

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO
ENCÉFALO CRANEANO ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE
EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN. CALLAO. 2020**

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

MÓNICA INÉS PERALTA RIVEROS

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 165-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 12 de Noviembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mis AMADOS hijos Adrián y Mía Dasha lo más hermoso en mi vida, A mis queridos padres Oscar Peralta y Berna Riveros, a ti Chávez por el incondicional apoyo, Y a cada integrante de mi familia Peralta Riveros por motivarme a seguir estudiando, esto es por ustedes

AGRADECIMIENTO

A Mi Dios por tener salud, abrir puertas y poner en mi camino a buenas personas que me motivaron a seguir y terminar esta etapa de mis estudios.

A ti, mi Viejito Lindo, me hubiera gustado hacerte este reconocimiento en vida ...por ser el pilar fundamental en mi educación, mi ejemplo de constancia y dedicación, por nunca dejar de apoyarme, por creer en mí, por hacerme una mujer independiente, esto es por ti y para ti, padre Oscar Peralta Fotón.

A mis estimados, maestros gracias de todo corazón, por sus invaluable conocimientos, paciencia y dedicación, que sirvieron para fortalecer y mejorar mis capacidades.

A la Universidad Nacional del Callao, prestigiosa casa de estudios que me albergo en sus aulas permitiéndome estudiar y conocer excelentes profesionales y mejores compañeros.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes del Estudio	8
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	8
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	9
2.2 Base Teórica.....	11
2.2.1 Modelo Conceptual de la Enfermería (1980) Evelyn Adam	11
2.2.2 Teoría de las Catorce Necesidades de Virginia Henderson	12
2.2.3 Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson	14
2.3 Base Conceptual	15
2.3.1 Traumatismo Encefalo Craneano (TEC)	15
2.3.2 Cuidados de Enfermería	19
CAPÍTULO III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	21
3.1 RECOLECCION DE DATOS	21
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
a) Recuento de la Experiencia Profesional.....	21
b) Descripción del área laboral	21
c) Funciones desarrolladas en la actualidad	22
3.3. PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	23
3.3.1. VALORACIÓN	23
3.3.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	32
3.3.3 PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN	34

CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	55

INTRODUCCIÓN

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) se define como el daño al cerebro resultante de una fuerza mecánica externa, que incluye fuerzas de aceleración, desaceleración y rotación (1) Hoy en día, esta enfermedad se presenta mayormente en los niños, y puede llegar a ocasionar lesión cerebral desde secuelas incapacitantes hasta la muerte(2).

El presente trabajo académico de segunda especialidad titulado “Cuidados de enfermería en pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano atendidos en la Unidad de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. 2020”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo encéfalo craneano. El motivo para la realización del presente trabajo surge de la gran demanda que presenta esta patología en el servicio y la importancia de que los profesionales de enfermería estandaricen y brinden los cuidados de manera oportuna y eficaz. Asimismo, contribuirá a mejorar la educación que se les brinda a los padres de familia sobre los signos de alarma que comprometen la hemodinámica del niño con TEC y garantizar así la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

Se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermera del servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, actualmente es parte del complejo hospitalario denominado Carrión, ubicado en la Provincia Constitucional del Callao, son atendidos todos los paciente desde los 0 meses hasta los 14 años 11 meses 29 días, allí laboran 11 enfermeras en turnos rotativos, donde frecuentemente ingresan niños y adolescentes con Traumatismo Encéfalo Craneano producto generalmente de accidentes en diversos grados de severidad, y en muchas ocasiones comprometiendo la vida del niño y su familia.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un plan de cuidados de enfermería al niño con TEC atendido en el servicio de emergencia pediátrica, el cual detalla información de la estadística, la casuística de esta patología, y la importancia de educar a los padres y la comunidad sobre la prevención y los

signos de alarma. El rol que se cumplió fue en primer lugar recolectar la toma de los datos de prevalencia de la patología de los niños hospitalizados en el servicio de emergencia pediátrica por TEC durante los años 2019, posteriormente se realizó un plan de cuidados de enfermería basado en los pasos del proceso de cuidados de enfermería utilizando los diagnósticos NANDA, NIC – NOC según la NANDA 2015-2020.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 100 niños mueren cada hora a causa de lesiones (3), entre las causas más importantes de TEC en población pediátrica tenemos los accidentes de tránsito y las caídas, la Academia Americana de Pediatría y la OMS, definen que los accidentes son “la enfermedad por negligencia de la sociedad moderna”, (4,5). En los países desarrollados, constituye la primera causa de muerte o incapacidad en niños mayores de un año y el pronóstico no ha cambiado significativamente pese a los avances terapéuticos. La prevalencia de discapacidad en niños que han requerido hospitalización como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico se aproxima al 20%. El TEC representa del 9% al 35% de muerte accidental en la niñez, la mayoría de los casos secundario a politraumatismos, de estos aproximadamente 60.000 de los casos al año producen muerte y cerca de 90.000 casos condiciones de discapacidad permanente. (6) El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades en Estados Unidos estima 1.7 millones de casos/año de TEC y aproximadamente 500,000 visitas anuales a los Servicios de Urgencias de menores de 14 años. (7)

En Latinoamérica, países como Honduras describen que el TEC afecta en su mayoría a escolares en un 40.2%, y son los accidentes de tránsito 64.9% los responsables de estas cifras. El 97.4% de los niños presentó alteración del estado de consciencia, la prevalencia fue de 9.5% y la mortalidad del 10%. (8) En Ecuador en el 2017 se registraron 9050 atenciones por trauma y 2900 por TEC. Afectando en su mayoría al género masculino 60.72 % (n 1761 niños). El rango de edad más afectado fue entre 2 y 5 años 32.28% (n° 936 niños), las caídas representaron el 65.49% (n° 1899 niños), seguido de los accidentes de tránsito 22.68% (n° 658 niños). El lugar del accidente es el hogar con 62.39% (n° 1809 niños). El diagnóstico de TEC Leve es 80.32% (n° 2329 niños), TEC Moderado 14.81 % (n° 430 niños), TCE Grave 4.87 % (n° 141 niños). Luego de observación en el Servicio de Emergencia Infantil el 58.32 % (n°1691 niños) fue dado de alta al domicilio, hospitalizado 35.28% (n° 1023 niños) y a UCIP 5.08% (n° 147 niños). (9)

En el Perú se desarrollaron estudios con la finalidad de describir las características del TEC en niños y la mediana de edad encontrada fue 4 ± 3 años. El 63,9% fueron hombres. Las caídas representaron el 80,1%, y los accidentes de tránsito 10,4%. En su mayoría los accidentes se produjeron en el hogar (59,2%). Presentando hematoma epidural el 26,9%, de los cuales requirieron manejo en cuidados intensivos el 15,8% e intervenciones quirúrgicas el 14,2% de los casos. (10). Morales et al. (11), señala algunas prioridades para el profesional de la salud en la atención del paciente pediátrico con TEC y consiste principalmente en clasificar o categorizar adecuadamente la severidad del mismo y establecer la necesidad de estudios complementarios (tomografía computarizada) e instaurar un tratamiento médico oportuno para evitar el daño cerebral secundario responsable de las secuelas neurológicas temporales o permanentes del mismo, sin soslayar el contexto clínico y social que condiciona su pronóstico vital y neurológico de los niños. Asimismo, la enfermera que labora en los servicios de pediatría requiere conocer las recomendaciones actuales y mejorar su práctica en cuanto a reconocimiento, manejo y educación a los pacientes, familias y cuidadores con el fin de mejorar sus cuidados, (12) convirtiéndose en un miembro clave dentro del equipo pediátrico, ya que, mediante una mirada integral cumple un rol esencial sobretodo en el ámbito hospitalario. El abordaje de un niño con compromiso crítico está enfocado hacia los principales patrones afectados, y es la familia la fuente principal del cuidado. Este cuidado permite evitar complicaciones y se apoya de un equipo multidisciplinario para llevar a cabo los protocolos establecidos y de esta manera asegurar una atención eficiente y de calidad. (13)

El servicio de emergencia pediátrica del hospital Nacional Daniel A. Carrión ubicado geográficamente en la Provincia Constitucional del Callao, está dividido en 3 áreas: Unidad de shock trauma, tópicos y Reposo, El reposo de emergencia cuenta con 10 camas numeradas, donde se hospitalizan a aquellos pacientes en fase aguda de su patología, en espera de unidades de hospitalización de las diversas especialidades, medicina pediátrica, cirugía pediátrica, traumatología, neurocirugía y demás especialidades, siendo la hospitalización Binomio Madre – niño es decir el niño siempre permanece acompañado con un familiar (madre, padre o tutor). Para el año 2019, se atendieron en emergencia 730 pacientes

pediátricos diagnosticado con TEC y se hospitalizaron 67 niños entre 0 días de nacido hasta 14 años 11 meses 29 días de ambos sexos, según datos registrados en el libro de hospitalización del servicio de emergencia pediátrica, diariamente son hospitalizados en el reposo pacientes con diagnóstico de traumatismo encéfalo craneano de diversas edades pediátricas, y características de TEC leve, moderados o severos; durante la hospitalización muchos de los padres refieren que fue un accidente ante un descuido suscitado en segundos en un acto involuntario, muestran mucha preocupación por las secuelas o daños que le puedan generar al niño en un futuro, tales como limitaciones físicas, retardo en su desarrollo, incapacidad permanente como consecuencia un cambio de estilo de vida para la familia. Además, muchos de ellos desconocen los signos de alarma post un traumatismo encéfalo craneano haciéndose prioritario que ellos los reconozcan toda vez que muchos niños son dados de alta en las primeras 24 horas.

