer o escribir.
- Mantener un entorno relajado y disminuir las distracciones externas que puedan dificultar la comunicación.
- Dirigirse al paciente en tono moderado de voz y pedir al resto de los visitantes que al hablar lo hagan de uno a la vez, ya que resulta más difícil para el paciente seguir una conversación múltiple.
- Utilizar el contacto visual y hablar directamente al paciente con frases cortas y pausadas.
- Dar órdenes sencillas e instrucciones consecutivas proporcionando pistas a través de dibujos y gestos.
- Realizar las preguntas que puedan contestarse con un “sí” o un “no” y evitar temas controvertidos, con carga emotiva o complejos.
- Escuchar al paciente sin denotar prisa y estimular sus intentos de comunicación por medio de pizarrones, dibujos o letras, permitiéndole el reposo si se observa fatiga.

Deterioro de la movilidad física, relacionada con debilidad o parálisis de una o más partes del cuerpo

Cuidados de enfermería

- Apoyar al paciente en la ejecución de arcos de movimiento en articulaciones, avanzando de pasivos a activos de acuerdo a la tolerancia y posibilidades.
- Estimular la actividad independiente de acuerdo a su posibilidad.
- Apoyar la movilización al menos cada 2 horas, vigilando la correcta alineación anatómica y proteger protuberancias óseas.
- Valorar y proteger la integridad de la piel cada vez que se movilice al paciente.
- Colocar los objetos personales al alcance del brazo que pueda movilizar.
- Recomendar en interdependencia con el médico un programa de rehabilitación física al paciente en cuanto la etapa aguda de su padecimiento lo permita.
- Involucrar a la familia o persona más cercana al paciente en el apoyo para su rehabilitación física

Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física e/p manchas de presión

- Valorar el estado de piel del paciente.
- Realizar cambios posturales cada 2 hrs.
- Realizar los masajes en zona afectada con cremas re hidratantes.
- Acostar al paciente en colchón neumático.
- Realizar el tendido de cama evitando arrugas.
- Educar, aconsejar, orientar sobre los cuidados de la piel al paciente y familia.
- Realizar anotaciones de enfermería.

Déficit de auto cuidado baño/ higiene r/c deterioro musculo esquelético e/p cabello graso, uñas largas y sucias, barba crecida.

- .Valorar el estado de higiene del paciente.
- Realizar baño de esponja, lavado de cabello.
- Realizar rasurado de barba.
- Realizar cambio de ropa.
- Realizar recorte de uñas en manos y pies.
- Aplicar loción re hidratante.
- Realizar las anotaciones de enfermería.

Evaluación:

Paciente sale de alta el 7 de noviembre del 2015 despierto, con glasgow 13/15 con ventilación espontanea con secuelas de TEC se brinda educación a los familiares en el cuidado en el hogar.

En calidad de Enfermera de la especialidad de cuidados quirúrgicos Estamos dispuestos a participar activamente en la atención oportuna y de calidad al paciente, garantizando un cuidado, atención y vigilancia profesional e individualizada Tratándolos con estima y empatía , Contando con la habilidad técnica, la rapidez de entendimiento y la flexibilidad necesarias para la atención de nuestro paciente quirúrgico sin olvidarnos del trato a los familiares informándole sobre el estado de salud de su paciente y educando en los cuidados que deben brindar en el hogar después del alta.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Innovaciones – Aportes

- Se mejoro el trato a los pacientes y familiares siendo mas humanizado con calidad y calidez
- Se Actualizo los conocimientos del personal de enfermería en los cuidados de pacientes neuro quirúrgicos.
- Se mejoró el sistema de registro de casos neuroquirúrgico motivando al personal a mejorar nuestro sistema de registro para evidenciar nuestro trabajo en forma cuanti y culaitativa.

Limitaciones para el desempeño profesional

- Inadecuado reconocimiento profesional, falta de oportunidades de promoción profesional; exceso de horas de trabajo, e insatisfacción con los médicos y con los procesos de investigación de los diferentes departamentos.
- Insuficiente material para la intervención quirúrgica del paciente.
- Insuficiente personal médico y de Enfermería para satisfacer las necesidades neuro quirúrgicas del paciente
- Abandono de algunos familiares directos o responsables del paciente; lo cual dificulta educarlos y orientarlos sobre el cuidado en casa después del alta.
- Falta de notificación de casos neuroquirúrgico en el sistema de estadística del hospital.

IV. RESULTADOS

Cuadro N. 4.1

Patologías neuroquirúrgico presentados en el Hospital Nacional Ramiro

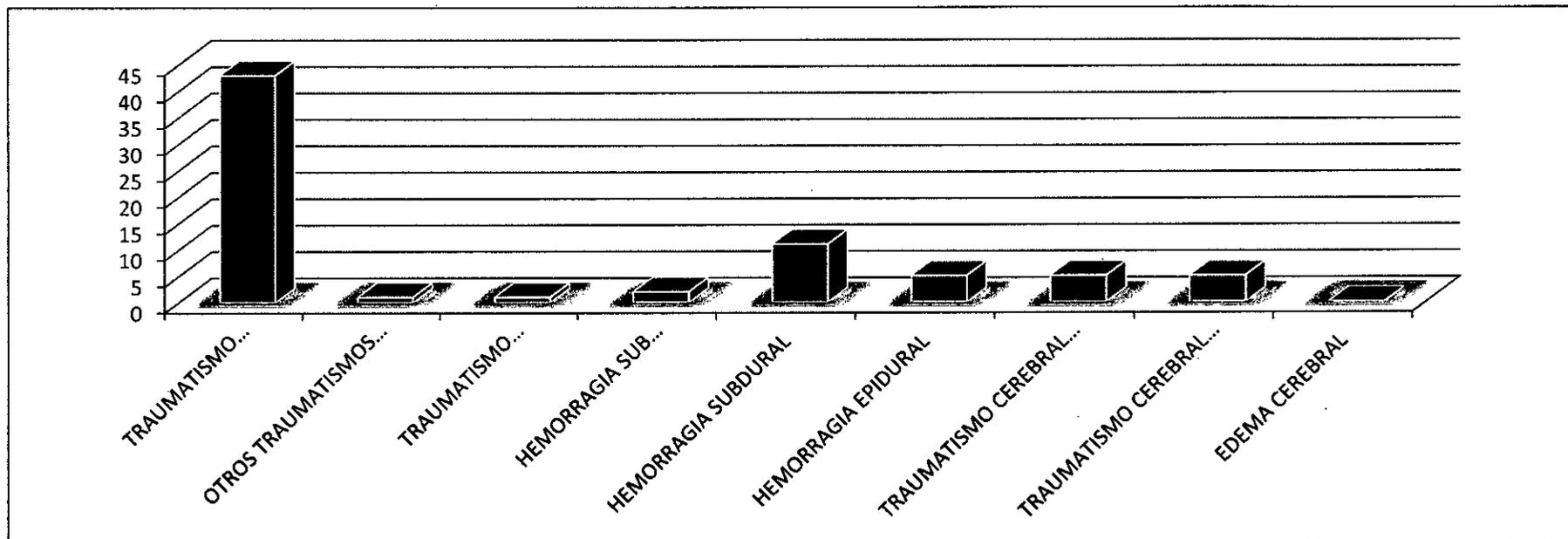
Prialé Prialé-EsSalud 2013

PATOLOGÍAS	AÑO	
	2013	
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	43	53.75%
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	1	1.25%
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	1	1.25%
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	2	2.50%
HEMORRAGIA SUBDURAL	11	13.75%
HEMORRAGIA EPIDURAL	5	6.25%
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	5	6.25%
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	5	6.25%
EDEMA CEREBRAL	0	0.00%
CONCUSIÓN	7	8.75%
	80	100.00%

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

El cuadro 4.1 nos muestra la incidencia de las patologías neuroquirúrgico del año 2013 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé.

Gráfico 4.1. Patologías en años – 2013



Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

En el gráfico 4.1 podemos observar que la patología neuroquirúrgica con mayor incidencia son los traumatismos intracraneales con 43 casos seguido de las hemorragias intracraneales con 11 casos es necesario informar que los TEC en sus diferentes clasificaciones están considerados dentro de los traumatismos intracraneales.

