

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO
ENCEFALOCRANEANO EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
2013 – 2015**

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

Callao, 2016
PERÚ

Rojas Ríos, Mirella Zarina

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. JULIA ISABEL TISNADO ANGULO | SECRETARIA |
| ➤ MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ | VOCAL |

ASESORA: MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 039

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 30/11/2016

Resolución Decanato N° 1594-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 Descripción de la situación problemática	03
1.2 Objetivo	04
1.3 Justificación	05
II. MARCO TEÓRICO	06
2.1 Antecedentes	06
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	35
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	36
3.1 Recolección de datos:	36
3.2 Experiencia profesional	36
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	36
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	48
VI. RECOMENDACIONES	49
VII. REFERENCIALES	50
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

El presente Informe de Experiencia Profesional tiene por finalidad describir la Atención de la Enfermera en el cuidado del paciente con Traumatismo Encéfalo Craneano en el servicio de Emergencia pediátrica.

El trauma cráneo encefálico representa un problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados. Dentro de este grupo de trauma, el "Trauma cráneo encefálico grave" (TCE) constituye la primera entidad como causa de mortalidad, siendo los accidentes de tráfico, laborales, domésticos los que aumentan el número de casos en todo el mundo, y a pesar del perfeccionamiento de la atención de emergencia de este tipo de pacientes el trauma continúa presentando el mayor potencial de morbimortalidad entre todos los tipos de traumatismos.

La profesión de enfermería es la única encargada del trato directo de los pacientes, la cual continúa en construcción por medio de las enfermeras en las distintas áreas de trabajo. Desde su origen la enfermería ha rodeado su quehacer desde la perspectiva de un cuidado material intuitivo y amoroso, la persona es considerada de forma integral, con la cual la enfermera interactúa permanentemente como objeto de atención. El profesional de enfermería en pediatría debe poseer actitudes científicas, técnicas y humanas especializadas que le permita asumir una variedad de procedimientos con destreza y eficacia, hacer detección temprana de los cambios que se den en el niño e interpretarlos de una forma oportuna.

El presente informe para su mejor comprensión se ha estructurado en capítulos capítulo I Planteamiento del problema, capítulo II Marco teórico, capítulo III Experiencia profesional, capítulo IV Resultados, V Conclusiones, VI Recomendaciones, VII Referenciales, Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

Los Traumatismos Encéfalos craneanos (TEC), representan un problema de salud mundial y constituyen la primera causa de muerte de niños mayores de 1 año y adultos jóvenes en casi todos los países. (1)

La incidencia pediátrica y la mayor morbimortalidad, está dada en los niños menores de 4 años, ocasionados por accidentes domiciliarios y, preferentemente, por caídas, seguidos de los accidentes de tránsito. Actualmente, son la base de algunos de los más frecuentes y graves trastornos neurológicos y efectos persistentes en el estado mental del niño. (2)

En el Perú, un país en desarrollo, el TEC constituye un importante problema de salud; el trauma es la primera causa de muerte en niños entre 1 y 14 años y el TEC corresponde al 57,3% de casos. La mortalidad por TEC se produce en tres momentos, 50% fallecen inmediatamente después del accidente, 35% en la primera hora después del accidente y 15% durante la hospitalización. (3)

El Hospital Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD, es un hospital nivel IV, y centro de referencia a nivel nacional, que recibe pacientes de diferentes patologías de los distintos departamentos del Perú. Nuestro Servicio de Emergencia Pediátrica, se caracteriza por un ritmo rápido de trabajo, de gran volumen de pacientes y existencia de situaciones críticas (traumas, clínicos quirúrgicos, cirugía, entre otras). Se encuentra conformado por médicos, enfermeras, Técnicas y auxiliares de enfermería, con el

objetivo de brindar atención inmediata y eficiente, con calidad y calidez al paciente que ingresa al área de emergencia.

Nuestro Servicio de Emergencia Pediátrica, en estos últimos años hemos asistido a un aumento del número de pacientes con traumatismo Encéfalo Craneano y es una de las principales patologías de atención en nuestro servicio. Esta entidad persiste como problema sanitario grave, dada su alta incidencia en niños y las terribles secuelas que originan.

Por lo antes mencionado cada vez es más frecuente en el medio hospitalario que el personal asistencial tanto médico como profesionales de enfermería tengan que enfrentarse en su práctica diaria a las diferentes patologías traumáticas, las cuales se caracterizan por “dos o más lesiones, o una que ponga en peligro la supervivencia del niño y lo coloque en riesgo de presentar secuelas graves”, lo que amerita una respuesta rápida, sistematizada y eficiente por parte del equipo de salud; Aún más el profesional de enfermería ya que desde el ingreso del paciente a la unidad de atención desempeñan un papel de vital importancia en el soporte de atención inicial por medio de la aplicación del proceso de atención de enfermería. (4)

1.2 Objetivo

Describir la experiencia profesional en el cuidado de Enfermería en pacientes Pediátricos con Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC), en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

1.3 Justificación

El traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) sigue siendo altamente frecuente en el Perú, Latinoamérica y a nivel mundial, y a su vez en causante directa e indirectamente de muerte y secuelas severas. Un manejo rápido y efectivo en emergencias de cualquier hospital es de suma importancia para iniciar medidas que salven la vida de los pacientes y también permitan una rápida valoración del pronóstico.

El TEC en niños menores de quince años es una causa frecuente de consulta en las salas de urgencias. El profesional de enfermería debe brindar cuidados de calidad durante todo el tiempo que permanezca el niño en la institución. Por todo lo anterior el profesional de enfermería en pediatría debe poseer aptitudes científico-técnicas humanas especiales que le permitan asumir una variedad de procedimientos con destreza y eficacia, hacer detección temprana de los cambios sutiles que se dan en el niño e interpretarlos en forma oportuna.

Por ello que es necesario establecer estrategias de enfermería que permitan tomar decisiones rápidas y efectivas para proporcionar los cuidados adecuados, en la atención de Emergencia y “mejorar la calidad de vida del usuario pediátrico en la estancia hospitalaria”.

Por tanto el presente informe: Cuidados de Enfermería en Pacientes con TEC es un documento que nos permite describir y proporcionar una adecuada atención inicial en Emergencia al niño que ha sufrido trauma encéfalo Craneano. Además servirá como herramienta de consulta para el personal y estudiantes de enfermería y sea precedente para futuros trabajos de investigación.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Barzola Gonzales, Angela, 2013, realizó un estudio con título Cuidados de Enfermería a Pacientes Pediátricos con TEC en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde" 2013. Cuyo objetivo fue Determinar los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico. En la investigación se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo de tipo transversal, utilizando una muestra de 17 enfermeras profesionales y 17 auxiliares en enfermería, para el efecto se les realizó una encuesta y se aplicó la técnica de la observación.

Entre las conclusiones se determinó que el Cuidado de Enfermería es limitado ya que existen actividades que en su mayoría no son realizadas, en cuanto a verificar la permeabilidad de las vías respiratorias, el 30% lo realiza y el 70% no lo hace; llevar registros estadísticos de la frecuencia respiratoria y verificación de gases arteriales, el 59% siempre lo hace y 41% a veces lo realiza; en cuanto a las necesidades circulatorias, se constató que el profesional de enfermería pocas veces cuantifica y registra la frecuencia cardíaca, lo que evidencia el déficit de la calidad de atención de las licenciadas en estos usuarios, porque sólo el 59% asume la responsabilidad de cuantificación y registro de frecuencia cardíaca, observándose que existe un 29% que a veces realiza esta actividad, y el 18% nunca lo realiza.

Lic. Bustos Villarreal, Mónica, et al; 2012, realizaron una investigación sobre el Manejo de Enfermería en Pacientes con TEC atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Marco Vinicio Iza 2012; con el objetivo de brindar una atención integral y así evitar complicaciones que puedan agravar o dejar secuelas permanentes. En la presente investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, bibliográfico, analítico, transversal, de campo y de acción. La muestra se conformó de personal de la salud, se describió y analizó el manejo de enfermería de pacientes con TEC. Al final de nuestro proyecto de investigación se diseñó como propuesta a dicho problema un plan de intervención en el cual se capacitará, con charlas a el personal de enfermería sobre el manejo adecuado que se debe de tener con los pacientes que presentan TEC. Entre sus conclusiones se logró determinar el inadecuado manejo del personal de enfermería en el paciente con TCE que ingresa al servicio de emergencia del hospital Marco Vinicio Iza, entre los cuales se encontraron como delimitantes la falta de personal profesional, las rotaciones continuas, falta de materiales insumos, la infraestructura que interfieren en brindar una calidad en atención de enfermería.

Corro Hilda, et al; 2012, La presente investigación Cuidados de Enfermería al Paciente Pediátrico con TEC, fundamentado en la teoría de Dorothea Orem, se realiza con el propósito de aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente pediátrico con TEC, El cual se encuentra hospitalizado en la unidad de pediatría I, piso cinco del Servicio Autónomo HCM, ubicado en el Estado Aragua. Metodológicamente la investigación corresponde a un estudio de caso, para la recolección de la información es aplicado como método base la entrevista al paciente y representantes del mismo. En nuestra investigación concluimos que, brindando un cuidado oportuno de calidad y basándonos en principios científicos a través

de las actualizaciones en salud, se puede lograr minimizar o evitar daños que disminuyan la calidad de vida de estos pacientes. Por esto recomendamos a todo profesional de enfermería realizar cuidados en pro de aquellas complicaciones más comunes que los pacientes pediátricos con TEC presentan.