Ante este panorama los cuidados que brinda el profesional de enfermería cumple un rol fundamental y prioritario, ya que esta debe estar preparada en el manejo del paciente con TEC ya que su actuar es fundamental para poder prevenir y evitar las complicaciones a los que se encuentra el paciente con TEC en las primeras horas posteriores a la injuria, es por eso, que se hace imperiosamente necesario que todas las enfermeras que laboran en la unidad estén capacitadas y actualizadas en los cuidados de enfermería priorizados utilizando el proceso de cuidado al paciente pediátrico con esta patología, en el marco del proceso de cuidados enfermero, y utilizando la taxonomía NANDA, ya que así lo estipula la Ley del Enfermero Peruano en el artículo N°7, donde cita que el profesional brinda cuidado integral de enfermería basado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (14)

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

PALACIO JM, ROJAS K, BALMACEDA B, BUSTAMANTE A, ET AL. (2019) Consenso Nacional de Enfermería sobre el manejo del niño con lesión cerebral por traumatismo de cráneo grave. El objetivo fue realizar una guía de recomendaciones de enfermería sobre los cuidados neurocríticos basada en NANDA. La metodología fue la revisión bibliográfica en bases de datos reconocidas como Medline/PubMed, Cochrane Library y Lilacs, TripDatabase, Cuiden, BVS, Scielo, un comité integrado por profesionales expertos, trabajó con 100 a 50 publicaciones. La calidad información fue moderada según el sistema Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE). A lo que concluyen que la atención eficiente y de calidad que se le brinda a un niño críticamente enfermo dependerá de una correcta planificación de y la participación de la familia apoyado de un equipo multidisciplinario que cumpla los protocolos establecidos. (15)

La investigación presentada tiene relación con el trabajo académico, ya que se busca actualizar y dar a conocer los cuidados de enfermería más oportunos, con sustento científico basado en el proceso de cuidado de enfermería. Asimismo, en el hospital se busca implementar y mejorar los protocolos y guías de atención al paciente con TEC.

HEBA ISMAIL ABD EL-AZIM, IMAN IBRAHIM ABD EL-MONIEM, HOSSAM IBRAHIM MAATI. MADIHA AMIN MORSI (2019). El objetivo fue evaluar el impacto del paquete de autoaprendizaje en el cuidado de niños con lesiones en la cabeza sobre el conocimiento y el desempeño de las enfermeras. Estudio experimental, se realizó en Departamento de Neurocirugía, Departamento de Emergencias y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en Benha Hospital Universitario en Egipto. En una muestra de 100 enfermeras. Para la recopilación de datos se usó un cuestionario para evaluar el conocimiento y la observación de las enfermeras listas de verificación para evaluar las prácticas seguidas de la

administración del paquete de autoaprendizaje. Resultados: había una diferencia estadísticamente significativa entre el desempeño de la enfermera sobre el cuidado de niños con traumatismo craneoencefálico antes y después de la implementación del paquete de autoaprendizaje. El estudio concluyó que, la implementación de la actualización del paquete de autoaprendizaje desempeño de las enfermeras en el cuidado de niños con traumatismo craneoencefálico es estadísticamente significativo. Recomiendan realizar más investigaciones en una gran escala de generalización más grande. (16)

Este antecedente guarda relación con el presente trabajo académico, debido a la necesidad de fortalecer la capacitación y actualización de los profesionales de enfermería y permite propiciar el autoaprendizaje.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

MENDOZA P (2019) Proceso de Atención de Enfermería Aplicado a paciente pediátrico con Traumatismo Encéfalo Craneal en el Servicio Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018, tuvo como propósito describir el proceso de atención de enfermería a un paciente pediátrico post operado de craneotomía por TEC grave. La duración fue de 2 días, la etapa de valoración se basó en Marjory Gordon, en la siguiente etapa se identificaron 10 diagnósticos, luego se planificaron los cuidados de enfermería, Finalmente el primero, tercero y cuarto objetivo se lograron alcanzar; sin embargo, el segundo y quinto objetivo fueron alcanzados parcialmente ya que aún mantenía episodios de PIC elevadas y picos febriles. (17)

El trabajo realizado por Mendoza, tiene un gran impacto en el presente trabajo académico ya que servirá como referente para la ejecución del plan de cuidados de enfermería en el caso clínico a aplicarse.

HINOSTROZA K. (2018) El presente trabajo tuvo como objetivo describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano en pediatría hospitalizados en el servicio

de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, se realizó una serie de estudio de casos desde el 2014 hasta el 2017. Resultados un total de 477 niños y niñas atendidos entre los años estudiados. El 62% de los pacientes ingresados a la UCI — Quemados pertenece al sexo masculino, mientras que un 38% de los pacientes son del sexo femenino. El promedio de estancia hospitalaria es de 8 a 15 días. conclusiones, el traumatismo encéfalo craneano constituye gran parte de consultas y hospitalización, la unidad de cuidados intensivos, y la UCI Neuroquirúrgica del INSN San Borja; los niños son vulnerables de sufrir TEC. estadística que se ve reflejado en las causas de mortalidad a nivel local y nacional, del mismo modo en la Uci Neuroquirúrgica del INSN San Borja se evidencia que el mayor porcentaje de TEC está constituido por el grupo de preescolares. (18)

El trabajo académico realizado por Hinostroza tiene una relación directa con el desarrollo del presente estudio ya que se evidencia la realidad del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, centro nacional de referencias y la experiencia profesional de las enfermeras de dicha institución sus logros, limitaciones en la atención de pacientes pediátricos críticos, el cual da luces para el desarrollo de trabajo.

MEJIA P. (2017). El presente trabajo tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneano en la unidad de trauma shock del servicio de emergencia pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los años 2009 y 2016. Los hallazgos indican que los principales factores de riesgo del TEC encontrados son: descuido de los padres, cuidados a cargo de terceros y maltrato infantil. Se produce primero alrededor de los 2 años lo que coincide con el comienzo de la marcha, y otro alrededor de los 15 años en el cual el adolescente incursiona en actividades recreativas y otras de mayor riesgo como los accidentes de tránsito. Conclusión: se necesita incrementar enfermeras especialistas en el área pediátrica, infraestructura y recursos materiales. (19)

El trabajo académico ofrece información de los cuidados de enfermería al niño con TEC en la unidad de emergencia pediátrica así mismo describe los factores que se asocian a la prevalencia de esta patología siendo de gran aporte para la presente investigación.

2.2 Base Teórica

Las bases teóricas del presente trabajo son las siguientes:

2.2.1 Modelo Conceptual de la Enfermería (1980) Evelyn Adam

Teórica de enfermería canadiense, autora del libro denominado "Entre Infirmiere" en 1979 (To be a nurse, 1980). Su peculiar esquema de flor de un equipo sanitario interdisciplinar en el ejercicio de la profesión abordó diversos aspectos como el modelo conceptual, objetivo, modos de intervención, planificación del proceso de enfermería, rol en el ejercicio profesional y método de solución de problemas. (20,21)

Adam E. desarrolló los conceptos de la filosofía de Virginia Henderson dentro de la estructura de un modelo conceptual de Dorothy Johnson. Ella hace énfasis en la independencia del paciente basado en las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson, definidas por aspectos biológicos, fisiológicos y psicosociales. (22)

A. Ámbito de Aplicación

A.1 Comunitario

Esta teoría es aplicable al ámbito comunitario ya que su modelo es aplicable a la actividad de cuidado preventivo promocional que realiza la enfermera, ya que estipula que el personal de enfermería brinda su cuidado apoyado del entorno familiar.

A.2 Hospitalario

Se aplica al ámbito hospitalario ya que la enfermera tiene como objetivo el satisfacer las catorce necesidades vitales que por la presencia de la enfermedad no pueden ser realizadas por el mismo buscando que el paciente logre su independencia y manejo de su salud.

B. Metaparadigmas

B.1 Persona

La persona es un sistema complejo y completo que requiere de independencia y se esfuerza por obtenerla cuando la pierde por enfermedad. (23)

B.2 Cuidado

El cuidado es brindado por el profesional de enfermería y no debe ser delegado a otro profesional de la salud, es un compromiso con la sociedad ya que la enfermera está preparada para brindar un cuidado de calidad. (23)

2.2.2 Teoría de las Catorce Necesidades de Virginia Henderson

Henderson es conocida como la madre moderna de la enfermería, enfatizó la teoría como base de la práctica de enfermería y transformó la enfermería de rutina a una enfermería basada en ciencia. (24)

Las catorce necesidades básicas que describe V. Henderson, son (25):

1. Respirar normalmente.

Para valorar esta necesidad se contempla la frecuencia respiratoria y cardiaca: cifras y características, regularidad o ritmo, igualdad, dureza o tensión y amplitud. Tensión arterial: cifras, regulación y control. Coloración de piel, mucosas y lechos ungueales. Presencia y capacidad para toser y expulsar secreciones, así como las características de ambas.

2. Comer y beber adecuadamente.

Se valora: talla y peso, así como oscilaciones de este. Costumbres alimentarias: desayuno, comida, merienda y cena; Dieta y grado de cumplimiento de esta. Circunstancias que influyen en su alimentación/hidratación: estado de dientes y mucosa bucal, náuseas, vómitos y anorexia. Recursos que utiliza para realizar esta. Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.

- 3.** Eliminar por todas las vías corporales.
Temperatura corporal, patrón de eliminación miccional y fecal: cantidad, frecuencia, descripción del producto: color, olor, consistencia. Dificultades para el acto de la eliminación, presencia de dolor, estreñimiento, diarrea.
- 4.** Moverse y mantener posturas adecuadas.
Examen neurológico, actividad física que realiza: tipo, frecuencia, duración; equilibrio; dificultad para realizar algunos movimientos; presenta hormigueo, dolor, fatiga, problemas podológicos, restricciones a la movilidad, escala de Glasgow, medición de la sedoanalgesia, escalas de valoración del dolor.
- 5.** Dormir y descansar.
Valorar la comodidad física, eliminación de preocupaciones, sueño suficiente, nivel de ansiedad, sueño interrumpido, letargo o apatía, sedación,
- 6.** Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
Valorar la adecuación, comodidad, limpieza de ropas, calzado y complementos. Facilidad/dificultad para el vestido y arreglo.
- 7.** Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
Valorar la temperatura, experimentación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente, sensación de uniformidad de la temperatura corporal, condiciones ambientales.
- 8.** Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
Valorar la limpieza, eliminación de microorganismos, secreciones y excreciones corporales. Descanso y relajación, acondicionamiento de la piel, favoreciendo la circulación sanguínea; higiene de los dientes, cavidades orales y nasales áreas perineales y genitales, limpios y en buen estado.
- 9.** Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.
Medidas de salud que lleva a cabo; vacunaciones, chequeos, autoexploraciones y controles. Signos de disminución de alerta, consciencia, desorientación, memoria, errores de percepción, ansiedad, delirios o coma. Valoración de riesgo de caídas.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones.
Déficits sensoriales y núcleo de convivencia.
11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
Percepción actual de su situación de salud y bienestar; facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores, actitud ante la muerte,
12. Ocuparse en algo para realizarse.
Valoración de índice de esfuerzo del cuidador repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y en las de su núcleo familiar.
13. Participar en actividades recreativas.
Hábitos culturales y de ocio, actitud de ser firme en alcanzar un objetivo recursos comunitarios a su alcance y el uso que hace de ellos.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.
Interés en su entorno sociosanitario, comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas.