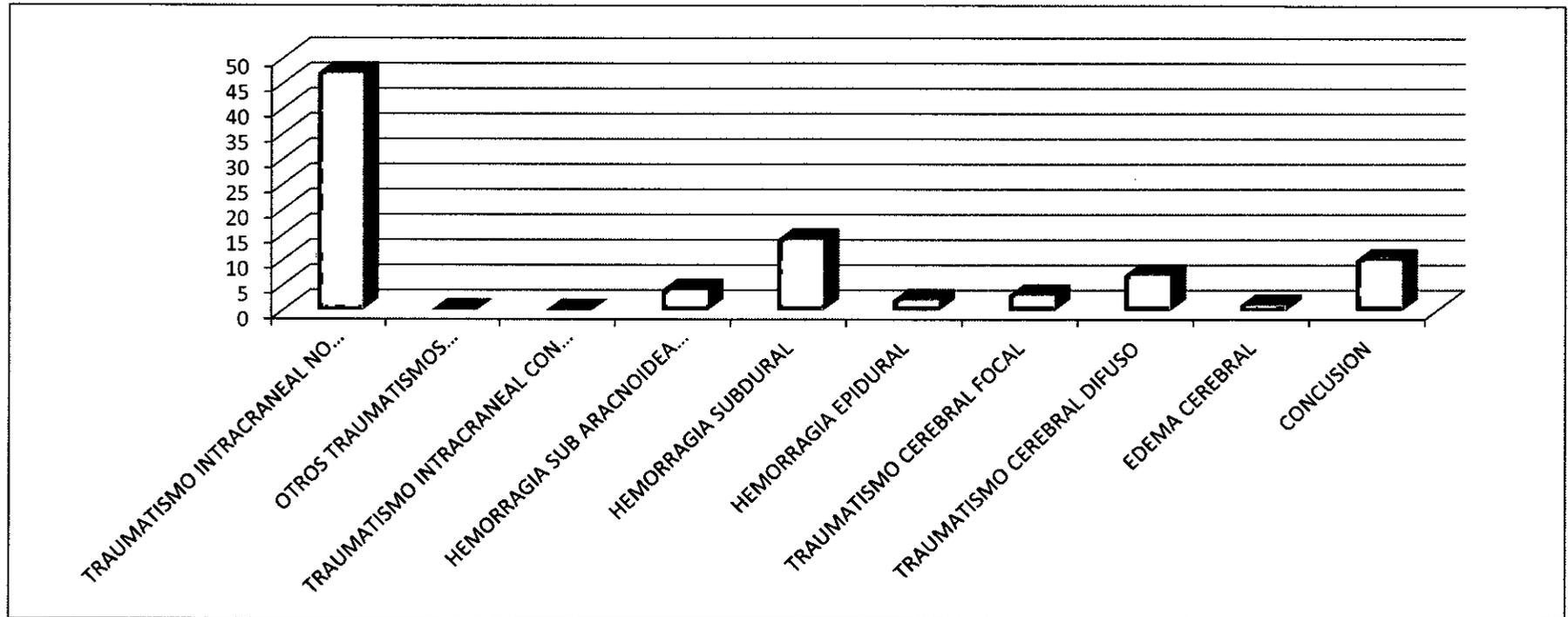
Cuadro N. 4.2**Patologías neuroquirúrgico presentados en el Hospital Nacional Ramiro****Prialé Prialé-EsSalud 2014**

PATOLOGÍAS	AÑO	
	2014	
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	47	53.41%
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	0	0.00%
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	0	0.00%
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	4	4.55%
HEMORRAGIA SUBDURAL	14	15.91%
HEMORRAGIA EPIDURAL	2	2.27%
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	3	3.41%
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	7	7.95%
EDEMA CEREBRAL	1	1.14%
CONCUSIÓN	10	11.36%
	88	100.00%

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

El cuadro 4.2 nos muestra la incidencia de las patologías neuroquirúrgico del año 2014 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé.

Gráfico 4.2. Patologías en años – 2014



Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

En el gráfico 4.2 podemos observar que la patología neuroquirúrgica con mayor incidencia son los traumatismos intracraneales con 47 casos seguido de las hemorragias intracraneales con 14.

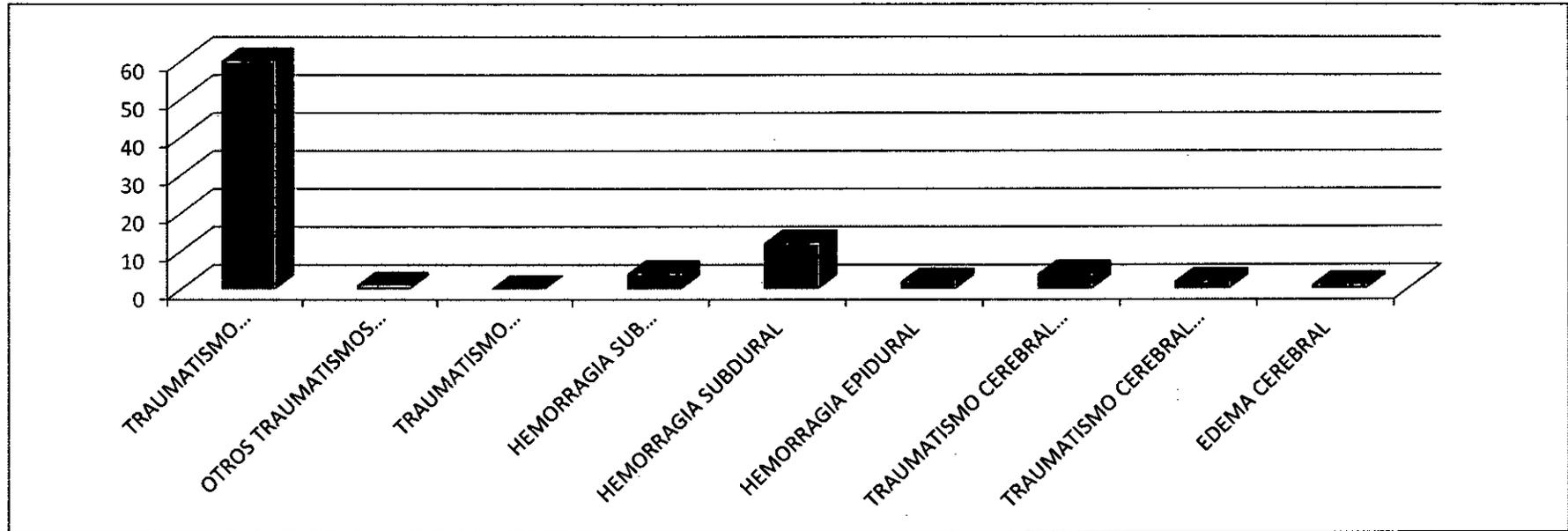
Cuadro N. 4.3**Patologías neuroquirúrgico presentados en el Hospital Nacional Ramiro****Prialé Prialé-EsSalud 2015**

PATOLOGÍAS	AÑO	
	2015	
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	60	64.52%
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	1	1.08%
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	0	0.00%
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	4	4.30%
HEMORRAGIA SUBDURAL	12	12.90%
HEMORRAGIA EPIDURAL	2	2.15%
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	4	4.30%
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	2	2.15%
EDEMA CEREBRAL	1	1.08%
CONCUSIÓN	7	7.53%
	93	100.00%

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

El cuadro 4.3 nos muestra la incidencia de las patologías neuroquirúrgico del año 2015 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé.

Gráfico 4.3. Patologías en años – 2015



Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

En el gráfico 4.3 podemos observar que la patología neuroquirúrgica con mayor incidencia son los traumatismos intracraneales con 60 casos seguido de las hemorragias intracraneales con 12.

Cuadro N. 4.4**Patologías por edades presentados en el Hospital Nacional Ramiro****Prialé Prialé-EsSalud 2013**

PATOLOGÍAS	2013				
	0 a 10	11 a 30	31 a 50	51 a 70	71 a 105
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	12	2	5	7	11
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	0	0	1	0	0
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	0	3	0	1	0
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	0	0	1	0	1
HEMORRAGIA SUBDURAL	0	1	2	1	6
HEMORRAGIA EPIDURAL	0	0	3	1	0
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	0	0	3	1	0
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	1	1	1	1	1
EDEMA CEREBRAL	0	0	0	0	0
CONCUSIÓN	3	1	2	0	1
	16	8	18	12	20

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

El cuadro 4.4 nos muestra la incidencia de las patologías neuroquirúrgico según edad en el año 2013 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé.

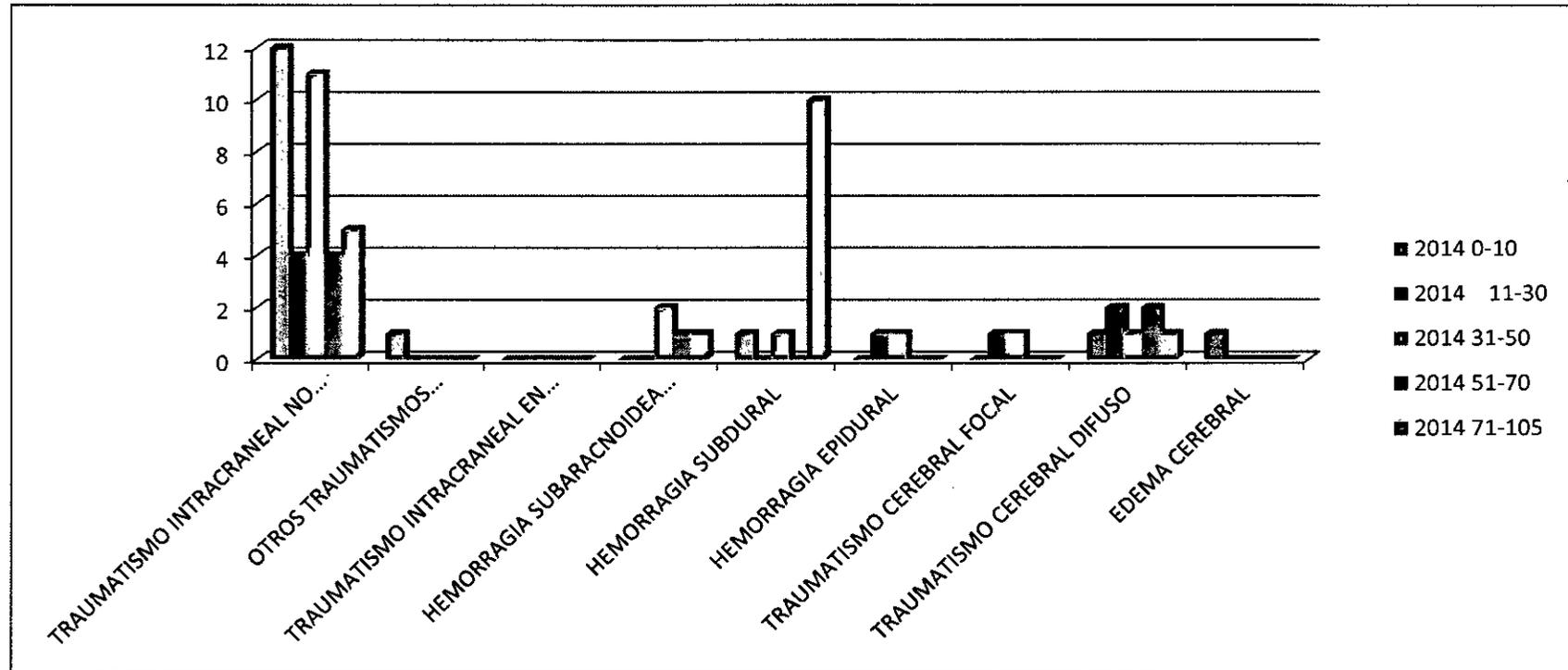
Cuadro N. 4.5**Patologías por edades presentados en el Hospital Nacional Ramiro****Prialé Prialé-EsSalud 2014**