Carrera Quinteros, Monica Patricia, 2012, La presente investigación tiene como objetivo principal evaluar la Atención de Enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico grave en el servicio de emergencia del Hospital "Pablo Arturo Suárez" mediante el análisis de las historias clínicas, procedimientos aplicados y proponer un protocolo de atención de enfermería, para esto se realizó un estudio descriptivo – analítico y retrospectivo con un diseño no experimental de corte transversal. El universo lo constituyen 27.568 pacientes que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital, de estototal, 453 pacientes fueron diagnosticados con Trauma craneoencefálico, y de los cuales 126 pacientes fueron diagnosticados con traumatismo craneoencefálico grave, durante el año 2012. Entre sus conclusiones de acuerdo al perfil demográfico de las enfermeras el 37.5% están en una edad entre 36 a 45 años, el 25% entre 20 a 25 años, por lo tanto la mayor parte de la enfermeras que laboran en el servicio de emergencia son personas con experiencia laboral que conlleva a una adecuada atención a los pacientes.

Con respecto al grado de formación el 100% son Licenciadas de enfermería es decir tienen título de tercer nivel.

La atención del manejo inicial del paciente con traumatismo craneoencefálico requiere de conocimientos por parte de las enfermeras, pero en este estudio refleja que el 78.8% tienen conocimientos de los cuidados, como es el manejo de la vía aérea, la

importancia de la oxigenoterapia, clasificación de la escala de Glasgow, conocen los signos síntomas de la presión intracraneal, conocen por (Bonilla Jacqueline, 2011 - 2012) que controlar la normo termia así como que soluciones debe recibir el paciente.

Vera Lorenti, Fanny, etal, 2010, realizaron una investigación con título Atención de enfermería a niños menores de 12 años con TEC en el hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde" de abril a septiembre del 2010, con el objetivo de determinar las características relacionadas con la atención de enfermería a estos niños con TEC. El tipo de estudio es descriptivo y se recolectó datos en las historias clínicas de 42 niños muestra de estudio, siendo el 25% del universo; y 7 licenciadas en enfermería que laboran en el área de emergencia dando como resultado que el sexo más afectado fue el masculino con el 64% y en relación a la edad, los niños de 3 a 5 años, identificando los tipos de lesión, los hematomas, como lesión primaria representan el 49%, seguido de las contusiones 38%, la hipoxia tuvo una incidencia del 57%, y el 86% fractura de la base del cráneo, como lesión específica, por tal razón, se elaboró como propuesta, recomendar la aplicación del proceso de atención de enfermería, los mismos que ayudan a tomar decisiones asertivas en los cuidados de enfermería y de esta manera contribuir a la recuperación del paciente.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Cuidado de enfermería

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad. Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente. Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

Otro aspecto que es necesario resaltar en el contexto de cuidado, es el referente a las características personales de la enfermera(o), ya que uno de los problemas serios es que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías y no como personas, por esto es importante considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros. El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto, se debe respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos. (23)

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado.

El quehacer de la Enfermería requiere de conocimientos científicos, tecnológicos aplicados a través de un modelo teórico que permita dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica. Roger en 1967 planteó: «Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional». (22).

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. (24)

2.2.2 Traumatismo encéfalo craneano en pacientes pediátricos

Se define al traumatismo encéfalo craneano como cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica, producido por accidentes de tráfico, laboral, caídas o agresiones. (1)

Epidemiología

El TEC es una causa frecuente de mortalidad y morbilidad en nuestro medio. Los accidentes de tránsito contribuyen a elevar las cifras de incidencia de esta enfermedad. En el Perú, en la última década han ocurrido 700 000 accidentes de tránsito, que han ocasionado 31 0000 muertes y en los últimos cuatro años 117 000 personas quedaron discapacitadas de por vida. La atención sanitaria de estas víctimas cuesta alrededor de 150 millones de dólares anuales, cifra que representa el 0,17 % del Producto Bruto Interno (PBI), según cálculos oficiales.

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

- Varones: tres veces más frecuente que en mujeres.
- Edad: mayor frecuencia entre los 15 y los 29 años.
- Atropellos y caídas, más frecuentes en los niños y en los mayores de 65 años.
- Los accidentes de moto se centran fundamentalmente en los jóvenes menores de 25 años. (6)

Fisiopatología

Existen dos tipos de lesiones que determinan la extensión del daño, su gravedad y secuelas:

Lesiones Primarias

Producida por impacto directo (scalp, fracturas, hematoma epidural, contusión cerebral, hemorragia intraparenquimatosa) o por un mecanismo de aceleración-desaceleración (hematoma subdural, daño axonal difuso, lesiones por contragolpe), que es el que predomina en los accidentes de tráfico y en el que las fuerzas físicas rotacionales distorsionan el cerebro moviéndose en dirección contraria al cráneo, rompiendo los axones y vainas de mielina.

Lesiones Secundarias

Se manifiesta clínicamente en una fase posterior y está en relación con las lesiones ocupantes de espacio, edema cerebral, HTIC, isquemia, hipoxia, alteraciones metabólicas e infecciones. La lesión cerebral secundaria puede y debe ser prevenida y tratada precozmente, ya que la morbimortalidad evitable en el TEC severo depende fundamentalmente de ella.

Tipos de lesiones cerebrales:

1. CONMOCIÓN CEREBRAL: interrupción transitoria (inferior a diez minutos) del conocimiento. La gravedad dependerá de la intensidad del daño. En lactantes y preescolares hay una alta incidencia de convulsiones benignas postraumáticas, somnolencia y vómitos, en niños mayores es más frecuente la amnesia postraumática y la alteración del nivel de conciencia sin demostración de daño cerebral. El pronóstico de la

conmoción cerebral pura suele ser favorable y en general no se presentan complicaciones.

2. **CONTUSIÓN CEREBRAL:** Se refiere a una lesión cerebral directa, con áreas de lesión cortical focal, ya sea por un impacto directo o por fuerzas de contacto externas o bien por el contacto del cerebro con superficies intracraneales con traumatismo por fenómeno de “latigazo” o “aceleración / desaceleración”. También se define como área de contusión o hemorragia microscópica del cerebro originada tras el traumatismo y generalmente se asocia con otro daño cerebral. El curso clínico suele ser el de gradual deterioro neurológico, seguido de recuperación tras el tratamiento médico.

3. **DAÑO AXONAL DIFUSO:** es de gran importancia por su frecuencia y mal pronóstico; se produce por rotura axonal difusa debido a movimientos cefálicos bruscos de tipo angular y de rotación.

LESIONES ESPECÍFICAS:

1. **SCALP:** Se refiere a la herida o laceración del cuero cabelludo.

2. **FRACTURAS CRANEALES:** que se dividen en:

2.1 **LINEALES:** Constituyen el 90%, la mayoría no revisten complicaciones. Una situación exclusiva de la población infantil, es el quiste leptomenigeo que puede darse fundamentalmente en los menores de tres años cuando hay una rotura ósea y la duramadre se interpone entre los extremos de la fractura impidiendo la consolidación.

2.2 **FRACTURAS CON HUNDIMIENTO:** El tratamiento consiste en el desbridamiento y limpieza de la zona afectada, elevación de fragmentos deprimidos y eliminación de cuerpos extraños, hemostasia y antibioterapia.

2.3 FRACTURAS DE LA BASE DEL CRÁNEO: frecuentes especialmente en los golpes en la parte posterior del cráneo. La actitud ante el paciente incluye la observación y la exploración frecuente de signos vitales y neurológicos, vigilar aparición de equimosis retroauricular, o drenaje de LCR por nariz, u oídos. La mayoría de los casos cursan sin complicaciones y rara vez está indicada la intervención quirúrgica. Entre las complicaciones se citan: meningitis, anosmia, parálisis del nervio óptico, parálisis facial, vértigos y trastornos de la audición.

3. EDEMA CEREBRAL: es una de las complicaciones más graves del TEC, se suele originar en la periferia de las lesiones focales para extenderse después a otras zonas. La expresión clínica deriva del aumento de la PIC: hiperventilación central, hipoxemia, hipertensión arterial.

Colecciones Hemáticas Intracraneales:

1. HEMATOMA EPIDURAL: colección hemática entre la tabla interna del cráneo y la duramadre. Inicialmente la presión es focal, pero si el hematoma aumenta y se afectan los mecanismos de compensación del cráneo, puede originarse herniación del lóbulo temporal y compresión del tronco encéfalo. Aunque es poco frecuente en niños su tratamiento es una urgencia neuroquirúrgica.

2. HEMATOMA SUBDURAL: colección de sangre localizada en la superficie del cortex debajo de la duramadre. El tratamiento consiste en craniectomía, control de la hemorragia y resección del posible tejido cerebral dañado. El pronóstico depende de la presentación inicial y de la intervención precoz antes de la instauración del edema cerebral difuso.

3. HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO: colección de sangre en el parénquima cerebral, poco frecuente en los niños pero de mal pronóstico, requieren el máximo soporte de tratamiento médico.

4. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: se produce por rotura de arterias o venas corticales en los espacios subaracnoideos. Es frecuente en el TEC severo y si la hemorragia es masiva es incompatible con la vida. (1)

Clasificación

La clasificación del TEC está basada inicialmente, en la valoración clínica y para ello se tiene una escala que valora el estado neurológico del paciente (Escala de Coma de Glasgow), esta misma escala se encuentra modificada para poderla aplicar en niños y lactantes.

Leve (ECG 13 – 15)

En el TEC leve o concusión el paciente a experimentado una pérdida de la conciencia menor a 15 min, se presenta cefalea, confusión, mareos y amnesia. Se evidencian hematomas, heridas y laceración del cuero cabelludo.

Existe una recuperación neurológica completa a pesar de que algunos de estos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras. Los traumatismos craneoencefálicos leves deben permanecer bajo observación las 24 horas siguientes al golpe.

Moderado (ECG 9 – 13)

El paciente se encuentra letárgico o estuporoso. Clínicamente estos pacientes requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención quirúrgica. Tiene pérdida de conciencia, tiene

alto riesgo de edema cerebral e incremento de la PIC. Pueden tener o no tener fractura craneal.

Estos pacientes también pueden desarrollar un síndrome post-conmoción. El síndrome post-conmoción se refiere a un estado de inestabilidad nerviosa después de un traumatismo craneoencefálico leve o moderado. Las características principales son fatiga, mareo, cefalea y dificultad para la concentración. Requieren realizar tomografía y observación hospitalaria a pesar de que la tomografía sea normal.

Grave (ECG 3 – 8)

El paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir órdenes y sufre de lesiones neurológicas significativas.

Por lo general tiene una neuroimagen anormal, es decir, a la Tomografía Computarizada, se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal.

Estos pacientes requieren ingreso a la UCI y la toma de medidas urgentes para el control de la vía aérea, ventilación mecánica, intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal (PIC). (17)

Valoración y Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico acertado se procederá de acuerdo con los estándares establecidos del soporte vital avanzado al traumatismo (ATLS). Aquí es muy importante lo que conocemos como la HORA DORADA, es el tiempo que media entre el momento del accidente y los cuidados definitivos. La atención pre hospitalaria en el sitio del accidente debe circunscribirse a los PRIMEROS 10 MINUTOS de esa hora, por lo que algunos lo llaman los 10 minutos de platino.

1- Evaluación Clínica

La valoración clínica de los pacientes que presentan traumatismo craneoencefálico y la vigilancia cuidadosa del estado de conciencia resulta ser vital en este tipo de traumas, y en la mayoría de los casos, resulta ser el indicado para proceder a la intervención quirúrgica, especialmente en aquellos en que los estudios radiológicos no aclaran la situación.

2- Historia Clínica

Para la elaboración de la historia clínica los datos que son útiles en forma general, deben ser aprovechados de las personas que presenciaron el accidente, recogieron a los pacientes accidentados o lo trasladaron, esto permitirá evaluar de forma más exhaustiva, las condiciones del accidente. Se debe indagar sobre: si el paciente pudo hablar en algún momento, si está registrada la hora en que ocurrió el accidente, tiempo transcurrido en llegar a la emergencia. Además, si recibió atención médica previa, los datos de esta atención, los procedimientos y la medicación recibida deben estar registrados si es posible ponerse en contacto con el médico encargado de la atención inicial.

3- Anamnesis

Resulta muy importante averiguar los siguientes hechos:

- ¿Fue un accidente o consecuencia de un síncope, crisis convulsiva u otras causas de pérdida de la conciencia?
- ¿Hubo pérdida de la conciencia?

- ¿Se despertó tras el golpe o es capaz de relatar todos los hechos? (forma en que ocurrió el accidente, quién lo recogió, traslado a urgencias, etc.).
- ¿Cuánto tiempo estuvo inconsciente?
- ¿Ha vomitado, tiene cefalea?
- ¿Ha tomado algún medicamento o alcohol?

4- Signos Vitales

La hipercapnia (aumento de la presión de CO₂) es una posible causa de vasodilatación cerebral intensa que origina hipertensión intracraneal. El patrón respiratorio de Cheyne Stokeses debido a un proceso cortical difuso y puede ser signo de herniación transtentorial.

Los episodios de apnea son signos de disfunción del tronco cerebral. La taquipnea puede presentarse debido a compromiso del tronco cerebral (hiperventilación central neurogénica) o causada por hipoxia.

A estos signos puede agregarse el aumento de la presión arterial que refleja el incremento de la presión intracraneana y forma parte de la triada de Cushing (hipertensión, bradicardia, disnea).

La hipotensión puede presentarse cuando se produce una hemorragia masiva del cuerocabelludo o cara, shock espinal, herniación y compresión del tronco cerebral. (7)

5- Valoración Neurológica

- Historia del trauma
- Estado general del paciente
- Evidencia de estar bajo efecto de alcohol o drogas
- Estado de conciencia, orientación, palabra y hemisferio dominante
- Clasificación dentro de la escala de Coma de Glasgow.
- Amnesia del accidente y del tiempo transcurrido después de éste
- Duración del periodo de amnesia
- Examen del cráneo
- Estado de la piel, heridas, palpación de éstas
- Existencia de hematomas subgaleales y de dolor
- Salida de líquido cefalorraquídeo, tejido cerebral o sangre por oído o por fosas nasales
- Evaluación de pupilas y reflejos pupilares

6- Determinación del nivel de conciencia

Como se lo ha descrito con anterioridad, la gravedad de lesión craneoencefálica (CE) se establece mediante la evaluación del nivel de conciencia, función pupilar y déficit motor de extremidades a través de la escala de coma de Glasgow modificada para pacientes pediátricos.

- < 8 = lesión craneoencefálica grave
- 9 a 12 lesión moderada
- 13 a 15 lesión menor.

Escala de Coma de Glasgow modificada para lactantes y niños

PUNTUACIÓN	Mayor 1 año	Menor 1 año
RESPUESTA APERTURA OCULAR		
4	Espontanea	Espontanea
3	A la orden verbal	Al grito
2	Al dolor	Al dolor
1	Ninguna	Ninguna
RESPUESTA MOTRIZ		
6	Obedece ordenes	Espontanea
5	Localiza el dolor	Localiza el dolor
4	Defensa al dolor	Defensa al dolor
3	Flexión anormal	Flexión anormal
2	Extensión anormal	Extensión anormal
1	Ninguna	Ninguna
RESPUESTA VERBAL		
5	Se orienta – conversa	Balbucea
4	Conversa confusa	Llora – consolable
3	Palabras inadecuadas	Llora persistente
2	Sonidos raros	Gruñe o se queja
1	Ninguna	Ninguna

Fuente: Wilberg, J., Provisock J., (eds): Neurotrauma: New York, McGraw-Hill, 2009, p.120

NIVEL DE CONCIENCIA

Conciencia integra	Despierto, alerta y orientado comprende y puede expresarse en forma verbal y escrita.
Confusión	Dificultad con la memoria y para seguir ordenes, alucinaciones, desorientado.
Letargo	Funciones mentales, motoras y de habla muy lentas, orientado.
Obnubilación	Obedece órdenes simples y responde frases sencillas cuando se le estimula.
Estupor	No responde solo con estimulación vigorosa, responde sonidos inapropiados.
Coma	No responde a estímulos, ojos cerrados, total falta de respuesta motora.

Fuente: Wilberg,J, ProvisockJ, (eds):Neurotrauma: New York,

McGraw-Hill, 2009,p.120

a- Evaluación Pupilar

Debe ser evaluado el tamaño, forma y reactividad. Cuando se observa una asimetría mayor de 2 mm se considera lesión intracraneal. La falta de respuesta pupilar unilateral o bilateral es generalmente un signo de pronóstico desfavorable con lesión cerebral severa.

Así tenemos:

- Pupilas dilatadas sin respuesta – puede indicar inadecuada perfusión cerebral.
- Pupilas puntiformes no reactivas – indican alteración metabólica o lesión protuberancial.
- Anisocoria
- Pupilas pequeñas y reactivas – pueden indicar lesión en el bulbo raquídeo.

Movimientos oculares incluye:

- Reflejos óculo cefálicos (ROC) ojos de muñeca y óculo vestibular (ROV), el paciente despierto no tiene estos reflejos, y si aparece cuando está en coma significa integridad del mesencéfalo, protuberancia y de los nervios óculo motores.

Cuando el reflejo óculo cefálico (ROC) es normal indica un tronco cerebral intacto, cuando está ausente presenta lesiones bajas del mismo.

Según tamaño	Mióticas Medias midriáticas	Diámetro menos de 2mm Diámetro de 2 – 5 mm Diámetro mayor de 5mm
Según su relación	Isocóricas anisocóricas	Iguales Diferencia mayor de 2mm
Según respuesta a la luz	Reactivas arreactivas	Se contraen a la luz No se contraen a la luz

Fuente: Champion HR, Sacco WJ, Copos WS. A Revision of the Trauma Score. J Trauma 1989; 29: 625.

b- Trastornos Motores

En aquellos pacientes que pueden cooperar se debe observar asimetría en el movimiento en respuesta al estímulo doloroso.

