

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



**CUIDADO INICIAL QUE BRINDA LA ENFERMERA AL
ADULTO CON TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE
SUPE, 2014 - 2016**

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

YENY ERLINDA ROJAS VILLADEZA

CALLAO, 2018
PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yeny Erlinda Rojas Villadeza', is written over a large, stylized, abstract scribble.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA	Presidenta
MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA	Secretario
MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ	Vocal

ASESOR: MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 099

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 12/02/2018

Resolución de Decanato N°487-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. YENY ERLINDA ROJAS VILLADEZA

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 ANTECEDENTES.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL O TEÓRICO.....	13
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	31
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	33
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	33
3.3 PROCESOS REALIZADOS.....	39
IV. RESULTADOS.....	44
V. CONCLUSIONES.....	47
VI. RECOMENDACIONES.....	48
VII. REFERENCIALES.....	49

ANEXOS

Anexo 1	Organigrama.....	42
Anexo 2	Flujograma.....	43
Anexo 3	Frontis del Hospital.....	44
Anexo 4	Área Trauma Shock.....	44

INTRODUCCION

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) en la actualidad constituye la primera causa de muerte y discapacidad en adultos menores a 45 años en el mundo, representando así un problema importante debido a que sustrae de la sociedad adulta que constituyen la población económicamente activa (1).

Los servicios de emergencia se caracterizan por ser lugares donde se solicita atención inmediata, oportuna y de calidad o por lo menos que se dé en el mínimo tiempo posible. Es por ello que la enfermera debe incrementar su acervo de conocimientos día a día para mejorar la calidad de cuidado que brinda sobre todo a pacientes con traumatismo encéfalo craneano, el mismo que debe de incluir conocimientos de teorías generales y teorías de enfermería, normas, patrones de conducta, lo cual permite hacer una valoración inicial y posterior evaluación final (2).

Es por ello el interés de realizar este informe con el título "Cuidado inicial que brinda la enfermera al Adulto con Traumatismo Encéfalo Craneano en el servicio del Hospital de Supe 2014-2016", tiene por finalidad describir el cuidado inicial que brinda la Enfermera a pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano. Asimismo, contribuir a identificar oportunamente los riesgos, capaz de garantizar a este tipo de pacientes el menor trauma

posible y de esta forma asegurarle una recuperación más rápida y con el menor número de secuelas posibles

El presente informe consta de siete capítulos: El primero capítulo: planteamiento del problema, objetivo general y justificación del estudio, el segundo los antecedentes, marco conceptual y definición de términos, tercero considera la presentación de la experiencia profesional, el cuarto: resultados, el quinto incluye las conclusiones, el sexto; recomendaciones y Por último se señalan las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El cuidado inicial del paciente con traumatismo encéfalo craneano demanda del personal de enfermería, conocimientos basados en principios científicos fundamentales encaminados a evitar la lesión secundaria, lo cual implica una valoración exhaustiva y una constante observación.

El traumatismo encéfalo craneano es la alteración en la función neurológica u otra evidencia de patología cerebral a causa de una fuerza traumática externa que ocasione un daño físico en el encéfalo. El TEC representa un grave problema de salud y es la causa más común de muerte y discapacidad en la gente joven, sin contar las grandes repercusiones económicas relacionadas (3).

El trauma cráneo encefálico es un problema de salud pública tanto en los países desarrollados y subdesarrollados, dentro de los servicios de emergencia, el "trauma cráneo encefálico" es la primera causa de mortalidad, ocasionados generalmente por accidentes de tránsito, laborales y domésticos; frente a esta situación los servicios de emergencia se esfuerza en brindar atención de calidad, pero a pesar de

todo el esfuerzo, este tipo de pacientes continúan representando un porcentaje elevado de morbimortalidad (4).

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) es una patología muy frecuente en nuestro país, según la dirección general de epidemiología reporta que el año 2012 hubo 95,972 accidentes, de los cuales el 24% son lesiones producidas por accidentes de tránsito. En lima la incidencia del TEC es alta, afectando al 46.8% de la población económicamente activa (15 a 65 años), en el servicio de emergencia del Hospital dos de Mayo, el 20% de pacientes son atendidos por lesiones encéfalo craneanos la mayoría leves. Son más frecuentes en adultos jóvenes de sexo masculino (5).

Según la Gerencia Regional de Salud Lima, durante el periodo de Enero - Julio 2014 en el Hospital Regional Docente de Huacho se atendió 512 casos de traumatismo encéfalo craneano entre leve, moderado y severo. En el Hospital de Supe en el 2014 ingresaron 56 pacientes con diagnóstico de traumatismo encéfalo craneano al servicio de emergencia de los cuales el 25% son producidas por accidentes de tránsito donde el 90% de ellos fallecieron (Anexo 4) (6).

Una atención adecuada del personal de enfermería debe fundamentarse en la evaluación y monitoreo continuo del paciente durante las 72 horas iniciales, priorizando el mantenimiento de la vía aérea y el control cervical,

la ventilación y respiración, la circulación, el estado neurológico, y la identificación de los signos de alarma; por lo tanto, es importante en la evolución de los pacientes con esta patología ofrecer valiosas informaciones sobre su pronóstico debido a los eventos fisiopatológicos que ocurren en ese período (7).

Tomando en consideración que el paciente con TEC es un paciente crítico, debería ser manejado con protocolos de atención ya que el cuidado inicial que se brinda las primeras horas dependerá la evolución y recuperación del mismo, en la Institución en la que se realiza el informe se pudo observar que no existe protocolos de enfermería que contribuyan en la orientación y homologación de las intervenciones de enfermería en usuarios con TEC evidenciando desaciertos en la interacción inicial.

En el Servicio de Emergencia del Hospital de Supe los problemas que he observado día a día durante mi experiencia profesional que impiden el adecuado manejo de pacientes con TCE son: falta de protocolos de Enfermería, escasa capacitación, rotaciones continuas del profesional de enfermería, espacio hospitalario limitado, falta de equipos e insumos, escasos de personal y exceso de trabajo (multifuncionalidad) (Anexo 2).

Por lo tanto, el papel que desempeña la enfermera en el servicio de emergencia, es la clave en la atención de este tipo de pacientes toda vez

que el cuidado que brinda la enfermera ayuda a disminuir las complicaciones que muchas veces se toman irreversibles por tener compromiso del sistema nervioso (Anexo 1).

1.2 Objetivo

Objetivo General

- Describir el cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano, en el servicio de Emergencia del Hospital de Supe 2014 – 2016.

1.3 Justificación

Cada día se produce un incremento de pacientes que ingresan a las salas de emergencias, observándose que el TEC representa la mayor tasa de morbi-mortalidad, aumentando considerablemente la estancia hospitalaria y gastos de recursos económicos, además constituye un indicador para evaluar la atención de las enfermeras que prestan en las diversas instituciones de salud.

El desarrollo tecnológico en los diversos ámbitos también demanda un notable incremento de los riesgos de este trauma. Estos riesgos tan

elevados están relacionados con el desarrollo industrial, la construcción o el tráfico desorbitado de las ciudades y carreteras.

Es de vital importancia que el personal de enfermería tenga las herramientas necesarias, para atender al adulto que padece TEC en el menor tiempo posible considerando que las primeras horas son vitales, lo cual permitirá mejorar y generar cambios en la atención de enfermería.

El traumatismo encéfalo craneano ocupa un importante papel en la morbimortalidad siendo uno de cada diez pacientes admitidos en esta unidad, y situándose siempre entre una de las cuatro primeras causas de muerte en el servicio.