PATOLOGÍAS	2014				
	0 a 10	11 a 30	31 a 50	51 a 70	71 a 105
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	12	4	11	4	5
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	1	0	0	0	0
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	0	0	0	0	0
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	0	0	2	1	1
HEMORRAGIA SUBDURAL	1	0	1	0	10
HEMORRAGIA EPIDURAL	0	1	1	0	0
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	0	1	1	0	0
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	1	2	1	2	1
EDEMA CEREBRAL	1	0	0	0	0
CONCUSIÓN	3	1	1	3	1
	19	9	18	10	18

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

El cuadro 4.5 nos muestra la incidencia de las patologías neuroquirúrgico según edad en el año 2014 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé.

Gráfico 4.5 Patologías por edades – 2014



Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

En el gráfico 4.5 nos muestra que en año 2014 la incidencia de las patologías neuroquirúrgico fue mayor en los niños de 0 a 10 años con 19 casos seguidos de los pacientes de 31 a 50 años y de 75 a 105 años con 18 casos respectivamente.

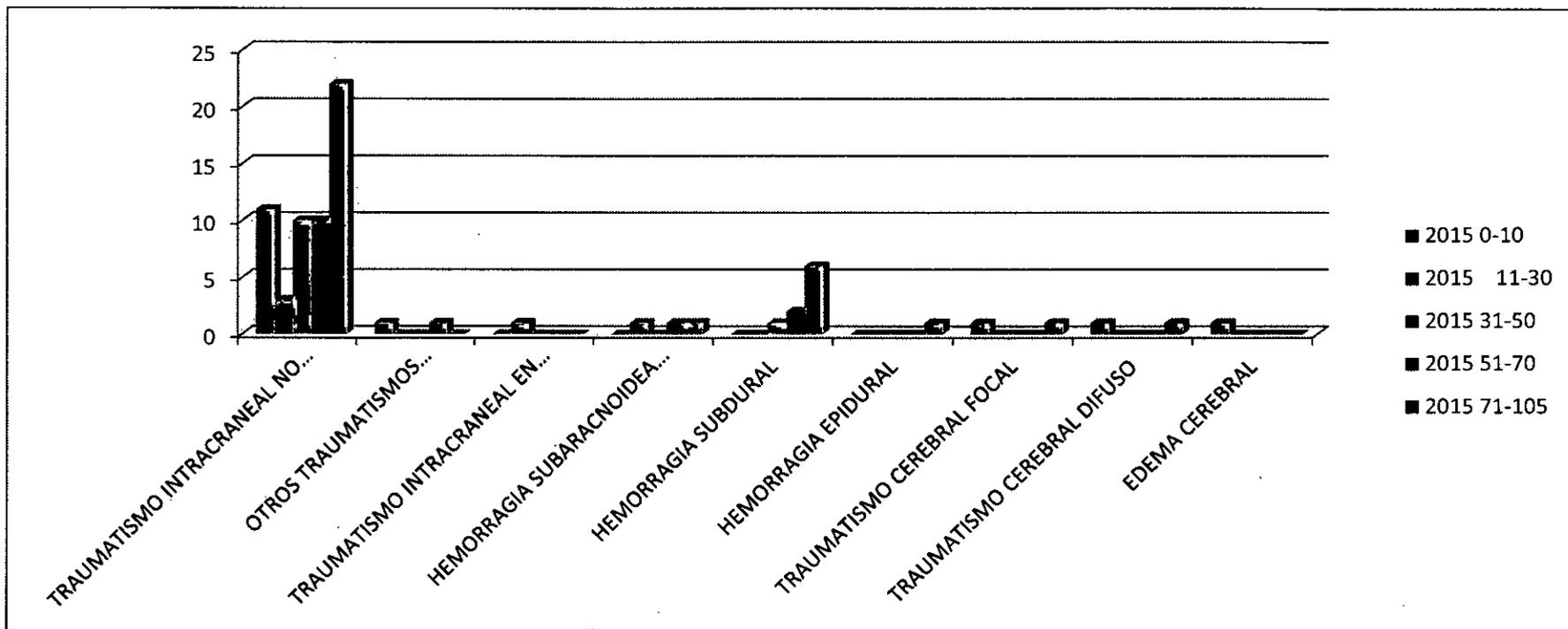
Cuadro N. 4.6**Patologías por edades presentados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé-EsSalud 2015**

PATOLOGÍAS	2015				
	0 a 10	11 a 30	31 a 50	51 a 70	71 a 105
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	11	3	10	10	22
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	1	0	0	1	0
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	0	1	0	0	0
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	0	1	0	1	1
HEMORRAGIA SUBDURAL	0	0	1	2	6
HEMORRAGIA EPIDURAL	0	0	0	0	1
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	1	0	0	0	1
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	1	0	0	0	1
EDEMA CEREBRAL	1	0	0	0	0
CONCUSIÓN	1	0	1	2	3
	16	5	12	16	35

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

El cuadro 4.6 nos muestra la incidencia de las patologías neuroquirúrgico según edad en el año 2015 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé.

Gráfico 4.6 Patologías por edades – 2015



Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

En el gráfico 4.6 nos muestra que en año 2014 la incidencia de las patologías neuroquirúrgico fue mayor en las personas de 75 a 105 años con 35 casos seguidos de los niños de 0 a 10 años y adultos de 51 a 70 años con 18 casos.

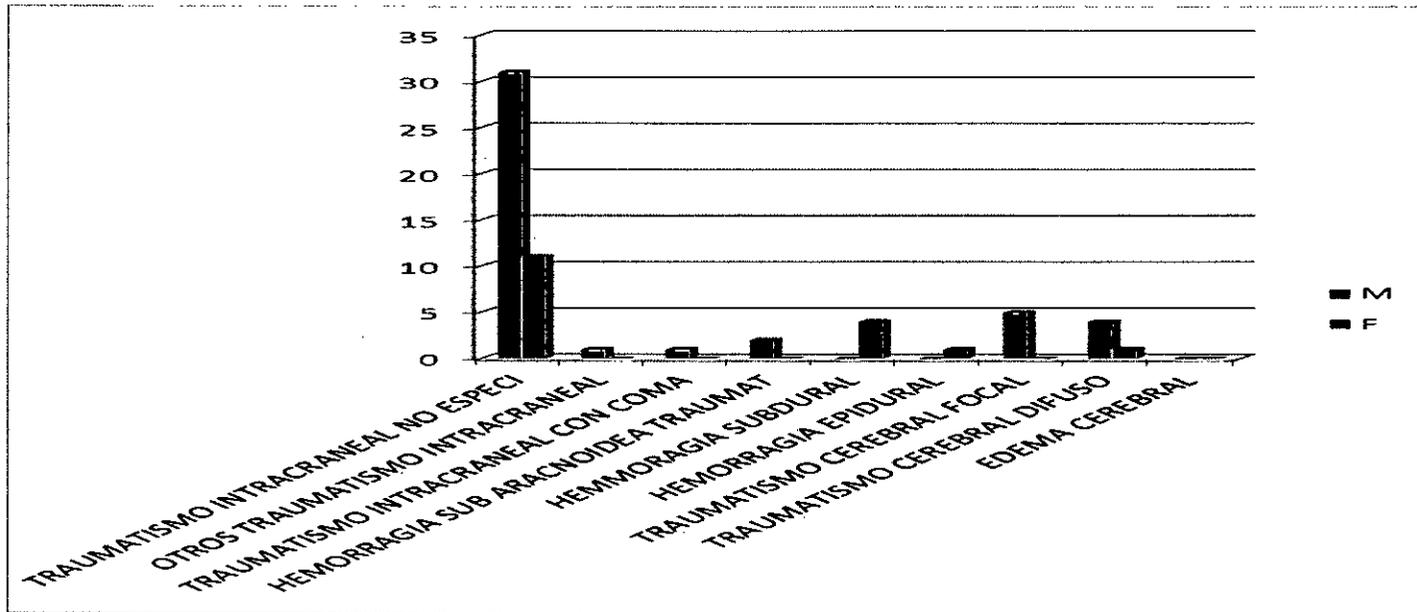
Cuadro N. 4.7**Patologías por sexo presentados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé****Prialé-EsSalud 2013**

PATOLOGÍAS	2013	
	SEXO	
	M	F
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	31	11
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	1	0
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	1	0
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	2	0
HEMORRAGIA SUBDURAL	0	4
HEMORRAGIA EPIDURAL	0	1
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	5	0
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	4	1
EDEMA CEREBRAL	0	0
CONCUSIÓN	3	4
TOTAL	47	21

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

El cuadro 4.7 nos muestra la incidencia de las patologías neuroquirúrgico según sexo en el año 2013 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé.