Posturas Anormales

Lesión medular

Decorticación

Descerebración (7)

7- Manejo Inicial en Urgencias

Comprobar ABC – Vía aérea permeable para aportar oxígeno y disminuir el daño cerebral irreversible.

Ventilación - observar que el paciente lo haga en forma adecuada, así tenemos la respiración de Cheynestokes, la hiperventilación neurogénica y la respiración de Biot.

La oxigenación y ventilación se evalúa mediante la gasometría y el monitoreo continuo de la oximetría y el CO₂.

Circulación - es necesario mantener una presión arterial de dentro de los límites normales de acuerdo a la edad del niño. La hipertensión arterial produce edema cerebral. Las alteraciones neurológicas por si solas no producen hipotensión hay que averiguar las causas como ruptura de vísceras, neumotórax, fracturas múltiples, por lo tanto debemos Mantener normo ventilación

- Oxigenación
- Tensión arterial
- Radiografía básica de urgencia
- TAC cerebral
- Toman la decisión de ir a quirófano y/o UCI

8- Tratamiento y Medidas Generales

Entre las medidas de soporte más importantes deben ser destacadas las siguientes:

Presión arterial: En los pacientes con trauma cráneo encefálico, la presión de perfusión cerebral debe estar por encima de 70 mmHg. Teniendo en cuenta que la presión intracraneana por lo general es mayor de 20 mmHg, la presión arterial media debe permanecer en valores superiores a 90 mmHg.

Los catéteres de presión venosa central o de Swan-Ganz permiten supervisar la volemia del paciente, la cual debe ser mantenida en lo posible en un estado euvolémico. Así mismo, una sonda vesical colocada al ingreso permite cuantificar el volumen de orina eliminado, y elaborar así el balance de líquidos correspondiente.

Niveles de oxígeno: La hipoxia empeora la lesión celular y empeora el edema cerebral por aumento del flujo sanguíneo cerebral. Para controlar dicho parámetro son útiles los gases arteriales y la supervisión continua de la saturación arterial de oxígeno. Hay estudios que han determinado que la anemia se considera también un factor de mal pronóstico en pacientes con Hipertensión Intracraneal.

Temperatura: Por cada grado centígrado que aumenta la temperatura por encima de 38°C, aumenta también la presión intracraneana. Por tanto, dicho parámetro debe recibir un tratamiento especial.

Posición de la cabeza: Aunque la elevación de la cabeza 30° y mantener el cuello en una posición neutra es una estrategia útil en pacientes con TCE, es importante tener precauciones con esta maniobra en sujetos con inestabilidad cervical o en estado de choque. Además, los individuos deben estar euvolémicos antes de intentar este procedimiento, pues la

elevación de la cabecera en un sujeto hipotenso o hipovolémico puede comprometer el flujo sanguíneo cerebral y empeorar la lesión hipóxico-isquémica.

Sedación y analgesia: Muchos pacientes con trauma cráneo encefálico están confusos, agitados o con dolor, y es necesario sedarlos y relajarlos, con el fin de evitar la maniobra de Valsalva, que aumenta la presión venosa central y por ende compromete el retorno venoso de la circulación cerebral. En consecuencia, aumenta el contenido sanguíneo dentro de la bóveda craneana y empeora la hipertensión endocraneana. En tales casos, los medicamentos de elección son los opiáceos y benzodiazepinas, aunque también son útiles algunos neurolépticos como haloperidol o la clorpromacina, además de anestésicos endovenosos como el propofol. En cuanto a los relajantes musculares, los más utilizados incluyen vecuronio y pancuronio.

Convulsiones: El uso profiláctico de fenitoína, o fenobarbital no está recomendado para prevenir la epilepsia postraumática, mismas que tienen una incidencia de 3 a 6% según algunos autores. Sin embargo, algunos expertos la utilizan para evitar las convulsiones tempranas, sin que esto haya demostrado una mejoría significativa del pronóstico a largo plazo. En relación a ello las convulsiones post traumáticas pueden dividirse en inmediatas (ocurre en las primeras 24 horas luego de producido el trauma), tempranas (generalmente se presentan durante la primera semana) y las tardías (se presentan más allá de los 7 días).

Pacientes que han presentado convulsiones post traumáticas aisladas y no muestran datos significativos al examen físico y tienen una TAC normal es probable que no tengan ningún tipo de lesión a largo plazo.

Hiperventilación: Es una de las estrategias más utilizadas en pacientes con trauma cráneo encefálico. Dicha intervención produce un estado de hipocapnia que induce vasoconstricción del lecho arterial cerebral. De esa manera, reduce el volumen sanguíneo en el interior del cráneo, disminuyendo así la hipertensión intracraneana. No obstante, esta terapia tiene inconvenientes, pues en determinadas circunstancias reduce el flujo sanguíneo regional, de tal forma que puede generar complicaciones isquémicas. Además, después de varias horas, ocurre una adaptación a la hipocapnia, desapareciendo su efecto terapéutico. Teniendo en cuenta tales consideraciones, resulta claro que dicho procedimiento debe ser efectuado con indicaciones y objetivos precisos, durante un lapso de tiempo no superior a 24 horas.

Está indicada durante períodos breves cuando ocurre deterioro neurológico, o por lapsos más prolongados si existe hipertensión intracraneana refractaria a otras medidas terapéuticas, como sedación, relajantes musculares, drenaje de líquido cefalorraquídeo o diuréticos osmóticos. El objetivo consiste en mantener la PaCO₂ entre 27 y 30 mmHg, pues de esa manera es posible lograr una vasoconstricción en el lecho arterial cerebral suficiente para reducir la presión intracraneana, pero sin generar isquemia.

Aunque los efectos de la hiperventilación para disminuir la presión intracraneana duran apenas algunas horas, no es conveniente suspenderla abruptamente, pues dicha suspensión puede desencadenar hipertensión intracraneana de rebote.

Los gases arterio-yugulares pueden ayudar a decidir en que momento es prudente hiperventilar al paciente. Así, cuando la diferencia arterioyugular de oxígeno es baja y la saturación de oxígeno es alta, existen mayores probabilidades de obtener beneficio sin comprometer el flujo sanguíneo cerebral. De igual manera, la medición del flujo sanguíneo intracraneano mediante doppler, puede guiar la terapia.

Barbitúricos: Las dosis elevadas de barbitúricos están indicadas en pacientes hemodinámicamente estables, en sujetos con posibilidades de recuperación neurológica y que cursen con hipertensión intracraneana refractaria al tratamiento médico y quirúrgico agresivo. (13)

Cuidados de enfermería en el trauma craneoencefálico

1. 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. Recepción de paciente: la recepción del paciente comienza con el anuncio de su ingreso en la sala de Emergencia. A su llegada debe estar preparada la cama, equipo de ventilación mecánica, monitor, catéteres de infusión venosa y otros accesorios que fueran necesarios.

2. Movilización del paciente hacia la cama: se hará con sumo cuidado, para evitar la exacerbación del dolor o lo que es más frecuente el compromiso medular.
3. Monitoreo electrocardiográfico y permeabilización de las vías aéreas: se realizará para posterior ventilación mecánica si procediera.
4. Medición estricta de signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria y presión arterial). Los signos vitales pueden alertar sobre 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.
5. Anotación estricta de los líquidos eliminados y administrados. Se anotan tanto los que se administran por infusión venosa como por vía oral; permite realizar balance hidromineral diario del paciente y planificar los volúmenes a administrar.
6. Observación de la coloración de piel y mucosas: palidez, cianosis, ictericia o la aparición de petequias que pueden indicar generalmente complicaciones graves.
7. Si existe herida quirúrgica y punciones venosas se deben observar los sitios de estas, si existieran se debe reportar de inmediato al médico.
8. Vigilancia periódica de la permeabilidad de las vías aéreas y del funcionamiento del ventilador, de sus sistemas de alarma y de otros parámetros de la mecánica respiratoria y susceptibilidad de medición, auscultación de ambos campos pulmonares.
9. 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, atelectacias y como consecuencias la aparición de insuficiencias respiratorias.

10. Cuidado estricto en la administración de las soluciones por vía parenteral en cuanto a dosificación de las concentraciones de las soluciones de acuerdo con la superficie corporal y edad del niño.
11. Vigilancia estricta del goteo de la hidratación.
12. Realizar en la medida de las posibilidades y disponibilidades, el baño de aseo diario y la movilización en el lecho. Su objetivo es mantener la buena higiene del niño y evitar úlceras por decúbito (escaras) y complicaciones del tipo respiratorias como neumonías del tipo hipostáticas.
13. Viabilidad en la realización de exámenes complementarios: se deben realizar en tiempo y forma e interpretar resultados para así detectar cualquier complicación en el niño.
14. Alimentación: se realizará según indicación médica y estado del paciente ya sea por vía oral o parenteral. Mejora la resistencia a las infecciones.
15. Aspirar secreciones traqueobronquiales: se realiza cuantas veces sea necesario, se debe observar las características de las mismas y realizar fisioterapia respiratoria.
16. Vigilancia continúa del estado de conciencia, reactividad y reflejo pupilar, tipo de respiración y movilidad de los miembros.
17. Brindar apoyo psicológico a pacientes y familiares: se considera como a que será sometido. Se debe evitar comentarios adversos sobre su estado de salud; en su preferencia mostrar ecuanimidad y preocupación en su trabajo, no dejarle solo en los momentos críticos, no importunar su sueño cuando no es imprescindible y permitirle siempre que sea posible practicar algunos de sus entretenimientos.(8)

Análisis del cuidado realizado en el servicio de emergencia pediátrica según Teoría de Virginia Henderson

Teniendo en cuenta mi experiencia con la Atención de Pacientes Pediátricos y específicamente con Diagnóstico de TEC, me baso en esta teoría de Virginia Henderson que es un modelo de suplencia o ayuda y parte del concepto de las necesidades humanas de Maslow.