2.2.3 Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson

Dorothy Johnson se centra en cómo el paciente se adapta a la enfermedad y en cómo el estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación, es decir, se centra en las necesidades básicas en relación a los siguientes subsistemas de conductas(26):

- **Subsistema de afiliación:** es probablemente el más importante, asegura la supervivencia y la seguridad.
- **Subsistema de dependencia:** promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca.
- **Subsistema de ingestión:** tiene que ver con cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones nos alimentamos. Cumple así la amplia función de satisfacer el apetito.
- **Subsistema de eliminación:** tiene que ver con cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la eliminación, considera aspectos biológicos, sociales y fisiológicos.

- **Subsistema sexual:** obedece a la doble función de la procreación y la gratificación.
- **Subsistema de realización:** este subsistema trata de manipular el entorno, controla y domina un aspecto propio o del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación.
- **Subsistema agresión/protección:** consiste en proteger y conservar.

Los supuestos principales de esta teoría son(26):

Enfermería: actúa mediante mecanismos reguladores de la conducta preservando el equilibrio ante una situación de estrés y por ello requiere un conocimiento del orden, el desorden y el control.

Persona: concibe a la persona como un sistema conductual con formas de comportamiento marcadas por un modelo, repetitivas e intencionadas, que la vinculan con el entorno.

Salud: estado dinámico fugaz influido por factores biológicos, fisiológicos y sociológicos. La salud se refleja en la organización, interacción, interdependencia e integración de los subsistemas que integran el sistema conductual.

Entorno: se compone de todos los factores que no forman parte del sistema conductual del individuo pero que influyen en él; algunos de ellos pueden ser utilizados por la enfermera a favor de la salud del paciente.

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Traumatismo Encefalo Craneano (TEC)

A. Definición

Definido como un intercambio brusco de energía mecánica a causa de una fuerza externa alterando la estructura y funcionamiento del encéfalo y sus envolturas. (27)

B. Factores que condicionan al TEC en el niño

Orliaguet y Uhrig (28) indican consideran dentro de los factores condicionantes la falta de experiencia, la imprudencia y la capacidad exploradora. En el caso del adolescente se enfrenta a un nivel alto de estrés en busca de aceptación social y por ende termina poniendo en riesgo su vida. También hay otros elementos que determinan su pronóstico vital como el diámetro y peso de la cabeza, la talla, el volumen total de agua corporal total que favorece la elasticidad, la laxitud de los huesos largos, menor rigidez en la pared abdominal y la flexibilidad de las estructuras de protección en la cabeza de los pacientes.

C. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas varían de acuerdo al tipo de daño cerebral y son las siguientes:

Alteraciones de la consciencia y hemodinamia en menores de dos años. Cualquier variación en el estado de consciencia es un indicador de la intensidad del traumatismo y del funcionamiento general del cerebro; representa un factor de riesgo si supera los 5 minutos. Por ello es importante la evaluación neurológica para determinar las áreas cerebrales lesionadas. Además, en los momentos iniciales de los TEC puede presentarse pérdida de consciencia, alteraciones en la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, vómitos, cefalea y obnubilación leve, que vuelven a su normalidad en un breve periodo de tiempo. Luego, cualquier alteración hemodinámica debe considerarse como un signo de alarma. (29)

D. Fisiopatología

La compleja estructura del cerebro determina el tipo de daño, gravedad y secuelas que puede sufrir y estas se dividen en dos (30):

- **La lesión cerebral primaria:** es provocado por un impacto mecánico que compromete fuerzas de traslación o rotación afectando desde las células nerviosas hasta los vasos sanguíneos.

Se subdivide en:

- a. Lesiones difusas:** provocan conmoción, edema y lesión axonal. En lactantes debido a la apertura de suturas y a la elasticidad relativa de la caja craneal, puede ocasionar hematomas y distorsión de la estructura cerebral en su dimensión.
- b. Lesiones focales:** producen contusión, laceración, fracturas, diversos tipos de hemorragia y hematomas.
- **Las lesiones secundarias:** ocasionados por un desequilibrio metabólico como hipoxia, hipercapnia, alteraciones en la presión arterial, infección o aumento de la presión intracraneal y degradación de la función neuronal. La hipoxia se presenta en un primer momento como resultado de la falta de oxígeno, la cual aumenta si se presenta obstrucción de la vía aérea, ocasionando isquemia con lesión celular y edema citotóxico que genera aumento de la presión intracraneana, comprometiendo la presión de perfusión sanguínea cerebral; por otra parte a nivel vascular puede aparecer edema y cortando el aporte de glucosa a las neuronas. (30)

E. Clasificación del TEC

Existen varias clasificaciones como la de Lawrence Marshall, quien utiliza los hallazgos tomográficos y alcanzando un mayor nivel predictivo en paciente con TEC grave. Lo divide en lesión difusa I, II, III y IV. Otra forma para clasificar un TEC, es aplicando la Escala de Coma de Glasgow, que consta de tres características observadas: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora en cada grupo de edad. La sumatoria de 13–15 indica un traumatismo cerebral leve, 9–12 traumatismo craneal moderado y menor de 8, traumatismo craneal grave. (31) **(Anexo 1)**

F. Evaluación y Manejo del paciente pediátrico con traumatismo craneoencefálico

La evaluación sistemática y rigurosa es crucial para atender las necesidades prioritarias del paciente, en primer lugar se debe mantener una vía aérea adecuada, una ventilación, circulación óptimas, la inmovilización correcta mediante el uso de collarín de apoyo multipunto. El collarín debe retirarse tras descartar lesión cervical, ya que provoca

elevación de la presión intracraneal; se debe realizar la valoración neurológica y motora (32)

Luego, se procede a estabilizar hemodinámicamente al paciente con volúmenes altos de restitución hídrica para garantizar una adecuada presión de perfusión cerebral. A continuación se procede a efectivizar la tomografía de cráneo con el fin de descartar lesiones, aquellos que según la escala de Glasgow tienen un traumatismo grave, deben ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para monitoreo de presión intracraneal.(33)

La sociedad Española de Urgencias de Pediatría considera que la evaluación inicial de niño con TEC debe incluir una valoración neurológica mediante la escala de coma de Glasgow y considera que la prueba más adecuada para diagnosticar lesión intracraneal es la tomografía axial computarizada (TAC) (34) **(anexo 2)**

Las complicaciones más importantes del TCE son(35):

- A) Fracturas de tipo lineal:** su curso es frecuente y benigno, en el periodo posterior al TEC se debe observar la presencia de la fractura crecedora lo que conlleva a convulsiones y déficit neurológico focal.
- B) Fracturas con hundimiento y de ping-pong:** se presentan en los lactantes debido a depresiones en la calota.
- C) Fracturas con hundimiento verdaderas:** son aquellas que requieren de un manejo médico-quirúrgico.
- D) Fracturas de la base del cráneo:** puede presentarse el signo de mapache, equimosis retroauricular, otorragia o rinorragia.
- E) Hematoma Epidural.** No presenta compromiso de conciencia, en niños mayores se presenta cefalea, letargia, posturas de decorticación y descerebración.
- F) Hematoma Subdural.** Se originan en las venas puente entre la duramadre y la aracnoides, es una de las lesiones más serias, y de peor pronóstico. Se clasifican según la evolución en: agudos (<3 días), subagudos (3 y 10 días) y crónicos (>10 días).

G) Hemorragia Subaracnoidea. Cuando la hemorragia es de menor cuantía tiene poca significancia clínica, sin embargo es un excelente indicador de la energía de impacto.

H) Presencia de Hipertensión Intracraneal: cualquier incremento del volumen dentro del cerebro aumenta la presión (PIC) y su valoración permite determinar el grado de edema cerebral, el riesgo de herniación y la eficacia de tratamientos. Los valores normales van de 0 a 15 mmHg. (36)

I) Herniaciones Cerebrales: es el desplazamiento mecánico del parénquima cerebral, LCR y vasos desde un compartimento intracraneal a otro, lo que ocasiona hemiparesia o hemiplejía, bradicardia, trastornos respiratorios, vómitos, disfagia, rigidez del cuello hasta la muerte súbita. (36)

2.3.2 Cuidados de Enfermería

Los cuidados de enfermería se basan en los principios vitales de Virginia Henderson y consiste en:

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, observando la presencia de cuerpos extraños, etc.; colocación de collarín cervical, oxigenoterapia y elevación de cama 30°.
- Valoración estricta de signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria y presión arterial), los cuales permiten detectar complicaciones como la insuficiencia respiratoria, shock o sepsis. La disminución de la diuresis puede ser consecuencia de la hipovolemia, incluida la deshidratación severa, insuficiencia renal o shock de cualquier etiología.
- Aliviar el dolor; es de vital importancia al permitir las inspiraciones profundas y la tos lo que evita el cierre de las vías aéreas, el drenaje inadecuado de las secreciones del árbol bronquial, atelectasias y como consecuencias la aparición de insuficiencias respiratorias, los exámenes auxiliares de AGA y electrolitos es de vital importancia.
- Realizar en la medida de las posibilidades y disponibilidades, el baño de aseo personal diario y la movilización: Su objetivo es mantener la buena

higiene y evitar úlceras por decúbito además reconocer algunas alteraciones que pueden aparecer en la superficie corporal.