Gráfico 4.7 Patologías por sexo – 2013



Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

En el gráfico 4.7 nos muestra que en el año 2013 la incidencia de las patologías neuroquirúrgico fue mayor en los varones con 47 casos y solo 21 casos de mujeres

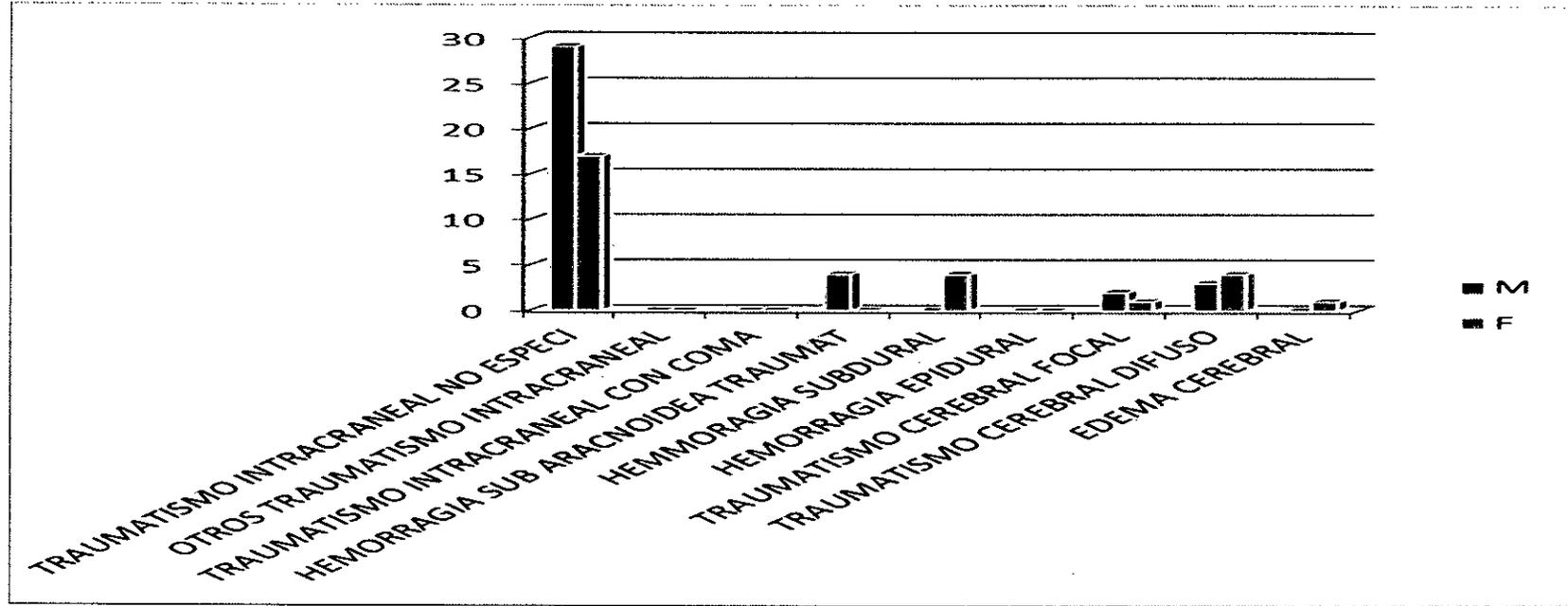
Cuadro N. 4.8**Patologías por sexo presentados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé****Prialé-EsSalud 2014**

PATOLOGÍAS	2014	
	SEXO	
	M	F
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	29	17
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	0	0
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	0	0
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	4	0
HEMORRAGIA SUBDURAL	0	4
HEMORRAGIA EPIDURAL	0	0
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	2	1
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	3	4
EDEMA CEREBRAL	0	1
CONCUSIÓN	6	4
TOTAL	44	31

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

El cuadro 4.8 nos muestra la incidencia de las patologías neuroquirúrgico según sexo en el año 2014 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé.

Gráfico 4.8 Patologías por sexo – 2014



Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

En el gráfico 4.8 nos muestra que en el año 2014 la incidencia de las patologías neuroquirúrgico fue mayor en los varones con 44 casos y solo 31 casos de mujeres

Cuadro N. 4.9

Patologías por sexo presentados en el Hospital Nacional Ramiro Prialé

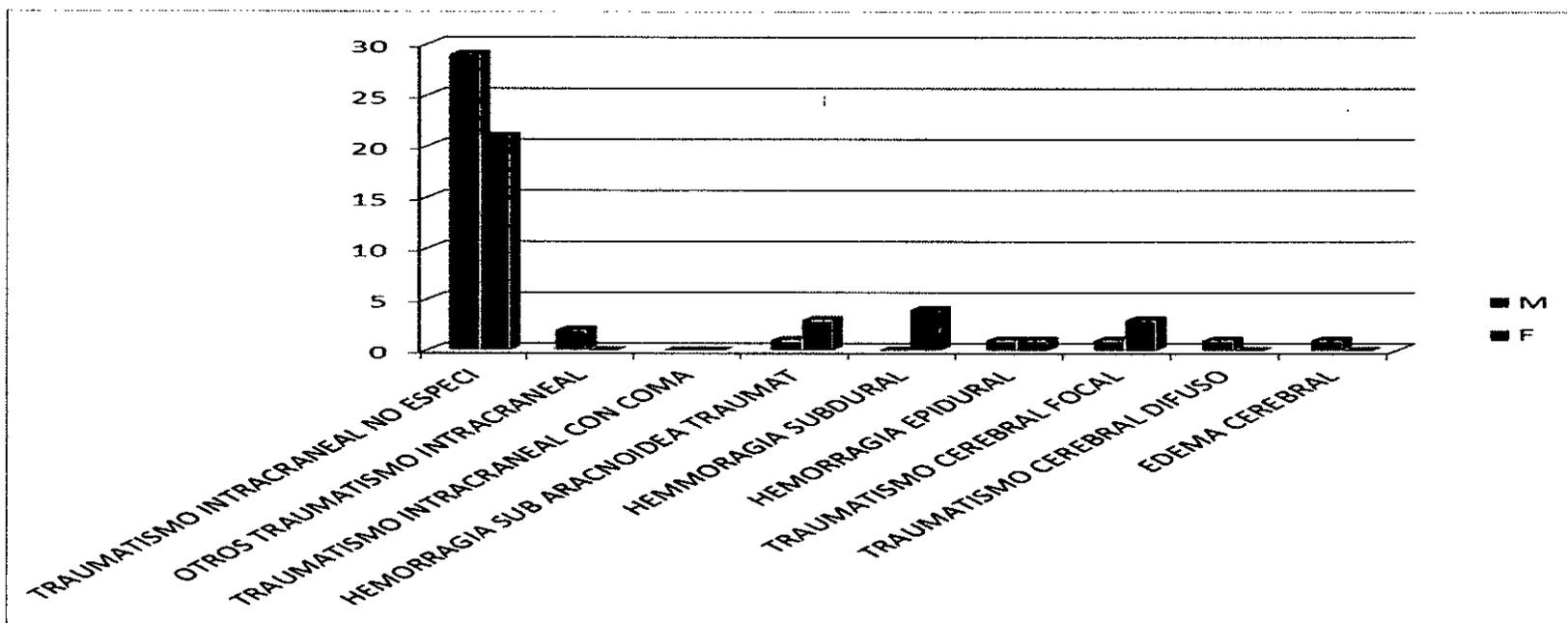
Prialé-EsSalud 2015

PATOLOGÍAS	2015	
	SEXO	
	M	F
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	29	21
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	2	0
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	0	0
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	1	3
HEMORRAGIA SUBDURAL	0	4
HEMORRAGIA EPIDURAL	1	1
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	1	3
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	1	0
EDEMA CEREBRAL	1	0
CONCUSIÓN	5	2
TOTAL	41	34

Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

El cuadro 4.9 nos muestra la incidencia de las patologías neuroquirúrgico según sexo en el año 2015 en el Hospital Nacional Ramiro Prialé.

Gráfico 4.9 Patologías por sexo – 2015



Fuente: Oficina de estadística del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé

En el gráfico 4.9 nos muestra que en el año 2015 la incidencia de las patologías neuroquirúrgico fue mayor en los varones con 41 casos y solo 34 casos de mujeres

V.-CONCLUSIONES

- a) Los traumatismos intracraneales seguido de las hemorragias subdurales son de mayor incidencia en el Hospital Ramiro Prialé Prialé en los años 2013 al 2015.
- b) Los pacientes que presentan patologías neuroquirúrgico durante los años 2013 al 2015 son en su mayoría adultos mayores y niños menores de 10 años.
- c) Las patologías neuroquirúrgico se dan con mayor incidencia en pacientes varones que en las mujeres.
- d) La aplicación del proceso de Enfermería mejora significativamente nuestra atención de Enfermería logrando resultados favorables en la recuperación del paciente y evitando complicaciones intrahospitalarias.
- e) La atención inmediata del traumatismo encefalocraneano viene a ser la permeabilización de vías aéreas e inmovilización de la columna cervical, circulación y control de hemorragia, finalmente la valoración neurológica.
- f) Los traumatismos Encéfalo Craneano atendidos en forma oportuna aplicando el protocolo de atención disminuye las tasa de mortalidad y discapacidad del paciente.