La enfermera según su teoría tiene que suplir o ayudar al niño enfermo con esta patología debido al estado en muchos casos crítico con la que llega a la sala de Emergencia. Es necesario satisfacer sus necesidades básicas como son las de respirar, comer, moverse, mantener la temperatura corporal, mantenerlo limpio, evitar los peligros, etc. Y realizar las diversas actividades para contribuir a su salud y su pronto restablecimiento.

Además tanto paciente y familia son vistos desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, teniendo muy en cuenta sus sentimientos y emociones.

Para realizar la atención del niño con TEC partimos de una valoración, diagnóstico de enfermería para luego planificar los cuidados priorizándolos, teniendo en cuenta las necesidades que se encuentran alteradas en nuestro paciente y su familia como lo manifiesta Henderson en su teoría.

El análisis crítico del cuidado observado será realizado utilizando los tres criterios de Fawcett:

Según el primer criterio de Fawcett, la teoría abarca todos los problemas o necesidades del paciente; ya que, Henderson identificó 14 necesidades humanas básicas, las cuales pueden

ser satisfechas por el paciente o su familia cuando tienen la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Cuando alguna necesidad se altera, la enfermera actúa como sustituta, colaboradora y compañera del paciente y su familia; trabajando en interdependencia con otros profesionales de la salud como: médicos, nutricionistas, psicólogos y terapeutas ocupacionales, etc.

- En el servicio de Emergencia pediátrica, las enfermeras consideramos las 14 necesidades básicas de Henderson durante la valoración del paciente. Sin embargo, durante la planificación y la ejecución de los cuidados son consideradas sólo algunas necesidades, dejando un poco de lado las necesidades de comunicación, religión, adaptación, recreación y educación, muchas debido a la sobrecarga o mucha demanda de pacientes, a la falta de personal de enfermería.

Desde el segundo criterio, el objetivo de enfermería propuesto por la teoría es congruente con la meta de salud del paciente; ya que, para Henderson, la función de la enfermera es ayudar al paciente en la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación con el objetivo que éste gane su independencia lo más rápidamente posible.

- En el nuestro servicio, registramos nuestras actividades o intervenciones según nuestro turno enfocadas en la satisfacción de la necesidad básica más relevante para el niño, la que más se altera producto de la enfermedad y que es necesaria para su recuperación.

Respondiendo al tercer criterio, las intervenciones asociadas con la teoría son consistentes con las expectativas del paciente con respecto al cuidado de enfermería; ya que, Henderson

determinó las funciones autónomas de la enfermería e insistió en que el trabajo de la enfermera es independiente del médico, reconociendo que ambas tareas se entrecruzan en muchos casos. La enfermera debe evaluar las necesidades básicas del paciente en forma empática, considerando al paciente y su familia como una unidad que requiere mantener el equilibrio emocional y fisiológico.

- En el servicio de Emergencia pediátrica, nuestras intervenciones realizadas están enfocadas en su mayoría, a satisfacer las necesidades del paciente mediante el cumplimiento de las indicaciones médicas, pero también realizamos los cuidados autónomos de la profesión. Si bien, una madre necesita que su hijo se recupere para volver a su hogar lo antes posible, muchas veces puede necesitar otros tipos de cuidado por parte de la enfermera como: información oportuna, educación, apoyo emocional, escucha activa, entre otros.

2.3 Definición de Términos

Traumatismo Encéfalo Craneano: Se considera traumatismo encéfalo craneano (TEC) a la lesión traumática producida sobre la bóveda craneal y/o su contenido. Implica al menos contusión o laceración del cuero cabelludo, del cráneo y una alteración más o menos severa del estado de conciencia.

Cuidado de Enfermería: Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para el siguiente informe se obtuvo los datos de los libros de registro de Ingreso de pacientes a nuestro servicio y estadísticas informáticas.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia como enfermera pediátrica se inicia en el año 2008 hasta el presente, por lo que ya cuento con 8 años de experiencia y de labor asistencial en el servicio de Emergencia Pediátrica, y en todo este tiempo he obtenido muchos conocimientos, aprendido técnicas y procedimientos, habilidades y destrezas inherentes al área donde laboro siempre basados en principios científicos y éticos garantizando así una atención segura y de calidad al paciente pediátrico y su familia.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

El Hospital Edgardo Rebagliati Martins es un hospital de nivel IV, centro de referencias a nivel nacional, y cuenta con el Servicio de Emergencia Pediátrica el cual según su infraestructura cuenta con 7 salas de atención a los pacientes las cuales son las siguientes y cada sala cuenta con un personal a su cargo o responsabilidad.

ÁREA	Nº DE ENFERMERAS RESPONSABLES
Trauma shock	1
Tópico de cirugía	1
Sala de nebulizaciones	1

Fuente: Jefatura del servicio

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN	Nº DE CAMAS EN ÁREA COMÚN	Nº DE CAMAS PARA AISLAMIENTO
Sala de Escolares	11	1
Sala de Preescolares	8	1
Sala de Lactantes	6	2
Sala de Cuidados Intermedios.	3	

Fuente: Propio

El Servicio de Emergencia Pediátrica cuenta con la siguiente cantidad de personal profesional y no profesional de enfermería capacitadas en el área de pediatría y con amplia experiencia profesional y está distribuido de la siguiente manera:

PERSONAL DE ENFERMERÍA	Nº
Enfermera Jefe	1
Enfermeras Subjefes	2
Enfermeras Asistenciales	42

Fuente: Jefatura del servicio

PERSONAL TÉCNICO DE ENFERMERÍA	Nº
Técnicos de Enfermería Asistenciales	31

Fuente: Jefatura del servicio

En cuanto al horario de trabajo del personal de enfermería es el siguiente:

- La enfermera jefe labora solo mañanas de lunes a sábado, con actividades netamente administrativas.
- Las enfermeras subjefes laboran en turnos rotativos de una semana de mañana y la siguiente de tarde y así sucesivamente, con trabajo también administrativo.
- Las enfermeras asistenciales trabajamos en turnos rotativos de tarde, mañana y noche, y 3 días de descanso.
- Por turnos trabajamos en grupos de 6 o 7 enfermeras asistenciales, pero muchas veces con déficit de 1 o 2 enfermeras ya sea por descanso médico, falta con o sin aviso, permiso de horas al ingreso o salida del turno, turnos libres compensatorios (que no son cubiertos), licencias o vacaciones.

Material y equipos de nuestro servicio

Para nuestro trabajo diario contamos con material y equipos que muchas veces no son suficientes para brindar atención de calidad a nuestros pacientes que por ser hospital nivel IV y centro de referencia a nivel nacional la demanda de pacientes es mucha y nuestros equipos en muchos casos no abastece para la atención. Estos equipos son los oxímetros, bombas de infusión, ventilador mecánico (ya que solo contamos con uno), equipos de ventilación, camillas y cunas (a veces en mal estado o reparación). Por lo cual tenemos que hacer préstamos de estos equipos o materiales a otros servicios, lo cual demanda tiempo.

Pero si contamos con buen dote de material de bioseguridad (guantes, mascarillas, gorros, mandilones, campos, etc.),

material para la atención directa al paciente (jeringas, agujas, abocats, llaves de triple vía, soluciones, etc.), medicamentos en el coche de paro, todo bajo la responsabilidad de la enfermera.

El presente estudio basado en mi experiencia profesional respecto a los cuidados del paciente pediátrico con TEC, en el servicio de Emergencia Pediátrica, se centra en el abordaje de las 4 áreas de Enfermería: Administrativa, Asistencial y Docente

Área Administrativa

El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

Son muchas las actividades administrativas que realiza enfermería desde los cargos directivos hasta la enfermera asistencial, dentro de la emergencia pediátrica la Enfermera Administrativa realiza las siguientes actividades en bien de la atención de los pacientes que ingresan con Diagnostico de Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC):

Nosotras somos las responsables del personal propiamente dicho dentro del servicio o de la sala que estamos como responsables, vemos que el personal este completo tanto enfermeras como técnicos, pero esto no siempre se cumple ya que muchas veces hay faltas y descansos médicos del personal lo que agrava la situación en la atención de nuestros pacientes más aún si existe mucha demanda de estos, por lo cual a veces no podemos brindar una adecuada atención o existe una demora en esta.