La información recabada servirá para favorecer la toma de decisiones en la aplicación de esquemas de cuidados efectivos que consideren el cuidado inicial del paciente, priorizando según la literatura, la prevención de posibles complicaciones que pongan en riesgo su vida.

Por lo tanto, ese informe beneficiara a la población adulta que se atiende en la institución, al mejorar la calidad de atención que ofrece el personal de enfermería; lo que favorece también la disminución de los costos que derivan de las estancias hospitalarias prolongadas, tanto para la familia como para el estado.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Muchos estudios se han realizado referente a la atención inmediata del paciente con traumatismo encéfalo craneano entre ellos citamos:

A nivel internacional:

Sailema M (2015) Ecuador, 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 2014 - Enero 2015", 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 fue cuantitativo/cualitativo y descriptivo. Posteriormente después de haber analizado los resultados se llega 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 situación aparentemente basada en técnicas, habilidades, destrezas y no así en sólidos conocimientos científicos del hecho lo cual se refleja en una atención no ajustada a las necesidades reales del paciente (8).

Saca, SichiQui, y Quito (2013) Ecuador, realizaron un estudio sobre el "Cuidado de Enfermería a Pacientes con Traumatismo Craneoencefálico del Área de Cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso" Cuenca 2013, teniendo como objetivo: Determinar el cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes que presentan Traumatismo Cráneo Encefálico en el Área de Cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo Mayo-Julio 2013, con una muestra de 12 profesionales de enfermería, el método utilizado fue descriptivo de corte transversal. Concluyeron que el Proceso de Atención de Enfermería se encuentra en un nivel medio puesto que un grupo considerable de enfermería aplica el PAE de forma incorrecta y sin fundamento científico (9).

Bustos, M. y Cortez, Á (2012) realizaron una investigación titulada "Manejo de enfermería en paciente con trauma craneoencefálico atendido en el servicio de emergencia del Hospital Marco Vinicio Iza, durante el periodo Marzo-Julio del 2012", Ecuador-Tulcán, Objetivo: Determinar el manejo de enfermería en pacientes con trauma cráneo encefálico atendidos en el servicio de Emergencia del Hospital Marco Vinicio Iza, entre marzo-julio del 2012. Utilizaron el método inductivo y deductivo, partiendo de la observación e investigación de campo. Concluyeron: que el manejo del personal de enfermería al paciente

con traumatismo Craneoencefálico es bajo en conocimiento, lo cual es alarmante ya que existe un promedio de 34 pacientes atendidos mensualmente, en un total de 171 pacientes durante el tiempo establecido de la investigación. Recomiendan que es necesaria la realización de capacitaciones continuas y organizadas, para el manejo de las acciones de enfermería fundamentadas en un conocimiento científico más no empírico (10).

A nivel Nacional:

García M y Samanés S (2016) Trujillo, realizaron el estudio de investigación titulado "Nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la Enfermera al Adulto con Traumatismo Encéfalo Craneano del Servicio de Emergencia Hospital Belén de Trujillo 2016" Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano y del servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo 2016. Metodología: es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 25 enfermeras, la recolección de datos se realizó utilizando dos cuestionarios, el primero sobre el nivel de conocimientos y el segundo sobre calidad inicial que brinda la enfermera al adulto con TEC. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 56% de las 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. Concluyéndose que no existe relación entre el nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial, dado que el coeficiente de validez y significancia fué corroborado con la prueba estadística gamma (valor- $p > 0,05$) (11).

Cam Paucar, JL. (2011). Lima, realizo una investigación titulada “Incidencia y manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana” Objetivo: Determinar la incidencia de pacientes con TEC e identificar el abordaje inicial de estos pacientes. Metodología: estudio cuantitativo descriptivo y de corte transversal, La población estuvo constituida por 120 pacientes con traumatismo endocraneana, se utilizó una lista de verificación para recoger los datos de las historias clínicas. Conclusiones: “El traumatismo encefalocraneano es una causa frecuente de mortalidad y morbilidad que va en aumento. Es importante la terapéutica inicial para estabilizar al paciente lo que incluye manejo de la vía aérea, estabilización hemodinámica, terapéutica inicial de la hipertensión endocraneana, sedación y analgesia, uso de anticonvulsivantes, evitando las complicaciones secundarias y mejorando el pronóstico de la enfermedad” (12).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Traumatismo Cráneo encefálico

a) Definición

“Se define como el daño físico o funcional del contenido craneal, condicionado por un cambio agudo de la energía mecánica o bien cualquier lesión del cuero cabelludo, bóveda craneal o su contenido”. El TEC se define como lesión física, con o sin pérdida del conocimiento.

b) Manifestaciones clínicas:

Las manifestaciones clínicas dependen del grado y la ubicación de la lesión encefálica y del edema cerebral subsecuente. Laceraciones del cuero cabelludo, fracturas o depresiones en el cráneo y equimosis en la cara pueden ser indicio de una lesión encefálica traumática. Es posible que por la nariz o los oídos gotee sangre o LCR. La equimosis periorbitaria o signo de mapache, en las apófisis mastoideas o signo de Battle signos de fractura de base de cráneo (13).

El traumatismo encéfalo craneano se caracteriza por presentar dos etapas definidas. La primera es la lesión biomecánica que produce una alteración estructural del sistema nervioso, con

pérdida irreversible de la función; y la segunda es aquella en la cual fenómenos secundarios, de índole principalmente isquémica, contribuyen a deteriorar más la función cerebral (14).

En la primera etapa; se produce el daño directo responsable de las lesiones nerviosas y vasculares que aparecen inmediatamente después y hasta las 6-24 horas del impacto, este daño obedece a dos tipos distintos: estático y dinámico. En el daño estático existe un agente externo que se aproxima al cráneo con una energía cinética determinada hasta colisionar con él. La energía cinética es proporcional a la masa y a la velocidad, siendo estos dos parámetros de los que dependerá la gravedad de las lesiones resultantes. Es responsable de fracturas de cráneo y hematomas extradurales y subdurales (15).

En la segunda etapa; se produce la lesión cerebral secundaria. Como consecuencia de la lesión primaria; desarrollando una serie de lesiones cerebrales, entre las primeras, las de mayor repercusión serían las alteraciones hidroelectrolíticas (hipo e hipernatremia), hipotensión, hipoxemia, infecciones y alteraciones gastrointestinales. La hiponatremia tras el trauma, el edema cerebral puede estimular una liberación excesiva de

hormona antidiurética (ADH), lo que provocaría retención de agua. El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) está especialmente relacionado con fracturas de la base del cráneo, ventilación mecánica prolongada y aumento de la PIC (15).

Las consecuencias en un traumatismo craneal afectan las funciones mentales superiores como la inteligencia y la memoria, afectar la función motora (movimientos voluntarios o involuntarios), el sueño o conducir a un estado de confusión y coma. La gravedad de las discapacidades dependerá del lugar y de la extensión de la lesión. Sin embargo, la rehabilitación puede contribuir a reducir el impacto del déficit funcional (16).

El traumatismo encéfalo craneano se pueden clasificar mediante la escala de coma de glasgow; esta es una herramienta para valorar la conciencia y la respuesta del paciente a estímulos. Se utiliza como indicadores la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora, se asigna una puntuación máxima de 15 puntos y una mínima de 3 puntos, califica el traumatismo craneoencefálico como: leve, moderado y grave. Las dificultades para evaluar el glasgow serán el edema de párpados, afasia, intubación, sedación (17).

c) Epidemiología

Las causas del traumatismo encéfalo craneano son numerosas y se clasifican según lugar y cómo sucedió, entre las principales causas tenemos la edad, sexo, factores culturales y laborales.

d) Clasificación

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

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.

e) Valoración inicial

Martínez, Bonifaz (2010). Refieren que durante la valoración inicial se debe tener en cuenta lo siguiente:

- 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.

Factores que pueden interferir en la aplicación de la escala de Glasgow:

A nivel ocular

Se deben evaluar: lesión de nervios oculares, traumatismos, edema periorbitario y dolor

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.

f) Valoración a nivel pupilar

La valoración se basa en la observación del tamaño, igualdad y reactividad pupilar, estas características están controladas por la cantidad de energía lumínica, tono acomodativo, estado general y estado de alerta. (Singh, et al., 2013).

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 Battle, que es la equimosis por detrás del 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 (Martínez, Bonifaz, 2010).

Otro aspecto a valorar son los reflejos pupilares que dependen del sistema nervioso autónomo y de las vías nerviosas, alguna alteración a este nivel estaría indicando alteraciones del nervioso central y periférico (García y Ibarra, 2012).

Durante la valoración, se debe considerar que existen factores que afectan este proceso: Las pupilas puntiformes responden al efecto de los opiáceos. Las pupilas midriáticas responden al uso de atropina, anoxia, hipotensión grave, hipotermia, sobredosis de barbitúricos, cese de opiáceos, etc.

García y Ibarra (2012) mencionan que la presencia de reflejo corneal, confirma la muerte cerebral, en tal sentido como su único aporte es

este, se sugiere que la evaluación de reflejo corneal no se realice de forma rutinaria, así se puede prevenir lesiones de córnea.

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

TCE leve (13 a 15 puntos)

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

- **Signos y síntomas de TCE leve**

Cefaleas, vértigos, náusea – vomito no persistentes, hipersensibilidad a los ruidos, hipersensibilidad a la luz, tinnitus, diplopía, visión borrosa, intranquilidad, insomnio, trastornos de memoria, fatiga, irritabilidad, ansiedad, depresión.

- **Tratamiento TCE leve**

La gran mayoría de pacientes con TCE leve, tienen una recuperación favorable y necesitan estar en observación, una cantidad pequeña de estos pacientes sufren un deterioro neurológico posterior, debido a hipertensión intracraneal (HIC) por edema, o por presencia de una masa expansiva intracraneal (28).

Por lo ya mencionado anteriormente es importante tener al paciente en el hospital en observación unas 6 horas, valorando su estado fisiológico cada hora y todo se encuentra dentro de los parámetros normales y el paciente no presenta sintomatología, se le envía a su hogar, previo a una educación a los familiares sobre signos de alarma, para el regreso del paciente, transcurrido el periodo de 72 horas y el paciente se encuentra asintomático, podrá regresar a su vida rutinaria.

TCE 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 realizara una TAC (tomografía axial computarizada), en caso 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.

TEC severo (< 8 puntos)

Se incluyen aquellos pacientes que presentan Glasgow menor o igual a 8 puntos, descenso en la puntuación de Glasgow de 2 o más puntos, disminución del nivel de conciencia no debido a alcohol, drogas, trastornos metabólicos, signos neurológicos de focalidad, fractura deprimida o herida penetrante en cráneo.

El manejo inicial comprende priorizar el ABCDE

- A=vía aérea control de la columna cervical
- B= respiración ventilación
- C=circulación con control de hemorragias
- D= déficit neurológico.

Tan pronto como lo permitan las funciones vitales se realizará una TAC cerebral y estudio radiológico de columna cervical. La detección de hematoma epidural, subdural o hemorragia intraparenquimatosas con importante efecto de masa ocupante de espacio, requieren de cirugía y descompresión urgente.

Si no existen estas lesiones y el paciente permanece en coma se deben tomar medidas para disminuir la PIC (presión intracraneana) y la monitorización.

2.2.2 Cuidados de Enfermería en pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano

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

“Los cuidados de enfermería son acciones autónomas basadas en un fundamento científico, que se lleva a cabo con el fin de beneficiar al paciente de un modo determinado”. Phanvend (1993). Cuyos criterios son: conocimientos del modelo conceptivo, conocimientos científicos, éticos, legales conocimiento del proceso científico, habilidades y técnicas, este proceso de enfermería no es más que la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería, como también se utiliza para determinar los problemas del paciente, para planear y ejecutar en forma sistemática los cuidados de enfermería.

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

La valoración, fase inicial del proceso de cuidados, consiste en reunir toda la información disponible necesaria, se debe observar, consultar, cuestionar y recopilar datos. En el trauma craneoencefálico se recolectara datos como la edad, alergias y enfermedades previas para identificar a los pacientes con mayor riesgo de LIC, también es importante el tiempo transcurrido desde el traumatismo, el mecanismo de la lesión, la superficie y distancia de impacto, posición antes y después del golpe, signos y síntomas asociados. Si hubo o no pérdida de la conciencia, si hay crisis

convulsivas, determinar el tiempo de inicio posterior al trauma, duración y focalización, así como la presencia de vómitos, irritabilidad, ataxia y comportamiento anormal. El vómito después del trauma de cráneo no es raro, sin embargo, su persistencia después de varias horas puede ser un dato de lesión intracraneal. Es necesario interrogar sobre si hay cefalea, dolor de cuello, amnesia, debilidad, alteraciones visuales, parestesias (26).

a. Clínica:

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

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

b. Exploración física:

Se buscan signos de traumatismo, realizando una palpación cuidadosa de la cabeza, identificando hematomas de cuero cabelludo, signos de fractura craneales y abombamiento de la fontanela. Son indicadores de la fractura de la cráneo: hematoma periorbitaria (ojos de mapache), hematoma retroauricular (signo

de Battle), otorrea o rinorrea de LCR. Se debe examinar el cuello en busca de deformidades o puntos dolorosos.

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

El diagnóstico es la segunda fase consiste en examinar los datos obtenidos y clasificar de forma independiente, para reflejar la satisfacción autónoma de las necesidades en ver como se presenta los problemas de los cuidados y en consecuencia establecer prioridades. Planificación es una etapa orientada esencialmente a la acción, significa establecer un plan de acción, programas y etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precisiones que se deben tomar.

Ejecución, esta fase de los cuidados constituye el momento de la realización del plan de intervenciones en el que existen actores

múltiples: el cliente, la enfermera, el equipo de cuidados de enfermería y de la familia.

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

c. Intervención de enfermería en paciente adulto con TEC

Es de vital importancia que el personal de enfermería tenga las herramientas necesarias, para atender al adulto que padece TEC en el menor tiempo posible considerando que las primeras horas son vitales, lo cual permitirá mejorar y generar cambios en la atención de enfermería (18).

La enfermera tiene que asumir el compromiso de intervenir adecuadamente en el cuidado del adulto con traumatismo encéfalo craneano según la gravedad del problema, con el propósito de evitar todo tipo de complicaciones que puedan repercutir en forma inmediata, mediata y tardía (19).

De acuerdo con los anteriores principios, y aplicados al cuidado inmediato; asegurar en primera instancia, la permeabilidad de la vía aérea; con el fin de disminuir el daño cerebral irreversible,

aportar oxígeno y evitar a lo posible la posibilidad de trauma de columna, para ello se debe llevar a cabo una técnica segura, estandarizada y si fracasa se debe considerar una traqueostomía para evitar las complicaciones de la intubación prolongada como estenosis traqueo faríngeo, erosión, ulceración y daño de las cuerdas bucales y otras (20).

Es indispensable asegurar la ventilación y respiración, una vez permeabilizada la vía aérea hay que asegurar mediante la valoración física que el paciente esté ventilando en forma adecuada. Hay que detectar la presencia de respiraciones anormales que pueden sugerir el tipo de daño neurológico; la respiración de cheyne - stokes indica lesión mesencefálica, la hiperventilación neurogénica central indica protuberencial y la respiración de biot una lesión bulbar (21).

Asimismo es importante considerar la circulación; el cerebro necesita una determinada cantidad de sangre en forma constante a una presión mínima de 70 mmhg para la cual es necesario mantener una presión arterial media de 90 mmhg que se logra con una presión arterial de 130/70mmhg. La hipertensión arterial produce edema cerebral, es la segunda causa de daño cerebral secundario después de la hipoxemia y la hipotensión. Además de

la presión arterial, el pulso es un parámetro importante que orienta a buscar otras lesiones asociadas en caso de trauma (22).

El flujo sanguíneo cerebral parece constante, bajo condiciones normales debido a tres factores: la autorregulación, hipocarbica y la hipoxia. La autorregulación permite mantener el flujo sanguíneo cerebral constante a pesar de las variaciones en la presión arterial media (entre 50 mmHg y 160 mmHg); cuando estos límites se superan se producen dos fenómenos: si la presión arterial media es inferior a 50 mmHg se produce hipoxia cerebral por disminución de la presión de perfusión cerebral y por lo tanto edema cerebral. Si la presión arterial media es mayor a 160 mmHg se produce una hiperemia que aumenta la presión intracraneana favoreciendo las posibilidades de sangrado. La hipocarbica produce vasoconstricción cerebral severa con la consecuente producción de isquemia y la hipoxia aumenta el flujo sanguíneo mediante vasodilatación cerebral (22).

Déficit neurológico (evaluación neurológica); esta evaluación pretende establecer el nivel de conciencia, así como el tamaño y reacción de las pupilas del paciente, signos de lateralidad y nivel de lesión medular. La evaluación neurológica mediante la escala

de coma de glasgow es un método simple y rápido para determinar el nivel de conciencia (23).

La dilatación pupilar bilateral sin respuesta a la luz puede deberse a una inadecuada perfusión cerebral o menos comúnmente a parálisis bilateral del III par. Una pupila que no responde a la luz, habiendo respuesta a la luz en el otro lado (pupila de Marcus Gunn) es clásica de una lesión del nervio óptico. Pupilas bilateralmente pequeñas sugieren efecto medicamentoso (particularmente opiáceos), algún tipo de encefalopatía metabólica o lesión destructiva del puente. Al examen pupilar: Las pupilas pequeñas y reactivas indican lesiones metabólicas que afectan a hemisferios cerebrales, o una lesión en el bulbo raquídeo mientras que las pupilas puntiformes no reactivas pueden depender de una alteración metabólica o lesión en la parte baja protuberencial (23).

La postura es la posición del cuerpo en el espacio, en el mantenimiento de una postura correcta interviene todo el sistema nervioso especialmente el sistema vestibular. Las alteraciones posturales no siempre derivan de déficit neurológicos, algunos problemas ortopédicos (como fracturas o luxaciones), y la presencia de dolor puede provocar alteraciones en la proporción

del cuerpo. En estos casos el examen físico es de vital importancia para evitar errores en la interpretación (21).

Existen tres posturas características y secundarias a lesiones graves del sistema nervioso central (SNC); rigidez por descerebración, la rigidez por decorticación y flacidez corporal. En la postura de descerebración el paciente presenta brazos y piernas estiradas y rígidas hacia afuera, los dedos de los pies apuntan hacia abajo y la cabeza se acerca hacia atrás; en la rigidez por decorticación el cuerpo está rígido, los brazos estirados hacia afuera, los puños apretados y las piernas extendidas y la flacidez corporal aparece cuando hay compromiso a nivel del área inhibitoria de la formación reticular, parten neuronas que inhiben las moto neuronas en la medula espinal , disminuyendo así el tono muscular (21).

Es necesaria la exposición del paciente, se retira la ropa con el fin de realizar de forma rápida un examen cefalocaudal que permita identificar lesiones en otras áreas que puedan ser inadvertidas; esta etapa se debe realizar al iniciar y luego de estabilizar al paciente. Una vez finalizada la valoración, el paciente debe ser cubierto de inmediato para mantener la temperatura corporal y evitar el riesgo de hipotermia debido a la exposición, a las

lesiones y a las intervenciones que se utiliza en la reanimación; esto podría precipitar la aparición de acidosis, hipotermia y coagulopatía, conocido usualmente como la triada traumática de la muerte (22).

2.2.3 Teoría de enfermería

Al respecto el presente trabajo está sustentado en la teoría del Cuidado Humano de **Jean Watson**; es decir cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de expresarlos, de forma semejante al que otra persona los experimenta. El cuidado humano involucra valores, voluntad, compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud - enfermedad, interacción persona -medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera – paciente) (24).

La profesional de enfermería es quien permanece la mayor parte del tiempo a lado del paciente desde la perspectiva de un cuidado, intuitivo y amoroso, la persona es considerada de forma holística, la enfermera

interactúa permanentemente por tanto se destaca la importancia de los cuidados de enfermería para favorecer la recuperación del paciente y prestar una atención de calidad, ya que el profesional de enfermería es el que brinda la atención continua las 24 horas del día identificando alteraciones en su estado de salud disminuyendo así posibles complicaciones (25).

2.3 Definición de Términos

- **Cuidado:** Actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana.
- **Cuidados de enfermería.** El cuidado está vinculado a la preservación o conservación de algo, asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.
- **Cuidado inicial: diferentes:** intervenciones oportunas, personalizadas, continuas y eficientes en el que se tiene en cuenta seis prioridades.

- **Traumatismo encéfalo craneano:** Es una lesión anatómica o funcional del cuero cabelludo, el cráneo, las meninges o el cerebro producido por una fuerza contundente.

CAPITULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se realizó la búsqueda a través de:

- Historia clínica
- Área de Estadística e Informática
- Libro de emergencia

3.2 Experiencia Profesional

Inicié mis labores como Licenciada en Enfermería en el Hospital de Supe (Anexo 3) en Octubre del año 2009, contando con el Título de Licenciada de Enfermería y habiendo realizado el SERUMS Equivalente en el Puesto de Salud de Leticia, distrito de Supe Puerto, provincia de Barranca, departamento de Lima.

Se me asignó las funciones en el área asistencial en el servicio de medicina y cirugía lo cual para ese entonces una sola enfermera se encargaba de ambos servicios. Luego de varios meses laborando en el servicio; me proponen como coordinadora del servicio de medicina y cirugía cumpliendo la labor asistencial y administrativa, en las guardias nocturnas en el servicio de sala de operaciones no había personal de enfermería por lo que la enfermera de medicina

y cirugía tenía que apoyar en la instrumentación cuando había cirugías de emergencia. Ante la necesidad de personal profesional en el área de emergencia por licencias y vacaciones es que la Jefatura de Enfermería considera mi rotación.

Es entonces que la enfermera jefe del servicio de ese periodo considera necesario que desarrolle mis funciones asistenciales en el Servicio de Emergencia como una pasantía por 15 días en compañía de otro profesional de enfermería del servicio, para poder así retomar las actividades propias de área asistencial aprendida en el pregrado y reforzar mis actitudes; para luego poder evaluar mi desempeño y orientar adecuadamente el desarrollo de mis funciones hacia un servicio específico del área asistencial.

Pasado el periodo de pasantía para la jefatura de enfermería (para mi periodo de prueba), se me comunica que a partir del 01 de diciembre del año 2014 desarrollaré mis funciones como profesional de enfermería en el servicio de emergencia. Es ante este suceso que inicia mi desempeño profesional como enfermera asistencial del servicio de emergencia del Hospital de Supe, y para mí personalmente uno de mis mayores retos de desarrollo profesional.

En el desarrollo de mis actividades diarias he venido reforzando mis conocimientos y aprendiendo con el día a día no solo en lo profesional sino también en lo personal, como el tener tolerancia y poder comprender los diferentes tipos de caracteres con los que uno se encuentra en el quehacer diario, pues en este servicio llegan personas con diferentes patologías algunos emergencias reales, otros urgencias y otros casos que deberían ser atendidos en consultorio, no dejando de lado el gran apoyo que es hasta hoy la colaboración y enseñanza del personal con el que laboro día a día de quienes por sus años de experiencia son una fuente rica en conocimientos, los mismos que son aprovechados hasta la fecha por mí y reforzados con los cursos adicionales a los que podía asistir.

Me propuse como meta para el año 2013 realizar mis estudios de especialidad en el área de emergencias y desastres esto como desarrollo profesional y reforzado por una anécdota por así decirlo que me sucedió a inicios del 2014 y que para ese entonces marcaron mi vida; para lo cual y gracias a la gestión del Colegio de Enfermeros del Perú Consejo Regional XXIV-Lima Provincias se me presentó la oportunidad de estudiar en la Sección de Post Grado de la Fácultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao.

El presente informe surge a raíz de una experiencia vivida en el servicio de emergencia en mi tiempo de pasantía, observe la falta de protocolos para proporcionar un cuidado de calidad al adulto con traumatismo encéfalo craneano evidenciando desaciertos en la interacción inicial, la falta de capacitación, la reducción del personal y el espacio hospitalario limitado en el servicio lo que motivo nuestra inquietud para investigar.

Por otro lado la inexistencia de protocolos de atención de enfermería para el manejo del adulto con traumatismo encéfalo craneano, genera déficit en la atención que proporciona el equipo de salud en el servicio de emergencia, lo que da como resultado daño neurológico, que en algunos casos son irreversibles.

Por lo tanto, el papel que desempeña la enfermera en el servicio de emergencia, es clave en la atención de este tipo de pacientes toda vez que el cuidado que brinda la enfermera ayuda a disminuir las complicaciones que muchas de las veces se tornan irreversibles por tener compromiso del sistema nervioso.

- **Funciones Desarrolladas en la Actualidad**

a) Área Asistencial

- ✓ Realizar la entrega de turno a la enfermera entrante con su respectiva entrega de cargo.

- ✓ Disponer las medidas necesarias para el buen cuidado de los pacientes en el servicio de Emergencia.
- ✓ Mantener y supervisar los tópicos listos con materiales necesarios para la actuación de enfermería ante una emergencia.
- ✓ Apoyar en la referencia y contrareferencia de pacientes cuando el caso lo requiera.
- ✓ Ejecutar las actividades de salud en Emergencia y realizar seguimiento de casos en riesgo.
- ✓ Controlar, registrar y analizar los controles vitales de todos los pacientes atendidos.
- ✓ Brindar atención integral, directa, continua, oportuna, segura y libre de riesgo a la persona usuaria en coordinación con el equipo multidisciplinario.
- ✓ Brindar y asistir cuidados de enfermería a pacientes críticos a través de monitoreo continuo invasivo y no invasivo, registrando y ejecutando los cambios de los parámetros hemodinámicos indicados y procedimientos que requiera el usuario.
- ✓ Coordinar en el transporte interno o externo a medios de diagnóstico y/o transferencia en coordinación con el médico responsable, garantizando la continuidad terapéutica, integridad física y biológica del paciente.

b) Área Docencia

- ✓ Brindar educación sanitaria al usuario, la familia y la comunidad de acuerdo a las necesidades identificadas.
- ✓ Participar en los programas de formación y capacitación programados por la Unidad de Docencia e Investigación. (a estudiantes e internas de enfermería)
- ✓ Mantener un nivel óptimo de conocimientos de Enfermería, acorde con los avances científicos y tecnológicos en la salud.
- ✓ Participar en actividades de docencia de pregrado, correctamente uniformada según acuerdo institucional.
- ✓ Capacitar a la familia y la comunidad para la respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

c) Área Administrativa

- ✓ Realizar el registro diario de las actividades de enfermería y realizar las anotaciones de enfermería de cada paciente.
- ✓ Aplicar las Guías de Procedimientos y Guías de Atención de Enfermería establecidas, aplicando el proceso de Atención de Enfermería, buscando el bienestar físico – social y mental.
- ✓ Realizar la actualización de Guías de Atención y Procedimientos de Enfermería, según la morbilidad del último año.
- ✓ Supervisar las medidas necesarias para el buen cuidado de los pacientes en el servicio de Emergencia.

- ✓ Velar por el mantenimiento y la conservación de los equipos y mobiliario del servicio.
- ✓ Supervisar las actividades del personal técnico de enfermería.
- ✓ Cumplir con las Normas de Precaución Estándar (bioseguridad).
- ✓ Participar en la vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria

d) Área Investigación

- ✓ Participar en las actividades de investigación científica en el campo de la Enfermería.
- ✓ Realizar proyectos de mejora continua de la calidad en beneficio del desarrollo del servicio.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Cuando atendemos a un paciente con TEC debemos valorar y tratar en primer lugar las urgencias vitales. Hay que asegurar la vía aérea, control respiratorio y circulatorio.

La movilización del paciente se hará con sumo cuidado, para evitar la exacerbación del dolor o lo que es más frecuente el compromiso medular.

A. Permeabilidad de la vía aérea.

Si el paciente se encuentra con un nivel de conciencia bajo o en coma, o si no es capaz de emitir palabras, el primer paso es comprobar si su vía aérea está obstruida. Lo primero a realizar será limpiar la boca de

mantener una saturación de oxígeno superior al 95%, concentraciones inferiores al 90% sugieren hipoxemia, Elevación de la cabecera a 30 °.

B. Ventilación y respiración

Una vez permeabilizada la vía aérea hay que asegurar mediante la valoración física que el paciente este ventilando en forma adecuada. Hay que detectar la presencia de patrones respiratorios anormales que puedan sugerir el tipo de daño neurológico; la respiración de cheyne-stokes indica lesión mesencefálica, la hiperventilación neurogénica central indica lesión protuberencial y la respiración de Biot una lesión bulbar.

C. Circulación

La hemorragia es la principal causa de muerte tras un traumatismo. Cinco son los puntos a valorar: -Nivel de conciencia. - Coloración de la piel. - Frecuencia cardíaca y presión arterial. - Pulso. - Hemorragias visibles

Se deben canalizar una o dos vías periféricas de grueso calibre para poder administrar gran cantidad de fluidos en poco tiempo. Una via de grueso calibre tiene mayor velocidad de infusión que una VVC.

Una vez canalizada la vía venosa se inicia la administración de soluciones cristaloides (por excelencia suero fisiológico suero fisiológico) para mantener el equilibrio de líquidos.

- Valoración del nivel de conciencia: a través de la Escala de Glasgow.

- Exposición del paciente; descubriendo zona por zona y cubriendo las áreas ya valoradas para evitar la hipotermia. Realizaremos un buen examen y una evaluación completa de los daños, siendo minuciosos y teniendo cuidado de no movilizar la columna, para ello se movilizara al paciente en bloque para valorar la parte posterior.
- Una vez estabilizado se procederá al traslado del paciente al hospital de referencia, al que previamente ha sido coordinado por el médico de guardia, junto con el registro meticuloso y documentado de todos los acontecimientos sucedidos y todos los datos del paciente anteriormente registrados.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TEC

1. Limpieza Ineficaz de las vías aéreas R/C la presencia de secreciones y sangre.
2. Patrón respiratorio ineficaz R/C ausencia de flujo de aire, inestabilidad de los músculos respiratorios, pérdida de la conciencia.
3. Disminución del gasto cardíaco R/C pérdida de la volemia.
4. Riesgo de aspiración r/c deterioro del nivel de conciencia
5. Riesgo de alteración en la perfusión del tejido encefálico R/C el aumento de la presión intracraneana secundario a la pérdida de autorregulación del flujo sanguíneo y presencia de edema cerebral.

6. Riesgo de alteración de la integridad cutánea R/C disminución en la perfusión tisular.
7. Riesgo de infección R/C alteración de las barreras naturales del organismo.
8. Ansiedad familiar R/C déficit de conocimientos ante el evento traumático.
9. Perfusión tisular cerebral inefectiva r/c interrupción de flujo sanguíneo al cerebro e/p confusión, agitación motriz, parálisis parcial, cefalea.
10. Riesgo de lesión r/c alteración del nivel de conciencia

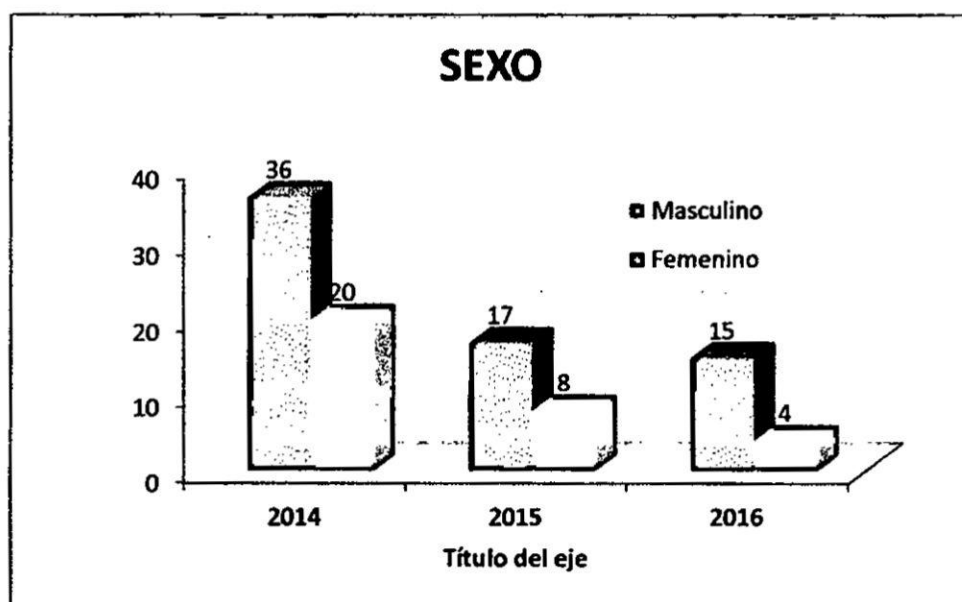
CAPITULO IV
RESULTADOS
CUADRO 4.1

Sexo de los Pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano del Servicio de Emergencia Hospital de Supe, 2014-2016

Sexo	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	36	64.20%	17	68.0%	15	78.9%
Femenino	20	35.70%	8	32.0%	4	21.1%
	56	100%	25	100%	19	100%

Fuente: Oficina de Estadística

GRAFICO 4.1



ANALISIS E INTERPRETACION

Del 100% de pacientes que ingresaron al área de shock trauma, el 2014 corresponde al sexo masculino con 64.2%, y el sexo femenino 35.7%; el 2015 sexo masculino 68%, y el sexo femenino 32%; el 2016 sexo masculino 78.9%, y femenino 21%; siendo el porcentaje más alto en los varones por ser la población más afectada debido a las diversidad de ocupaciones que realizan.

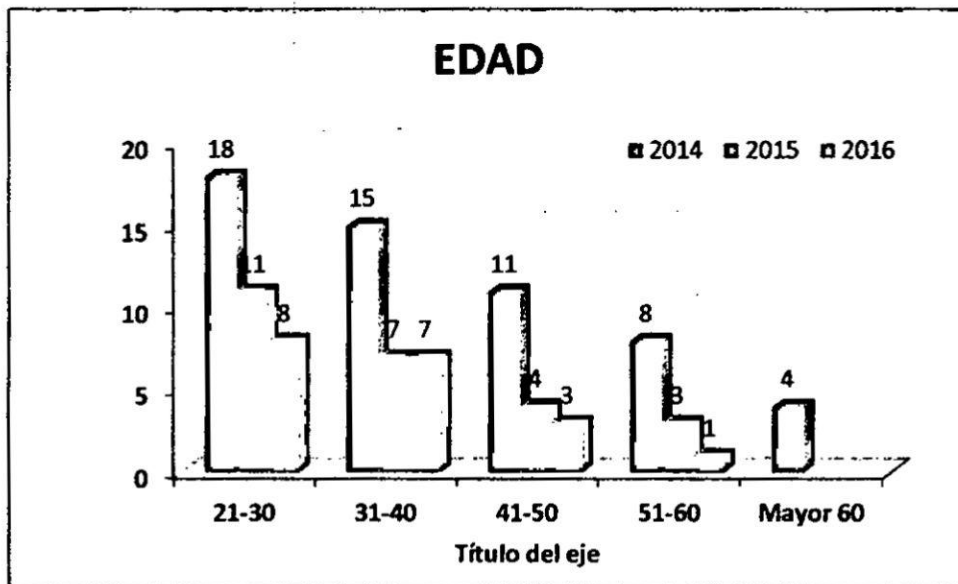
CUADRO N° 4.2

Edad de los Pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano del Servicio de Emergencia Hospital de Supe, 2014-2016

Grupo de edad	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N	%
21-30	18	32%	11	44%	8	42%
31-40	15	27%	7	28%	7	37%
41-50	11	20%	4	16%	3	16%
51-60	8	14%	3	12%	1	5%
Mayor 60	4	7%		0%		0%
	56	100	25	100	19	100

Fuente: Oficina de Estadística

GRAFICO 4.2



ANALISIS E INTERPRETACION

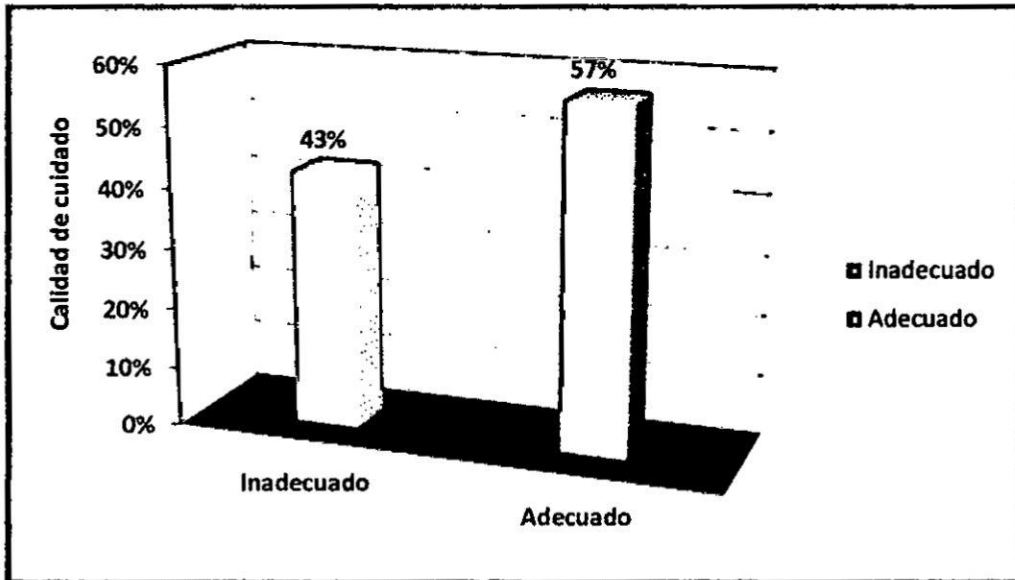
Del 100% de pacientes que ingresaron al área de shock trauma, el 2014 el 32% (18) corresponde la edad entre 21 a 30 años; el 2015 el 44% (11) y el 2016 el 42% (8), lo que se evidencia la prevalencia de accidentes en edad productiva, siendo esto un factor predominante en el desarrollo de la economía de nuestra sociedad.

CUADRO 4.3

Calidad de cuidado Inicial que brinda la Enfermera al Adulto con Traumatismo Encéfalo craneano en el Servicio de emergencia.
Hospital de supe, 2016.

Calidad de Cuidado	Frecuencia	%
Inadecuado	3	43
Adecuado	4	57
Total	7	100%

GRAFICO 4.3



ANALISIS E INTERPRETACION

Se puede apreciar que el 57 % de enfermeras brinda una calidad de cuidado inicial adecuado, mientras que el 43% brinda una calidad de cuidado inicial inadecuado al adulto con traumatismo encéfalo craneano. Esto debe motivar a tomar medidas de cambio en el personal de enfermería permitiendo de esta manera mejorar la calidad de vida del paciente.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- a) El cuidado inicial de enfermería que se le brinda al paciente adulto con TEC previene las complicaciones.

- b) Los cuidados de enfermería a pacientes adultos con TEC son individualizados cuidando la integridad del paciente

- c) Existe un mayor predominio de TEC en el sexo masculino, y en edades productivas de 21 a 30 años, siendo un factor predominante en el desarrollo de la economía de nuestra sociedad.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- a) A la Institución; que proponga la contratación de personal de enfermería para reforzar en esta área.
- b) A la Institución; que promueva capacitaciones continuas basadas en temas que enriquezcan la práctica profesional y la mejora continúa en el servicio.
- c) A la institución; que mejore las instalaciones del servicio de emergencia.
- d) A los profesionales; elaboración de protocolos de enfermería en el cuidado inicial a pacientes adultos con TEC.
- e) A los profesionales; concientización sobre la importancia que tiene el adecuado cuidado de enfermería en pacientes con TEC, disminuyendo las posibles complicaciones y mejorando la calidad de cuidado que brinda la enfermera.

VII. REFERENCIALES

1. Rosso A, y cols. Severe traumatic brain injury in Austria II: Epidemiology of hospital admissions. *Medicine*. 2007; 119(1-2):29-34. Disponible en: <https://springerlink3.metapress.com/secure-login/>
2. Pinto N. El cuidado como el objeto de conocimiento de enfermería. Colombia. [En línea]URL: http://www.enfermeria.uncl.edu.com/articulos/xx1_s.pdf.
3. Ortiz A. Traumatismo encéfalo craneano. Una puesta al día. *Rev Medica Clínica Condesa*. Chile 2006; 17:98-105.
4. CORRIGAN, J D. & HAMMOND, F M. Traumatic brain injury as a chronic health condition. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 94(6), 2013.pp 1199-1201.
5. INEI. Datos Estadísticos de Accidentes vehiculares Lima. 2012
6. Hospital de supe "LERD" Área de Estadística e Informática 2014.
7. Ibáñez A., y cols. Importancia de la metodología Enfermera en la mejora de la calidad de los cuidados en el paciente con traumatismo craneo-encefálico grave. *Revista Científica*. Noviembre. 2013;7: 8-10 Disponible en : http://www.recien.scele.org/documentos/num_7_nov_2013/revis_literatura_importanc_metodolog_enfermera_traumatismo.pdf
8. Sailema M. Intervención de Enfermería y Beneficios en el Pronóstico de vida que obtienen los pacientes conTEC en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato

- Clemente periodo Agosto 2014- Enero 2015. Tesis para optar el título de especialista.
9. Saca B., y cols. "Cuidado de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico del área de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso "Cuenca 2013, Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería. Ecuador.
 10. Bustos, M. y Cortez, Á (2012) – "Manejo de enfermería en paciente con trauma craneoencefálico atendido en el servicio de emergencia del Hospital Marco Vinicio Iza, durante el periodo marzo – julio del 2012" Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería. Universidad Politécnica Estatal del Carchi – Colombia.
 11. GARCIA MORENO MT, SAMANES RAMIREZ SA. Nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera del adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia Hospital Belén de Trujillo 2016. Tesis para optar el Título profesional.
 12. Cam Paucar JL. (2011). Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda. Tesis para optar el título de especialista.
 13. Proctor A. Curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos ATLS. [Manual]. Chicago:2011.

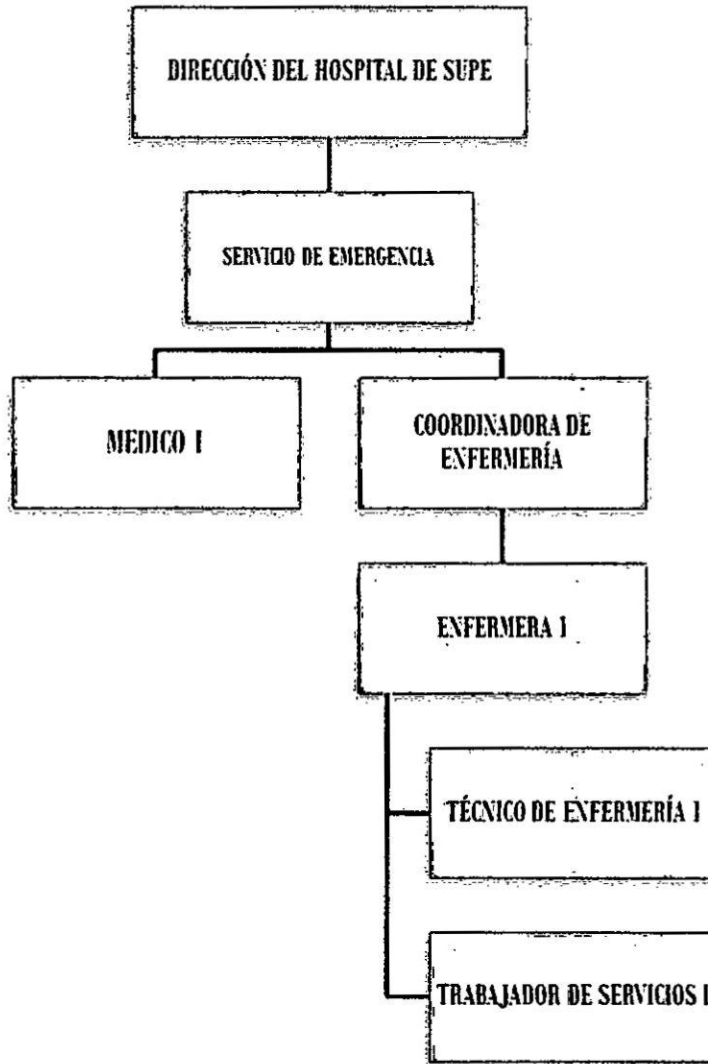
14. Luque Fernández MM, Boscá Crespo AR. Traumatismo craneoencefálico 2012. Disponible en www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../traucra.pdf
15. Bermejo F, y cols. Más de cien escalas en neurología. Neurología 2008. 73-9
16. Goldsmith S, El estado de la biomecánica de lesiones en la cabeza: pasado, presente y futuro: parte 1. Critical Reviews in Ingeniería Biomédica. 2009; 8va ED. México, 5-6.
17. López Díaz C. Paciente neurocrítico. Cuidados de enfermería. [En línea]. Rev ROL Enferm. 1-850. Diciembre. 2012. Disponible en http://www.e-rol.es/articu/anterior/09_12.php?num=3212
18. Gil J, y cols. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos: Traumatismo craneo-encefálico 2012. Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/c110202.html>
19. Alpush J. Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto. 5ta ed. México: Interoceánica; 2009. Pp. 410,411
20. Gonzalez J, y cols. Trauma Encefalocraneano Guías de Práctica Basadas en la Evidencia. 1ra ed. Colombia: Graficas Colombia; 2010. Pp. 13
21. Garibi J, y cols. "Guía de práctica clínica sobre el manejo del traumatismo craneoencefálico en el ámbito extra e intrahospitalario de la CAPV". 2007. Disponible en www.osakidetza.euskadi.net./guías/craneoencefalicoResumen.pdf

22. López F. Traumatismo craneoencefálico. Procedimientos para la atención inmediata, México, Ed. McGraw-Hill Interamericana.2009
9.Pp 1-119
23. Álvarez G, y cols. Alteraciones de la conciencia. Coma. 4ta Ed. Vol 2: España: Ergon 2009 Pg. 444-449
24. Watson J. Enfermería: ciencia humana y cuidado humano. Una teoría de enfermería. Nueva York: National League for Nursing Publications; 1988. p. 9-30. Traducción al español, Sánchez B, Facultad de Enfermería, Universidad nacional de Colombia.
25. Lovesio C. Traumatismos craneoencefálicos. Medicina Intensivista. 2006
26. Cabrera A, y cols. Traumatismo craneoencefálico Severo. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Critica y terapia Intensiva. 2009 Vol XXIII: Num 2; 94-101
27. Ibáñez A., y cols. Importancia de la metodología Enfermera en la mejora de la calidad de los cuidados en el paciente con traumatismo cráneo-encefálico grave. Revista Científica. Noviembre. 2013;7: 8-10 Disponible en :
http://www.recien.scele.org/documentos/num_7_nov_2013/revis_literatura_importanc_metodolog_enfermera_traumatismo.pdf
28. López F. Traumatismo craneoencefálico. Procedimientos para la atención inmediata, México, Ed. McGraw-Hill Interamericana.2009
9.Pp 1-119

ANEXOS

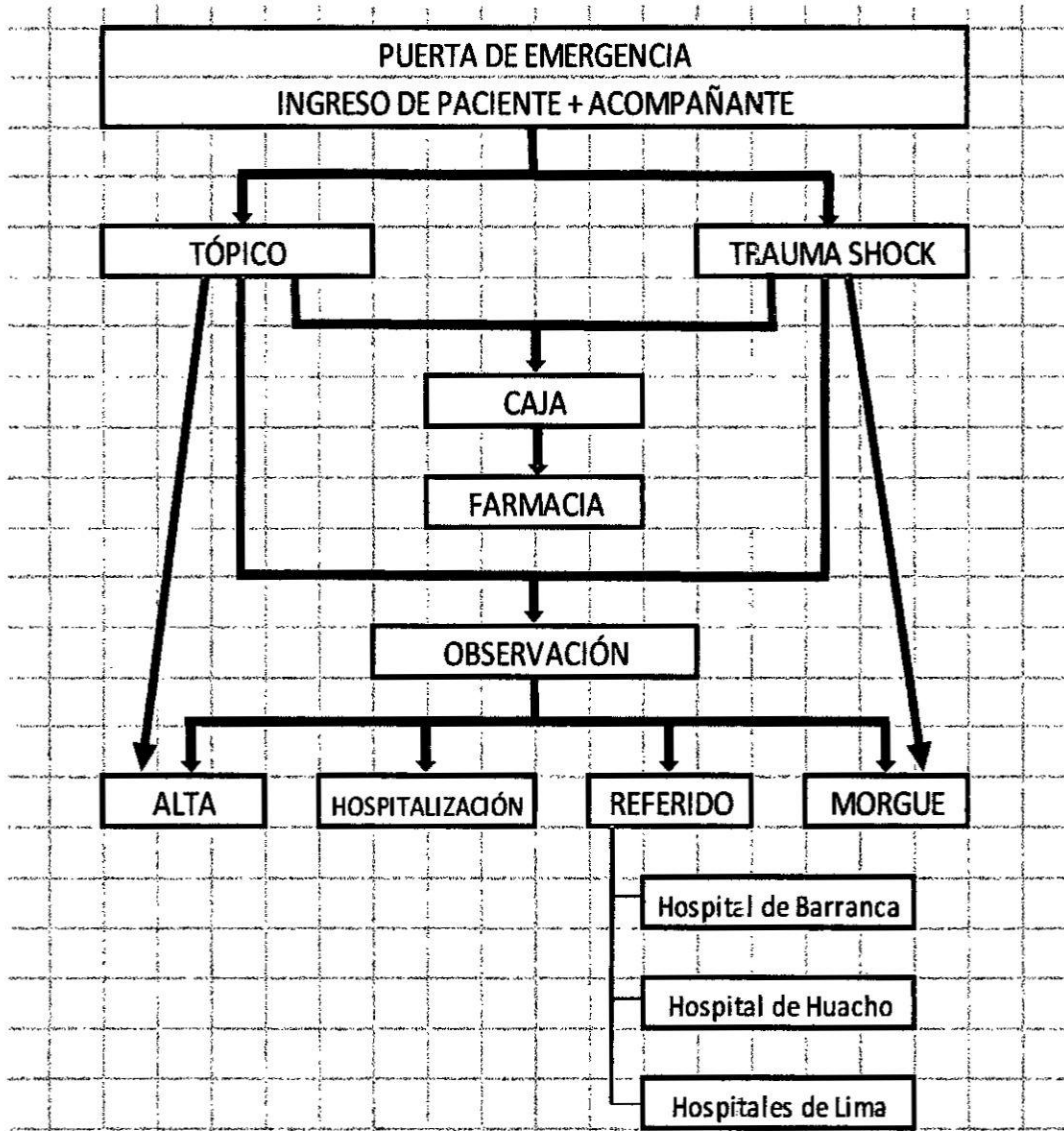
ANEXO 01

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE SUPE



ANEXO 02

FLUXOGRAMA DE ATENCION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL DE SUPE



- Leyenda:
- Secuencia realizada por el Paciente
 - Secuencia realizada por el familiar del paciente y/o Técnico de Enfermería
 - Secuencia realizada por Paciente y Acompañante

ANEXO 03
FRONTIS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA



ANEXO 04
AREA TRAUMA SHOCK