- Viabilidad en la realización de exámenes complementarios: Se deben realizar en tiempo y forma e interpretar resultados para así detectar cualquier complicación.
- Alimentación: Se realizará según indicación médica y estado del paciente ya sea por vía oral o parenteral. Mejora la resistencia a las infecciones usualmente las primeras 24 horas deben estar en ayunas.
- Aspirar secreciones traqueo bronquial, según sea necesario, observando las características de las mismas y realizar fisioterapia respiratoria si el caso amerita y a libre demanda.
- Vigilar de manera continua el estado neurológico, conciencia, reactividad y reflejo pupilar, tipo de respiración y movilidad de los miembros.
- Brindar soporte emocional al paciente y su familia: Se considera como un factor de atención primaria, le corresponde en gran medida al personal de enfermería dar aliento a su paciente, explicarle en qué consiste la enfermedad y advertirle sobre los procedimientos a que será sometido. (37)

La actuación principal de enfermería es imprescindible y fundamental dentro de los equipos de emergencias, así como para realizar una buena actuación integral del paciente. Aunque dentro de los equipos de emergencias el planteamiento de actuación está siempre dentro del trabajo en equipo y en la coordinación de sus distintos miembros, no se debe olvidar que el proceso de atención de enfermería es el esquema fundamental para su actuación. (38)

CAPÍTULO III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

3.1 Recolección de datos

La técnica que se usó para la recolección de datos del presente trabajo académico de experiencia laboral, fue la revisión documentaria de registros de enfermería, libro de hospitalización (ingresos y egresos) de pacientes, así como la estadística anual de atenciones por emergencia pediátrica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-2019.

3.2 Experiencia Profesional

3.2.1 Recuento de la Experiencia Profesional

Realice en 1999 realice el SERUMS, en los puestos de salud San Roque y San Gabino pertenecientes al Hospital FAP Las Palmas, como primer nivel de atención de salud las actividades estaban orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, dando prioridad al binomio madre-niño desarrollando actividades en inmunizaciones, crecimiento y desarrollo en el niño sano.

Desde el 2001 hasta la actualidad vengo laborando en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el Callao, en los distintos servicios que comprende el área de pediatría, como medicina, cirugía, UCI y emergencia pediátrica, en todos estos años trabajando con niños entendí la importancia de la atención integral a este grupo de pacientes y nos genera una doble satisfacción, porque no solo se recupera el paciente pediátrico sino también la familia, que es el soporte fundamental del niño.

3.2.2 Descripción del área laboral

El servicio de emergencia pediátrica actualmente se encuentra reubicado en el área de consultorio externo de pediatría, esto a partir del mes de marzo del 2020 como consecuencia de la pandemia Coronavirus Covid-19, dividido en 2 áreas: sintomáticos respiratorios y área de generales. El área de sintomático respiratorio cuenta con una sala de reanimación para el paciente pediátrico, 02 tópicos de atención medica pediátrica y tópico de atención de enfermería, además de 3 habitaciones para hospitalización con una capacidad de 5 camas. Donde se

hospitalizan pacientes con diagnóstico positivo de Covid.19. En el área de generales se cuenta con 02 tópicos de medicina y cirugía pediátrica, 01 tópico de enfermería, cuenta con 1 unidad de reanimación y 02 salas de hospitalización para 05 pacientes. Se trabaja en turnos de 24 horas en la actualidad el personal de enfermería que laboran 02 enfermeras, 02 técnicas de enfermería.

3.2.3 Funciones desarrolladas en la actualidad

- **Función asistencial**, monitoreo y cuidado integral con calidad y calidez desde que el paciente es atendido se hospitaliza y es dado de alta

- **Función administrativa**, manejo de historias clínicas donde registramos las actividades desarrolladas con nuestro paciente, gestionar procedimientos y procesos hospitalarios.

- **Función de Docencia**, instruir al personal nuevo y antiguo, orientación respecto a las normas del servicio, cuidados y educación continua a los padres de familia.

- **Función de investigación**, generar conocimientos que sustenten nuestro accionar.

3.3. Plan de Cuidado de Enfermería

3.3.1. Valoración

1. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres MTRR

Fecha de nacimiento 2015 agosto 06

Edad 5 años

Sexo femenino

Persona responsable Madre

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente pre escolar ingresa al servicio de emergencia pediátrica, tras sufrir caída desde el techo del tercer piso de su casa, aproximadamente de una altura de 9 mt. Perdiendo el conocimiento de manera inmediata, siendo trasladado por sus familiares, durante el trayecto refieren que presenta un vómito y luego una convulsión tónico-clónico, ingresa a la unidad de reanimación con un Glasgow de 11 pts (AO=3, RM=5, RV=3), recibe soporte de oxigenoterapia y canalización de vía endovenosa es llevado a tomografía cerebral, donde se evidencia, hematoma laminar subdural + fractura de cráneo en zona parieto-temporal izquierdo, es evaluado por la especialidad de neurocirugía, siendo hospitalizado en la unidad de reposo y permaneciendo en compañía de su madre.

a. ENFERMEDAD ACTUAL

TEC, hematoma laminar epidural + fractura de cráneo en zona parieto-temporal izquierdo

b. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERINATALES

G3P3003

Controles pre natales más de 6 controles

VAT SI

Nº HIJOS 3

Niega interurrencias.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padres no refieren enfermedades.

ANTECEDENTES PERSONALES

Anemia en tratamiento

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Vivienda: Material noble

Cuenta con agua y desagüe

Ocupación de la madre ama de casa

Ocupación del padre Obrero

Viajes realizados no

3. EXAMEN FISICO

A. Control de signos vitales

T°= 37 °c; FC = 102x'; Fr = 28x'; PA = 80/50 mmhg

Sat O2 = 93%

B. Exploración céfalo caudal:

AREAS	EXPLORACION CEFALO CAUDAL
Piel y mucosas	Piel pálida, mucosas orales ligeramente secas.
Cabeza	Cabeza redondeada, Cabello largo bien implantado, no se evidencian parásitos, desaseado, presenta céfalo hematoma en región parieto-temporal izquierdo, de unos 7 cm de diámetro, doloroso a la palpación y otorgaría en oído izquierdo no activo
Cara	Redonda simétrica, piel blanca, laceraciones en hemicara izquierda, ausencia de masas o tumoraciones.
Ojos y oídos	Pupilas isocóricas, foto reactivas, iris color marrón, adecuada distribución e implantación de cejas y pestañas. Oídos proporcional a cara dolor y otorgaría en oído izquierdo no activo.
Nariz y senos	Sin alteración.

paranasales	
Cuello	Normal sin lesiones
Tórax	Simetría conservada, respiración 40x', buen pasaje de murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, SatO2: 95%, ruidos cardiacos audibles, rítmicos y normales.
Abdomen	Depresible, no dolor a la palpación Ruidos aéreos presente
Columna	Normal sin lesiones
Pelvis	Normal sin lesiones
Extremidades superiores	Simétricas, moviliza extremidades, fuerza muscular disminuida, Presenta laceraciones en brazo y dorso de la mano izquierda
Extremidades inferiores	Simétricas, fuerza muscular disminuida, movilidad conservada.
Ingle y periné	Normales con evacuación de heces y orina
Evaluación neurológica	Escala de Glasgow Apertura ocular = 3 Respuesta verbal = 3 Respuesta motora = 5 Somnoliento, no déficit motor
Antropometría	Peso: 18 kg Talla : no realizado por condición del paciente

Elaboración propia. Peralta M. 2020.

4. EXÁMENES AUXILIARES

Examen	Resultado	Unidades	Rangos
GluC	93	mg/dL	70 - 99
Urea	17	mg/dL	12 - 48
CrEnz	0.7	mg/dL	0.50 – 1.30
CRP16	0.41	mg/dL	0.00 -0.50
ALT	10	U/L	0-55
AsT	16	U/L	5-34

AIKP	127	U/L	40-150
BillD	0.14	mg/dL	0.00-0.50
BillT	0.21	mg/dL	0.20-1.20
BIL IND	0.07	mg/dL	-
Alb G	4.5	g/dL	3.5-5.2
GGT	30	U/L	9-6.4
TP	7.2	g/dL	6.4-8.3

Datos tomados de Historia clínica. Elaboración propia. Peralta M. (2020)

Hemograma

Parámetro	Resultado	Unidad de medida	Intervalos de referencia
WBC	11.92	10 ³ /uL	4.00-10.00
Neu*	6.72	10 ³ /uL	2.00-7.00
Linf*	4.47	10 ³ /uL	0.80-4.00
Mon	0.47	10 ³ /uL	0.12-1.20
Eos*	0.24	10 ³ /uL	0.02-0.50
Bas*	0.02	10 ³ /uL	0.00-1.00
IMG	0.01	10 ³ /uL	0.00-1.00
Neu%	56.4	%	50.0-70.0
Linf%	37.5	%	20.0-40.0
Mon%	3.9	%	3.0-12.0
Eos%	2.0	%	0.5-5.0
Bas%	0.2	%	0.0-1.0
IMG%	0.1	%	0.0-2.5
RBC	4.83	10 ⁶ /uL	3.5-5.50
HGB	9.3	g/dL	11.0-16.0
HCT	36.2	%	37.0-54.0
MCV	83.5	fL	80.0-100.0
MCH	27.9	pg	27.0-34.0
MCHC	33.4	g/dL	32.0-36.0
RDW-CV	16.2	%	11.0-16.0
RDW-SD	50.0	fL	35.0-56.0
PLT	274	10 ³ /uL	150-450
MPV	8.8	fL	6.5-12.0
PDW	15.8		15.0-17.0
PCT	0.242	%	0.108-0.420
P-LCC	51	10 ⁹ /uL	30-90
P-LCR	18.5	%	11.0-45.0
NRBC*	0.000	10 ³ /uL	
NKBC%	0.00	/100WBC	

Datos tomados de Historia clínica. Elaboración propia. Peralta M. (2020)

INDICACIÓN TERAPÉUTICA

NPO

Oxígeno con mascarilla de reservorio a 10 litros por minuto

Cloruro de sodio al 9% AD 1000 + cloruro de potasio al 20 % 10 cc a XX gotas

Fenitoína 100 mg Ev Cada 8 horas

Ketorolaco 20 mg Ev cada 8 horas

Ranitidina 20 mg Ev cada 8 horas

Ondansetron 80mg Ev cada 8 horas

Cabecera a 30 °

Monitoreo neurológico

Monitoreo de funciones vitales

5. VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: La madre del paciente refiere que su hijo no tiene antecedentes de enfermedades o cirugías anteriores, tiene sus vacunas completas. Paciente con estado de higiene regular

Clase 2. Gestión de salud: tiene su SIS (seguro integral vigente), su niña está en tratamiento por anemia, pero no ha podido acudir a sus controles por falta de tiempo.

