

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TITULO DEL PROYECTO DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA/O EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

MANEJO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS POR ACCIDENTES DE TRANSITO EN LA SALA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE EL PERIODO DE OCTUBRE 2014-SEPTIEMBRE 2015.

AUTORAS:

Rea Manobanda Nancy Alejandra

García García Tania María

TUTORA

LIC. VANESSA MITE CÁRDENAS

Guaranda, Octubre del 2014 a Septiembre del 2015

DEDICATORIA

A mis padres: Mariana y Ángel, por ser ejemplo del amor sincero, reflejo del amor de Dios en la tierra.
A mi esposo: Cristian, compañero fiel de mi vida, apoyo y fuerza que nunca falla.
Ya mi adorada hija Emiliana, fruto del amor sublime.

Nancy Rea

Por ese esfuerzo tesonero, incondicional y confiable, el regalo más grande que me dio Dios en la vida, y a quienes espero nunca fallar ni que me falten, a mis padres Gladis y Guillermo.

Tania García

AGRADECIMIENTO

Con la bendición de Dios, hemos culminado este trabajo, y por esa gracia hemos de reconocer en todos nuestro esfuerzos su amor.

Es loable reconocer el trabajo cumplido a través de tan prestigiosa institución, nuestra Querida Universidad Estatal de Bolívar como fuente de conocimiento y sabiduría.

A los docentes, profesionales íntegros en moral y ética que han sabido inculcar en nosotros las competencias y habilidades adecuadas para la atención a la comunidad.

A nuestra tutora, la Lic. Vanessa Mite, por su atinada y esperada dedicación en la guía del presente trabajo quien desinteresadamente nos acompañó en este arduo trabajo, que hoy llega a su finalización.

Y a todos nuestros padres, madres, familiares y amigos, quienes con su apoyo y solidaridad supieron acompañarnos y ser el motor de impulso para seguir adelante siendo nuestra inspiración y fortaleza.

Gracias

Tania García

Nancy Rea

TITULO:

MANEJO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS POR ACCIDENTES DE TRANSITO EN LA SALA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE EL PERIODO DE OCTUBRE 2014-SEPTIEMBRE 2015.

ÍNDICE

DEDICATORIA I
AGRADECIMIENTO II
TITULO: III
ÍNDICE IV
RESUMEN EJECUTIVO VII
INTRODUCCIÓN VIII
CAPITULO I 1
1.1 Planteamiento del Problema 1
1.2 Formulación del Problema 5
1.3 Objetivos 6
1.4 Justificación de la Investigación 7
1.5 Limitaciones 8
CAPITULO II 9
2. MARCO TEÓRICO 9
2.1. Antecedentes de la Investigación 9
2.2. Bases Teóricas 10
2.3. Definición de términos 39
2.4. Sistemas de Variables 41
CAPITULO III 48
3. MARCO METODOLÓGICO 48
3.1. Nivel de investigación 48
3.2. Diseño 48
3.3. Población y muestra 49
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 49
Técnicas 50
CAPÍTULO IV 51
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 51
4.1. ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA. 51
4.2. ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE EMERGENCIA H.A.N.M. 68

CAPITULO V 69
5. RESULTADOS POR LOGROS ALCANZADOS 69
CAPITULO VI 71
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 71
6.1. Conclusiones 71
6.2. Recomendaciones 73
BIBLIOGRAFÍA 74
ANEXOS 87

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR/ A

El suscrito/a Vanessa Mite Cárdenas Director/a del proyecto de investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema:

Manejo de enfermería a pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito en la sala de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar, durante el periodo de octubre 2014-septiembre 2015, realizado por los/ las estudiantes Rea Manobanda Nancy Alejandra, García García Tania María, ha cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación publica respectiva.



Mite Cárdenas Vanessa

DIRECTORA DEL PROYECTO

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA: MANEJO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN LA SALA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE EL PERIODO DE OCTUBRE 2014-SEPTIEMBRE 2015.

Autoras: García García Tania María Rea y Manobanda Nancy Alejandra

Directora: Lcda. Vanessa Mite Cárdenas

Fecha: 01-02-2016

RESUMEN EJECUTIVO

En nuestro país los accidentes de tránsito, se considera la primera causa de morbi-mortalidad predominando en el sexo masculino, también ocasionan diferentes tipos de traumatismos, siendo los más frecuentes los traumatismos craneoencefálicos. Es por ello que buscamos determinar el manejo y atención de enfermería, siendo en la Provincia de Bolívar causa de morbimortalidad en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos en la sala de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la Ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar, para lo cual se buscó la información pertinente como aporte para la consecución de los objetivos planteados, se realizó el diagnóstico del tipo de traumatismos y la cantidad de pacientes atendidos en la institución; esto se obtuvo a través de la investigación de campo extraída de los registros estadísticos del mismo e información pertinente por parte de los y las enfermeras del servicio a través de encuestas y cuestionarios como instrumentos para recolectar datos importantes que permitieron al final responder a los propósitos establecidos; una vez concluido el trabajo se pudo determinar que el tipo de traumatismo que prevalece en mayor porcentaje son los traumatismos craneoencefálicos leves, así también se identificó una deficiencia de conocimientos en el personal de salud a la hora de atender los requerimientos médicos para efectivizar la atención en las unidades de salud y su nivel de conocimientos sobre el tema.

