

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



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA SOBRE
TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO GRAVE DEL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS - 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES:

NINOSKA SENCÍA GÓMEZ

TALÍA BLANCA GUZMÁN CALDERÓN

YENY IRENE CARRIÓN PALOMINO

Callao, 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. HAYDEÉ BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARIA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 111-2020

Fecha de Aprobación de tesis: 06/11/2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU de fecha 30 de Octubre de 2018, para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

A mi esposo e hija, Marcial y
Shamarick Por su apoyo
incondicional y comprensión.

YENY IRENE CARRIÓN PALOMINO

A mi madre, esposo e hijo; Rayda,
Alan y Thiago Por el apoyo infinito y
la Comprensión pese a los momentos
difíciles.

TALÍA BLANCA GUZMÁN
CALDERÓN

A mi hijo Gabriel porque a su corta
edad supo apoyarme y entender en
este camino tan difícil.

NINOSKA SENCIA GÓMEZ

AGRADECIMIENTO

A dios por haber permitido que nuestros caminos sean guiados hasta este punto de nuestras vidas, por darnos la fuerza necesaria para superar los obstáculos que se presenten.

A colegio de enfermeros del Perú por habernos dado la viabilidad el apoyo y la asesoría necesaria para concluir con nuestros estudios.

A nuestros estimados docentes que son la guía, que nos permitió seguir con la formación académica que nos trazamos, pese a las circunstancias siempre se vio el interés por nuestro aprendizaje.

Al personal del servicio de emergencias del hospital sub regional de Andahuaylas por su paciencia durante el proceso de estudio de nuestra tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1. Descripción de la realidad problemática	8
1.2. Formulación del problema (definir problema general y específicos)	10
1.3. Objetivos (objetivo general y específico)	11
1.4. Limitantes de la investigación (teórica temporal o espacial)	11
II: MARCO TEÓRICO	12
2.1 Antecedente: Internacional y nacional	12
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Conceptual	18
2.4. Definición de términos básicos	39
III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	41
3.1. Hipótesis (general y específica, de ser el caso)	41
3.2. Definición conceptual de variables	41
3.2.1. Operacionalización de variables	43
IV: DISEÑO METODOLÓGICO	46
4.1. Tipo Y diseño de investigación	46
4.2. Método de investigación	46
4.3. Población y muestra	47
4.4. Lugar del estudio y periodo desarrollado	47
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	47
4.6. Análisis y procesamiento de datos	48
V.: RESULTADOS	50
5.1. Resultados descriptivos	50
5.2. Resultados inferenciales	55

VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	58
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	58
6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares	58
6.3. Responsabilidad ética	59
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	65
-A: Matriz de consistencia	66
-B: Instrumentos validados	67
-C: Consentimiento informado	74
-D: Base de datos	75

TABLAS DE CONTENIDO

TABLA N°1 Edad de los encuestados	47
TABLA N°2 Sexo de los encuestados	48
TABLA N°3 Nivel de instrucción de los encuestados	49
TABLA N°4 Variable nivel de conocimiento	50
TABLA N°5 Variable prácticas de enfermería sobre TEC grave	51
TABLA N°6 Correlación de variables según Rho de Spearman	54
TABLA N°7 Contingencia de las variables	54

TABLAS DE GRÁFICO

GRÁFICO N°1 Edad de encuestados	47
GRÁFICO N°2 Sexo de los encuestados	48
GRÁFICO N°3 Nivel de instrucción de los encuestados	49
GRÁFICO N°4 Variable nivel de conocimiento	50
GRÁFICO N°5 Variable prácticas de enfermería	51

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **objetivo** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre TEC grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2020. Este estudio fue de tipo descriptivo transversal, prospectivo, correlacional. La población de estudio son un total de 25, enfermeras que laboran en el servicio de emergencia que incluyen observación, trauma shock y uci del hospital sub regional de Andahuaylas. Resultados El nivel de conocimiento del enfermero(a) que labora en el hospital sub regional de Andahuaylas en el servicio de emergencia tuvieron un conocimiento sobre TEC grave en un 76% (alto), el 16% (medio), el 8%(bajo).

En cuanto El 68% (17 enfermeros(as) trabajadores del hospital sub regional de Andahuaylas del servicio d emergencia) del profesional de enfermería no logro aplicar más de 20 ítems; por lo tanto, se considera que el profesional de enfermería no practica el manejo correcto en pacientes con TEC grave.

Solo el 32% (8 enfermeros(as) trabajadores del servicio de emergencia del hospital sub regional de Andahuaylas) si practican correctamente el manejo con pacientes con TEC grave

Palabras clave: nivel de conocimiento y práctica de traumatismo encéfalo craneano grave.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the relationship between the level of knowledge and nursing practices on severe TBI in the emergency service of the Sub Regional Hospital of Andahuaylas -2020. This study was descriptive, cross-sectional, prospective, correlational. The study population is a total of 25, nurses who work in the emergency service that includes observation, trauma shock and ICU of the Andahuaylas sub regional hospital. Results The level of knowledge of the nurse who works in the Andahuaylas sub-regional hospital in the emergency service had knowledge about severe TBI in 76% (high), 16% (medium), 8% (low).

As for 68% (17 nurses from the Andahuaylas sub-regional hospital of the emergency service) of the nursing professional could not apply more than 20 items; therefore, it is considered that the nursing professional does not practice correct management in patients with severe TBI.

Only 32% (8 nurses (as) workers of the emergency service of the Andahuaylas sub-regional hospital) if they correctly practice the management with patients with severe TBI

Key words: level of knowledge and practice of severe head injury.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos asistido a un creciente interés por el estudio del manejo de este tipo de pacientes para mejorar la calidad de atención. La literatura sobre el tema se ha centrado básicamente en aspectos prácticos y teóricos sobre el manejo de pacientes con TEC.

Es de mayor importancia y trascendencia investigar y continuar haciéndolo ya que la incidencia de TEC es alta. Los pacientes con traumas se ubican y oscilan entre la tercera y cuarta causa de morbi-mortalidad que reportan los informes de estadística anuales del Hospital Sub Regional de Andahuaylas,

En este contexto se desarrolló una investigación sobre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del hospital sub regional de Andahuaylas -2020; para establecer y analizar los conocimientos y prácticas que tienen las(os) enfermeras(os) al momento de prestar los servicios a un paciente con Trauma Cráneo Encefálico grave. En el capítulo I se presenta el problema de investigación, así como la descripción de la realidad problemática, el planteamiento del problema, los problemas de investigaciones tanto generales como específicas, los objetivos generales y específicos, la justificación e importancia de la investigación que se llevó a cabo en el Hospital Sub Regional Andahuaylas. En el capítulo II se trata los antecedentes de la investigación, el marco teórico, en forma consensuada y amplia. En el III Capitulo se presenta la hipótesis general y específica, variables. En el IV Capitulo se detalla la metodología de la investigación, así como el diseño, tipo, nivel y método aplicado, así también el valor cuantitativo de la población y muestra. En el capítulo V se presenta los resultados de la investigación. En el capítulo VI se presenta la discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones; culminándose con la información de técnicas e instrumentos empleados en la recolección de datos y el procedimiento estadístico y forma de análisis de datos.

Finalmente, los anexos y encuestas que se aplicó en el estudio.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

El trauma cráneo encefálico es un problema de salud pública común tanto en los países desarrollados y subdesarrollados, dentro de los servicios de emergencia, el “trauma cráneo encefálico” (TEC) es la primera causa de mortalidad, ocasionados generalmente por accidentes de tráfico, laborales y domésticos, frente a esta situación los servicios de emergencia se esfuerzan en brindar atenciones de calidad, pero a pesar de todo esfuerzo, este tipo de pacientes continúan presentando un porcentaje elevado de morbimortalidad (1)

En el informe presentado por la Organización Panamericana de la Salud en el 2009, teniendo como fuentes sociales al INEIC y Ministerio de la Salud, nos indica que en el país del Ecuador en el 2010 se registran 4.693 accidentes de tránsito a nivel nacional, sin considerar a la provincia del Guayas. El Perú no es ajeno a esta realidad ya que nos muestra que en el 2010 hubieron 83,653 esto ha ido incrementando ya que en el 2014 hay 101,114 casos, así el traumatismo encéfalo craneano grave, se convierte en una de las primeras causas de hospitalización, por lo tanto, se considera un problema grave para la sociedad (2)

Por otro lado, en el Perú, el traumatismo encéfalo craneano al igual que en cualquier parte del mundo también es un problema de salud pública, representa el mayor porcentaje de la mortalidad nacional según el instituto nacional de la salud. Las muertes por causas violentas representan el mayor porcentaje de la mortalidad nacional; dentro de este grupo, los accidentes en sus diversas formas constituyen el mayor número, siendo los TEC quienes se hallan implicados en un mayor porcentaje. Según estudios, en el Perú, en la última década han ocurrido 700,000 accidentes de tránsito que han ocasionado 310,000 muertes y en los 2 últimos cuatro años 117,000 personas quedaron discapacitadas de por vida lo cual genera una alta inversión para la institución, para el estado y para la misma familia. En consecuencia, 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. Durante los últimos años la segunda causa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho es el traumatismo encéfalo craneano quirúrgico y no quirúrgico como patología de alto Índice de morbilidad y mortalidad, no conociéndose exactamente el número de pacientes con secuelas. Según la información del libro de ingresos, la incidencia de traumatismos encéfalo craneano está en aumento en las diferentes edades y grupos etáreos. Las cifras reales de pacientes con traumatismo endocraneano son difíciles de obtener ya que existe un número importante de casos de TEC menores o leves que no necesariamente son admitidos en la unidad de cuidados intensivos, sin embargo, es la primera causa de discapacidad e invalidez en los pacientes. Estudios realizados en Estados Unidos revelan que se hospitalizan por traumatismo encéfalo craneano (TEC) alrededor de 150,000 pacientes al año, entre niños y adultos siendo el mayor porcentaje en varones y habitualmente sus lesiones son de mayor severidad. La mortalidad de este grupo de pacientes es alta y el pronóstico en los casos severos es reservado. Las causas más frecuentes son: accidentes de tránsito, caídas, asaltos, trauma deportivo entre otros. (2)

Por todo lo mencionado anteriormente es necesario conocer la incidencia de esta patología determinado cifras estadísticas exactas y propias de nuestro entorno.

Por consiguiente, los esfuerzos de los profesionales de la salud entonces es evitar al máximo los daños secundarios, como los que generan la fiebre, las convulsiones, la hipoxia, el desequilibrio hidroelectrolítico, la hipovolemia, la deshidratación, etc., los que aparecen en durante la hospitalización hasta el 35% de las mejores Unidades de Cuidado Intensivo (3).

Es así que en el hospital Sub Regional Andahuaylas se pudo observar que no existen protocolos que contribuyan en la orientación y homologación de las intervenciones de enfermería en usuarios con TEC grave. Esta situación hace que no se adquieran las competencias necesarias para el buen manejo de este tipo de usuarios, por lo que se requiere mejorar los niveles de conocimiento de los

profesionales, y lograr que todos sigan estándares de calidad similares y puedan brindar calidad asistencial.

Por tal motivo, se ha evidenciado una mala identificación y valoración de los signos y síntomas en un paciente que ingresa con TEC grave, además, de presentar dificultades en realizar las intervenciones de enfermería oportunamente, el resultado de todo es la complicación de los pacientes. En la revisión de estudios de investigación se ha encontrado que hay muy pocos trabajos de investigación referente a este tema en el Perú, en el servicio de emergencia y más aún en el hospital donde se realizara dicha investigación. Y esos estudios de investigación pertenecen a los servicios de emergencia cuyo objetivo en el cuidado es el manejo inicial, por lo que la estancia del usuario es corta. En tanto se debe actuar de inmediato con los conocimientos que optan el profesional y así evitar complicaciones futuras.

Además, se ha evidenciado los escasos de recursos bibliográficos, material educativo, ya sea manuales, normas que estandaricen los protocolos de atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencias del Hospital Sub Regional Andahuaylas.

1.2. Formulación del problema

Problema general.

¿Cuál es la relación entre nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019?

Problemas específicos.

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos de enfermeros(as) sobre trauma encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional Andahuaylas 2019?
- ¿Cuál es el nivel de practica de los enfermeros(as) sobre trauma encéfalo

craneano grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019??