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: alimentación variada, la niña come pocas verduras no le gustan.

Clase 2. Digestión: Actualmente en NPO por prescripción médica

Clase 3. Absorción: ha presentado vómitos en 5 oportunidades de contenido alimentario

Clase 4. Metabolismo: peso: 18 kg. Talla no se tiene ese dato por condición de la niña

Clase 5. Hidratación: piel turgente mucosas oral semi húmedas

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: no se evidencian problemas, con patrón funcional inestable niña con pañal debido a trauma cerebral

Clase 2. Función gastrointestinal: no se evidencia problemas, con patrón funcional inestable niña con pañal debido a trauma cerebral

Clase 3. Función tegumentaria: Piel pálida, llenado capilar 3", tibia, presenta el cabello desaseado y descuidado, presenta laceraciones en hemicara izquierda, también laceraciones en brazo y dorso de la mano izquierda.

Clase 4. Función respiratoria: Frecuencia respiratoria 40X', adecuado pase de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, no secreciones

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: con tendencia al sueño despertando al llamado

Clase 2. Actividad/ejercicio: limitado refiere dolor en la zona de lesión

Clase 3. Equilibrio/energía: presenta dolor, ansiedad y disconfort.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: presenta lesión cerebral, fractura + hemorragia cerebral, signos de PIC

Clase 5. Autocuidado: necesita ayuda total para el baño e higiene, vestido, se coloca pañal por condición de sensorio, en NPO, en reposo relativo por trauma cerebral

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: niña con tendencia al sueño

Clase 2. Orientación: desorientada, Glasgow 11

Clase 3. Sensación-percepción:

Clase 4. Cognición: en etapa escolar, no responde a preguntas cortas

Clase 5. Comunicación: madre refiere que, si habla, pero no responde al interrogatorio poca comunicación

DOMINIO VI. Autoconcepción

Clase 1. Autoconcepción: irritable por momentos, la madre está muy ansiosa por la enfermedad de la niña causado por el descuido

Clase 2. Autoestima: la madre se siente culpable por lo ocurrido a la niña

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: madre joven con estudios incompletos ocupación ama de casa

Clase 2. Relaciones familiares: la madre recibe apoyo parcial del padre, son separados. Vive con familiares (casa de una tía)

Clase 3. Desempeño del rol: acompaña a la niña en todo momento y participa de sus cuidados

DOMINIO VIII. Sexualidad no evaluada

Clase 1. Identidad sexual:

Clase 2. Función sexual:

Clase 3. Reproducción:

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Madre por momentos llora desconsolada,

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: muestra ansiedad por el accidente que ha tenido la niña y está preocupada por saber si tendrá alguna secuela a futuro

Clase 3. Estrés neuro- compartamental: niña presenta trauma cerebral **TEC**, hematoma laminar subdural + fractura de cráneo en zona parieto-temporal izquierdo con signos de conmoción cerebral.

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: no evaluado

Clase 2. Creencia: religión que profesa ninguna

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones:

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: niña presenta vía endovenosa permanente, lesiones en rostro y miembros superior

Clase 2. Lesión física: riesgo de asfixia por alteración de sensorio

Clase 3. Violencia: no corresponde

Clase 4. Peligros del entorno: no corresponde

Clase 5. Procesos defensivos: no corresponde

Clase 6. Termorregulación: temperatura en valores normales

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: niña con dolor en zona de lesión intensidad de 7/10 según Evans pediátrico

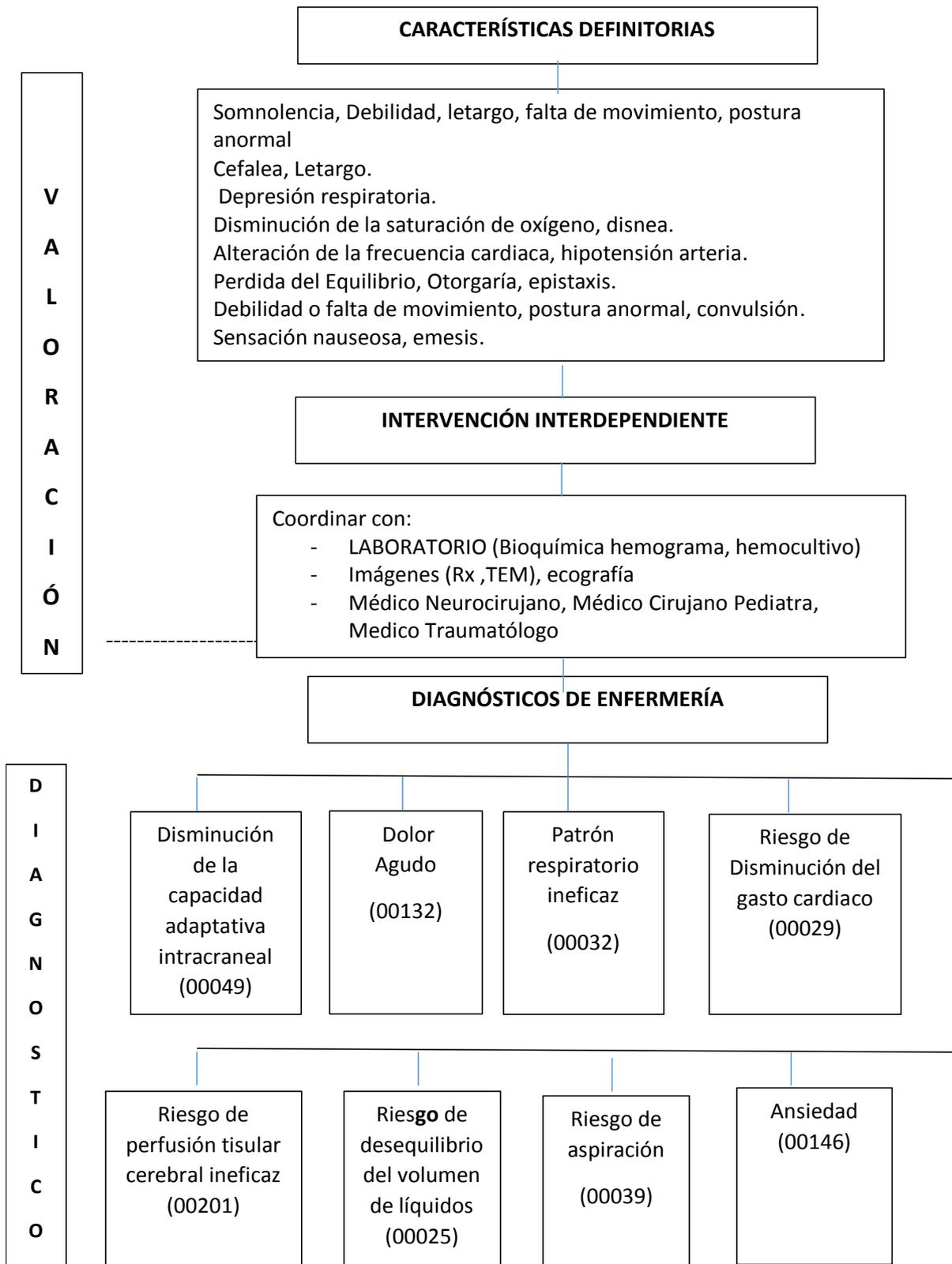
Clase 2. Confort del entorno: niña llora porque desconoce la unidad donde se encuentra.

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: peso 18 kg normal para su edad con antecedente de anemia con tratamiento interrumpido

Clase 2. Desarrollo: niña con lesión cerebral, madre con precariedad económica, educación incompleta

6. ESQUEMA DE VALORACIÓN



Elaboración propia. Peralta M. (2020)

3.3.2. Diagnóstico de Enfermería

a) LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Pérdida de conciencia
- Dolor
- Disnea
- Somnolencia
- Saturación de Oxígeno 95%
- Convulsión
- Vómitos
- Irritabilidad

b) DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Disminución de la capacidad adaptativa intracraneana
- Dolor.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Riesgo de disminución del gasto cardiaco.
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz.
- Riesgo del desequilibrio del volumen de líquidos.
- Riesgo de aspiración.
- Ansiedad.

c) ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Glasgow 11 puntos Disminución de la presión arterial PA	Lesión cerebral, traumatismo	Pérdida de conciencia, vómitos, Hipotensión, 70/40 MmHg	Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal relacionado con lesión cerebral
Dolor	Agentes lesivos físicos	Quejumbroso, Se toca la cabeza y llora	Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos
Disminución de la saturación de oxígeno, disnea.	hiperventilación	Saturación de oxígeno 95% Frecuencia respiratoria 58x'	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación
Alteración de la pre carga	Alteración de la pre carga	FC=104x'	Riesgo de disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de la pre carga
	Traumatismo cerebral		Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con traumatismo cerebral
Vómitos, Mucosa oral seca	Perdidas gástricas	Vómitos ,sangrado	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con pérdidas activas
Somnolienta, letargo, disminución de la saturación de oxígeno	Alteración del nivel de conciencia	Glasgow 11 puntos	Riesgo de aspiración relacionado con Alteración del nivel de conciencia
Ansiedad	Cambios en el estado de salud	Llanto, irritabilidad e inquietud	Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud

Elaboración propia. Peralta M. (2020)