Descriptores: Traumatismo cráneo encefálico, trauma, validación, lesión, cardiovascular, encéfalo, diagnóstico, evaluación, coma.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad existen diferentes instituciones, como son educativas, de salud, religiosas y políticas entre otras destinadas a satisfacer las necesidades de la comunidad en una forma integral.

Con respecto a las instituciones de salud estas cuentan con diferentes organizaciones desde las ambulatorias, rurales y grandes hospitales, considerados estos como unidades de salud que brindan diferentes programas terapéuticos, destinados atender la salud de los usuarios que a ellos asisten.

En el Hospital Alfredo Noboa Montenegro existe una sala de Emergencia donde se tiene un área de afluencia de 180.000 personas, aproximadamente, siendo la zona centro de referencia, se atiende al usuario después de que haya ocurrido una situación imprevista, está constituido por servicios de los hospitales públicos y privados establecidos en el país, cuya finalidad sea la de brindar una atención rápida, segura con un tratamiento basado en términos científicos para mitigar lesiones y daños en el usuario.

En esta área se atiende pacientes por accidentes de tránsito con traumatismos, ACV (accidente cerebro vascular), infartos, usuarios críticos por enfermedad, lesiones en órganos o en sistemas, con posibilidad de ser recuperados.

Cada una de estas unidades está destinada a satisfacer las necesidades individualizadas al usuario que lo amerite acorde al diagnóstico, por lo tanto la unidad de emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro tiene una estructura ideal para recibir a varios usuarios, con diferentes patologías y por ende el personal de enfermería puede: observar, valorar, evaluar y obtener un diagnóstico de enfermería con criterio para actuar y tratar las necesidades individuales y jerarquizadas en cada usuario.

De los usuarios que ingresan al área de emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro algunos son pacientes con traumatismo craneoencefálico, producto de

diversos accidentes, en especial por accidentes de tránsito; cabe referir que según la Organización Mundial de la Salud “los accidentes de tránsito son la tercera causa de muerte y superan la incidencia de patologías infecciosas”. Fundamentado también por el área de estadística del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, donde refiere que el traumatismo craneoencefálico por accidente de tránsito, está asociado a lesiones en la cabeza que en la mayoría de los casos ocasionan daño cerebral debido al desplazamiento y distorsión del tejido nervioso al momento del impacto.

Estos usuarios en el momento de ingresar al área de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro se les deben brindar acciones dirigidas; a observar, valorar y actuar verificando los signos y síntomas para controlar las posibles complicaciones que se pueden presentar; estas acciones son realizadas por los profesionales de enfermería, donde las actividades realizadas por ellos son fundamentales para prevenir la perdida de la vida, disminuir las complicaciones (hemorragias, embolias, trastornos neurológicos u otros)y discapacidad del individuo.

En virtud de lo expuesto y vista la importancia de la unidad de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, se seleccionó esta área para desarrollar el presente estudio.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

Tomando en cuenta el mundo globalizado, los avances de la ciencia y la tecnología, demandan cada vez al personal de enfermería una formación acorde a las nuevas actualizaciones de salud, con el propósito de favorecer la eficacia y eficiencia del cuidado que debemos brindar al usuario. La enfermera tiene la responsabilidad de usar su capacidad para actualizar sus conocimientos teóricos y prácticos que le permitan tener una direccionalidad en su actuación profesional, abarcando en esa formación los cuidados a ofrecer en el área de Emergencia, cuidados intensivos, shock, soporte coronario avanzado, cuidados intermedios con el fin de brindar un desempeño óptimo evitando riesgos y complicaciones en la atención que brinda al paciente con traumatismo craneoencefálico.

En los últimos años hemos observado en el Ecuador un incremento de personas con traumatismo craneoencefálico ocasionado por accidentes de tránsito, caídas, accidentes laborales, domésticos y otros afectando a niños y adultos.

De modo que el profesional de enfermería debe garantizar al usuario con trauma craneoencefálico en el momento de su ingreso a Emergencia, una atención inmediata con el material adecuado y poner en marcha acciones como estabilización de la permeabilidad de las vías respiratorias, de lesiones cervicales, valoración pupilar, de los niveles de conciencia y respuestas motoras, es decir si existe o no la disminución de los movimientos, así también la valoración de la presión intracraneal, al mismo tiempo proporcionando cuidados generales. El personal de enfermería debe registrar en la historia clínica signos vitales, realizar aspiración constante de secreciones oro faríngeas del usuario, mantener vías aéreas y endovenosas permeables, cumplir control de ingesta y eliminación de líquidos, vigilar e identificar fuentes de pérdida de sangre para así prevenir el shock y cumplir coordinadamente el tratamiento médico.