1.3. Objetivos.

Objetivo general:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre TEC grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimientos de enfermeros(as) sobre trauma encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional Andahuaylas 2019.
- Identificar las prácticas de los enfermeros(as) sobre trauma encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019.

1.4. Limitantes de la investigación (teórica, temporal o espacial).

Teórica, el tema que estamos abordando no tiene suficiente sustento documental de fuentes confiables.

Temporal, el condicionante que tuvimos en el estudio es que en la aplicación de los instrumentos el hospital nos dio un tiempo limitado de una semana para la aplicación de los instrumentos.

Espacial, los profesionales de la salud que participaron en el estudio fue muy complicado ubicarlos para la aplicación de instrumentos ya que ellos trabajan bajo turnos diferenciados de acuerdo al área donde están.

II.MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Crespo, Ana Lucia y Yugsi Rafael ,en quito,2013,realizaron un estudio sobre; nivel de conocimientos de las enfermeros/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencias del hospital de especialidades Eugenio espejo julio del 2011-julio 2012”,el cual tuvo como objetivo capacitar a las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, e implementar protocolos de atención de enfermería. el método fue descriptivo de corte transversal. la muestra estuvo constituida por 70 pacientes que presentaron T.C.E. grave, la técnica fue la encuesta y el instrumento una guía de observación .la conclusión general fue: la totalidad de las enfermeras /os no están capacitados para el manejo de este tipo de pacientes, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente”. (1)

Agarbe Silvana, 2016 Córdoba-Córdoba-Argentina. “Trabajo final integrador intervención de enfermería en paciente con traumatismo de cráneo encefálico grave”. Objetivo General: Aplicar el PAE para un caso de TEC grave. Método: Estudio de caso clínico se aplicó los 11 patrones de Marjory Gordon como instrumento para recolectar los datos. Resultados: se identificaron 6 diagnósticos prioritarios: riesgo de infección de vías aéreas, deterioro de la integridad cutánea, alteración en la eliminación urinaria, hipertermia(39°) relacionada a proceso infeccioso, deterioro de la comunicación verbal relacionada con proceso infeccioso, deterioro de la comunicación verbal relacionado con deficiencias cognitivas y entubación endotraqueal y riesgo de agresión física asociada al nivel de conciencia. Conclusiones: el proceso de enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor del personal involucrado el cuidado humanizado,

esta metodología permite obtener datos que favorecen la formulación de diagnósticos y dan a conocer las necesidades no satisfechas en el paciente. Cabe resaltar que para la correcta aplicación de este proceso se debe mantener una buena interrelación con el paciente y su familia. (4)

Sailema Ronquillo, María Belén, 2015 en su investigación titulada “Intervención de enfermería y beneficios en el pronóstico de vida que obtienen los pacientes con traumatismo craneoencefálico en el servicio de emergencia del hospital provincial docente Ambato durante el periodo agosto del 2014-enero del 2015” teniendo como objetivo analizar las intervenciones de enfermería y sus beneficios en el pronóstico de vida que obtiene el paciente con TCE en emergencia. El enfoque metodológico metodológico fue cuantitativo/cualitativo y descriptivo. Posteriormente después de haber analizado los resultados se halla a la conclusión que; el 67% de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia realizan sus intervenciones que resultan en una actuación aparentemente basada en técnicas, habilidades, destrezas, y no en sólidos conocimientos científicos del hecho lo cual refleja en una atención no ajustada del paciente. (5)

HERRERA LOPEZ José Luis y Colab.,2017, Ambato-Ecuador. “Cuidados de enfermería en traumatismo craneoencefálico y su relación con las oportunidades de mejora”. Objetivo: Analizar cuáles fueron los factores que intervinieron en la causa del TEC. Metodología: estudio bibliográfico, descriptivo y de campo. Resultados: se realizó una guía de cuidados hospitalarios para la atención de calidad y favorecer un estilo de vida saludable. Conclusión: se debe realizar nuevos esquemas “flujo gramas” para el personal en los servicios hospitalarios, que será una guía para la realización de procedimientos y cuidados especiales que el paciente necesita para su pronta recuperación. (6)

GARCIA GARCÍA Ismael ,2018 España “cuidados de enfermería en las personas con traumatismo craneoencefálico severo”. Objetivos: conocer las intervenciones en el control de traumatismo intracraneal severo”. Objetivos: conocer las

intervenciones en el control de la presión intracraneal. Metodología: revisión bibliográfica: resultados: las medidas de tratamiento incluyen la valoración inicial, el mantener los valores del TAM y la estabilidad hemodinámica, asegurar una adecuada posición, dar apoyo nutricional, administrar sedación. Las medidas de primer nivel son: evaluar el LCR, usar relajantes musculares, profilaxis anti comicial, administración de solutos híper Os morales e hiperventilación moderada. De persistir de la HTIC, se debe aplicar las siguientes medidas: inducir hipotermia terapéutica, coma barbitúrico y la descompresión a través de la craniectomía. Conclusiones: las intervenciones enfermeras eficaces y de calidad son indispensables para la adecuada evolución del paciente con TEC severo. (7)

2.1.2. Antecedentes nacionales.

TAMANI GARCIA Lesly Tatiana y PEÑA PEÑA Lupe Evelyn, 2017 Iquitos - Perú, “Diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes hospitalizados con traumatismo encefálico del hospital de Iquitos 2015”. objetivo: asociar los diagnostico a algunas variables. Método cuantitativo descriptivo retrospectivo, correlacional, en 93 pacientes con TEC. Resultados: los diagnósticos reales fueron dolor crónico, ansiedad y déficit de memoria. Entre los diagnostico de riesgo están: la difusión neurovascular periférica, ineficacia de la perfusión tisular cerebral, caídas e infección; y quienes presentan dolor crónico, tienen TEC moderado o severo, mayor edema, mayor contusión y mayor fractura de cráneo. (8)

CARRILLO SECLLEN Gloria y POICÓN GALÁN Milagros Soledad, 2018, Lambayeque Perú “Cuidar/cuidado enfermero a pacientes adultos con traumatismo encéfalo craneano en la UCI del hospital regional de ESSALUD Piura del 2017”.objetivo: analizar el cuidar/cuidado enfermero. Método: estudio cualitativo con enfoque de estudio de casos. La población fue de 10 enfermeras y la muestra por saturación de 5. Resultados: se identificaron dos categorías: el cuidar biologista (cuidado neurológico, cuidado terapéutico previniendo complicaciones) y cuidar/cuidado con trato humano (parte humana, parte integral y parte familiar).el cuidado está por encima de simples aspectos procedimentales,

sino a un cuidado humanizado haciendo que la persona sea percibida como un ser que necesita de cuidado en todas sus dimensiones. Conclusiones: el enfermero debe reflexionar y mejorar su desempeño en beneficio del paciente y de la profesión. (9)

GARCIA MORENO María Teresita y SAMANÉS RAMIREZ Sheyla Alejandrina, Trujillo-Peru (2016) en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia del hospital belén de Trujillo-Perú 2016”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia, utilizaron la metodología descriptiva, correlacional transversal, la muestra constituida por 25 enfermeras. los resultado obtenidos evidenciaron que el 56% de enfermeras presento nivel de conocimiento medio, el 36% nivel alto y el 8% nivel bajo; así mismo en relación con la calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto, el 56% fue adecuado y el 44% inadecuado, llegando a la conclusión que no existen relación entre el nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial, dado que el coeficiente de validez y significancia fue corroborado con la prueba estadística Gamma (valor-p >0,005). (10)

ROLDAN del CASTILLO Jennifer, Lima-Perú 2013, realizo su investigación sobre “Conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre evaluación inicial del paciente politraumatizado por accidente de tránsito Lima-Perú.2013”, cuyo objetivo fue determinar dichos conocimientos con la finalidad de brindar a la institución material de primera fuente para que pueda establecer mejores estrategias y/o programas de capacitación y actualización dirigida a sus profesionales. El estudio fue de tipo descriptivo con corte trasversal. la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Se llego a la conclusión que la mayoría (51%) desconoce sobre el proceso adecuado del examen físico, valoración del sistema nervioso y pasos de la evaluación primaria, seguida de

/49%) que tienen conocimiento sobre maniobra para el control de la columna cervical, la obstrucción de la vía aérea, evaluación del estado hemodinámico, y evaluación para determinar traslado. (11)

2.2. Bases teóricas

Teórico (expone las teorías sustantivas que permita argumentar el problema a investigar).

Teorías de enfermería

Teoría del cuidado humano: Jean Watson

Sostiene que es necesario recuperar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y frente al riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, que se hace evidente en muchos servicios se hace necesario reflexionar en cómo es el cuidado que se brinda a los pacientes con TEC grave.

Considera que el estudio de las humanidades hace que la mente se expanda incrementando la capacidad de pensar y logra el desarrollo personal (12).

La teórica en mención se basó en otras teorías filosóficas, entre ellos F.Nightingale, V. Henderson, Hall, M. Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadon y Yalom, para elaborar su propia propuesta conocida como “El cuidado humano” (12).

Lo que significa que el profesional de enfermería debe enfocar su cuidado a todas las áreas del ser humano, y esta calidad de cuidado se debe ver expresado en todas las áreas de acción de enfermería.

Refiere que el cuidado es el resultado de satisfacer las necesidades humanas, que entre ellas se requiere que el cuidado para que sea eficaz debe promover la salud y el crecimiento personal o familiar, viendo al paciente como una persona, que se desenvuelve en un medio que va a favorecer su desarrollo del potencial. (12)

La práctica del cuidado debe incluir el conocimiento biofísico, de la conducta humana para generar o promover la salud, en este sentido reafirmamos al igual que las teóricas que la práctica del cuidado es fundamental para la profesión de enfermería. (12)

Teoría de Virginia Henderson.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “la única función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Los elementos más importantes de su teoría son:

-La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

-Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

-Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

-Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas a la filosofía, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª al 14ª relacionadas con la autoactualización las necesidades son:

- Respirar con normalidad
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar los desechos del organismo
- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- Descansar y dormir.

- Seleccionar vestimenta adecuada.
- Mantener temperatura corporal.
- Mantener higiene corporal.
- Evitar los peligros del entorno.
- Comunicarse con otros, expresar sus emociones
- Necesidades miedo u opiniones.
- Ejercer culto a dios.
- Trabaja de forma que permita sentirse realizado
- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

-Persona: individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

-Entorno: incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

-Salud: la calidad de la salud, más que la vida misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. (13)

2.3. Conceptual (exponer la originalidad teórica que enriquece el desarrollo científico, humanístico y filosófico)

Traumatismo craneoencefálico:

El traumatismo cráneo encefálico (TEC) ha constituido desde la aparición del hombre un problema de salud que amenaza seriamente la vida del paciente desde que compromete su cabeza y su contenido: el cerebro.

Se denomina traumatismo cráneo encefálico a toda lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de la energía mecánica. El traumatismo craneoencefálico es una lesión anatómica o funcional del cuero cabelludo, el cráneo, las meninges o el cerebro producido por una fuerza contundente. Es considerado una patología endémica mundial, con gran repercusión personal, social y económica por la morbilidad que ocasiona. (14)

FISIOPATOLOGÍA

EL TEC es un proceso dinámico, esto implica que el daño es progresivo y la fisiopatología, cambiante incluso hora a hora. Se produce daño por lesión primaria inmediatamente tras el impacto debido a su efecto biomecánico; en relación con el mecanismo y la energía transferida, se produce lesión celular, desgarro y retracción axonal y alteraciones vasculares. Depende de la magnitud de las fuerzas generadas, su dirección y lugar de impacto. Hay lesiones focales como la contusión cerebral, en relación con fuerzas inerciales directamente dirigidas al cerebro y lesiones difusas, como la lesión axonal difusa, en relación con fuerzas de estiramiento, cizallamiento y rotación.