3.3.3 Planificación y Ejecución

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Código: (00049)</p> <p>Disminución de la capacidad adaptativa intracraneana R/C lesión cerebral traumatismo e/p</p> <p>Perdida de la conciencia, vómitos, sangrado por el oído</p>	<p>Código: 0909</p> <p>Estado neurológico.</p> <p>Escala: gravemente comprometido-no comprometido (1-5)</p> <p>Indicadores:</p> <p>090901 Conciencia.</p> <p>090908 Tamaño pupilar.</p> <p>090909 Reactividad pupilar.</p> <p>090919 Frecuencia respiratoria.</p>	<p>2620 Monitorización neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar el nivel de conciencia. -Comprobar el nivel de orientación. -Vigilar las tendencias de la escala de Coma de Glasgow -Monitorización de signos vitales. -Vigilar el tamaño, la forma, simetría y reactividad de la pupila -Monitorizar el tono muscular, el movimiento, el movimiento motor -Manejo de convulsiones Monitorizar los signos vitales. -Observar, informar y registrar signos de alarma. -Comprobar el estado respiratorio (ejem.gaseometria arterial, pulsioximetria, profundidad, patrón, frecuencia, esfuerzo). -Observar la respuesta a los medicamentos. -Observar si el paciente refiere cefalea. -Vigilar la respuesta de Babinski. -Comprobar la respuesta a los estímulos. -Observe, informe y registre signos de alarma -Regístrese las intervenciones realizadas 	<p>Niño mejorara estado neurológico</p>

Elaboración propia. Peralta M. (2020)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Código: (00132)</p> <p>Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos</p>	<p>Código :1605 Control del dolor Escala: Nunca demostrado a siempre demostrado (1-5)</p> <p>Indicadores 160502 Utiliza medidas de alivio no analgesia 160505 Utiliza analgesia de forma adecuada.</p> <p>Código: 2102 Nivel del dolor. Escala: De grave a ninguno (1-5)</p> <p>Indicadores: 210201 Dolor referido. 210223 Irritabilidad. 210225 Lagrimas</p>	<p>Código: 2210</p> <p>Administración de analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorización del dolor -Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento dosis y frecuencia del analgésico prescrito -Monitorizar el dolor -Comprobar el historial de alergias -Controlar signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos -Registrar el nivel del dolor utilizando una escala del dolor apropiada antes y después de la administración del analgésico (Ketorolaco 20mg EV cada 8 horas) -Aplicar medidas para reducir los estímulos dañinos en el entorno del paciente <p>Código: 1400 Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar una valoración exhaustiva del dolor, localización duración, frecuencia -Identificar la intensidad del dolor -Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor. 	<p>Niña denotará ausencia de gestos que expresen dolor</p>

Elaboración propia. Peralta M. (2020)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Código: (000032)</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación, Sat O2 93%</p>	<p>Código: 0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso Escala: De grave a (1-5)</p> <p>Indicadores: 040301 frecuencia respiratoria 040302 Ritmo respiratorio 040309 Utilización de músculos accesorios</p> <p>Código: 0909 Estado neurológico Escala: Gravemente comprometido a no comprometido (1-5)</p> <p>Indicadores: 090911 patrón respiratorio 090919 frecuencia respiratoria</p>	<p>Código: 3140</p> <p>Manejo de la vía aérea.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Abrir la vía aérea mediante la técnica de la elevación de la barbilla. -Colocar al niño para maximizar el potencial de ventilación. -Insertar una vía aérea oral o nasofaríngea según corresponda. -Auscultar los sonidos respiratorios. -Realizar la aspiración con técnica estéril. -Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal según corresponda. -Administrar medicación según indicación médica. -Registrar actividades de enfermería <p>Código: 3320 Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mantener la permeabilidad de vías aéreas -Preparar el equipo de oxígeno y administrar y administrar -Administrar oxígeno suplementario según ordenes 	<p>Paciente mantendrá patrón respiratorio dentro de parámetros normales</p> <p>Paciente mantendrá saturación de O2 mayor o igual a 95%</p> <p>Paciente mantendrá una po2 mayor o igual a 60mmHg</p> <p>Niño mantendrá vías aéreas permeables</p>

		<ul style="list-style-type: none"> -Vigilar el flujo de litros de oxígeno -Instruir al paciente -Controlar la eficacia de la oxígeno terapia (pulsioxímetro, gasometría arterial) -Asegurar la recolocación de la máscara, cánula cada vez que se retire el oxígeno -Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de oxígeno terapia -Informar signos de alarma -Registra actividades de enfermería <p>Código: 3350 Monitorización respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración -Evaluar movimiento torácico -Observar si se producen respiraciones ruidosas como estridor -Monitorear los patrones de respiración, bradipnea, taquipnea, hiperventilación -Registrar actividades de enfermería -monitorizar los niveles de 	
--	--	---	--

		<p>saturación de oxígeno</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos -Observar si hay fatiga muscular diafragmática -Determinar la necesidad de aspiración -Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea -Colocar al paciente de cubito lateral para evitar aspiración - -Registrar las actividades de enfermería. 	
--	--	---	--

Elaboración propia. Peralta M. (2020)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Código: (00240)</p> <p>Riesgo de disminución del gasto cardiaco R/C alteración de la pre carga e/p hipotensión arterial 70/40mmhg taquicardia</p>	<p>Código: 0405Perfusión tisular: cardiaca Escala: De grave a normal (1-5)</p> <p>Indicadores: 040515 frecuencia cardiaca apical 040516 frecuencia del pulsó radial 040518 presión sanguínea diastólica y sistólica 040521 taquicardia (escala de grave a ninguno)</p> <p>Código: 0400Efectividad de la bomba cardiaca Escala de grave a ninguno (1-5)</p> <p>Indicadores 040006 pulsos periféricos 040020 gasto urinario 040009 ingurgitación de las venas del cuello</p>	<p>Código: 4040</p> <p>Cuidados cardiacos -Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica -monitorizar los signos vitales con frecuencia -Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardiaco -Monitorizar el equilibrio hídrico (entrada salida y peso diario) -Monitorizar si los valores de laboratorios son correctos (niveles de electrolitos) -Evaluar las alteraciones de la presión arterial -Informe, informe y registre signos de alarma -Registrar actividades de enfermería realizadas</p> <p>Código: 4200 Terapia intravenosa (i.v) -Verificar la orden de la terapia (CINa 0.9% volumen de 1440 cc/24 horas -Instruir al paciente acerca del procedimiento -Seleccionar y</p>	<p>-Niña lograra mantener gasto cardiaco dentro de parámetros normales</p> <p>-Paciente mantendrá estabilización hemodinámica</p>

		preparar la bomba de infusión -Administrar los liquido a temperatura ambiente -Vigilar el flujo intravenoso(60cc/hr) -Observar si hay sobrecarga de líquido -Registrar ingresos y perdidas Código 4200 Monitorización de signos vitales -Monitorización de signos vitales ritmo y frecuencia cardiaca -Se observa la presencia y calidad del pulso -se valora el llenado capilar no mayor de 2” -Observar si se producen ruidos respiratorios anormales -Se observa signos de alarma	
--	--	---	--

Elaboración propia. Peralta M. (2020)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO NOC	INTERVENCION DE ENFERMERIA NIC	EVALUACION
<p>Código:(002019)</p> <p>Riesgo de Perfusión Tisular Cerebral Ineficaz R/C Traumatismo cerebral E/P Otorragaría, PA=70/40mmHg piel pálida, disminución del llenado capilar 4''</p>	<p>Código: 0401</p> <p>Estado circulatorio.</p> <p>Escala: Desviación grave a sin desviación (1-5)</p> <p>Indicadores:</p> <p>040101 Presión arterial sistólica</p> <p>040102 presión arterial diastólica</p> <p>040141 Fuera del pulso carotideo</p> <p>040136 PaO2</p> <p>040151 Relleno capilar</p> <p>Código: 0912</p> <p>Estado neurológico: conciencia</p>	<p>Código: 4150</p> <p>-Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos, presión venosa y yugular</p> <p>-Monitorizar y documentar las presiones</p> <p>-explicar la finalidad de los cuidados</p> <p>-Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta</p> <p>-Determinar el estado del volumen</p> <p>-Monitorizar la volemia</p> <p>-Determinar el estado de perfusión (hipotensión sistémica, frialdad de extremidades y somnolencia)</p> <p>-Auscultar ruidos cardiacos</p> <p>Codigo:2620</p> <p>Monitorización neurológica</p> <p>-Vigilar el nivel de conciencia</p> <p>-Comprobar el nivel de orientación</p>	<p>Niña conservara- una perfusión cerebral adecuada</p>

	<p>Escala: De gravemente a no comprometido (1-5)</p> <p>Indicadores: 091201 Abre los ojos a estímulos externos 091202 Orientación cognitiva 091204 Obedece ordenes</p>	<p>-Vigilar las tendencias de la escala de Glasgow -Vigilar el tamaño, la forma, la simetría y reactividad de la pupila -Monitorizar signos vitales -Observar si el paciente refiere cefalea -Observar si hay parestesia -Notificar al médico cambios en el paciente</p> <p>Código: 2550 Mejora de la perfusión cerebral -Monitorizar los tiempos de protrombina (TP) y el tiempo e tromboplastina parcial (TTP) del paciente -Mantener el nivel de hematocrito -Vigilar las convulsiones -Colocar en una posición optima el cabecero de la cama (indicación de 30 grados) -Evitar la flexión del cuello -Mantener el nivel de pCO2 a 25mmHg -Monitorizar el estado neurológico -Monitorizar la PAM</p>	
--	---	---	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Código (00025)</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C pérdidas activas</p>	<p>Código 1902 Control de riesgo Escala: De Nunca demostrado a siempre demostrado (1-5) Indicadores: 190220 Identifica los factores de riesgo</p> <p>Código 1908 Detección de riesgo Escala: De nunca demostrado a siempre demostrado (1-5) Indicadores: 190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo</p> <p>Código 0602 Hidratación Escala: De gravemente comprometido a no comprometido (1-5) Indicadores: 060201 Turgencia cutánea 060202</p>	<p>4130 Monitorización de líquidos -identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos -Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteración de líquidos relevantes</p> <p>-Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos -Explorar el relleno capilar -Explorar la turgencia de la piel -Monitorear el peso -Monitorizar las entradas y salidas -Monitorizar signos vitales según corresponda Observar cantidad y características de la orina</p> <p>2080 Manejo de líquidos -Usar precauciones universales -Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales -Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen sobrecarga de líquidos o deshidratación</p>	<p>-Control del riesgo</p> <p>-Restablecer volemia, hidratación de piel y mucosas</p> <p>-Mantendrá una P/A 90/60mmHg</p>