Realizamos la labor de coordinación y relación con el resto de las salas de emergencia a donde pasara a hospitalizarse nuestro paciente con TEC. Es decir tenemos que saber cuantas camas tenemos disponibles en cada sala y hospitalizamos a nuestro paciente según su edad informando previamente a nuestra colega encargada de la sala.

Nos encargamos del control de material de coche de paro, insumos, medicamentos, etc. De la sala a cargo o por la cual estamos rotando para la atención de urgencia de estos pacientes, llevamos un registro riguroso, ordenado en cada uno de los turnos y se realiza diariamente. También aquí tenemos algunos problemas porque a veces hay medicamentos que se encuentran agotados en farmacia y tenemos que suplirlos momentáneamente por otros, o esperar que llegue nuevamente a farmacia.

Revisamos las recetas de los pacientes que estén debidamente llenados y completos para enviarlos a farmacia, con la finalidad de que no falten los medicamentos indicados para su administración en cada turno.

Durante el tiempo en la Coordinación la enfermera es responsable del grupo de guardia y verifica la asistencia de su personal tanto de enfermeras como técnicas y las distribuye según sus rotaciones en las diferentes salas.

Nos encargamos de suministrar el material requerido por el personal en las diferentes salas, todo coordinadamente para beneficio de nuestros pacientes, y la atención sea rápida, segura y eficaz.

También somos las encargadas de realizar la verificación de las camas de hospitalización disponibles en los servicios de clínica Pediátrica, Cirugía pediátrica, UCIP, hematología y oncología pediátrica y también SOP para luego realizar las

coordinaciones y las transferencias necesarias de los pacientes con TEC según la sea la necesidad de estos.

Estamos en contacto con los servicios de mantenimiento del hospital por si hubiera algún problema en el servicio. Como ya hemos experimentado algunas veces por ejemplo falta de oxígeno en los balones, fallas en nuestros equipos biomédicos (bombas de infusión, ventilador mecánico, pulsoxímetros, monitores, etc.), fuga de agua en los tópicos, y otros.

Área Asistencial

La asistencia en el medio hospitalario se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del paciente deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla en:

Atender las necesidades básicas de nuestros pacientes desde su ingreso hasta su alta.

Aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad.

Durante mi experiencia profesional se ha venido plasmando los conocimientos científicos adquiridos durante la práctica diaria del que hacer enfermero, brindando cuidados integrales y humanísticos con responsabilidad, compromiso, eficacia, eficiencia y principios éticos al paciente pediátrico con TEC.

Dentro de la Unidad de Emergencia pediátrica esta labor es realizada por todas las enfermeras que brindamos cuidados de enfermería rápidos y oportunos a cada uno de los pacientes con esta patología.

Cuando un niño con Dx. Traumatismo Encéfalo Craneano llega al hospital y a nuestro servicio:

Primero es evaluado por el medico a cargo en la sala de urgencias y luego de acuerdo a su gravedad es derivado a la sala de shock trauma o a la atención ambulatoria por el médico especialista.

En la sala de shock trauma la enfermera recepciona al paciente pediátrico y su familia (padre, madre) el niño puede estar estable o inestable, también recepcionamos la historia clínica sucinta de emergencia.

Iniciamos su monitorización de funciones vitales y llenamos la historia clínica. En todo momento mostramos interés y atención en el paciente tratando de mantenerlo calmado e informarle los procedimientos que se le está realizando, en el caso que sea un paciente estable y este orientado. Igualmente a su familia informales poco a poco de su estado y de los procedimientos a seguir.

El paciente es evaluado por el medico Neurocirujano de turno, y va dejando las indicaciones si es que merita su hospitalización de acuerdo a su gravedad.

La enfermera realiza la valoración general del paciente estado de conciencia, movilidad, reacción pupilar, ventilación, circulación etc. y lo vamos registrando en la hoja de anotaciones de enfermería.

Preparamos material e insumos necesarios para algún procedimiento como entubación endotraqueal, canalización de vías periféricas, administras medicamentos, según el estado del paciente y las indicaciones médicas.

Si el paciente queda hospitalizado, se le traslada a una de las salas de hospitalización según su edad, estado de gravedad e indicación médica.

Nosotras brindamos cuidados propios de enfermería a pacientes pediátricos con TEC en las diferentes salas de observación, dentro del área de trauma shock, área intermedios, etc. Y de acuerdo al estado del paciente.

Área Docente

En nuestro servicio realizamos:

Consejerías personales a los padres o tutores del paciente acerca de su patología, los medicamentos que se le administra, procedimientos que se le realice, los cuidados que debe tener con su niño durante la hospitalización, etc.

Además brindamos información en general a los pacientes y familiares en cada sala de nuestro servicio, sobre temas de importancia común como lavado de manos, eliminación de desechos, prevención de caídas, etc.

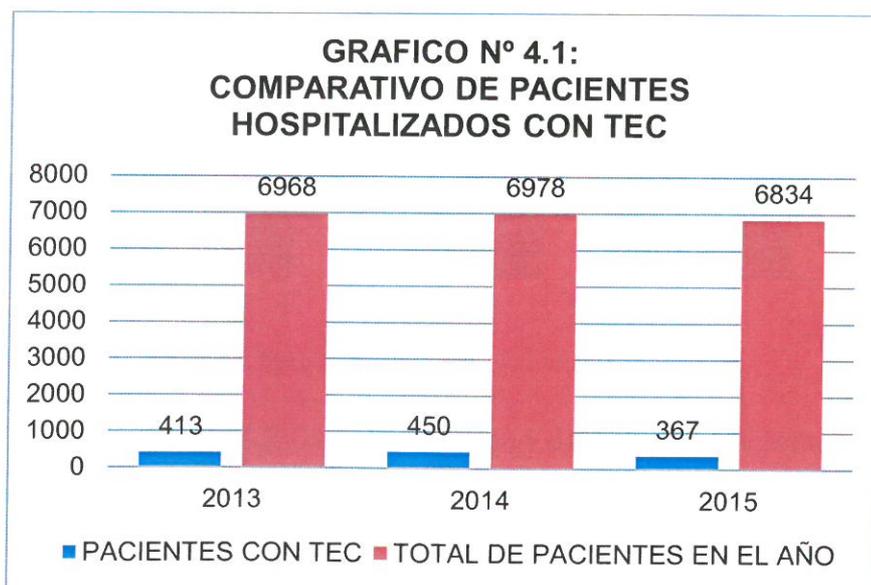
Si contamos con estudiantes o internas de enfermería que estén realizando sus prácticas o internado por nuestro servicio tratamos de brindarles una adecuada enseñanza de los diferentes procedimientos y actividades que realizamos en nuestro quehacer diario en bienestar de nuestros pacientes.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1: INCIDENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TEC POR AÑOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HNERM 2013 – 2015

Pacientes Ingresados al servicio	2013		2014		2015	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Pacientes con TEC	411	5.9	456	6.53	367	5.37
Pacientes con otras patologías	6557	94.1	6522	93.47	6467	94.63
TOTAL	6968	100	6978	100	6834	100

FUENTE: Cuadernos de registro de ingresos de pacientes al servicio de emergencia pediátrica HNERM.

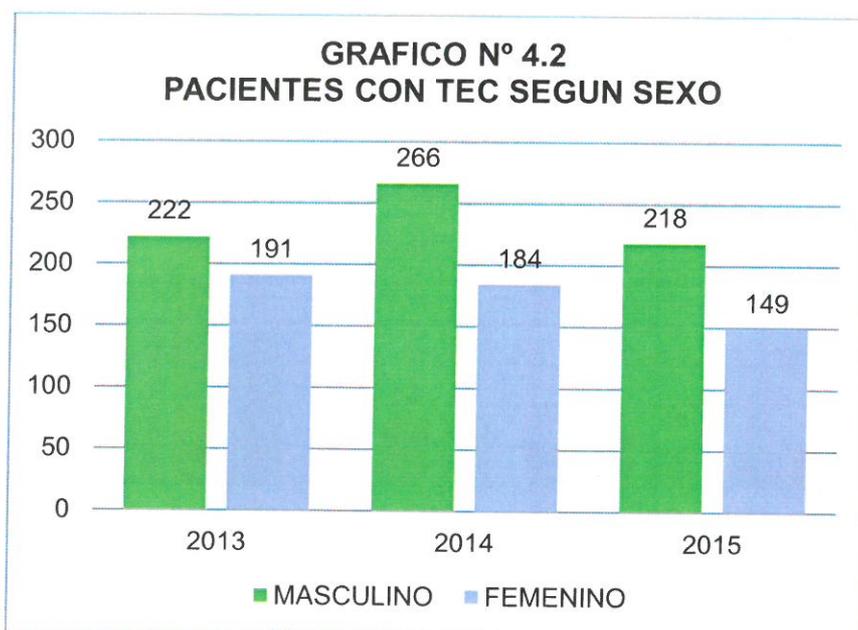


En el cuadro N° 4.1 se observa que del 100% de pacientes hospitalizados en nuestro servicio en el año 2013 el 5.9% tuvo diagnóstico de TEC, en el año 2014 fue 6.53% y en el 2015 fue 5.37%, observándose un mayor número de casos en el año 2014.