La lesión cerebral secundaria se debe a una serie de procesos metabólicos, moleculares, inflamatorios e incluso vasculares, iniciados en el momento del traumatismo, que actúan sinérgicamente. Se activan cascadas fisiopatológicas, como el incremento de la liberación de aminoácidos excitotóxicos, fundamentalmente glutamato, que a través de la activación de receptores NMDA/AMPA alteran la permeabilidad de membrana aumentando el agua intracelular, liberando potasio al exterior y produciendo la entrada masiva de calcio en la célula. Este calcio intracelular estimula la producción de proteinasas, lipasas y endonucleasas, o que desemboca en la muerte celular inmediata, por necrosis con respuesta inflamatoria, o diferida, sin inflamación, por apoptosis celular. Se produce activación del estrés oxidativo, aumento de radicales libres de oxígeno y N_2 , y se produce daño mitocondrial y del ADN. Estas lesiones secundarias son

agravadas por daños secundarios, tanto intracraneales (lesión masa, hipertensión intracraneal, convulsiones, etc.) como extracraneales (hipoxia, hipotensión, hipoventilación, hipovolemia, coagulopatía, hipertermia, etc.). En la fisiopatología del TEC, no debemos olvidar la respuesta inflamatoria local y patológica que suele haber. Además de la lesión primaria y el daño secundario, se alteran los mecanismos fisiológicos de protección, motivo por el cual hay un periodo de alta vulnerabilidad cerebral. Durante este periodo, una segunda agresión causaría mayor daño secundario. El desacoplamiento flujo/consumo y la alteración de la autorregulación son dos mecanismos implicados en el aumento de la vulnerabilidad. Puede estar en relación con fallo energético, mayor producción de radicales libres.

El cerebro tiene la capacidad de adaptar el flujo sanguíneo cerebral (FSC) al consumo de oxígeno cerebral (CMRO₂). Esta propiedad se conoce como acoplamiento flujo/consumo y puede abolirse en determinadas condiciones, entre otras en el TEC. Además, el FSC se mantiene constante en una amplia gama de presiones arteriales en individuos sanos (60-140mmHg de presión arterial media [PAM]). La presión de perfusión cerebral (PPC) está determinada por la diferencia entre la PAM y la PIC. El $FSC = PPC/R = \text{constante}$, donde R es la resistencia arteriolar. Esto significa que, ante cambios en la PPC, el cerebro variara la resistencia arteriolar para mantener el flujo constante. Esta propiedad es la autorregulación mecánica. (15)

Clasificación

Para fines de esta investigación se clasifican según la Escala de coma de Glasgow. Esta escala evalúa las respuestas de cada rubro de forma independiente, asignándole un valor numérico a cada aspecto de estos tres componentes se suman los valores para obtener un puntaje total (16)

La Escala de Glasgow presenta los siguientes criterios de evaluación, a) Alteración del nivel de conciencia, b) Tamaño y reactividad pupilar, donde se descarta la presencia de anisocoria o alteraciones en la reactividad a la luz.

Valoración inicial

En la valoración inicial se deben tener en cuenta lo siguiente (16)

Valorar el estado general del paciente y definir la gravedad.

Elegir la monitorización adecuada.

Colaborar con la administración del tratamiento.

Realizar periódicamente más valoraciones.

Valorar y detectar de forma precoz la disminución del nivel de conciencia e informar al médico.

A nivel ocular

Se deben evaluar: lesión de nervios oculares, traumatismos, edema periorbitario y dolor; se valora el tamaño igualdad y reactividad pupilar

Esta valoración se debe realizar teniendo en cuenta un ambiente bien iluminado, si Ud. usa linterna comenzar la valoración desde el ángulo externo del ojo hacia el interno, en el centro y comprobar la igualdad del tamaño. Así mismo es importante explorar: la fontanela abombada, depresión palpable o crepitación en el cráneo. El signo de Batte, que es la equimosis por detrás el pabellón auricular externo y signo de Mapache, que son los ojos negros en ambos lados y la presencia de rinorrea u otorrea, presencia de líquido céfalo raquídeo lo que nos indica fractura de base del cráneo (16)

Respuesta verbal

En este aspecto considerar: presencia de tubo endotraqueal y traqueotomía, traumatismo facial, edema de lengua, mutismo, afasia, dificultad del idioma, problemas de lenguaje, demencia, trastornos psiquiátricos, déficit mental, medicación uso de drogas.

Respuesta motora:

En la valoración de la respuesta motora, se considera: lesión de extremidades con inmovilización, lesión de nervios periféricos, lesión medular y dolor.

El puntaje obtenido para la clasificación del traumatismo encéfalo craneal realizado mediante la escala de Glasgow nos dan las siguientes puntuaciones:

Respuesta ocular	
Esponánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incompresibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina

sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala. (17)

El traumatismo encéfalo craneano leve (13 a 15 puntos)

Comúnmente llamado TEC leve, se considera cuando el paciente que ha presentado una lesión puede o no haber sufrido una pérdida del nivel de conciencia de 5 minutos con presencia de amnesia postraumática (18).

Puede presentar herida del cuero cabelludo o también un hematoma subgaleal, no hay presencia de fractura de base de cráneo. Los estudios realizados en este tipo de pacientes sugieren que existe una recuperación rápida y vuelvan a realizar sus actividades diarias, un mínimo de ellos continúa con problemas. Las secuelas más comunes a lo largo del tiempo son: los problemas cognitivos, neuroconductuales y emocionales, generando dificultades en su adaptación al medio social y laboral. Además, se presentan el déficit de atención, déficit motor, déficit verbal, de memoria, de razonamiento y de resolución de problemas (18).

En el TEC leve existen lesiones leves en los lóbulos frontales y temporales, el cuerpo celoso y el fomix.

Signos y síntomas del TEC leve

- Cefaleas.
- Hipersensibilidad a los ruidos.
- Hipersensibilidad a la luz.
- Vértigos.
- Nausea.
- Vómitos no persistentes.
- Trastornos de memoria.
- Trastornos de concentración.
- Intranquilidad.
- Insomnio.

- Tinnitus.
- Diplopía.
- Visión borrosa.
- Fatiga.
- Irritabilidad.
- Ansiedad.
- Depresión.

Tratamiento del TEC leve

Refieren que en la mayoría de los pacientes con TEC leve, se ha observado una recuperación favorable sin embargo necesitan estar en observación, alguno de ellos padece de deterioro neurológico posterior al trauma, debido a hipertensión intracraneal por edema, o por presencia de masa intracraneal. Por lo ya mencionado anteriormente es importante tener al paciente hospitalizado y en observación, valorando cada 6 horas, su estado fisiológico, el paciente retornara a casa, previa educación a los familiares sobre signos de alarma. Existe una complicación llamada síndrome postraumático o posconmocional que es una complicación terrible de los TEC leve, si en las próximas 72 horas no presenta ningún malestar, podrá regresar a su vida rutinaria.

El mismo autor plantea “algunos pacientes que han sufrido un trauma craneal leve continúan quejándose de síntomas durante semanas o meses, que pueden ser suficientemente severos como para causar incapacidad laboral” (19).

El TEC moderado (9 a 12 puntos)

En los pacientes con TEC moderado se observa alteraciones de la conciencia otras veces sufren de amnesia por más de 5 minutos, presentan también cefalea progresiva, convulsiones postraumáticas, traumatismos múltiples, traumatismos faciales severo con ausencia de hallazgos de TEC grave. Estos pacientes deben permanecer en observación hospitalaria durante 24 horas, se realizará una TAC (tomografía axial computarizada), en casos de no presentar lesiones asociadas se

reducirá las horas de hospitalización. En el caso de presentar sintomatología neurológica evidente y/o TAC patológico, se procederá a tratamiento médico e intervención quirúrgica (19).

El TEC grave (3 a 8 puntos)

En esta clasificación el nivel de conciencia ha disminuido notablemente sin uso comprobado de alcohol, drogas, presencia de trastornos metabólicos, signos neurológicos focales, muchas veces se evidencia fracturas deprimidas y heridas de cráneo. Inicialmente se debe priorizar el ABCDE (A=vía aérea control de la columna cervical, B=respiración ventilación, C= circulación con control de hemorragias, D=déficit neurológico). Después de estabilizar las funciones vitales se realizará una TAC cerebral y estudio adicionales de columna cervical. La presencia de hematomas a nivel epidural, subdural o hemorragia intraparenquimatosa con efecto de masa cerebral, requiere cirugía inmediata. En caso de ausencia de las lesiones ya mencionadas, y si el paciente permanece en coma se debe disminuir la presión intracraneana. (19)

Signos y síntomas de un TEC

La presión de perfusión cerebral: Es el flujo sanguíneo cerebral constante en situaciones fisiológicas gracias a mecanismos conocido como "Autorregulación". Esto quiere decir que, frente a cambios en la circulación sistémica, el encéfalo genera acciones que llevan a mantener un flujo sanguíneo constante, y así garantiza el aporte de glucosa y oxígeno. La autorregulación se puede mantener si la PPC está entre el rango de 50-70 mmHg, pues con valores inferiores, la sangre perfundida no alcanza a distender el lecho arterial.

La PPC está dada por la diferencia entre la presión arterial media (PAM) que debe mantenerse entre 90-120mmHg y la presión intracraneal (PIC). El flujo sanguíneo cerebral (FSC) normalmente es de 50ml/100gr7min. En condiciones anormales, por debajo o por encima del límite de la autorregulación, el FSC no se mantiene en niveles basales. Así, en niveles inferiores, la vasodilatación no puede compensar la PPC y si la hipotensión es severa sobreviene la pérdida de la conciencia con daño isquémico que en ocasiones puede tomarse irreversible, situación que demanda una intervención inmediata y agresiva destinada a proteger el cerebro de la falta de oxígeno. En consecuencia, el volumen cerebral puede elevar la presión intracraneal (PIC) sobre límites que exijan desplazamiento de sangre o de la LCR. (20)

La presión intracraneana(PIC)

De acuerdo a la Teoría de Monro- Kellie, el contenido intracraneal está relacionado, uno a otro, de manera que no afecta la Presión Intracraneana y cualquier cambio adicional que signifique ocupación de espacio como la formación de un hematoma o un aumento en el volumen, de cualquiera de los componentes normales como en casos de edema, hiperemia o hidrocefalia, podría ocurrir sin modificaciones en la PIC, solamente si el volumen queda compensado por uno de los componentes normales (19)

La presión intracraneal, constituye uno de los más importantes parámetros que deben monitorizarse en un paciente con traumatismo encéfalo craneano (TEC). Los valores normales de la PIC, de 15 a 20 mmHg. Si la PIC se eleva por encima de la presión capilar normal, el lecho no logrará ser suplido por suficiente volumen de sangre, originándose una falla en la circulación cerebral con hipoxia secundaria, que si persiste por un tiempo mayor a 5 minutos producirá la muerte neuronal (20).

Así mismo la regulación ventilatoria es un signo importante a evaluar dentro de la clínica del usuario con TEC grave. El centro respiratorio es el Bulbo raquídeo y Protuberancia.

Una de las causas más representativas del daño cerebral es la hipoxia. En este aspecto es fundamental la labor del profesional de enfermería que debe mantener una concentración de oxígeno de 90mmHg. Además, debe evaluar el patrón respiratorio, en busca de lesión del tallo cerebral. Existen respiraciones anormales como: respiración de Cheyne Stokes que se caracteriza por hiperventilación que se acelera progresivamente hasta llegar a un periodo de apnea. Una hiperventilación neurogénica central indica lesión mesencefálica, se caracteriza por ventilación rápida, profunda y constante. La respiración de Biot o Apnéusica, es señal de lesión protuberancial, es irregular todo el tiempo, con periodos frecuentes de apnea, característica del paciente terminal y estaría indicando lesión del bulbo raquídeo (20)

La hipertensión Endocraneana (HEC)

Durante la HTEEC, se presentan dos mecanismos importantes: los trastornos compartimentales intracraneales a nivel de herniaciones cerebrales y la disminución en la Presión perfusión cerebral. Durante el HEC, el tejido cerebral pasa de un compartimiento cerebral a otro, autodestruyéndose; además del daño físico que esto provoca, se evidencian oclusiones arteriales con zonas de isquemia e infarto, así como obstrucciones en la circulación del LCR y hernias cerebrales (21)

El flujo sanguíneo circulante es secreta en proporción similar a la PPC. En las patologías post trauma que vienen acompañados de hipertensión endocraneal se va a presentar primero la anoxia inicial acompañada de trastornos bioquímicos que, posteriormente van a producir lesiones en otras partes del sistema nervioso central. Dentro de este daño neuronal secundario se van a producir radicales libres de oxígeno. Liberación de aminoácidos neuroexcitatorios, activación de

enzimas proteolíticas intracelulares entre ellas las lipasas, caspazas, etc., desequilibrio del calcio y la liberación de citocinas. Lo descrito anteriormente va a dañar la microcirculación, la pared y a los organismos intra celulares como la necrosis, muerte celular, desorganización del material genético responsable de la apoptosis. (21)

Los primeros signos de Hipertensión endocraneana se basan en una disminución del nivel de consciencia, pudiendo darse agitación, irritabilidad y/o confusión, pueden verse episodios de verborrea, con una tendencia a la ralentización en los movimientos. Solo habla cuando se le estimule, no efectúe movimientos voluntarios, respondiendo únicamente a estímulos dolorosos. En un siguiente estadio pueden aparecer arritmias, vómito en “escopeta” característico por la presión de salida del vómito y por no tener náuseas asociada, con lo cual no hay aviso previo. (21)

La triada de Cushing define los cambios que el cuerpo experimenta con la finalidad de compensar el aumento de la presión intracraneal PIC a propuesta de Dr. Cushing ofrece uno de los cuadros más claros de descompensación hemodinámica “La tríada de Cushing”. Las señales de triada de Cushing son: Hipertensión, Bradicardia, Bradipnea. En los estadios finales de la herniación transtentorial pueden presentarse signos cardiorrespiratorios secundarios a la compresión e isquemia del tallo y manifestados clínicamente por irregularidades en el ritmo respiratorio y bradicardias secundarias a la compresión bulbar en el agujero magno, asociada a una hipertensión arterial sistólica causada por el esfuerzo ventricular cardíaco que trata de enviar más volumen sanguíneo ante la isquemia cerebral. (22)

Edema cerebral

Es el aumento del líquido en los espacios intracelulares o extracelulares provocando aumento volumétrico del parénquima cerebral. (23)

Edema vasogénico: El edema vasogénico es aquel estado patológico, cuyo evento esencial es la injuria a los vasos cerebrales, que produce un aumento en la permeabilidad vascular y permite el escape de constituyente sérico, al espacio extracelular circundante, bajo la presión hidrostática del sistema circulatorio con el consecuente daño de la barrera hematoencefálica.

Edema citotóxico: Está relacionada con alteraciones en el metabolismo celular y con el transporte activo iónico de varios componentes celulares, el que desemboca en un aumento excesivo de líquido intracelular con edema resultante y alteración de los mecanismos de la osmorregulación y el mantenimiento normal de los gradientes iónicos de las membranas celulares. En el edema citotóxico todos los elementos celulares cerebrales como son las neuronas, las células gliales y endoteliales, se tornan edematosas con la consiguiente reducción del líquido en el espacio extracelular. (23)

Edema intersticial: Este es el tercer tipo de edema, que caracteriza principalmente por los casos de hidrocefalia obstructiva, en donde existe un aumento en el agua y en el contenido de sodio a nivel de la sustancia blanca, debido al desplazamiento de líquido cefalorraquídeo, a través de la pared ventricular. La obstrucción en la circulación del LCR se traduce como un movimiento transependimario del mismo con un aumento en el volumen del líquido extracelular. (22)

Trastornos electrolíticos:

El usuario debe mantenerse euvolémico. Para contrarrestar el edema cerebral se debe usar las soluciones isotónicas como la dextrosa a cualquier concentración. Las soluciones glucosadas en el paciente con traumatismo encéfalo craneal grave ocasiona un arrastre osmótico de agua. (23)

Hiponatremia: Es el resultado de una inadecuada secreción de hormona antidiurética (ADH). Los pacientes críticos con este trastorno requieren un tratamiento correctivo inmediato de 1 a 2 mEq/L/hora hasta alcanzar niveles de 130 a 134 mEq/L que estarían cercanos a valores normales. Cuando se

encuentran en deshidratación y exámenes que muestran una hiponatremia, con hipo osmolaridad sérica, orina diluida con un sodio en orina de < 10 mEq/L, se estaría enfrentando un problema más serio como: el síndrome del cerebro perdedor de sal, el tratamiento en estos casos consiste en hidratar al paciente crítico con solución salina isotónica al 0.9% para una hiponatremia moderada o con solución salina hipertónica al 3% en casos de hiponatremia severa. Se afirman que la labor del personal de enfermería a cargo de este tipo de pacientes debe ser especializada y cumplir con el perfil requerido. (23)

Hipernatremia: En este tipo de trastorno la causa más común se le atribuye al uso del manitol u otro diurético como la furosemida, que van a ocasionar pérdida de líquido, pero van a alterar los niveles de sodio con valores que oscilan entre 160 mEq/L o con osmolaridad > 330 mOsm/L. El tratamiento adecuado para corregir este problema es la administración de dextrosa al 5% en las primeras 8 horas, y la otra mitad en las siguientes 24 horas. (23)

Diabetes Insípida: Se presenta por lesión del hipotálamo anterior, por lesión del tallo hipofisario o lesión de la neurohipófisis, ocasionando disminución o ausencia de la Hormona Antidiurética en los pacientes con traumatismo encéfalo craneano grave este trastorno aparece dentro de las 6 a 8 horas post lesión. (23)

Hipokalemia: El paciente crítico que presenta este trastorno frecuentemente es ocasionado por el uso de furosemida, manitol y glucocorticoides. El tratamiento correcto en estos casos es mantener el potasio menor de 3.5 mEq/L (23)

Hipocalcemia: Se manifiesta con espasmos, hiperreflexia, parestesias, agitación y confusión. El tratamiento es gluconato de calcio.

Hipomagnesemia: Se caracteriza por temblor, hipereflexia, agitación, confusión, convulsiones, se origina por aumento de la diuresis relacionada con la diabetes insípida, también se asocia al uso de diuréticos o por antibióticos aminoglicósidos. (22)

Complicaciones:

Hipoxia: La hipoxia debe ser tratada lo antes posible, en el caso que el tratamiento no de buenos resultados lamentablemente se ve un incremento de la mortalidad, y aún más cuando se presenta adicionalmente una hipotensión arterial (23).

Tromboembolismo Pulmonar (TEP): Este trastorno se presenta debido a la inmovilidad a la que se encuentran estos pacientes, lo que favorecería a la aparición de trombosis venosa.

Hipotensión: La hipotensión es la causa importante de mortalidad en pacientes con TEC grave. Este trastorno se presenta como resultado de lesiones cerebrales isquémicas que se asocian a niveles bajos de presión de perfusión cerebral (PPC) (23).

Vasoespasma Cerebral: Esta complicación es causado por hemorragia subaracnoidea postraumática, se detectan con Doppler transcraneal, se presenta generalmente a las 48 horas y alcanza niveles mayores en una semana. Si aumentado q esto también se presenta una PPC <70mmHg puede ocasionar infarto cerebral (23).

Convulsiones: Son más frecuentes en el momento del accidente y durante la fase aguda del TEC. Las convulsiones pueden ser generalizadas o también focales, y cuando son prolongadas pueden ocasionar hipertensión intracraneal, por aumento del flujo sanguíneo cerebral y del consumo cerebral de oxígeno.

Infecciones: Es mayor la incidencia en pacientes que ingresan a las Unidades Críticas. Debido a los múltiples procesos a los que están sometidos los pacientes, por lo que es vital mantener una estricta asepsia en todas las técnicas de cuidado a este tipo de pacientes. La infección a nivel de vías respiratorias es la más frecuente, debido a la disminución del reflejo tusígeno y por la presencia del tubo endotraqueal en la vía aérea. Los gérmenes responsables de estas infecciones son en su gran mayoría gran- negativos (23).

Hipertermia Maligna: En este síndrome existe un defecto del músculo esquelético que produce una retención irreversible del calcio en grandes cantidades, en el retículo sarcoplasmático y como resultado se presenta una contracción muscular intensa que genera mucho calor. Se caracteriza por hipertermia, taquicardia, taquipnea, rigidez muscular y una elevación de las enzimas musculares séricas (22).

Teniendo en cuenta estos conocimientos acerca del TEC grave, la enfermera realiza sus intervenciones basándose en el conocimiento científico.

Prácticas de enfermería en TEC grave

Las actividades de enfermería, son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto. Se definen también como: “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el, resultado esperado del paciente (22)

Exploración neurológica

La exploración neurológica del paciente con trastornos a nivel neurológico va a permitir una valoración inicial adecuada, también se debe detectar los cambios que se producen en el estado de salud del mismo. Consiste en la valoración del nivel de conciencia y el examen de pupilas. Para la valoración de nivel de conciencia se usa la escala de Glasgow la cual se compone de tres parámetros independientes que se deben valorar y son: apertura de ojos, respuesta verbal y respuesta motora (24).

Monitorización hemodinámica

En el T.E.C grave existe disminución del flujo sanguíneo cerebral, el objetivo para contrarrestar las complicaciones con:

- a) Mantener una presión de perfusión cerebral entre 50 y 70 mmHg y evitar los valores de 90mmHg-120mmHg.

- b) Mantener una presión de perfusión cerebral entre 50 y 70mmHg y evitar los valores <50mmHg, así como mantenerla >70mmHg de manera activa porque predispone al desarrollo del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA).
- c) Se recomienda mantener la PPC 10mmHG para asegurar la ausencia de agresiones (60mmHg) (25)

Se pueden individualizar el tratamiento siempre que se realice en unidades con experiencia, teniendo una buena monitorización de la oxigenación cerebral y metabólica, agregado a un estudio dinámico de la autorregulación cerebral. Así, la elevación de la presión arterial y la PPC podría ser beneficiosa en reducir la PIC en pacientes con reactividad vasomotriz cerebral intacta. Hay que tener en cuenta la presencia de varias lesiones y los requerimientos de presión de perfusión de otros órganos afectados. Los métodos para manejar la PPC son (25):

Fluidoterapia: Se tiende a mantener a los enfermos con normovolemia y evitando la hipotonicidad. Se ha demostrado que el SH reduce la PIC y aumenta el FSC, así como su capacidad para la reanimación con pequeño volumen, no se suele utilizarlo para elevar la PPC. Se mide la volemia considerando la PVC el cual se debe mantener 3-4 mmHg y controlando el estado general del paciente (25).

Transfusión: Se recomienda mantener el hematocrito de los pacientes con TEC grave en el 30%. (25)

Fármacos vasoactivos: Se prefieren los agonistas alfa (noradrenalina) y por lo tanto la enfermera debe considerar:

- Disponer y mantener el lumen exclusivo en el catéter venoso central.
- Utiliza dextrosa al 5% y etiquetar correctamente.
- Vigilar la coloración y temperatura de la piel (25).

Función respiratoria y vía aérea permeable

Un episodio de hipoxia en un usuario con TEC grave aumenta la mortalidad en un 50%. En tal sentido se debe mantener la ventilación: PaO₂ entre 100 y 110 mmHg

y PCO₂ 35y 54mmHg., evitando así la hipoventilación especialmente en las primeras horas de evolución (25).

Se debe identificar precozmente patrones respiratorios anormales que estarían indicando daño neurológico. Se hace necesario para la atención del paciente con daño neurológico el apoyo de ventilación mecánica, con el objetivo de mantener el cerebro en estado fisiológico, garantizando un aporte adecuado de oxígeno (25).

La oxigenación y la ventilación se evalúan mediante el análisis continuo de gases arteriales, vigilancia con la oximetría y los sensores de dióxido de carbono (CO₂). Para mantener la de la vía aérea permeable se debe realizar la aspiración de secreciones según necesidad, teniendo las siguientes consideraciones:

- Tener los materiales para la aspiración de secreciones.
- Auscultar ambos campos pulmonares.
- Aplicar técnica estéril, durante todo el procedimiento.
- Usar sondas de calibre adecuado.
- Hiperoxigenar 30 segundos antes de cada aspiración.
- Introducir la sonda de aspiración a la distancia adecuada.
- Respetar el tiempo de 10 segundos por aspiración.
- Introducir la sonda de aspiración a la distancia adecuada.
- Respetar el tiempo de 10 segundos por aspiración.
- Dejar descansar un minuto o dos después de cada aspiración, evaluando que el paciente se haya recuperado y comprobar que la saturación de oxígeno sea mayor del 90% (25).

Mantener perfusión cerebral

Durante el tratamiento para mantener la perfusión cerebral se debe considerar que el nivel de hemoglobina debe ser superior a 10g/dl lo cual favorecerá a un adecuado transporte de oxígeno. En caso de ser menor se debe realizar una transfusión sanguínea, por tal razón es necesario valorar exámenes de

hemoglobina diariamente. Otro factor importante a evaluar es saturación arterial O₂ mayor de 95%, un PaO₂ entre 100 y 110mmHg y un PCO₂ 35 y 45mmHg (25).

Mantener la capacidad adaptativa intracraneal y adecuado manejo de drenaje de líquido céfalo raquídeo (LCR)

El trastorno conocido como hipertensión intracraneal se reconoce cuando los valores de la presión intracraneal (PIC), son superiores a 20mmHg. En los pacientes con craniectomía comprensiva es de 15mmHg. En los casos de la presión intracraneal en pacientes con TEC grave se debe evaluar los factores de dicho aumento, por lo general se presenta: asincronía ventilatoria, sedación o analgesia insuficiente, colocación postural incorrecta, movilizaciones, aspiración de secreciones recientes, fiebre, etc. La PIC se mide mediante monitorización neurológica siendo un elemento indispensable para el correcto manejo del paciente neurocrítico. (26)

Una de las herramientas diagnóstica y tratamiento en pacientes neurológicos y/o neurocríticos es el drenaje del LCR. El objetivo de enfermería es el control y manejo de estos sistemas de drenaje con cuidados estandarizados con el objetivo de prevenir o disminuir las complicaciones y asegurar una pronta recuperación (26).

Para el manejo de drenajes se Debra tener como objetivo el facilitar el correcto funcionamiento del sistema y evitar infección del líquido cefalorraquídeo, el sangrado, drenado excesivo, obstrucción del catéter o la salida accidental.

Una de las complicaciones más graves es la infección de LCR relacionada con el manejo de los drenajes; en este sentido es importante ser muy cuidadosos durante la manipulación y extremar las medidas de asepsia. El drenaje del LCR es importante para asegurar la cantidad necesaria, el colector estará colocado a 20cm del conducto auditivo externo en el drenaje ventricular externo, la cantidad del drenaje debe estar entre 20ml/hora, realizar la valoración y registro de todo acontecimiento (26)

Conocimiento

El marco teórico es fundamental en el nivel de conocimiento (Piaget, et, al. 2001) y práctica de la enfermera(o) (Bervian, 2003).

El conocimiento es definido desde el punto de vista que se analice, en pedagogía: El conocimiento es un tipo de experiencia que contiene una representación de un hecho ya vivido. Es la facultad consciente o proceso de comprensión entendiéndose que es propio del pensamiento, percepción inteligencia, razón por ello se le califica en: conocimiento sensorial: respecto a la percepción de hechos externos y la captación de estados psíquicos internos. Conocimiento intelectual: ello se origina de concepciones aisladas y de hechos causales de ellas. Conocimiento de la razón: referidas a las causas internas fundamentales generales, verdaderas de la existencia y modo de ser de las cosas (27).

Que es el conocimiento.

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor cualitativo. (28)

Para el filósofo griego platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme).

En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. (28)

Definiciones conceptuales de conocimiento.

El conocer es un hecho, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría escribir como ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), este se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de la razón (28)

El conocimiento es el conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológico, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos, no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medio ambiente.

La actividad cognoscitiva es adquisitiva, cuando obtenemos un conocimiento; conservativa, cuando retemos o memorizamos un conocimiento; deliberativa, cuando, con base en conocimiento adquirimos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, a fantasía o el razonamiento. (28)

Tipos de conocimiento

Cotidiano:

El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual

ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia.

Tiene lugar en las experiencias vitales. Ofrece resultados prácticos y útiles. Se transmite de generación en generación. (28)

Técnico:

La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejante. (28)

Empírico:

También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innumerables tentativas. Es a metódico y asistemático.

El conocimiento común popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:

- Es asistemático porque carece de métodos y técnicas.
- Es superficial por que se forma con lo aparente.
- Es sensitivo porque es percibido por los sentidos.
- Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo.

Científico:

Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendió el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen.

Sus características:

- Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza.
- Es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en el lo que tiene en común con los demás de la misma especie.

- Es metódico, sistemático su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. por eso la ciencia constituye un sistema. (28)

¿Para qué sirve el conocimiento?

En nuestros tiempos consideramos que es importante que tengamos una definición propia de lo en si es el conocimiento, todos los días lo manejamos y muchas veces ignoramos la variedad de conocimientos que aplicamos. Ahora siendo universitarios es preciso que obtengamos conocimientos científicos para nuestro desarrollo. El presente trabajo nos muestra lo que encierra en si el “conocimiento” ya que como nos daremos cuenta desglosa todo lo relacionado con ello; este nos indica sus elementos y a la vez la variedad de áreas que abarca dicho termino. (28)

Conceptos básicos de la aplicación (practica)

Es un término que proviene del vocablo latino aplicativo y que ahora que hace referencia a la acción y el efecto de aplicar o aplicarse (poner algo sobre otra cosa, emplear o ejecutar algo, atribuir).

La noción de aplicación también se utiliza para nombrar a la asiduidad o la afición con que se realiza algo. Esta utilización del concepto es frecuente en el ámbito del estudio, donde el alumno aplicando es aquel que cumple con sus obligaciones y acata las órdenes del docente: “si sigues demostrando tu aplicación, serás elegido como abanderado de la escuela”

Poner una cosa sobre la otra emplear algo para conseguir mejor fin. Atribuir un dicho. Dedicarse a un estudio o actividad. Poner una cosa sobre otra o en contacto con ella para conseguir un fin determinado.

2.4. Definición de términos básicos.

- **El cuidado de enfermería**, se define como parte fundamental de la práctica de enfermería; la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el

ser humano, individuo o paciente cuando se ejerce la acción de cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando este se da en el continuo salud- enfermedad y al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin (29)

- **Conocimientos de las enfermeras(os):** Es la respuesta expresada de los profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia, sobre todo aquella información que refieren poseer en cuanto a los cuidados primarios y secundarios que se le proporcionan al paciente que ha sufrido múltiples lesiones ocasionadas por un accidente de tránsito, caída y agresión. El cual fue obtenido a través de un formulario tipo cuestionario y valorado en conocer y no conoce.
- **Traumatismo craneoencefálico:** Toda aquella lesión física o deterioro funcional del contenido craneal a un intercambio brusco de energía mecánica.
- **Escala de coma de Glasgow:** Escala usada y validada internacionalmente para evaluar y valorar el estado de consciencia de un paciente.
- **Letargia:** Estado de somnolencia o estupor profundo.
- **Otorragia:** Hemorragia q se exterioriza en el conducto auditivo externo.
- **Subaracnoideo:** Se dice del espacio comprendido entre la aracnoides y la piamadre. Está ocupado por el líquido cefalorraquídeo.

II. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

3.1. Hipótesis general:

Existe relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019

Hipótesis específica

H1. El nivel de conocimiento de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019 es de nivel medio.

H2: El nivel de práctica de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019 es de nivel medio

3.2 Definición conceptual de variables

Variable 1:

Nivel de conocimiento sobre el manejo del traumatismo encéfalo craneano grave.

Definición conceptual

El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso que se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que al ser tomados por si solos poseen un menor valor cualitativo. (3)

Variable 2 :

Prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave.

Definición conceptual

Se concibe como praxis en la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

3.2.1. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
<p>V1= Nivel de conocimiento de enfermería sobre TEC grave</p> <p>V2=Prácticas de enfermería sobre TEC grave</p>	<p>El conocimiento es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso que se trata de la tenencia de variados datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos poseen un menor valor cualitativo. (Autor 2014)</p> <p>Se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.</p>	<p>El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, la cual se puede expresar a través de saberes que tienen las enfermedades para el manejo inicial de pacientes con TEC grave.</p>	<p>Conocimiento sobre el manejo de pacientes con trauma craneoencefálico grave.</p> <p>Manejo de pacientes con trauma craneoencefálico grave.</p>	<p>1.- Marque la definición correcta de TEC GRAVE.</p> <p>2.- ¿Identifique la prioridad en las medidas para el manejo de la vía aérea en el paciente TEC GRAVE?</p> <p>3.- ¿Qué tipo de patrón respiratorio presenta el paciente con TEC Grave?</p> <p>4.- ¿A cuántos grados debe estar la cabecera de la cama del paciente con TEC Grave?</p> <p>5.- En la atención al paciente con trauma grave es de vital importancia canalizar los accesos venosos para poder reponer la volemia y administrar fármacos. Las vías venosas que deben canalizarse por orden de elección son:</p> <p>6.- ¿Qué tipo de soluciones se utiliza en la reanimación del manejo de pacientes con TEC Grave?</p> <p>7.- Entre las medidas que la enfermera debe realizar para minimizar la lesión secundaria en un paciente con TEC grave se incluyen:</p> <p>8.- ¿Cuáles con los signos clínicos del aumento de la PIC (triada de Cushing)?</p> <p>9.- En los pacientes con edema cerebral e hipertensión intracraneal tras sufrir un traumatismo craneoencefálico que presentan inestabilidad hemodinámica la primera medida a tomar es:</p> <p>10.- ¿Qué cuidados de enfermería debe proporcionar al paciente con TEC grave al valorar el déficit neurológico?</p> <p>11.- ¿Identifique cuál es la clasificación del TEC de acuerdo a la escala de coma de Glasgow y su puntuación?</p> <p>12.- En un paciente con trauma craneoencefálico al explorarlo se objeta que no emite ningún sonido ni a la llamada, ni al dolor, permaneciendo con los ojos cerrados, pero localiza dolor con el miembro superior derecho y presenta signos de descerebración en la extremidad superior izquierda. ¿Cuál es el valor de Glasgow como Score del paciente?</p> <p>13.-Las medidas de barrera para la autoprotección del personal de salud recomendadas en la atención hospitalaria a un paciente con trauma grave incluyen el uso de:</p> <p>14.- ¿Al atender Ud. al paciente con TEC que actividades realiza?</p> <p>15.- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que presentan los pacientes con TEC grave por el mal manejo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplica normas de bioseguridad en la recepción del paciente. • Monitoriza funciones vitales: P/A, FC, FR y SaO2 y coloca la máquina de monitoreo cardíaco no invasivo. • Valora el patrón respiratorio. 	<p>ORDINAL Respuesta correcta =1</p> <p>Respuesta Incorrecta=0</p> <p>Alto (11-15puntos) Medio (6-10 puntos) Bajo (0-5 puntos)</p> <p>ORDINAL Adecuadas (SI)=1 Inadecuadas (NO)=0</p> <p>Las enfermeras que consigne todos los ítems como adecuado; su práctica será adecuado.</p> <p>El solo hecho de que las enfermeras tenga consignado uno de los ítems como inadecuado; su práctica será inadecuado.</p>

				<ul style="list-style-type: none"> • Maneja adecuadamente la vía aérea. • Levanta el mentón por tracción de la mandíbula sin hiperextender el cuello. • Coloca la cánula oro faríngea en caso de deterioro de conciencia o apoya en la intubación. • Administra oxígeno al 100% de acuerdo a condición del paciente. • Coloca collar de philadelphia para evitar el trauma sobre agregado de columna. • Dispone de material para la espiración de secreciones. • Hiperoxigena 30 segundos antes de introducir la sonda de aspiración. • Usa sondas de calibre adecuado y aspira secreciones según necesidad. • Introduce la sonda de aspiración a la distancia recomendada de seguridad. • No excede de 10 segundos de aspiración. • Deja al menos 1 minuto de descanso entre las sucesivas aspiraciones hasta que haya una recuperación en la saturación de oxígeno, por encima del 90%. • Protege el circuito cerrado de conexión del ventilador mecánico en caso de mantenerlo durante la aspiración de secreciones. • Mantiene la cabecera de la cama del paciente a 30°. • Canaliza vías periféricas o central para la reanimación del paciente. • Administra líquidos, sedantes, analgésicos, anticonvulsivantes y diuréticos según prescripción médica. • Valora al paciente el estado neurológico utilizando escala de Glasgow. • Identifica los signos neurológicos focales cada 5, 10 y 15 min. • Valora la aparición de signos de agitación psicomotriz. • Valora la respuesta pupilar. • Cubre con cobertores externos para evitar hipotermia. • Mantiene la sala de emergencia a temperatura adecuada. • Respeta la intimidad del paciente durante la atención. • Prepara al paciente para exámenes de laboratorio, estudios radiológicos y TAC cerebral con ventana ósea. • Coloca SNG y Foley. • Realiza el balance hídrico estricto. • Brinda higiene y confort. 	
--	--	--	--	--	--

V. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. Tipo y diseño de la investigación.

Tipo de investigación.

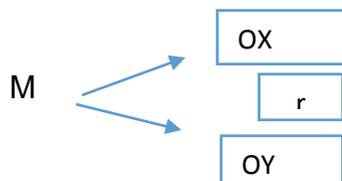
Este estudio fue de tipo descriptivo, observacional, transversal, prospectivo y relacional.

Diseño de la investigación.

No experimental de corte trasversal, porque las variables se estudiaron simultáneamente en determinado momento, y de carácter prospectivo, porque los datos se registraron a medida que ocurrieron, a través de una encuesta realizada en el servicio de emergencia al personal de de enfermería.

Según Hernández Sampieri, es decir en esta investigación se observa el fenómeno tal como se da en su contexto natural, para después analizarlo.

Esquema:



Donde:

M: Es la muestra de enfermeras del área de emergencia.

X Es la variable 1: Nivel de conocimiento en manejo inicial de pacientes con TEC grave.

Y Es la variable 2: Prácticas en el manejo inicial del TEC grave.

O: Es la observación.

r : Es la posible relación.

4.3. Población y muestra.

4.3.1. Población

La población de estudio fueron las enfermeras que laboran en el servicio de emergencia que incluyen observación, trauma shock y UCI del hospital sub regional de Andahuaylas, estuvo conformado por 25 enfermeras.

4.3.2 muestra

La muestra estuvo conformada también por 25 enfermeras del servicio de emergencia del hospital subregional de Andahuaylas.

Nosotras como investigadoras hemos visto por conveniente considerar como muestra a toda la población por tratarse de una población finita y muy pequeña por lo que no se ha recurrido a utilizar la fórmula para encontrar el tamaño de la muestra.

4.3.3. Muestreo.

Fue no probabilístico por ser una población pequeña y finita, por lo que la población es igual a la muestra.

4.4. Lugar del estudio y periodo desarrollado. La investigación se desarrolló en el hospital sub regional de Andahuaylas, durante el año 2019

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

Se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento utilizado fue el cuestionario para medir el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del hospital sub regional de Andahuaylas.

4.5.1 El primer instrumento fue el cuestionario ayudó a recabar información en tiempo real oportuna de los datos requeridos para la investigación y cuyo

instrumento es el cuestionario, por que utiliza un conjunto de preguntas cerradas estructuradas. La cual consta de dos partes:

La primera parte del cuestionario fue referido a datos generales: (edad, sexo, grado de formación).

La segunda parte del cuestionario estuvo conformado de 15 ítems y se clasificó los niveles de la siguiente manera: nivel alto (11-15 puntos), nivel medio (6-10) puntos, nivel bajo (0-5) puntos.

5.5.2. El segundo instrumento fue la guía de observación de práctica en el manejo de pacientes con TEC grave consta de 29 ítems y se evaluó así:

Adecuada (si), se codificó con el número 1.

Inadecuado (no), se codificó con el número 0.

Donde las enfermeras que consignaron todos los ítems como adecuado: sus prácticas fueron adecuadas. Y si tuvieron un ítem como inadecuado; su práctica se consideró como inadecuado.

4.6. Análisis y procesamiento de datos.

En el análisis y procesamiento de datos se realizó el siguiente procedimiento:

PRIMERO: Se diseñó el instrumento de recolección de datos para identificar el nivel de conocimiento y prácticas sobre el manejo a pacientes con TEC grave.

SEGUNDO: Se realizó las coordinaciones con el director de la institución, jefe de departamento y con la jefa del servicio de emergencia del hospital sub regional Andahuaylas.

TERCERO: Se calculó la validez de contenido y la confiabilidad de los instrumentos.

CUARTO: Se aplicaron los instrumentos a enfermeras del servicio de emergencia del hospital sub regional Andahuaylas.

QUINTO: Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS y los programas MS Word, MS Excel, MS PowerPoint.

IV. RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos.

Sociodemográficos.

CUADRO N° 1

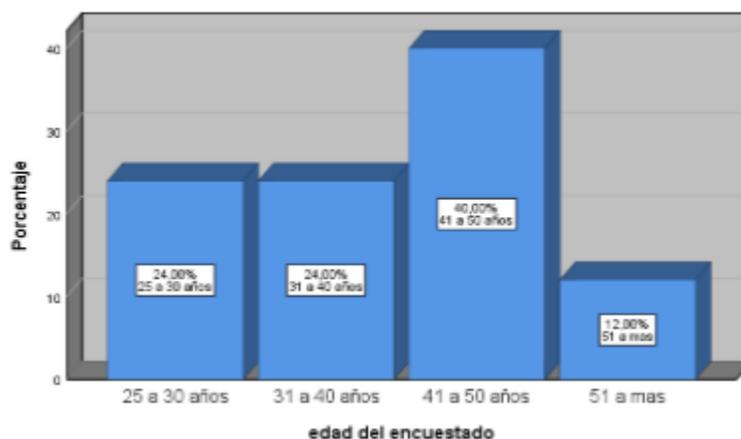
Variable Edad de los encuestados.

Edad	N	%
25 a 30 años	6	24,0
31 a 40 años	6	24,0
41 a 50 años	10	40,0
51 a mas	3	12,0
Total	25	100,0

Fuente: Datos obtenidos por la encuesta realizada por las autoras.

GRÁFICO N° 1

Variable Edad de los encuestados.



En el cuadro N° 1 en cuanto a las edades, de 25 enfermeras encuestadas se observó que el 40% (10) estuvieron comprendidas entre 41 a 50 años; así mismo el 24% (6), entre 25 a 30 años; el 24% (6), entre 31 a 40 años; y 12% (3) fueron mayores de 50 años.

CUADRO N° 2

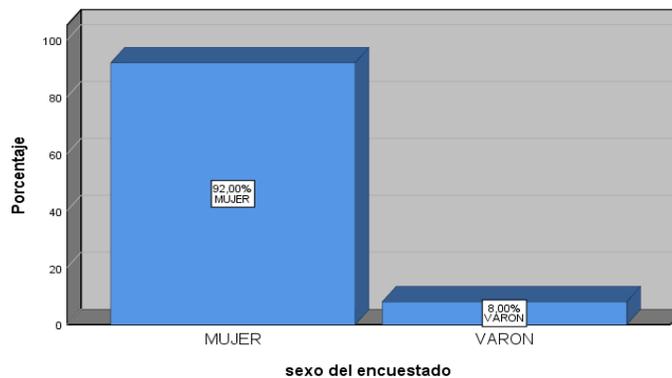
Variable sexo de los encuestados.

Sexo	N	%
Mujer	23	92,0
Varón	2	8,0
Total	25	100,0

Fuente: Datos obtenidos por la encuesta realizada por las autoras.

GRÁFICO N° 2

Variable Sexo de los encuestados.



En el cuadro N° 2 de las 25 enfermeras encuestadas el 92% (23) son mujeres y el 8% (2) son varones.

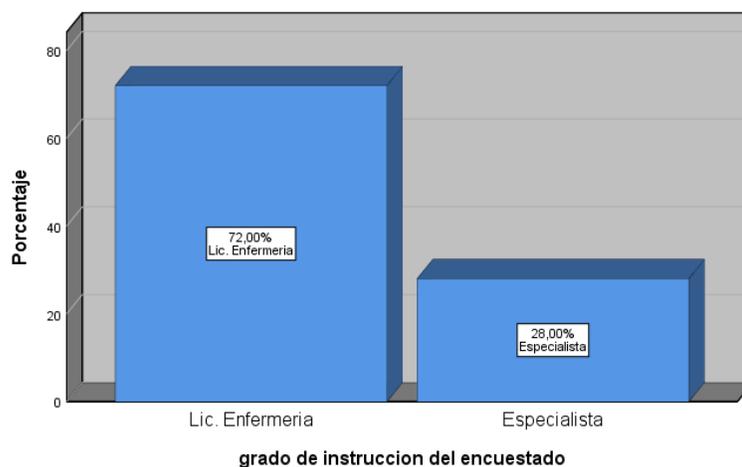
CUADRO N° 03

Variable Grado de instrucción.

Grado de instrucción	N	%
Lic. Enfermería	18	72,0
Segunda especialidad	7	28,0
Total	25	100,0

Fuente: Datos obtenidos por la encuesta realizada por las autoras.

GRAFICO N° 03:



El 72 % (18) de los encuestados tienen el grado de licenciado en enfermería y el 28 % (7) de los encuestados son especialistas.

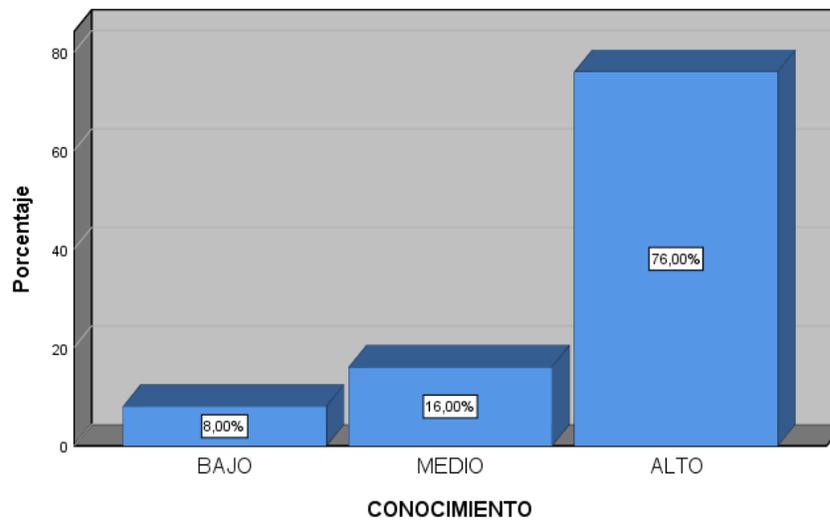
CUADRO N° 4

Variable nivel de conocimiento de los encuestados

Conocimiento	N	%
Bajo	2	8,0
Medio	4	16,0
Alto	19	76,0
Total	25	100,0

Fuente: Datos obtenidos por la encuesta realizada por las autoras.

TABLA N° 4:



El nivel de conocimiento del enfermero(a) que labora en el hospital sub regional de Andahuaylas en el servicio de emergencia tuvieron un conocimiento sobre TEC grave en un 76%(19) es alto, el 16%(4) es medio, el 8% (2) es bajo.

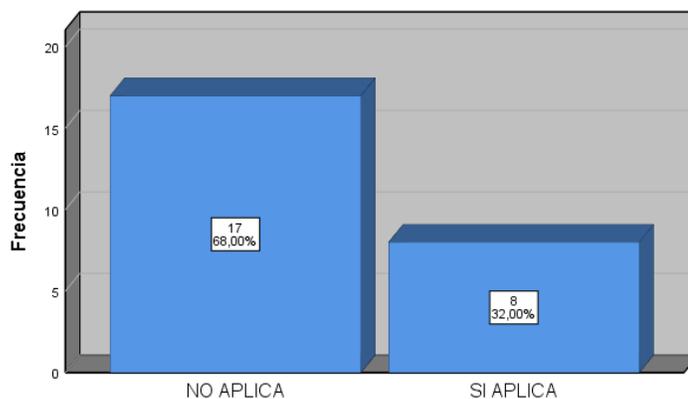
TABLA N° 5

Variable prácticas del enfermero(a) sobre TEC grave

Practica	N	%
NO APLICA	17	68,0
SI APLICA	8	32,0
Total	25	100,0

Fuente: Datos obtenidos por la encuesta realizada por las autoras.

GRAFICO N° 05:



El 68% (17) enfermeros(as) trabajadores del hospital sub regional de Andahuaylas del servicio d emergencia) del profesional de enfermería no logro aplicar más de 20 ítems.

Solo el 32% (8) trabajadores del servicio de emergencia del hospital sub regional de Andahuaylas) si practican correctamente el manejo con pacientes con TEC grave

5.2. Resultados inferenciales.

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

PASOS.

1) Hipótesis

Hipótesis nula.

H0: No existe relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019 no es significativa.

Hipótesis de la investigación.

H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019 es significativa.

2) Nivel de significancia

$\alpha=0.05$ o 0.5%. Es la probabilidad de cometer un error.

3) Nivel de confianza.

1- $\alpha=0.95$ o 95% probabilidad de que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

4) Estadístico de prueba:

Se realizó la prueba de hipótesis según la correlación de Rho de Spearman donde los resultados obtenidos es negativa moderado por lo tanto rechaza la hipótesis nula de -053.

TABLA N° 6

Tabla de correlación según Rho de Spearman

CORRELACIONES				
			CONOCIM IENTO	PRACTICAS
Rho de Spearman	CONOCIMIE NTO	Coeficiente de correlación	1,000	-,053
		Sig. (bilateral)	.	,802
		N	25	25
	PRACTICAS	Coeficiente de correlación	-,053	1,000
		Sig. (bilateral)	,802	.
		N	25	25

TABLA N° 7

Tabla de contingencia de las variables nivel de conocimiento y prácticas

TABLA CRUZADA CONOCIMIENTO*PRACTICAS				
Recuento				
		PRACTICAS		Total
		NO APLICA	SI APLICA	
CONOCIMIENTO	BAJO	2	0	2
	MEDIO	2	2	4
	ALTO	13	6	19
Total		17	8	25

5) Regla de decisión:

Según la puntuación en la interpretación que es menor que 0 (-053)
Que significa “correlación negativa moderada”

VI.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

La contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados se ha ejecutado en el numeral 5.2. Resultados inferenciales.

6.2. Contrastación con estudios similares.

En nuestro estudio realizado se encontró el nivel de conocimiento del enfermero(a) que labora en el hospital sub regional de Andahuaylas en el servicio de emergencia tuvieron un conocimiento sobre TEC grave en un 76%(19) es alto, el 16%(4) es medio, el 8% (2) es bajo.

Corroborado lo realizado por Bustos, M. y Cortez, Á (2012) en su estudio manejo de enfermería en paciente con trauma encéfalo craneano atendido en el servicio de emergencias del hospital marco Vinicio Iza Colombia, encontraron que el 55% presento nivel de conocimiento medio, el 25% nivel de conocimiento alto y 20% restante tuvo conocimiento bajo. (19)

Se puede observar que en ambos estudios se midió el nivel de conocimientos en tres categorías alto, medio y bajo encontrando diferencias en algunos resultados, para el nivel de conocimiento el porcentaje de las enfermeras se encuentran por encima del 70% lo cual indica que las enfermeras del servicio de emergencias del hospital sub regional de Andahuaylas cuentan con los conocimientos necesarios y oportunos para la intervención inmediata el usuario en el mínimo tiempo posible así de esta manera garantizar la pronta mejora de los pacientes .

Por otra parte, encontramos en nuestro estudio El 68% (17) enfermeros(as) trabajadores del hospital sub regional de Andahuaylas del servicio d emergencia) del profesional de enfermería no logro aplicar más de 20 ítems. Solo el 32% (8) trabajadores del servicio de emergencia del hospital sub regional de Andahuaylas) si practican correctamente el manejo con pacientes con TEC grave.

Comparando con el trabajo realizado por Cedeño y Masías, R sobre calidad de atención de enfermería en TEC en el servicio de emergencias del hospital “Rodríguez Zambrano” manta Ecuador 2010 quien encontró que el 78% de enfermeras brindan un cuidado inicial adecuado, mientras el que el 22 % un cuidado inicial inadecuado. (30)

Podemos observar que ambos estudios coinciden en los resultados encontrados que más del 50% de las enfermeras cumplen con los estándares requeridos en la atención de los pacientes, la cual evidencia que las enfermeras vienen desempeñando sus funciones donde aplican el conocimiento científico sobre el ser humano, su entorno e interacción, así mismo utiliza un juicio crítico haciendo el uso de valores éticos basados en normas, principios considerando al paciente como el eje principal a quien se debe satisfacer las necesidades y expectativas.

6.3. Responsabilidad ética.

El presente trabajo de investigación se realizó con estricto apego a la autonomía y confidencialidad de las personas involucradas. Se les pidió a las encuestadas que firmen un consentimiento informado, donde certifica que voluntariamente sin ser sujetos a ninguna obligación llenaron las encuesta, además la información de las encuesta se maneja en estricto privado salvo ellos lo requieran, además el presente trabajo de investigación no afecta ni pone en riesgo por ningún motivo, además la información recabada contribuirá a la mejora.

Durante el proceso de la toma y aplicación de instrumentos no hubo ninguna distinción a los participantes ya sea por el cargo, sexo, color o raza; a todos los participantes se les trato de la misma forma.

Las autoras del presente asumimos toda responsabilidad de autoría ya que este trabajo de investigación es enteramente nuestra habiendo usado referentes bibliográficos a los cuales citamos.

CONCLUSIONES.

1. Observa que predomina con mayor porcentaje de edad de 41 a 50 años en un 40% (10)
2. En la encuesta realizada la mayoría son de sexo mujer en un 92% son enfermeras en el departamento de emergencia del hospital sub regional Andahuaylas.
3. La mayoría de los encuestados tienen el grado de instrucción, el 72% son licenciados
4. El nivel de conocimiento del enfermero(a) que labora en el hospital sub regional de Andahuaylas en el servicio de emergencia tuvieron un conocimiento sobre TEC grave en un 76% (alto), el 16% (medio), el 8%(bajo).
5. Practicas del profesional de enfermería en el manejo de pacientes con TEC grave. El 68% (17 enfermeros(as) trabajadores del hospital sub regional de Andahuaylas del servicio d emergencia) del profesional de enfermería no logro aplicar más de 20 ítems; por lo tanto, se considera que el profesional de enfermería no practica el manejo correcto en pacientes con TEC grave. Sólo el 32% (8 enfermeros(as) trabajadores del servicio de emergencia del hospital sub regional de Andahuaylas) si practican correctamente el manejo con pacientes con TEC grave

RECOMENDACIONES

1. continuar con el trabajo en equipo multidisciplinario para garantizar el buen manejo de casos de TEC grave.
2. Promover la actualización de los profesionales y la especialización.
3. Fomentar la actualización contante en cuanto a protocolo de manejo de TEC.
4. Realizar evaluaciones teórico prácticas para contrastar lo que se sabe con lo que se hace.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Crespo A YL. Nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el manejo inicial de pacientes con TEC Grave [tesis] , editor. [peru]: online; 2012.
2. Garcia. Incidencias de accidentes de transito OPS [TESIS] , editor. [Peru]: MINISTERIO DE SALUD; 2010.
3. Heler.M. El conocimiento científico. [tesis] , editor. [Peru]: universidad nacional de san martin; 2011.
4. Silvana A. "Trabajo final integrador intervencion de enfermería en paciente con traumatismo de craneo encefalico grave" [tesis] , editor. Córdoba, Argentina; 2016, Julio.
5. Belén SRM. "Intervención de enfermería y beneficios en el pronóstico de vida que obtienen los pacientes con traumatismo craneo-encefálico en el servicio de emergencia del hospital provincial docente Ambato durante el periodo agosto2014-enero2015" [tesis] , editor. Ambato-Ecuador; 2015.
6. Alexandra PCD. "Cuidados de enfermería en traumatismo craneoencefálico y su relación con las oportunidades de mejora" [tesis] , editor. Ambato- Ecuador; 2017.
7. Garcia Garcia I. "Cuidado de enfermeria en las personas con traumatismo craneo encefalo severo" [tesis] , editor. España; 2018.
8. Evelyn TGLTyPPL. "Diagnosticos de enfermeria mas fercuents en pacientes hospitalizados con traumatismo craneoencefalico del hospital Iquitos 2015" [tesis] , editor. Iquitos; 2015.
9. Soledad CSGyPGM. "Cuudar/cuidado enfermero a pacientes adultos con traumatismo encéfalo craneano en la unidad de cuidados Intensivos del hospital regional ESSALUD piura 2017" [tesis] , editor. Piura; 2017.

10. Alejandrina GMMTySRS. "Niveld e conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneo del servicio de emergencia hospital belén de trujillo 2016" [tesis] , editor. Trujillo-Perú; 2016.
11. Jennifer RdC. "Conocimientos de las enfermeras(os) del programa SAMU sobre la evaluacion inicial al paciente politraumatizado por accidente de tránsito Lima-Perú. 2013" [tesis] , editor. Lima- Perú; 2013.
12. Watson J. Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework: Nursing Science Quarterly; 2011.
13. Martha MTyRA. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. Madrid- España; 2011.
14. M. V. Traumatismo Encefalo Craneano [Online] , editor. [Peru]: Universidad Científica del Sur.; 2015.
15. Atled E BS,CM. Actualizaciones en el manejo del Traumatismo Craneoencefalico Grave. [Online] , editor.: In Medicina Intensiva ; 2009.
16. Bonifaz My. "Traumatismo craneoencefalico en la Unidad de Terapia Intensiva" Ecuador; 2010.
17. Gil M. GM,IA. Valoración Neurológica. [Oline]: [Tesis]; 2011.
18. Maria GR. Estudio de la atención al traumatismo craneo encefalico en unidad de cuidados intensivos. 4th ed. España: Pearson Educacion ; 2011.
19. Bustos MyC. Manejo de enfermería en paciente con trauma craneo encefalico atendido en el servicio de emergencia del hospital marco Vinicio Iza, durante el periodo marzo-julio del 2012 [tesis] , editor.; 2012.
20. Cidoncha Yy. traumatismo craneoencefalico(TEC). segunda ed.: Manual de

medicina intensiva; 2011.

21. Navarrete My. Soporte Vital Avanzado en Trauma. Masson ed. España: Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Critica y Unidades Coronarias.; 2010.
22. C. V. Principios fisiopatologicos del traumatismo craneoencefalico. 2nd ed. Colombia P, editor. Colombia; 2010.
23. J. L. Cuidados de Enfermeria en el T.C.E. 1st ed. Mexico: Interamericana; 2011.
24. Singh B MMPL. Meta- analysis of Glasgow coma scalke and simplified motor score in predicting traumatic brain injury autcomes; 2013.
25. Cuauhtémoc CJyDd. Intervenciones de Enfermeria en la Atencion del Adulto con Traumatismo Craneoencefalico Grave Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnologica en Salud; 2013.
26. Gonzáles Jya. Trauma Encefalo Craneano. Guías de Práctica Clínica basada en la evidencia.; 2011.
27. Bunge. Teoria de Conocimiento; 1991.
28. Gardey JPPyA. Definicion de Conocimiento: Oline; 2008.
29. F R. Oposiciones de enfermería. Manual cto ed. Madrid: opsiociones de enfermeria; 2012.
30. Macías C. calidad de atencion de enfermería del servicio de emergencias del hospital Rodriguez Zambrano [tesis] , editor. Ecuador; 2010.
31. Singh B MMPL. Meta- analysis of Glasgow coma scale and simplified motor score in predicting traumatic brain injury autcomes. Brain Injury; 2013.

32. A. RMYM. "Modelos y Teorias en enfermeria". Septima edicion ed. Barcelona:
Travessera de Gracia; 2011.

ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA SOBRE TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO GRAVE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS -2019”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGIA
<p>¿Cuál es la relación entre nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019?</p> <p>PROBLEMA ESPECIFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de conocimientos de enfermeros(as) sobre trauma encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional Andahuaylas 2019? • ¿Cuál es el nivel de los enfermeros(as) sobre trauma encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019.? 	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre TEC grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas - 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Identificar el nivel de conocimientos de enfermeros(as) sobre trauma encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional Andahuaylas 2019. ➢ Identificar las prácticas de los enfermeros(as) sobre trauma encéfalo craneano grave en el servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas -2019. 	<p>GENERAL H1: Existe relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas - 2019</p> <p>ESPECIFICAS. H1. El nivel de conocimiento de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas - 2020 es de nivel medio. H2: El nivel de práctica de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas - 2019 es de nivel medio</p>	<p>VI: Nivel de conocimiento sobre el manejo del traumatismo encéfalo craneano grave.</p> <p>VD: Prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave.</p>	<p>Conocimiento sobre el manejo de pacientes con trauma craneoencefálico grave.</p> <p>Manejo de pacientes con trauma craneoencefalo grave.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION Este estudio fue de tipo descriptivo transversal, prospectivo, correlacional.</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACION No experimental de corte trasversal.</p> <p>POBLACION: Estuvo conformada por 25 Enfermeras_(os)hospital Andahuaylas servicio de emergencia</p> <p>MUESTRA: estuvo conformada también por 25 enfermeras la misma población.</p> <p>TECNICA: se usara la encuesta.</p> <p>INSTRUMENTO: se usara la encuesta y la guía de observación.</p>

ANEXO B: INSTRUMENTOS VALIDADOS

B.1. CUESTIONARIO PARA ENFERMERAS/OS SOBRE EL NIVEL DE



CONOCIMIENTO DE PACIENTES CON TEC GRAVE

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
UNIDAD DE POST GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESATRES

HOSPITAL SUB REGIONAL ANDAHUAYLAS

TITULO: "Nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencias del hospital sub regional de Andahuaylas 2019"

OBJETIVOS: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre TEC grave en el servicio de emergencia del hospital sub regional de Andahuaylas -2020.