	<p>membrana mucosas húmedas 060205 Sed 060211 Diuresis 060212 disminución de la presión arterial 020613 Aumento de hematocrito 060218 Función cognitiva</p>	<p>- -Monitoreo de las funciones vitales -Observar si hay indicios de sobrecarga retención de líquidos -Peso diario -Administrar líquidos si está indicado -Contar o pesar pañales -Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, y presión arterial) -Controlar los resultados de laboratorio -Obtener muestras para el análisis de laboratorio (hematocrito, electrolitos séricos) -Monitorizar el estado hemodinámico -Administrar terapia IV, a temperatura ambiente (CLNa 0.9%a XX gotas x')-Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos -Organizar la disponibilidad de hemoderivados -preparar al paciente para la administración de hemoderivados -Administrar hemoderivados -Registrar y consultar con el medico cualquier signo de alarma. -Registra las actividades realizadas.</p>	
--	--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Código (00039) Riesgo de aspiración R/C reducción del nivel de conciencia</p>	<p>Código: 0912 Estado neurológico: conciencia Escala: De gravemente comprometido a no comprometido (1-5)</p> <p>Indicadores: 091202 Orientación cognitiva</p> <p>Código: 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de vías respiratorias Escala: De Grave a normal (1-5)</p> <p>Indicadores: 041012 Capacidad de eliminar secreciones</p>	<p>Código:2620 Monitorización neurológica -Vigilar el nivel de conciencia -Comprobar el nivel de orientación -Comprobar la respuesta a estímulos -Controlar la tos y el reflejo nauseoso -Monitorizar la protuberancia normal -Lateralizar la cabeza del paciente</p> <p>Código: 3160 Aspiración de las vías aéreas -Determinar la necesidad de la aspiración nasal y/o traqueal -Ausculte los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración -Realizar el lavado de manos -Usar precauciones universales -Usar el equipo de protección personal que sea adecuado -Mantenga el equipo de aspiración operativo y cerca al paciente -Anote el tipo y cantidad de secreciones -Observe, informe y registre signos de alarma -Registre las intervenciones realizadas</p>	

DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: (00146)</p> <p>Ansiedad R/C cambios en el estado de salud E/P expresión de su preocupación, voz temblorosa, a veces grita</p>	<p>Código: 1211 Nivel de ansiedad, Escala: de grave a ninguna (1-5)</p> <p>Indicadores ataque de pánico Aumento de la frecuencia respiratoria</p>	<p>Código: 5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valorar los niveles de ansiedad en el paciente -Utilizar un enfoque sereno que de seguridad -Escuche as expresiones de sentimientos -Apoye el uso de mecanismos de defensa adecuados <p>Código 5270 Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comente la experiencia emocional con el paciente -Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los medios -Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir a la respuesta emocional -Permanecer más tiempo con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo -Instruya al paciente el uso de técnicas de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> -Paciente disminuye la duración de la ansiedad -Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad

3.3.4 EVALUACIÓN

3.3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA:

S	Madre refiere: "Mi hija se ha caído del techo del tercer piso de mi casa más o menos son 9 metros o más, cuando nos dimos cuenta estaba tirado boca abajo no reaccionaba estaba como desmayada, más o menos un minuto despertó llorando y mientras la traíamos a vomitado una vez pura comida, luego a convulsionado se puso rígida y miraba hacia arriba".
O	Paciente con tendencia al sueño, reactivo al estímulo táctil, palidez de piel y mucosas, Glasgow 11 puntos se palpa céfalo hematoma parieto temporal izquierdo, laceraciones en hemicara izquierda, sangrado no activo en oído izquierdo, Disneico FR:40x', SatO2 95%, abdomen blando depresible, disminución de fuerza muscular, no déficit motor.
A	<ul style="list-style-type: none">-Disminución de la capacidad adaptativa intracraneana R/C Lesión cerebral, traumatismo-Dolor R/C Agentes lesivos físicos-Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación-Riesgo de disminución del gasto cardiaco R/C alteración de la pre carga-Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C-Riesgo del desequilibrio del volumen de líquidos R/C perdidas activas-Riesgo de aspiración R/C disminución del nivel de conciencia-Ansiedad R/C cambios en el estado de salud
P	<ul style="list-style-type: none">-Niña mejorara estado neurológico-Niña denotar ausencia de gestos que expresen dolor-Niña denotara ausencia de gestos que expresen dolor-Mantendrá gasto cardiaco dentro de parámetros normales-Lograra disminuir el riesgo de perfusión tisular cerebral adecuada-Paciente lograra mantener volemia, hidratación de piel y mucosas-Paciente mantendrá vías aéreas permeables-Logrará disminuir el riesgo de aspiración mantendrá vías aéreas permeables-Paciente denotará ausencia de manifestaciones de ansiedad
I	<ul style="list-style-type: none">-Se realizó lavado de manos respetando los 5 momentos-Se utiliza medidas de bioseguridad en la atención de la paciente-Se coloca oxigeno por dispositivo no invasivo-Monitorización de signos vitales, llenado capilar-Monitorización de signos y síntomas de shock-Monitorización de la saturación de oxigeno-Elevación de la cabecera del paciente a 30 grados

	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorización del estado de conciencia mediante escala de Glasgow -Canalización de dos vías IV -Administrar soluciones endovenosas -Se realiza balance hídrico estricto -Se realiza la valoración del dolor -Se brinda comodidad y confort -Se administran analgésicos indicados -Se monitoria estado respiratorio frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones -Se realiza valoración exhaustiva de la circulación periférica -Se controla eficacia de la oxigenoterapia -Se aspiran secreciones por boca y lateraliza a paciente -Establecer una relación de apoyo con el paciente y familia -Se resuelve en forma clara y sencilla inquietudes sobre enfermedad y estado del paciente
E	<ul style="list-style-type: none"> -Paciente mantiene signos vitales dentro de rangos normales -Paciente mantiene Glasgow 14/15 -Paciente no presenta facies de dolor -Paciente mantiene signos vitales dentro de rangos normales -Mantiene patrón respiratorio eficaz con adecuada saturación de oxígeno -Paciente mantiene volemia, hidratación de piel y mucosas -Paciente logra mantener gasto cardiaco dentro de parámetros normales

Elaboración propia. Peralta M. (2020)

CONCLUSIONES

1. La experticia profesional adquirida con la experiencia y una formación adecuada, hacen posible que el profesional de enfermería adquiera competencias cognitivas y actitudinales para ejercer su cuidado.
2. El traumatismo encéfalo craneano constituye uno de los más importantes problemas de salud pública por la elevada morbimortalidad que deja y a su vez genera un gasto socio sanitario, debido a esto, la enfermera tiene que realizar una valoración correcta para que el accionar sea rápido, adecuado y oportuno.
3. Con este trabajo se evidencia que la atención y cuidados de enfermería no son mecánicos, sino acciones que están sustentadas bajo un principio y justificación científica.
4. Mediante la elaboración de este trabajo de estudio caso, se analizaron los beneficios de una buena técnica de cuidados en la realización de procesos de enfermería aplicada a pacientes pediátricos con diagnóstico de Traumatismo encéfalo craneano que acuden a la emergencia pediátrica del Hospital Nacional Alcides Carrión, el cual colaborara a una pronta recuperación, así reducir las complicaciones y disminuir las secuelas a corto y largo plazo.
5. El cuidado de un niño con compromiso vital crítico dependerá de la atención que recibe frente a la satisfacción de sus necesidades y el apoyo crucial de la familia.

RECOMENDACIONES

1. El Ministerio de Salud debe llevar a cabo programas de prevención de accidentes.
2. La atención de enfermería mediante la sistematización de sus cuidados permitirá disminuir la morbimortalidad, complicaciones y secuelas del paciente pediátrico que acude a la emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
3. La institución debe promover la actualización constante fomentando horas netamente de educación al personal de enfermería y sobre todo a la investigación que lastimosamente en nuestra realidad es precaria.
4. Actualizar las guías de atención existentes en el servicio de emergencia pediatra del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
5. La atención desde un enfoque multidisciplinario debe ser prioridad para la institución garantizando la eficiente y la calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen JW, Vakil-Gilani K, Williamson KL, Cecil S. Infrared pupillometry, the Neurological Pupil index and unilateral pupillary dilation after traumatic brain injury: implications for treatment paradigms. SpringerPlus. 23 de septiembre de 2014;3(1):548.
2. Oliva M., Maya D. Traumatismo craneoencefálico grave en pediatría. *An Med (Mex)* 2016; 61 (4): 261-270. Disponible en: <https://bit.ly/3iqCqZk> [Acceso 04 septiembre 2020]
3. Marín A.L. Trauma en pediatría. *Rev Mex Anest.* 2017; 40 (1): S52-S54. Disponible en: <https://bit.ly/33lYnVm> [Acceso 04 septiembre 2020]
4. Bell M, Wainwright M. Pediatric Neurocritical Care. In Fuhrman B, Zimmerman J, Clark R, Relvas M, et al (Eds.). *Pediatric Critical Care*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. Págs.877-82[acceso septiembre 2020].
5. Shivaji, T., Lee, A., Dougall, N. et al. La epidemiología de la lesión cerebral traumática tratada en un hospital en Escocia. *BMC Neurol* 14, 2 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2377-14-2> [Acceso 02 octubre 2020]
6. Thurman D. La epidemiología de la lesión cerebral traumática en niños y jóvenes: una revisión de la investigación desde 1990. *J Child Neurol.* 2016;31(1):20-7.
7. McKinlay A, Hawley C. Tasas de incidencia de TBI en niños. Asociación Internacional de Lesiones Cerebrales. *Pediatr Anaesth.* 2014; 24 (7): 703-710
8. Cardona S., Estrada I., Anariba R., Pineda L. Caracterización clínico-epidemiológica de Traumatismo Craneoencefálico Severo Pediátrico en Hospital Nacional Mario Catarino Rivas 2016. *Acta Pediátrica Hondureña* 2019;10(1): 978-995. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/pediatria.v10i1.9120> [Acceso 04 septiembre 2020]
9. Astudillo V, Ochoa E, Córdova N, Barros T, Escalante P, Córdova F. Trauma cráneo-encefálico en niños. Servicio de Emergencia Infantil, Hospital José Carrasco – IESS, Hospital Vicente Corral – MSP, enero 2015 - octubre 2017. *Rev. Med. Ateneo* dic. 2017; 19 (2). 131-145
10. Guillén D. et al. Traumatismo encefalocraneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Perú 2004-2011; *Rev Perú Med Exp Salud Publica.* 2013;30(4):630-4. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a15v30n4.pdf> [Acceso 04 septiembre 2020]
11. Morales W., Plata J., Plata S., et al. Trauma craneoencefálico en Pediatría: La importancia del abordaje y categorización del paciente pediátrico en el servicio de urgencias *Pediatr.* 2019;52(3):85-93.
12. Worley, A. (2019). Concussion: Why nurses need to understand this hidden injury. *Pediatric Nursing*, 45(5), 235-243.
13. Palacio JM, Rojas K, Balmaceda B, Bustamante A, et al. Consenso Nacional de Enfermería sobre el manejo del niño con lesión cerebral por