VI.- RECOMENDACIONES

- a) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de enfermería en los pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano leve a moderado y sus complicaciones quirúrgicas.
- b) Evaluar permanentemente el cumplimiento de los protocolos de atención al paciente, las cuales deben estar basados en las experiencias de las enfermeras y en el sustento científico.
- c) Establecer guías de atención a pacientes neuroquirúrgico en sus diferentes patologías. .
- d) Fomentar la participación activa del personal en el programa de capacitación continua en servicio.

VII.- REFERENCIALES

1. Ministerio de Salud Chile .Guía clínica de atención de urgencias del TCE, 2007 página :7.
2. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima) Facultad de Medicina Departamento académico de Cirugía. Tomo VIII Neurocirugía, Sayer Calderon. A.TCE. 2005.
3. Centers of disease control and prevention traumatic brain injury in the united states. Emergency department visits hospitalizations and cleaths, 2002 – 2006 disponible: <http://www.cdc.gov/ncipc/tbi.htm>.
4. Ramirez Miluska .New Trainer at international of medical students associations 2015
5. Luque M, Boscá A. Traumatismo Cráneo encefálico. Hospital Clínico Universitario de Mangala. 2008. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/traucra.pd>
6. Bustos Villareal Mónica Alexandra y Cortez Guerrero Ángela Yazmín estudio Manejo de Enfermería en pacientes con trauma craneoencefálico en el servicio de Emergencia del Hospital Marco Vinicio -I 2012.
7. Sailema Ronquillo, María Belén estudio de Intervención de Enfermería y beneficios en el pronóstico de vida que obtienen los pacientes con traumatismo cráneo encefálico en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial docente Ambato 2015- Ecuador.

8. Figueroa Romero, Alan Armando Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes adultos con traumatismo encéfalo craneano grave, UCI del Hospital Regional Docente de Trujillo 2008.
9. Jiménez Abad Juan Manuel "Traumatismo cráneo encefálico en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja - 2007).
10. Traumatismo craneoencefálico
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/TCE%20revisión.pdf>
Autores: Morales Acedo, MJ; Mora García, Num. Registro: 226118
11. National Center for Injury Prevention and Control (2003). «Report to congress on mild traumatic brain injury in the United States: Steps to prevent a serious public health problem» [Reporte al Congreso de Traumatismo Craneoencefálico leve en los Estados Unidos: Pasos para prevenir un problema serio de salud pública] (PDF). Centers for Disease Control and Prevention (en inglés). Atlanta, GA. Archivado desde el original el 30 de noviembre de 2015. 2008
12. Ghajar, Jamshid. (2000). «Traumatic brain injury.». Lancet (en inglés) 2000 (356): 923-29. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02689-1. PMID 11036909. Archivado desde el original el fecha desconocida. Consultado el 26-dic-2011. (requiere suscripción).
13. Núñez Bejarano, Victoria Alejandra. Informe optar por el título de Médico Ambato – Ecuador Agosto, 2013.
14. Laura_stefany02 • 17 de Noviembre de 2014 ClubEnsayos.com
15. Curso de atención inicial al Traumatizado. Grupo de trabajo en Trauma de SEMES Andalucía 1998.

16. Heegaard WG, Biros MH. Head injury. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 41
17. Clinica Dam .<https://www.clinicadam.com/salud/5/000718.html>
18. Florence Nightingale)
19. Dr. Negrin Villavicencio, José A., y coautores principales. Texto para la especialización de enfermería en cuidados intensivos. Tomo III Editorial Pueblo y Educación 1990
20. Office of Communications and Public Liaison National Institute of Neurological Disorders and Stroke National Institutes of Health Bethesda, MD 20892
21. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 02

REPORTE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRAUMATISMO INTRACRANEAL

ALGORITMO TCE MODERADO Y GRAVE: INGRESO EN S° REANIMACIÓN

OBJETIVOS GENERALES

- | | |
|--|--|
| - Hto ≥ 30 ; Sat O ₂ > 96%
- TAS ≥ 120 ; TAM = 80.
- PVC = 5-8; PPC = 9-12. | - Temperatura < 37°C., Glucemia < 120
- Na = 138-140; control magnesio
- Nutrición enteral precoz. |
|--|--|

IOT – IPPV + Sedación

Rx tórax- columna cervical.
 Estabilización hemodinámica (TAS ≥ 120 , FC ≤ 120 , PVC 5-8).
 Evitar hiperventilación, hipoxemia, hipercapnia e hipotensión

TAC craneal

INDICACIONES DE CIRUGÍA

CONTUSIÓN CEREBRAL
 Deterioro neurológico progresivo o hipertensión intracraneal refractaria
 Volumen de la contusión mayor de 50 cm³.
 GCS 6-8 con contusiones mayores de 20 cm² (frontales o temporales) y desplazamiento de la línea media > 5 mm.

HEMATOMA EPIDURAL
 Los hematomas mayores de 30 cm³ (con cualquier GCS).
 Grosor > 15 mm.
 Desviación de la línea media > 5 mm.
 Ante GCS < 9 y/o déficit neurológico focal y/o anisocoría.

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO
 Grosor > 10 mm y/o desviación de la línea media > 5 mm.
 Grosor < 10 mm o desviación de línea media < 5 mm sí:
 Caída del Glasgow mayor de 2 puntos.
 y/o pupilas asimétricas o fijas y dilatadas
 y/o PIC > 20 mmHg

Debe tenerse en cuenta otros factores antes de la decisión quirúrgica como la localización del hematoma, el tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes y el estado basal previo del paciente (suelen ocurrir en pacientes de edad avanzada).

HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO
 Lesiones sintomáticas
 Hematomas > 1cm de grosor.
 Se recomienda la profilaxis con antimicrobiales y la corrección de las alteraciones de la coagulación

HIGROMA SUBDURAL POSTRAUMÁTICO
 Manifestaciones focales
 Crisis convulsiva
 Deterioro del nivel de conciencia

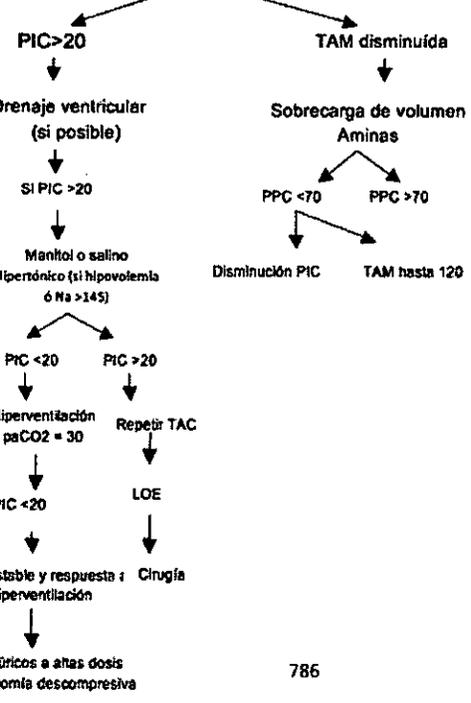
FRACTURAS CRANEALES
 Déficit atribuible a la compresión del cerebro subyacente
 Depresión mayor que el grosor del cráneo o > 1cm.
 Evidencia de desgarró de duramadre (salida LCR, neumocéfalo, etc.)
 Gran deformidad cósmética
 Herida abierta con datos de infección o marcada contaminación

EDEMA CEREBRAL POSTRAUMÁTICO (SWELLING CEREBRAL)
 Hipertensión intracraneal refractaria a tratamiento médico

NO QUIRÚRGICO

Sedación convencional
 Monitorización PIC, ptiO₂...
 TAC control 24 horas

PPC < 70
 PPC = PIC - TAM



- Hto: hematocrito
- SatO₂: saturación de oxígeno
- TAC: tomografía axial
computarizada
- TAS: tensión arterial sistólica
- FC: frecuencia cardíaca
- PVC: presión venosa central
- PPC: presión de perfusión
cerebral
- PIC: presión intracraneal

HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ		DE LOS AÑOS 2013 - 2015						
HCL	NOMBRE y APELLIDOS	EDAD	CDIAGS	CSERV	2013	2014	2015	Total
105399	HUACHACA SOTOMAYOR EPIFANIO	80	S06.9	B41	1			1
				B61	1			1
10658	ARISTE QUISPE EVARISTO	77	S06.9	B61		1		1
111529	VERÁN TAGLIABUE LUIS GUSTAVO	59	S06.5	B61		1		1
			S06.9	B61		1		1
11633	MALDONADO TORRES CESAR	83	S06.5	B61	1			1
120850	PAITANMALA SOSA CLAUDIO BERNAR	84	S06.5	B61		1		1
130976	CONTRERAS GUERRERO VÍCTOR ALEJ	20	S06.0	B61		1		1
			S06.9	G21		1		1
				G22		1		1
138929	OROPEZA BLANCO AMÉRICO MARCIAL	58	S06.0	G21			1	1
142331	VALLEJOS ABREGU VALENTÍN	89	S06.6	AC1	1			1
142688	OLIVERA MELO DE RUIZ FELICITA	82	S06.5	B61	1			1
145823	NAVARRO MAYORCA CONVERSIÓN PAB	76	S06.9	B61	1			1
147469	AMERI NAVARRO JEAN CARLOS	66	S06.7	AC1	1			1
157010	ALIAGA ROJAS ETELVINA	76	S06.5	B61	1			1
15939	PALOMINO MELCHOR FÉLIX ALFREDO	59	S06.9	B61		1		1
163096	CALDERÓN YARINGAÑO FAUSTO FLAV	72	S06.6	AC1		1		1
164718	CONTRERAS ROMO FILOMENA SATURN	47	S06.5	B61			1	1
166702	CASAS MERCADO LEONARDO	76	S06.9	AC1			1	1
				G21			1	1
				G22			1	1
172522	MONGE TOVAR CARLOS SEBASTIÁN	16	S06.6	B61			1	1