CUADRO N° 4.2: PACIENTES CON TEC SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HNERM 2013 – 2015

Sexo	2013		2014		2015	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Masculino	222	53.75	266	59.11	218	59.40
Femenino	191	46.25	184	40.89	149	40.6
TOTAL	413	100	450	100	367	100

FUENTE: Cuadernos de registro de ingresos de pacientes al servicio de emergencia pediátrica HNERM.

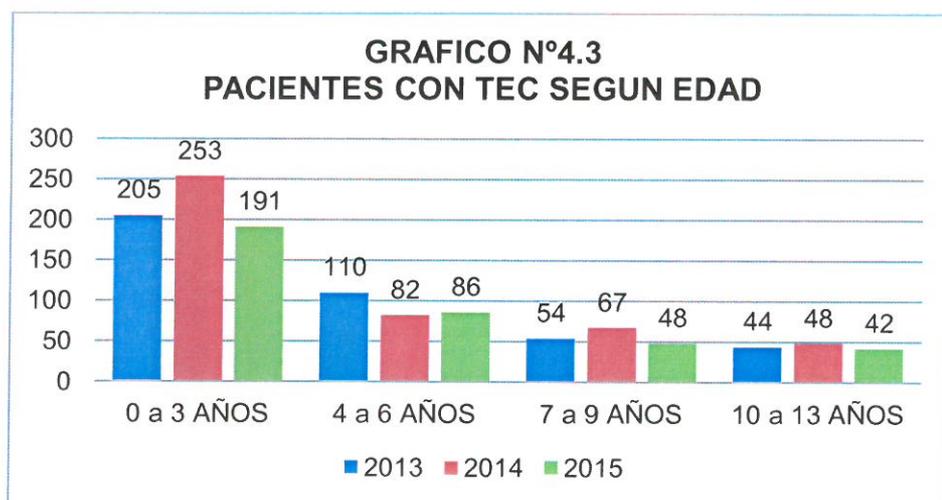


En el cuadro N° 4.2 Observamos que del total de pacientes con TEC ingresados al servicio de emergencia, en los 3 años de estudio predomina el sexo masculino con un porcentaje de 53.75% en el 2013, 59.11% en el 2014 y 59.40% en el 2015. Coincidiendo con lo planteado en la teoría por otros autores que la mayor incidencia de los TEC está en los pacientes de sexo masculino.

**CUADRO N° 4.3: PACIENTES CON TEC SEGÚN RANGO DE EDAD
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HNERM
2013 - 2015**

Edad / años	2013		2014		2015	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
0 – 3	205	49.64	253	56.22	191	52.04
4 – 6	110	26.63	82	18.22	86	23.43
7 – 9	54	13.08	67	14.89	48	13.09
10 - 13	44	10.65	48	10.67	42	11.44
Total	413	100	450	100	367	100

FUENTE: Cuadernos de registro de ingresos de pacientes al servicio de emergencia pediátrica HNERM.

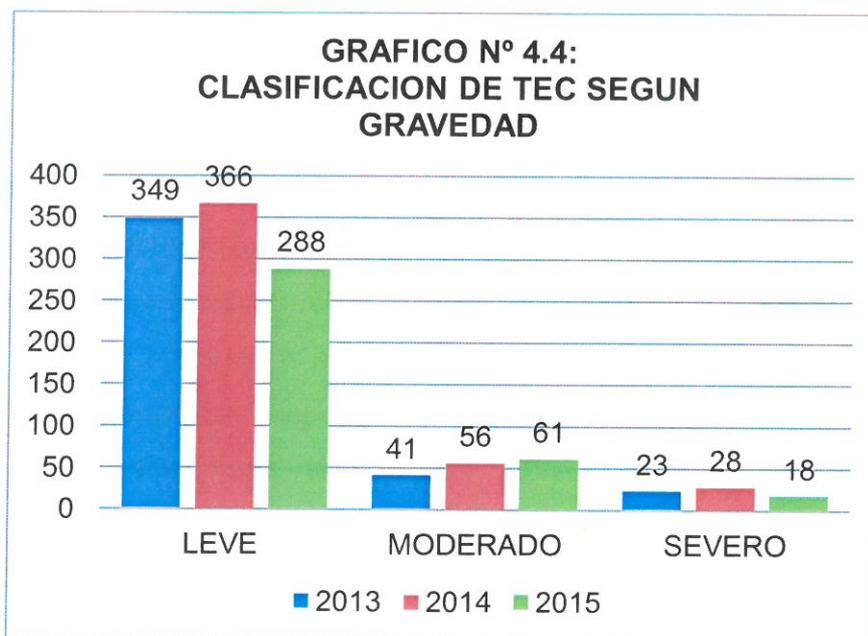


En el cuadro N° 4.3 Como se puede evidenciar en la gráfica; el grupo de edad que mayor porcentaje de pacientes que ingresaron al servicio de emergencia y por consiguiente la más afectada es la de 0 a 3 años con el porcentaje más alto obtenido en el 2014 con un 52.22%, seguido por los de 4 a 6 años con el porcentaje más alto en el 2013 con un 26.63%, luego los de 7 a 9 años con el porcentaje más alto en el año 2014 con un 14.89%, y por último los de 10 a 13 años con el porcentaje más alto en el 2015 con un 11,44%.

**CUADRO N° 4.4: PACIENTES CON TEC SEGÚN CLASIFICACIÓN
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HNERM
2013 - 2015**

Clasificación	2013		2014		2015	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Leve	349	84.50	366	81.33	288	78.47
Moderado	41	9.93	56	12.44	61	16.62
Grave	23	5.57	28	6.23	18	4.91
Total	413	100	450	100	367	100

FUENTE: Cuadernos de registro de ingresos de pacientes al servicio de emergencia pediátrica HNERM.



En el cuadro N° 4.4 De acuerdo a la gráfica acerca de la gravedad del TEC, se puede evidenciar que el mayor porcentaje de pacientes en los 3 años de estudio se diagnosticaron como TEC leves, y los casos de TEC graves llegan a un 6.23% en el año 2014.

V. CONCLUSIONES

- Los TEC constituyen un importante problema de salud pública por la elevada morbimortalidad que conllevan y por el gasto socio-sanitario que generan. Según la severidad del trauma, las secuelas en todas las esferas de la persona pueden ser irreversibles, por lo que una adecuada atención por parte del equipo multidisciplinario que incluya unos cuidados de Enfermería llevados a cabo a través de un plan de cuidados estandarizado al paciente con TEC y a su familia puede contribuir positivamente a mejorar su evolución y recuperación reduciendo notablemente la severidad de las secuelas.
- Hay una mayor incidencia en el género masculino, evento causado por diversos factores de riesgo y que deja como lesión un trauma encéfalo craneano (TEC) en cualquiera de sus 3 clasificaciones.
- Los resultados presentados en cuanto a sexo y edad hace pensar que los padres no están jugando su rol correctamente, ya que en las edades más vulnerables encontradas los infantes son aún dependientes de sus padres.
- Las intervenciones que brinda Enfermería son integrales humanitarias y oportunas pero existen factores que inciden al momento de las intervenciones de enfermería como; la falta de personal en el servicio, la mucha demanda de pacientes, muchas veces el déficit de insumos y recursos tecnológicos para que se brinde un adecuado manejo al paciente con TEC.
- Se concluye que las intervenciones de enfermería resultan en una actuación basada en técnicas, habilidades, destrezas obtenidas durante nuestra experiencia y años de labor en el servicio de emergencia pediátrica, para la atención de los pacientes con esta patología.

VI. RECOMENDACIONES

- Coordinar con las jefaturas y todo el equipo de trabajo del servicio de emergencia, para que el equipamiento del servicio sea completo, adecuado y este en buen estado para atender a este tipo de pacientes.
- Se recomienda continuar fomentando investigaciones, trabajos y capacitación continua del personal que permitan mejorar la calidad de atención para pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano conjuntamente con planes de intervención de enfermería.
- Al personal se sugiere fomentar el cambio de conducta que permitan optimizar el cuidado de enfermería, mediante una comunicación continua entre el personal profesional, con el fin de mantener el bienestar del paciente y así mejorar las relaciones interpersonales.

VII. REFERENCIALES

1. Villegas DCd, Salazar DJ. Traumatismo Craneoencefálico en Niños. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría. 2008.
2. Barzola Gonzales A. Cuidados de Enfermería a Pacientes Pediátricos con TEC en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde" Guayaquil. Guayaquil; 2013.
3. Guillen Pinto D, Zea Vera A. Traumatismo Encéfalo Craneano en Niños atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima; 2011.
4. Hilda C, Liliana F. Cuidados de Enfermería a Pacientes pediátricos con TEC fundamentado en la Teoría de Dorothea Orem. Maracay; 2012.
5. Bonilla Jacqueline CAL. Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el aérea de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugeni. Quito; 2011 - 2012.
6. Acedo M, García MM. Traumatismo Craneoencefálico. Revista Medicina General. 2000;; p. 38-45.
7. Cruz L. Estrategias de Diagnóstico y Tratamiento para el Manejo de Traumatismo Craneoencefálico en adultos.; 2007.
8. Medina Moncada Paula CPS. Cuidado de Enfermería al Niño con Traumatismo Encéfalo Craneano: En Atención Inicial de Urgencias. Investigación y Educación en Enfermería. 2004.
9. Lic. Josefa T. García Vásquez LPBR. Traumatismo Craneoencefálico. Revista Cubana de Enfermería. 2004.