- traumatismo de cráneo grave. Arch Argent Pediatr 2019;117 Supl 4: S157-S174. Disponible en : https://sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_supl_4_palacio_25-6pdf_1559936545.pdf [Acceso 04 septiembre 2020]
14. Colegio de Enfermeros del Perú. Ley del Trabajo de la Enfermera (o) N° 27669. Cap. 2 Art 7. Disponible en: <https://bit.ly/30scQNA> [Acceso 04 septiembre 2020]
 15. Palacio JM, Rojas K, Balmaceda B, Bustamante A, et al. Consenso Nacional de Enfermería sobre el manejo del niño con lesión cerebral por traumatismo de cráneo grave. Arch Argent Pediatr 2019;117 Supl 4: S157-S174. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_consenso-nacional-de-enfermeria-sobre-el-manejo-del-nino-con-lesion-cerebral-por-traumatismo-de-craneo-grave-85.pdf [Acceso 04 septiembre 2020]
 16. Heba Ismail Abd El-Azim, Iman Ibrahim Abd El-Moniem, Hossam Ibrahim Maati. Madiha Amin Morsi. Impacto del paquete de autoaprendizaje en el desempeño de las enfermeras en el cuidado de Niños con lesiones en la cabeza. *Egyptian Journal of Health Care*, 2019;10(01);253-267.
 17. Mendoza P. Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente pediátrico con traumatismo encéfalo craneal en el Servicio Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2018. [tesis segunda especialidad en enfermería]. Perú: Universidad Peruana Unión; 2019.
 18. Hinojosa K. Cuidados de Enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo encéfalo craneano en la unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgica del Instituto Nacional de Salud del Niño. San Borja. 2014 – 2017 [tesis segunda especialidad en enfermería]. Perú: Universidad Nacional del Callao; 2018.
 19. Mejía P. Cuidados de Enfermería a pacientes con traumatismo encéfalo craneano en la unidad de trauma shock- Servicio de emergencia del hospital nacional Cayetano Heredia, 2009-2017. [tesis segunda especialidad en enfermería]. Perú: Universidad Nacional del Callao; 2017
 20. León C. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista cubana de enfermería*. 2017; 33, (4);1-12 Disponible en : <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>. [acceso 04 septiembre 2020].
 21. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
 22. Adam E. Enfermeras ¿Dónde estamos? *Desarrollo Cientif Enferm*. 2008 ;16 (7):291-293
 23. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clínica*. 1 de julio de 2006;16(4):218-21.

24. Virginia avenel henderson: The mother of modern nursing. Int J Nurs Stud. 1 de octubre de 1996;33(5):579-80.
25. Correa Argueta E, Verde Flota EE, Rivas Espinosa JG. Valoración de enfermería. Basada en la filosofía de Virginia Henderson [Internet]. CBS52 ed. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2016 [citado 29 de octubre de 2020]. 147 p. Disponible en: http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
26. Cortés Recabal JE. LA RESILIENCIA: UNA MIRADA DESDE LA ENFERMERÍA. Ciencia y Enfermería. 2010;XVI(3):6
27. Traumatismo craneoencefálico grave en pediatría Oscar Miguel Oliva Meza Hernández,* Delia Karina Maya Bautista** Vol. 61, Núm. 4 Oct. - Dic. 2016 p. 261 - 270
28. Orliaguet G, Uhrig L. Traumatismo craneoencefálico del niño. EMC - Anestesia-Reanimación. 2016; 42(4): 1-15. Archivo disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1280-4703\(16\)80724-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1280-4703(16)80724-0).
29. Manejo del traumatismo craneal pediátrico Ignacio Manrique Martínez, Pedro Jesús Alcalá Minagorre, Director Instituto Valenciano de Pediatría. Valencia. 2Centro de Salud de Alfaz del Pí, Alicante. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manejo_del_traumatismo_craneal_pediatrico.pdf
30. Urrutia Cárdenas M. Temas de pediatría, urgencias. México: Mc Graw Hill; 1998. pp. 83-86.
31. Marshall LF, Marshall SB, Klauber MR, Van Berkum CM, Eisenberg HM, Jane JA et al. A new classification of head injury based on computerized tomography. J Neurotrauma. 1992; 9 (Suppl 1): S287-S292
32. Fildes J. Head trauma. In: American College of Surgeons. Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support course for physicians. Chicago: American College of Surgeons; 8th edition. pp. 131-151.
33. Kochanek PM, Carney N, Adelson PD, Shwall S, Bell MJ, Bratton S et al. Guidelines for the acute medical management of severe traumatic brain injury in infants, children and adolescent. Pediatr Crit Care Med. 2012; 13 (1): S1-S82
34. González M., Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría. Trauma craneal Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 3ª Edición, 2019. https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/18_Traumatismo_craneal.pdf
35. Otaiza M F. Traumatismo encefalocraneano. Rev Chil Pediatría. julio de 2000;71(4):361-7.

36. González M., García A. Traumatismo Craneoencefálico. *Revista mexicana de Anestesiología* 2013; 36. Supl 1; s186-s193 Disponible en : <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131as.pdf> [acceso 04 septiembre 2020].
37. Melgarejo D. Cuidados de enfermería en el paciente poli traumatizado. *Revista de Enfermería. Albacete.* Nº 15. Abril, 2002. [citado 04de setiembre 2020]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/388/2002-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos Enfermeros definiciones y Clasificaciones 2018-2020. 11ªed. España Madrid: Elsevier; 2019.

ANEXOS

Anexo 1: Tabla escala de Coma de Glasgow para población general y modificada para lactantes

TABLA I. Escala de Coma de Glasgow para población general y modificada para lactantes			
Escala de Glasgow		Escala de coma modificada para lactantes	
Actividad	Mejor respuesta	Actividad	Mejor respuesta
Apertura de ojos		Apertura de ojos	
Espontánea	4	Espontánea	4
Al hablarle	3	Al hablarle	3
Con dolor	2	Con dolor	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Verbal		Verbal	
Orientado	5	Balbuceo, palabras y frases adecuadas, sonríe, llora	5
Confuso	4	Palabras inadecuadas, llanto continuo	4
Palabras inadecuadas	3	Llanto y gritos exagerados	3
Sonidos inespecíficos	2	Gruñidos	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Motora		Motora	
Obedecer órdenes	6	Movimientos espontáneos	6
Localizar dolor	5	Localizar dolor	5
Retirada al dolor	4	Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3	Flexión anormal	3
Extensión anormal	2	Extensión anormal	2
Ausencia	1	Ausencia	1

Anexo 2: Algoritmo de manejo del traumatismo Craneoencefálico

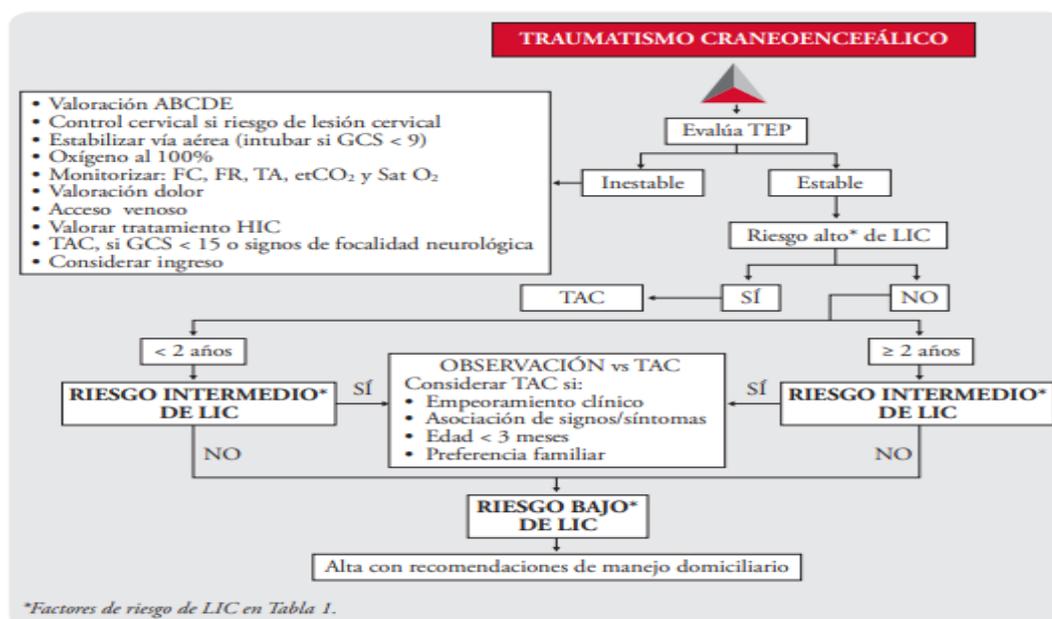


Figura 1. Algoritmo de manejo del traumatismo craneoencefálico.

Anexo 3 Evidencia fotográfica del cuidado de enfermería al paciente con Tec. –HNDAC Servicio emergencia pediátrica



Anexo 4 Placa radiográfica de caso clínico



Anexo 5 Tomografía de paciente - caso clínico