174783	LÓPEZ ÁVILA OSCAR ALFREDO	72	S06.9	G22			1	1
174862	CASTILLO DÁVILA HUMBERTO	67	S06.9	B61			1	1
17736	ARANDA HUARI ALFREDO HAROLD	40	S06.9	B61			1	1
				G21			1	1
				G22			1	1
178202	ARMAS CHÁVEZ ANDRÉ JOSEPH	14	S06.9	B61		1		1
178342	VIVAS OVISPO MEDARDO	85	S06.9	B61			1	1
189003	SERRANO OCHANTE JUAN ARQUIMEDE	83	S06.4	AC1			1	1
191521	BALBARO LANDA ARTURO	74	S06.3	B61	1			1
194898	RAMÍREZ CALDERÓN DE CHURAMPI G	81	S06.9	G21			1	1
201415	MONGE FABIÁN CESAR NOEL	38	S06.9	B61		1		1
20173	VILLANES DE SORIA LUCIA JESÚS	75	S06.9	G21	1			1
206717	IBAÑEZ VDA DE RODRIGUEZ VÍCTOR	71	S06.2	B41	1			1
215646	HUAMÁN VDA DE CARRIÓN FELICIA	72	S06.9	G21			1	1
				G22			1	1
21790	SOLÍS DE ORTEGA MARÍA JULIANA	84	S06.0	G21			1	1
				G22			1	1
225300	SUAZO DE TORRES FELICIA	68	S06.9	G21			1	1
				G22			1	1
228928	VIVANCO CHIRA FERNANDO ALCIDES	49	S06.9	G21		1		1
				G22		1		1
240946	MATOS VELÁSQUEZ VÍCTOR ISAAC	46	S06.9	B61			1	1
254052	IZURRAGA SÁENZ ANYELY FELIN	10	S06.3	B61			1	1
254848	TREJO ARROYO FREDDY ABEL MARCI	9	S06.9	G21			1	1
258312	ENCISO BARAHONA JHYSEL PAOLA	8	S06.9	B61		1		1
259754	ORTEGA QUILCA ALEXANDER SABINO	8	S06.9	B61		1		1

263837	SANABRIA VDA. DE ALARCÓN OLGA	82	S06.5	B61	1			1
265877	ORTIZ LLOCCE EVER EDMUNDO	35	S06.3	B61	1			1
				G22	1			1
			S06.9	AC1	1			1
				G21	1			1
26667	VELARDE FALCONI BORIZ IGOR	31	S06.9	B61	1			1
267106	SUCUITANA JÁUREGUI ABEL ELÍAS	47	S06.6	AC1		1		1
		48	S06.6	AC1		1		1
26784	TURÍN CASAS GREGORIO NOE	70	S06.9	G22	1			1
268912	PONCE ZACARÍAS ÁNGEL DANIEL	83	S06.5	AC1		1		1
				G21		1		1
			S06.9	G22		1		1
275347	FERNANDEZ NANO ANDRÉS MARCO AN	8	S06.2	D11		1		1
			S06.9	B61		1		1
284524	HUARACA JESÚS SEBASTIÁN ALEJAN	7	S06.9	B41		1		1

286983	YACHAS DE GUILLEN GRISELDA	79	S06.3	B61			1	1
28813	SANTIANI DE LOZANO QUIETI DION	69	S06.9	B41			1	1
28856	ARCE SALAS JHONY WILLER	43	S06.6	B81	1			1
29305	ORIHUELA YURIVILCA ALEJANDRA E	78	S06.9	B61			1	1
293295	SALGUERO PIZARRO PABLO OTTO	86	S06.9	B61			1	1
293985	LLOCLLA HUAMÁN OSCAR ROBERTO	38	S06.2	AC1		1		1
			S06.9	G21		1		1
				G22		1		1
297158	GÓMEZ DE CHANCA MATILDE	75	S06.5	B61		1		1
298118	GUTIÉRREZ FLORES RODOLFO	75	S06.9	B61	1			1
298643	CALDERÓN VDA DE RAMOS JUANA	70	S06.5	B61			1	1
301406	OLIVERA MATOS TEODORO JESÚS	88	S06.2	B61			1	1
			S06.5	B61			1	1
301599	ZEVALLOS PANEZ ABEL	60	S06.9	G22		1		1
301620	QUISPE CHAGUA LEÓN	64	S06.9	B61			1	1
				G21			1	1
				G22			2	2
304091	CARLOS ESPINOZA ELMER	62	S06.9	AC1	1			1
304989	CONDEZO CARLOS VÍCTOR	59	S06.9	B61			1	1
306930	DAMIÁN SANDOVAL EDGAR LINARES	56	S06.9	G21		1		1
				G22		1		1
308703	ANCCASI VERA NAYELI FÁTIMA	5	S06.2	G21	1			1
			S06.4	D11	1			1
313367	VENTURO QUISPE VIRGINIA	32	S06.9	B61		1		1
319589	TOVAR ALIAGA EDSON HARRY	38	S06.9	B61			1	1
320411	CÓRDOVA RAYMUNDO BETHEL GUADAL	6	S06.0	B61			1	1

321339	GRANADOS ROJAS BALDOMERO	86	S06.9	G21	1			1
323181	GUEVARA ROJAS MARIO ALCIDES	73	S06.9	G21			1	1
				G22			1	1
327702	YARANGA HINOJOSA ÁNGEL ELADIO	36	S06.4	B61	1			1
328421	NOA CENTENO JAMES MAX	3	S06.9	B61	1			1
329674	CROCCO PUENTE JOSÉ JAVIER	50	S06.3	B61		1		1
329782	POMA FLORES DEMETRIO	82	S06.5	AC1			1	1
334333	IGNACIO BARZOLA IKER MESSI	3	S06.9	B61	1			1
335563	PALACIOS CABELLO ROLANDO SILVI	77	S06.9	AC1			1	1
33590	BRADES BELTRÁN JOSÉ ELICEO	87	S06.5	B61		1		1
337998	PÉREZ GUTIÉRREZ MATÍAS FRANCIS	3	S06.9	B61	1			1
339979	CHUQUILLANQUI DE CARHUAMACA DO	73	S06.6	B61			1	1
			S06.9	G22			1	1
353348	TUNQUE SULLCA ROY HOOVER	28	S06.4	AC1		1		1
354632	BALDEÓN GONZALO BERNABÉ	40	S06.9	B61		1		1
355096	SARZO MALPICA ELÍAS	94	S06.5	AC1		1		1
356864	MELCHOR SANTOS SNAIDER MAX	2	S06.9	B41	1			1
356877	CÓNDOR ÁRTICA DE PALPA MIDA ES	45	S06.9	B61			1	1
359977	ACUÑA PARIONA FRANCISCO	77	S06.2	G22		1		1
360056	MARCOS ZENTENO FERNANDA	39	S06.0	B41	1			1
				B61	1			1
360196	QUISPE ARANA KIMBERLIN GERALDI	6	S06.9	G21			1	1
366063	CHIARA CAMACHO VILMA	53	S06.0	B61		1		1
366880	HUARACA SALAMANCA DAYLI KIARA	3	S06.9	B61		1		1
367711	CÁRDENAS BEJAR NEYMAR	4	S06.9	G21			1	1
368728	TORRES CHÁVEZ ANTONIO JESÚS	61	S06.5	B61		1		1

			S06.9	AC1		1		1
				B61		2		2
				G22		1		1
369358	CAYCHO RENDICH CAMILA FERNANDA	5	S06.0	B61	1			1
37424	ACEVEDO ESPINOZA BARTOLOMÉ RUF	54	S06.9	B61	1			1
				G22	1			1
383442	CÁRDENAS ANDIA FLORENTINO	76	S06.3	B61	1			1
384099	BALDEON URIBE NAISHA JASUMI	4	S06.9	G21			1	1
384233	LÁZARO PAUTAN MIGUEL SEBASTIÁN	8	S06.0	G21		1		1
				G22		1		1
385505	ESCOBAR PAQUIYAURI MELANY ANDR	2	S06.9	B61			1	1
386635	MANCHA PAYTAN SHAYLA NAYELI	7	S06.9	B61		1		1
				D11		1		1
388812	LONASCO GAMBOA MAURICIO	61	S06.9	B61			1	1
389584	ASTUÐAUPA DUEÐAS CAMILA MILAGR	2	S06.5	B61		1		1
390227	ROJAS LEDESMA RODRIGO PERCYMAX	2	S06.9	G21		1		1
				G22		1		1
390279	TACAY ELESCANO ANIBAL	48	S06.4	B61	1			1
390746	GASPAR AGUILAR YEISON	1	S06.0	B61		1		1
391165	SUAREZ JULCARIMA MAYUMI	3	S06.9	D11	1			1
392645	DOZA MEZA CRISTINA LISBETH	26	S06.2	B41		1		1
394735	ENRIQUEZ MENDEZ HIPOLITO	47	S06.0	B61	1			1
396729	MARAVI SUAREZ FACUNDO MATÍAS	1	S06.0	B61		1		1
396754	ANTIPA AYALA LUANA SAYURI	2	S06.0	D13	1			1
398257	CIPRIANO DE LA CRUZ CICILIA	66	S06.9	AC1	1			1
				G22	1			1

398724	PÉREZ ALCOSER FRANKLIN NANDO	7	S06.9	B61		1		1
399539	VARJE PALACIOS PERCY ALBERTO	31	S06.9	B61		1		1
399600	FLORES GUILLEN DAYRA JAMILA	1	S06.9	B41		1		1
				B61		1		1
400606	VELIZ BARZOLA JOHIRO ADRIEL	4	S06.9	D11	1			1
402937	ALFARO CAMPOS DEYVIS AYMAR	5	S06.0	D13	1			1
405262	SANCHEZ URCO PABLO OCTAVIO	65	S06.9	AC1	1			1
				G21	1			1
405445	VARGAS MONTANO MYLER IVAN	0	S06.9	D11	1			1
405603	HERRERA CANCHUMANI ELMER	40	S06.9	B61	1			1
406035	FABIÁN POLICARPIO PEDRO ANTONI	34	S06.5	B61	1			1
406191	CUBA COLLACHAGUA SATURNINO TEO	45	S06.5	B61	1			1
407018	HUIZA RAMOS KEITH XAVI	4	S06.9	B61	1			1
407956	ARANDA VASQUEZ MANUEL VÍCTOR	58	S06.5	B61	1			1
408114	BARTOLO SALINAS FORTUNATO ALEJ	85	S06.5	G21	1			1
408662	HURTADO MADRID FREDDY	39	S06.8	AC1	1			1
			S06.9	G21	1			1
410964	NUÑEZ MILLAN ERVACIO	83	S06.9	G21			1	1
				G22			1	1
411421	ARMAS SANTANA FREDI	20	S06.2	G22	1			1
412114	SANCHEZ GONZALES WIGBERTO	25	S06.9	B41	1			1
412752	GAMARRA IZARRA GERALDINE YADIR	19	S06.9	B61	1			1
412865	CAMAC DE MENDOZA MERCEDES	69	S06.5	B61	1			1
413293	ORIHUELA YAURI AMADOR VÍCTOR	51	S06.4	B61	1			1
414065	TUPIÑO CENTENO LUIS ALBERTO	23	S06.0	B41	1			1
414264	ARONE SULLCA KEYSI WILIANIS	1	S06.9	B61	1			1

414329	ASTO MERINO JOURNEY JHOJAN	5	S06.9	B61	1			1
415617	MEZA COLQUI JEREMI HILARIO	7	S06.9	B41		1		1
415666	CÓRDOVA FLORES GASTON ALEX	49	S06.2	B61	1			1
416273	TOCAS INGA ZENOBIO MOISÉS	51	S06.9	AC1	1			1
416347	VÍLCHEZ VÍLCHEZ FELIPE	75	S06.3	B61	1			1
416975	RIVERA SURICHAQUI EDISON DARWI	30	S06.5	B61	1			1
			S06.9	B61	1			1
417720	LAZO ORREGO VÍCTOR VIDAL	60	S06.2	AC1	1			1
				G22	1			1
418065	CÓNDOR TORRES JULIÁN	41	S06.9	B61	1			1
418198	CABALLERO PANTOJA ÁNGEL ISMAEL	42	S06.4	G21	1			1
				G22	1			1
			S06.9	B61	1			1
419139	CHANCAY MANDUJANO MIGUEL	31	S06.9	B61	1			1
421186	BENITES MONTALVÁN CESAR MATEO	0	S06.9	B61	1			1
42297	JAIME CAMPOS MARÍA CLEOFE	52	S06.9	B61	1			1
42307	CALLUPE CAPCHA YHONY WILFREDO	42	S06.9	B61	1			1
424254	CALERO PAUCAR ALEJANDRO SAMIN	1	S06.9	D13	1			1
424714	VÍLCHEZ PERALES MELITÓN	69	S06.0	G22		1		1
426107	ACUÑA RAMOS DEYMAR PERCY	102	S06.9	D13		1		1
426582	ESCAJADILLO EGG MAURICIO MIGUE	5	S06.9	B61		1		1
426991	TAQUIA RÍOS RN	0	S06.0	G21		1		1
427208	BELITO HUARCAYA CARLOS ALFONSO	46	S06.4	AC1		1		1
427251	OJEDA CABRERA JESÚS RAÚL	74	S06.5	B61		1		1
427667	BAZÁN ESPINOZA PEDRO MIGUEL	29	S06.9	B61		1		1
427798	RAMÍREZ SANCHEZ DUARTE	42	S06.9	B61		1		1

428349	GUILLEN VILLANUEVA LUIS	57	S06.6	AC1		1		1
			S06.9	AC1		1		1
428637	BALDEON AQUINO MARIO EUSEBIO	74	S06.0	AC1		1		1
430704	LEÓN LEÓN RIJHAR	16	S06.9	AC1		1		1
430809	ZUÑIGA VALENTÍN YUDITH VICKY	35	S06.3	B61		1		1
431275	LAZO CHÁVEZ ESPERANZA	48	S06.9	B61			1	1
				G21			1	1
431311	CARHUAMACA ORONGOY VÍCTOR	85	S06.5	B61		1		1
431871	CARRIÓN VERASTEGUI JOSÉ ALFRED	43	S06.9	G21		1		1
				G22		1		1
432680	GONZALES DE CHUCOS CORINA	58	S06.2	B41		1		1
				B61		1		1
432763	HUARCAYA QUISPE RAÚL	32	S06.3	B61		1		1
			S06.9	G21		1		1
				G22		1		1
433477	CÓRDOVA BERROCAL LUIS FRANCISC	39	S06.9	G21		1		1
433670	MEZA BAZALAR NILTON JESÚS	44	S06.9	G22		1		1
434554	ROBLADILLO ZEGARRA ÁNGEL BRAYA	14	S06.9	B61		1		1
435232	MEDRANO ISLA RAÚL AMADOR	57	S06.0	G22		1		1
435583	CASTELLARES VDA DE MATOS OLIND	83	S06.9	AC1	1			1
436579	ALBORNOZ ORTEGA EVA	51	S06.2	AC1		1		1
			S06.9	G22		1		1
437730	CURI QUISPE JANETH ROCÍO	16	S06.2	G21		1		1
				G22		1		1
			S06.9	AC1		1		1
438443	OCHUPE VILLANUEVA MERCEDES DOR	41	S06.0	B61		1		1

440810	VILCAPOMA IGNACIO ADOLFO LEÓN	50	S06.9	B61		1		1
44104	ROJAS ALVARADO RENEE HILDA	62	S06.6	AC1			1	1
441093	CASO ZARATE JHONATAN ÁNGEL	31	S06.5	B61		1		1
441655	ROCHA RENGIFO LUIS MANUEL	10	S06.9	G21		1		1
442531	NINAYAHUAR MANRIQUE EDUARDO JE	42	S06.9	G21		1		1
443076	RIVERA PINEDA ABILIO GREGORIO	79	S06.5	B61		1		1
44327	ROMERO SAMANIEGO AUGUSTO	74	S06.5	B61			1	1
444513	JAYO AYASCA YARITA LIZETH	3	S06.1	B61		1		1
445079	PÉREZ PASTRANA FRANCISCA	61	S06.9	B61		1		1
445250	LACHO MINAYA SEBASTIÁN MATTEO	4	S06.9	B61		1		1
448435	ALVARO LAURA WILLAM HERSON	27	S06.9	G21			1	1
				G22			1	1
448494	NOLBERTO CUSI JOSUÉ	21	S06.5	B61			1	1
448602	SUMARAN TRINIDAD ANASTASIO	97	S06.9	B41			1	1
				B61			1	1
				G21			1	1
				G22			1	1
448627	ARTEAGA CAMPOS MÁXIMO	54	S06.0	G22			1	1
448851	ROJAS INDERIQUE DAHIR DAYIRO	2	S06.8	D11			1	1
			S06.9	G21			1	1
449024	ESPINOZA CÁRDENAS CESAR JOSÉ	37	S06.0	G21			1	1
				G22			1	1
			S06.4	AC1			1	1
449677	PERALTA DE MARTÍNEZ ROSA OCTAV	76	S06.9	G22			1	1
450086	CARVO LARA ÁNGEL RUBÉN	60	S06.8	B61			1	1
450127	GARCÍA CÁRDENAS JUAN AURELIO	69	S06.5	B61			1	1