10. Peláez. MEG. Cuidados en el Traumatismo Craneoencefálico. [Online].; 2014. Available from: www.eccpn.aibarra.org.
11. Lic. Isidro Gonzáles García LJCHR. Labor de Enfermería en el Traumatismo Craneoencefálico Infantil. 2002.
12. Martin LSR. Recomendaciones de Cuidados de Enfermería para el Paciente con Traumatismo Craneoencefálico Severo ingresado a la UCI. [Online].; 2014. Available from: [www.academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11278/Sarai Rada Martin.pdf](http://www.academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11278/Sarai_Rada_Martin.pdf)?
13. Salud Md. Guía Clínica Traumatismo Craneoencefálico Moderado o Grave Santiago, Chile; 2013.
14. Guadagno LV. Aplicación del PAE en paciente con diagnóstico de Traumatismo Craneoencefálico Severo. Casos Clínicos de Neurología. 2011.
15. Lic. Bustos Villareal Mónica LCGA. Manejo de Enfermería en Paciente con Traumatismo Craneoencefálico. Tulcán; 2012.
16. Vera Lorenti FE, Rosaura MPC. Atención de Enfermería en Niños menores de 12 años con TEC en el área de Emergencia del Hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde". Guayaquil; 2010.
17. Pérez DAD, Valdés DMA. Revisión sobre Manejo del TEC en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Médica Electrónica. 2011.
18. Carriera Quinteros MP. Atención de Enfermería a Pacientes con TEC Grave que acuden al Servicio de Emergencia Hospital Pablo Arturo Suarez y propuesta de un Protocolo de Atención de Enfermería. Guayaquil; 2012.
19. Manrique Martínez Ignacio AMP. Manejo del Trauma Craneal Pediátrico. [Online]. Available from: www.aeped.es/sities/default/files/documentos/manejo-del-trauma-craneal-pediatrico-pdf.

20. Álvarez Sanz AM, Guillen Pinto D. Estudio sobre las características epidemiológicas de los golpes en la cabeza en los niños menores de 5 años. Revista Peruana de Pediatría. 2013.
21. Yelitza Y. Informe de Pasantías en Enfermería.; 2002.
22. Natalie MLV. El cuidado enfermero.; 2010.
23. Juárez Rodríguez Paula GCMdL. La Importancia del Cuidado de Enfermería.; 2009.
24. Báez Hernández Francisco Javier RCL. El Significado de Cuidado en la Práctica Profesional de Enfermería; 2009.

ANEXOS

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Paciente escolar varón de 6 años, ingresa al servicio de Emergencia Pediátrica transferido del Hospital Sabogal con Dx de TEC Severo, transportado por personal de STAE y en compañía de sus padres.

Al examen, paciente con Tubo Endotraqueal N° 5, siendo ventilado con bolsa de resucitación manual , con collarín cervical estabilizador, hematoma bilateral ocular, pupilas mioticas anisocoricas, no reactivas, con SNG a gravedad drenando secreción porracea, escoriaciones en zona frontal y ambos malares, presenta otorragia, movimientos de extensión y rotación de ambos miembros superiores , solo miembro inferior izquierdo reacciona al estímulo; con sonda foley eliminando orina de característica normales, presenta VEV en MSD recibiendo CINA 9% + CIK 20% 5cc a 70 ml/hora.

Escala de Coma de Glasgow 5 puntos (AO = 1; RV = 1; RM = 3)

Se observa a la madre llorosa, nerviosa e intranquila.

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
PEDIÁTRICO CON TEC GRAVE**

DIAGNOSTICO	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC
<p style="text-align: center;">DOMINIO 4</p> <p style="text-align: center;">CLASE 4</p> <p>1. 00029</p> <p>Disminución del Gasto Cardíaco R/C alteración de la poscarga y de la frecuencia cardíaca evidenciado por hipotensión, palidez marcada, frialdad de la piel y bradicardia.</p>	<p>0802 Signos vitales.</p> <p>0401 Estado circulatorio.</p>	<p>6680 Monitorización de los signos vitales</p> <p>668011 controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.</p> <p>668013 observar la presencia y calidad de los pulsos.</p> <p>668019 observar si hay relleno capilar normal.</p> <p>4130 monitorización de líquidos.</p> <p>4150 Regulación hemodinámica.</p> <p>4160 control de las hemorragias.</p> <p>4062 Cuidados Circulatorios.</p> <p>4180 Manejo de la hipovolemia.</p> <p>418003 Administrar productos sanguíneos</p> <p>418027 vigilar el estado hemodinámico, incluyendo (PVC, PAM, PAP, PCPE).</p> <p>4250 Manejo del shock: volumen.</p> <p>4200 Terapia intravenosa.</p> <p>420002 Administrar medicamentos IV, según prescripción y observar los resultados.</p> <p>420018 Seleccionar y preparar la Bomba de infusión IV.</p>

<p>DOMINIO 4</p> <p>CLASE 4</p> <p>2. 00201 Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c lesión cerebral hematoma epidural. evidenciado por ECG 5; pupilas mióticas anisocóricas arreactivas</p>	<p>0406 Perfusión tisular: cerebral.</p> <p>0802 Signos vitales.</p>	<p>1920 Monitorización ácido – base.</p> <p>2080 Manejo de líquidos</p> <p>208009 Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (Hcto, albumina, PT, etc.)</p> <p>2300 Administración de medicación.</p> <p>2550 Mejora de la perfusión cerebral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la cabecera a 30°, evitar la flexión del cuello, conservar collarín cervical hasta descarte de lesión. <p>2620 Monitorización neurológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar estado neurológico mediante la ECG; tamaño, simetría y reacción pupilar. • Observe la adopción de posturas anormales indicadoras de decorticación y descerebración. • Observe la presencia de cualquier drenaje por oídos o nariz. <p>6680 Monitorización de los signos vitales.</p> <p>668001 Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.</p> <p>668006 Controlar periódicamente el ritmo y la FC.</p> <p>668008 Controlar periódicamente la</p>
---	--	---

<p>DOMINIO 4 CLASE 4 3. 00032 Patrón Respiratorio ineficaz r/c deterioro neuroológico.</p>	<p>0403 Estado respiratorio: ventilación. 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas. 0802 Signos vitales.</p>	<p>oximetría de pulso. 668022 Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. 3140 Manejo de las vías aéreas. 314003 Administración de oxígeno humedificado. 3160 Aspiración de las vías aéreas. 316003 Anotar el tipo y cantidad de las secreciones. 316008 Determinar la necesidad de aspiración oral y/o traqueal. 3320 Oxigenoterapia. 332002 Administrar oxígeno suplementario, según órdenes. 332011 Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, Gasometría en sangre arterial) 332016 Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. 3350 Monitorización respiratoria. 6680 Monitorización de los signos vitales. 668007 Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio. 668008 Controlar periódicamente la oximetría de pulso. 668009 Controlar periódicamente los sonidos pulmonares. 668014 Observar periódicamente el</p>
--	--	---

<p>DOMINIO 9</p> <p>CLASE 2</p> <p>4. 00146 Ansiedad familiar r/c crisis situacional.</p>	<p>1211 Nivel de ansiedad.</p> <p>1402 autocontrol de la ansiedad.</p>	<p>color, la temperatura y la humedad de la piel.</p> <p>4920 Escucha activa</p> <p>492001 Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.</p> <p>492005 Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación.</p> <p>492011 Favorecer la expresión de sentimientos.</p> <p>492013 Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.</p> <p>492014 Mostrar interés en el paciente.</p> <p>5270 Apoyo emocional.</p> <p>5820 Disminución de la ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional a la familia. - Ayudar al familiar a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Enseñar y proporcionar información objetiva sobre el diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente. - Involucrar a la familia y seres queridos en la recuperación del paciente.
---	--	--

<p>DOMINIO 11 CLASE 6</p> <p>5. 00006 Hipotermia R/C disminución de la tasa metabólica manifestado por frialdad de la piel.</p>	<p>0800 Termorregulación</p> <p>0802 Estado de los signos vitales.</p>	<p>3800 Tratamiento contra la hipotermia.</p> <p>3900 Regulación de la temperatura</p> <p>390006 Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados.</p> <p>390017 Observar color y temperatura de la piel.</p> <p>390018 Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia.</p> <p>390020 Utilizar colchón térmico y mantas calientes para ajustar la temperatura corporal alterada.</p> <p>6680 Monitorización de los signos vitales.</p> <p>668014 Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.</p>
<p>DOMINIO 11 CLASE 2</p> <p>6. Riesgo a alteración de la integridad cutánea R/C deterioro de la circulación y factores mecánicos (inmovilidad</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p>	<p>0842 Cambios de posición.</p> <p>3540 Prevención de las úlceras por presión.</p> <p>354002 Aplicar protectores para codos y talones.</p> <p>354004 Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.</p> <p>354006 Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la</p>

		<p>asepsia para el paciente de riesgo.</p> <p>655020 Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</p> <p>655022 Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.</p>
--	--	--

**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO
ENCEFALOCRANEANO EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**



SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA