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario es anónimo, su respuesta es muy importante. Sírvase a responder de manera objetiva los siguientes, lea y selecciona con x en los () la respuesta correcta.

DATOS GENERALES

1. Edad: a) 25 a 30 años () b) 31 a 40 años () c) 41 a 50 años () d) 51 a más ()
2. Sexo: a) Masculino () b) Femenino ()
3. Grado de formación:
 - a. Lic. en enfermería ()
 - b. Especialista ()
 - c. Magister ()
 - d. Doctor ()
4. Marque la definición correcta de TEC GRAVE
 - a. Toda lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica. ()

- b. Lesión anatómica o funcional del cuero cabelludo, del cráneo, las meninges o el cerebro producido por una fuerza contundente. ()
 - c. Es todo herido que presenta dos o más heridas traumáticas graves, periféricas, viscerales o complejas y asociadas que conllevan a complicaciones irreversibles. ()
 - d. A y B ()
5. ¿Identifique la prioridad en las medidas para el manejo de la vía aérea en el paciente TEC Grave?
- a. Administrar oxígeno al 100% por mascarilla con bolsa de reservorio a un flujo de 15 Lt/min. ()
 - b. Levanta el mentón por tracción de la mandíbula sin hiperextensión del cuello ()
 - c. Pone cánula oro faríngea en caso de deterioro de conciencia. ()
 - d. Coloca collar de Philadelphia para evitar el trauma sobre agregado de columna. ()
6. ¿Qué tipo de patrón respiratorio presenta el paciente con TEC Grave?
- a. Taquipnea y Biot. ()
 - b. Bradipnea y Cheyne- Stokes. ()
 - c. Cheyne- Stokes y Biot. ()
 - d. Ninguna de las anteriores. ()
7. ¿A cuántos grados debe estar la cabecera de la cama del paciente con TEC Grave?
- a. 20 a 30° ()
 - b. 35 a 45° ()
 - c. 15 a 30° ()
 - d. Ninguna de las anteriores. ()
8. En la atención inicial al paciente con trauma grave es de vital importancia canalizar los accesos venosos para poder reponer la volemia y administrar fármacos. Las vías venosas que deben canalizarse por orden de elección son:
- a. Dos vías venosas cortas y gruesas en los miembros superiores. ()
 - b. Dos vías venosas cortas y gruesas en los miembros inferiores. ()
 - c. Vena yugular externa. ()
 - d. Vena subclavia Y/O punción intra ósea ()
9. ¿Qué tipo de soluciones se utiliza en la reanimación de pacientes con TEC Grave?
- a. D/A 5% ()
 - b. ClNa 0.9% ()
 - c. D/A 5% 8809% ()
 - d. Ninguna de las anteriores. ()
10. ¿Entre las medidas que la enfermera debe realizar para minimizar la lesión secundaria en un paciente con TEC grave se incluyen:
- a. Mantener la normo ventilación y la oxigenación. ()
 - b. Mantener una tensión arterial sistólica superior a 150 mmHg. ()
 - c. Mantener una tensión arterial sistólica no superior a 85 mmHg. ()
 - d. Colocar al paciente en decúbito supino. ()

11. ¿Cuáles son los signos clínicos del aumento de la PIC (triada de Cushing)?
- Hipertensión, bradicardia, respiración irregular. ()
 - Hipotensión taquicardia y apnea. ()
 - Hipertensión, bradicardia y taquicardia. ()
 - Ninguna de las anteriores. ()
12. En los pacientes con edema cerebral e hipertensión intracraneal tras sufrir un traumatismo cráneo encefálico que presentan inestabilidad hemodinámica la primera medida a tomar es:
- Administrar manitol al 20% 100cc por vía I.V ()
 - Realizar un TAC craneal de urgencia. ()
 - Aumentar la tensión arterial. ()
 - Administrar diuréticos para controlar el edema cerebral. ()
13. ¿Qué cuidados de enfermería debe proporcionar al paciente con TEC Grave al valorar el déficit neurológico?
- Valoración mediante la escala de coma de Glasgow. ()
 - Valora el tamaño y reacción pupilar. ()
 - A y B. ()
 - Ninguna de las anteriores. ()
14. ¿Indique cuál es la clasificación del TEC de acuerdo a la escala de Glasgow y su puntuación?
- TEC leve (13 a 15), TEC moderado 9-12), TEC grave (<-8) ()
 - TEC leve (13-15), TEC moderado(8-12), TEC grave (<-7) ()
 - TEC leve (12-15), TEC moderado (8-12), TEC grave (<-8) ()
 - TEC leve (13-14)), TEC moderado(9-12), TEC grave (<-8) ()
15. En un paciente con trauma craneo encefálico al exploratorio se observa que no emite ningún sonido ni a la llamada, ni al dolor, permaneciendo con los ojos cerrados, pero localiza dolor con el miembro superior derecho y presenta signos de descerebración en la extremidad superior izquierda. ¿Cuál es el valor de Glasgow coma Score del paciente?
- GCS OI-V1—M3-5. ()
 - GCS OD-V0—M4-5 ()
 - GCS OI- V0----M5-7. ()
 - GCS O1- VD---M3- 4. ()
16. Las medidas de barrera para la autoprotección del personal de salud recomendadas en la atención hospitalaria a un paciente con trauma grave incluyen el uso de :
- Guantes y mascarilla. ()
 - Guantes y bata desechable impermeable. ()
 - Guantes, bata, mascarilla, gafas. ()
 - No es necesario el uso de medidas de autoprotección. ()
17. ¿Al atender UD. ¿Al paciente con TEC grave que actividades realiza?
- Retira la ropa del paciente. ()
 - Cubre con cobertores tibios o con dispositivos externos para evitar hipotermia. ()

- c. Mantiene la sala de emergencia a una temperatura templada.
- d. Todas las anteriores.

18. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que presentan los pacientes con TEC grave por el mal manejo?

- a. Hipotermia, hipertensión, convulsiones.
- b. Hipoxia cerebral, hipotensión, hipertensión endocraneana, convulsiones.
- c. Ninguna de las anteriores.
- d. Todas las anteriores.

Valoramos su valiosa colaboración.

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TEC



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

**UNIDAD DE POST GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.
HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS
SERVICIO DE EMERGENCIA.**

Título: “nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del hospital sub regional de Andahuaylas - 2019”

Objetivo: determinar nivel de conocimiento y prácticas de enfermería sobre traumatismo encéfalo craneano grave del servicio de emergencia del hospital sub regional de Andahuaylas -2019”.

Instructivo: la recolección de información se realizara mediante la observación directa al personal de enfermeras/os que laboran en el servicios de emergencia durante la recepción de pacientes con TEC grave. A comprobarse si se dan los cuidados específicos para este tipo de pacientes.

PERSONAL DE ENFERMERAS/OS

OBSERVADO.....
.....

OBSERVADOR.....
.....

N°	PRACTICAS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRAUMA CRANEO ENCEFALICO GRAVE.	SI (1)	NO (2)
1	Aplica normas de bioseguridad en la recepción de paciente.		
2	Monitorizar funciones vitales: PA, FC, FR, Y SATo2 Y coloca la máquina de monitoreo cardiaco no invasivo.		
3	Valora el patrón respiratorio		

4	Maneja adecuadamente la vía aérea.		
5	Levanta el mentón por tracción de la mandíbula sin hiperextender		
6	Coloca cánula orofaríngea en caso de deterioro de conciencia.		
7	Administra oxígeno al 100% de acuerdo a la condición del paciente.		
8	Coloca collar de philadelphia para evitar el trauma o complicación		
9	Dispone material para la aspiración de secreciones		
10	Hiperoxigena 30 segundos antes de introducir la sonda de aspiración		
11	Usa sondas de calibre adecuado y aspira secreciones según necesidades.		
12	Introduce la sonda de aspiración a la distancia recomendada de seguridad		
13	No excede de 10 segundos de aspiración		
14	Deja al menos 1 minuto de descanso en las sucesivas aspiraciones hasta que haya una recuperación en la saturación de oxígeno		
15	Protege el círculo cerrado de conexión el ventilador mecánico en caso de mantenerlo durante la aspiración de secreciones		
16	Mantiene la cabecera de la cama del paciente a 30°		
17	Canaliza vías periféricas o central para la reanimación del paciente.		
18	Administra líquidos, sedantes, analgésicos, anticonvulsivantes y diuréticos según prescripción medica		
19	Valora al paciente el estado neurológico utilizando escala de Glasgow.		
20	Identifica los signos neurológicos focales cada 5,10.y 15 min.		
21	Valora la aparición de signos de agitación psicomotriz		
22	Valora la repuesta pupilar		
23	Cubre con cobertores externos para evitar hipotermia		

24	Mantiene la sala de emergencia a temperatura adecuada		
25	Respetar la intimidad del paciente durante la atención		
26	Prepara al paciente para exámenes de laboratorio, estudios radiológicos y TAC cerebral con ventanas ósea		
27	Coloca NSG y Foley		
28	Realiza el balance hídrico estricto.		
29	Brinda higiene y confort.		

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

SECCIÓN DE POST GRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA SOBRE
TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO GRAVE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS -2019”**

Consentimiento informado

Yo,.....
.....

..... Identificado(a) con DNI
N°

Declaro haber sido informado de la actividad en la cual participare como parte del estudio realizado por los profesionales de enfermería.

He comprendido que la recolección de datos será confidencial, para lo cual se aplicaran cuestionarios del nivel de conocimientos y prácticas en el manejo inicial de pacientes con trauma encefálico grave en el servicio de emergencias del hospital sub regional de Andahuaylas, en el que participare activamente y con la veracidad del caso; toda información proporcionada será utilizada solo para fines académicos y que mi participación en este trabajo no implica ningún tipo de riesgo para mi persona.

Como constancia de aceptación firmo a los..... Días del mes de.....
Del 2019.

Ap.y Nombres.....

DNI N°.....

ANEXO D: BASE DE DATOS.

1: EDAD 3 Visible: 53 de 53 v

	ED AD	SE XO	G D F	DEF TEC	IM VA	T P R	CA BE CE	CA LIZ VIA	TIP SO LU	MINI LES EC	TRIA DAPI C	ED HIP	CUID ADO S	CE G	VE GC OM	ME DID AS	AC TV TE	CO MP LIC	AP LUC A	MO NIT	VA LO RA	MA NE JA	L E V	CO LO CA	AD MI NS	CO LL AR	DIS PO NE
1	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1
2	4	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
3	4	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
4	3	2	2	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
5	3	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
6	3	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
7	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
8	4	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1
9	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
11	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1
12	2	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
13	3	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
15	3	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
16	2	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1
17	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
18	3	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1
19	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0
20	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
21	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1
22	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
23	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1

1: HIPER 0 Visible: 51 de 51 variables

	DISPONE	HIPER	SONDA	INTROD	EXEDE	DEJA	PROTEJ E	MANTI	CANALIZ A	ADMIN	VALOR	IDENT	PSIC	RPTA	CUBRE
1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
2	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
3	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1
4	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1
5	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1
6	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
10	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
11	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1
12	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1
13	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1
14	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
15	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
16	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
17	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1
18	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
19	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1
20	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
21	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1
22	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
23	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1
24	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