450947	MENDEZ GABINO FAUSTO REYNALDO	73	S06.9	B41			1	1
451013	ARAUJO ADOLFO YANETH NOEMÍ	31	S06.9	AC1			1	1
451573	ÁLVAREZ PAREDES ERICKA RUTH	39	S06.9	G21			1	1
				G22			1	1
452106	SEBASTIÁN LAVADO JAIME ANTHONY	4	S06.9	B61			1	1
452420	BELLIDO BERAMENDI TEÓFILO	90	S06.0	B61			1	1
			S06.9	AC1			1	1
452937	ORE REQUENA MARCIANO	64	S06.9	AC1			1	1
				G21			1	1
				G22			1	1
453805	SOLANO DE SUAREZ BUENAVENTU	76	S06.9	B61			1	1
453944	CALIXTO FALCÓN GREGORIO	81	S06.5	G21			1	1
				G22			1	1
454452	NAVARRO HUAMALLI DEIVIT JORDÁN	3	S06.9	B61			1	1
454725	SEDANO PÉREZ CARLOS BANPERCY	1	S06.9	B61			1	1
455644	PRUDENCIO TAQUIRI MARICIELO ZA	15	S06.3	B61			1	1
457391	TORIBIO BLANCO FRANCISCO	73	S06.9	G21			1	1
				G22			1	1
458030	ROJAS CHAUCA Kael JHOSELIN	5	S06.6	D11			1	1
				G21			1	1
45844	SANCHEZ VERASTEGUI MARÍA DOLOR	53	S06.9	B41			1	1
458478	CÓRDOVA ARIAS SEBASTIÁN GIACOM	4	S06.1	G21			1	1
			S06.9	G22			1	1
459409	MALLMA MORALES ANDRÉS ROLANDO	46	S06.9	B61			1	1
				G21			1	1
459950	VÍLCHEZ ESPINOZA FÉLIX	85	S06.9	B61			1	1

46003	LIMAYLLA DE RIVERA MARÍA TERES	75	S06.9	B41	1			1
460478	TIZA ORELLANA AMADOR	83	S06.9	G22			1	1
460481	CHÁVEZ ZUASNABAR LLUVICA ÁNGEL	4	S06.9	B61			1	1
461028	ALBORNOZ LOARTE LILA PILAR	11	S06.9	D11			1	1
				G21			1	1
461060	CAMASCA CHAMORRO MAURICIO	9	S06.9	B61			1	1
462618	CORIS HUARANGA JUAN GABRIEL	35	S06.9	B61			1	1
462725	CARHUAS ESPINOZA JUAN SEBASTIA	7	S06.9	G21			1	1
463359	LAURENTE GALARZA JEAN CARLOS	26	S06.9	B61			1	1
				G21			1	1
464612	PÁEZ ZAMUDIO GUMERCINDO	62	S06.9	B61			1	1
465512	VASQUEZ OTAROLA GERMAN JOSÉ	72	S06.9	AC1			1	1
				G22			1	1
466925	SANCHEZ RAMOS JEFFERSON FABRIC	1	S06.2	D11			1	1
468309	TICONA CABANA GREGORIO	34	S06.3	B61			1	1
48422	MENDOZA ESPÍRITU GERARDO	87	S06.9	B61			1	1
51379	MAYOR RICCE NAZARIO	84	S06.5	AC1			1	1
52963	MORENO SANTIBÁÑEZ DE BE ELVIRA	86	S06.5	AC1			1	1
54481	PALOMINO DE CANTORIN CLARIZA	78	S06.9	G21		1		1
55947	LÓPEZ SOLANO DALMACIO MERCEDES	89	S06.9	G21			1	1
				G22			2	2
56013	MUCHA NINAHUANCA AMADOR PEDRO	72	S06.9	G21		1		1
				G22		1		1
63209	LLACTA RAMOS SEVERINO	86	S06.0	G21	1			1
65009	CARLOS GALARZA DAGOBERTO VICTO	72	S06.9	G21	2			2
66211	VÍLCHEZ VARILLAS FIDEL MELITÓN	75	S06.9	G21		1		1

				G22		1		1
6667	DURAND DE LA CRUZ ZENÓN	77	S06.5	B61			1	1
67368	ARREDONDO URETA LEONCIO	82	S06.0	B61			1	1
69546	CÁCERES ORTIZ ISMAEL	50	S06.9	B61	1			1
71236	DAMIÁN TOVAR RONALD OLIVER	31	S06.3	B61	1			1
			S06.9	AC1	1			1
				G22	1			1
76301	SALAS VIDAL MARIO SIGEBERTO	72	S06.9	G21	1			1
				G22	1			1
83373	VÍLCHEZ DE CORILLOCLA YOLINDA	78	S06.5	B41		1		1
				B61		1		1
8357	MAYTA BALDEON PAULA	80	S06.5	B61		1		1
			S06.9	B61		1		1
83658	INGA OSORIO JUAN	73	S06.5	B61			1	1
88332	CASAS TORRES PABLO GREGORIO	46	S06.9	B41			1	1
				B61			1	1
88515	CANTO MENDOZA TEODORO	81	S06.9	G22			1	1
8957	AIRE ROJAS GUILLERMO	80	S06.5	B61	1			1
91521	PAREDES FRANCISCO JOSÉ LUIS	51	S06.9	B81			1	1
				G21			1	1
				G22			1	1
93588	MANRIQUE DÍAZ RENATO FRANCISCO	76	S06.9	B41	1			1
9632	GUTIÉRREZ CABALLERO NELSON EDU	76	S06.9	AC1			1	1
				AG3			1	1
Total					91	107	128	326

Código	Servicio
A21	Cardiología
A51	Gastro
A81	Hematología
AC1	Med. Interna
AD1	Nefrología
AG3	Oncología
AH1	Salud Mental
B31	Cir. Tórax
B39	Cir. Oncol
B41	Cir. General
B61	Neurocirugía
B71	Oftalmo
B81	Trauma
B91	Otorrino
BA1	Urología
D13	Cir. Pediátrica
C11	Obstetricia
C12	Ginecología
D11	Pediatría
G21	UCI Neo Serv.
	UCI Serv.
G22	UCIN Neo Serv.
	UCIN Serv.
A71	Geriatría
H12	Un Trasp Renal

PATOLOGÍA	Servicio
A21	Cardiología
A51	Gastro
A81	Hematología
AC1	Med. Interna
AD1	Nefrología
AG3	Oncología
AH1	Salud Mental
B31	Cir. Tórax
B39	Cir. Oncol
B41	Cir. General
B61	Neurocirugía
B71	Oftalmo
B81	Trauma
B91	Otorrino
BA1	Urología
D13	Cir. Pediátrica
C11	Obstetricia
C12	Ginecología
D11	Pediatría
G21	UCI Neo Serv.
	UCI Serv.
G22	UCIN Neo Serv.
	UCIN Serv.
A71	Geriatría
H12	Un Trasp Renal

Anexo N° 03

PATOLOGÍAS	Años		
	2013	2014	2015
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	43	47	60
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	1	0	1
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA PROL	1	0	0
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMÁTICA	2	4	4
HEMORRAGIA SUBDURAL	11	14	12
HEMORRAGIA EPIDURAL	5	2	2
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	5	3	4
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	5	7	2
EDEMA CEREBRAL	0	1	1
CONCUSIÓN	7	10	7
	80	88	93

Fuente: Oficina de estadística del H.N.R.P.P Huancayo

Anexo N° 04

PATOLOGÍAS POR EDADES PRESENTADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE 2013-2014-2015

PATOLOGÍAS	2013					2014					2015				
	0-10	11-30	31-50	51-70	71-105	0-10	11-30	31-50	51-70	71-105	0-10	11-30	31-50	51-70	71-105
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECIFICO	12	2	5	7	11	12	4	11	4	5	11	3	10	10	22
OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
TRAUMATISMO INTRACRANEAL EN COMA PROL	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMATICA	0	0	1	0	1	0	0	2	1	1	0	1	0	1	1
HEMORRAGIA SUBDURAL	0	1	2	1	6	1	0	1	0	10	0	0	1	2	6
HEMORRAGIA EPIDURAL	0	0	3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	0	0	3	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	0	0	0	1
EDEMA CEREBRAL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
CONCUSION	3	1	2	0	1	3	1	1	3	1	1	0	1	2	3
	16	8	18	12	20	19	9	18	10	18	16	5	12	16	35

Anexo N° 05

CUADRO N. 03						
PRESENTACION DE PATOLOGIAS POR SEXO Y AÑO						
PATOLOGÍAS	2013		2014		2015	
	SEXO		SEXO		SEXO	
	M	F	M	F	M	F
TRAUMATISMO INTRACRANEAL NO ESPECI	31	11	29	17	29	21
OTROS TRAUMATISMO INTRACRANEAL	1	0	0	0	2	0
TRAUMATISMO INTRACRANEAL CON COMA	1	0	0	0	0	0
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA TRAUMAT	2	0	4	0	1	3
HEMMORAGIA SUBDURAL	0	4	0	4	0	4
HEMORRAGIA EPIDURAL	0	1	0	0	1	1
TRAUMATISMO CEREBRAL FOCAL	5	0	2	1	1	3
TRAUMATISMO CEREBRAL DIFUSO	4	1	3	4	1	0
EDEMA CEREBRAL	0	0	0	1	1	0
CONCUSION	3	4	6	4	5	2
TOTAL	49	21	44	31	41	34

Fuente: Oficina de estadística del H.N.R.P.P Huancayo

Imagen 01

Pacientes del servicio de neurocirugía



Fuente: Elaboración propia

Imagen 02 y 03

Cuidado humano: Espíritu, cuerpo, alma



Fuente: Elaboración propia

Imagen 04

Atención al paciente con craneotomía



Fuente: Elaboración propia

Imagen 05

Atención al paciente con drenaje tubular
en guante



Fuente: Elaboración propia