Además de lo descrito el profesional de enfermería debe estar atento a realizar movimientos adecuados y sincronizados en el momento del movimiento del usuario de la tabla hacia la camilla para evitar complicaciones, también debe mantener correctamente el goteo endovenoso, colocación de apósitos estériles húmedos o lubricados en las áreas expuestas, pues de esta manera se brinda cuidados inmediatos para preservar la vida, además el personal de enfermería debe estar atento a los posibles cambios neurológicos, funciones vitales y hemodinámicas hasta su recuperación; manejar las complicaciones que puede presentar el usuario para la preservación de su vida y que en algún momento puedan interferir en su recuperación total.

Forma parte de las responsabilidades del personal de enfermería, el manejo de equipos sofisticados como: monitores, electrocardiógrafos, ventiladores, bombas de infusión. En resumen en la actuación de enfermería deben fusionarse el conocimiento, el manejo de técnicas, habilidades y destrezas en una situación de riesgo para la preservación de la vida del usuario, respaldados bajo principios holísticos, humanísticos, científicos y éticos brindados al paciente con traumatismo craneoencefálico y a su familia en general.

Para estos usuarios; la actual crisis económica por la que están atravesando diferentes instituciones hospitalarias del país disminuye la calidad de atención por parte del personal de enfermería debido a la disminución del material médico quirúrgico, lo cual aumenta el índice de complicaciones y secuelas que en la mayoría afecta a la población del sector productivo.

A esta situación no es ajeno el Hospital Alfredo Noboa Montenegro, que es el segundo nivel de complejidad del sistema nacional de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, ubicado en las calles José María Cisneros y Selva Alegre, con una cobertura poblacional aproximada de 178.089 habitantes de la Provincia Bolívar.

Cuenta con un área de Emergencia que está ubicada en la planta baja de la infraestructura, la cual está conformada por áreas de observación, cuidados intermedios, triage, sala de emergencia y trauma; está equipada con 16 camas.

Otros de los aspectos que hay que tomar en cuenta es el recurso humano que está conformado por: dieciocho enfermeras y cuatro internos de enfermería, distribuidas en diferentes turnos que ofrece atención las 24 horas, los 365 días del año, sin discriminar su condición de salud, etnia, condición social, religión, edad, género. Pero este personal no está totalmente presente, pues si bien es cierto que en la nómina existe un determinado número de profesionales de enfermería, la vida real dice otra, pues algunos profesionales, están de vacaciones, reposo médico, otros con permiso.

Según órganos de difusión locales se dice que, "el consumo de tiempo de enfermería por paciente y día depende del tipo de cuidados que deban proporcionarse a los enfermos, pero también es una decisión que debe adoptarse desde la racionalización de los recursos disponibles"(Ceron, 2015, pág. 1).

En el cálculo de la plantilla, podemos disponer de los datos del hospital en funcionamiento actual. Estos datos se relacionan en los Programas Funcionales de las Unidades de Enfermería. De ellos se han obtenido y estimamos que 3 horas de enfermería por paciente y día es una cifra suficiente, para los cuidados normales. Para los intensivos esta cifra asciende a 12 horas, por lo que se puede decir que el número de horas de enfermería-usuario no se ajusta a la población de personal asignado al área de emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Los datos difundidos por (Fundación ONCE, 2009), los traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsitos producen cada año más de 169,000 muertes en Estados Unidos. En el 2008, las colisiones de automóviles causaron la muerte de más de 37,000 personas y heridas a más de 4 millones de personas, los traumatismos por accidentes de tránsito son la causa principal de muerte en las personas entre 16 a 44 años de edad. Aproximadamente el 80% de la muerte en adolescentes y el 60% en la infancia son secundarias a traumatismos.

Según (S.A, PHTLS, 2012), los traumatismos continúan siendo la séptima causa de muerte en los ancianos. Cada año mueren casi tres veces más estadounidenses por traumatismos que fallecidos en toda la guerra de Vietnam.

En Ecuador la principal causa de mortalidad masculina en el año 2013, cooresponde a los accidentes de transporte terrestre con un "total de 2469 muertes, alcanzando el 7, 07% y una tasa de 31.59(S.A, ww.inec.gob.ec, 2013).

Otros datos estadísticos a nivel del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda son los siguientes.

Clasificación de los traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito atendidos en el H.A.N.M. de la ciudad de Guaranda – Provincia Bolívar desde el mes de enero del 2015 hasta noviembre del 2015.

Mes	Traumatismo craneoencefálico leve	Traumatismo craneoencefálico moderado	Traumatismo craneoencefálico grave
Enero	8	3	1
Febrero	7	6	5
Marzo	5	0	5
Abril	4	0	0
Mayo	2	3	0
Junio	7	2	3
Julio	8	1	1
Agosto	7	5	1
Septiembre	6	4	0
Octubre	8	2	0
Noviembre	2	4	0
Total	64	30	16

Fuente: Área de estadística del Hospital Alfredo Noboa Montenegro Formulario 008 Enero-Noviembre 2015

Elaborado por: Nancy Rea Manobanda, Tania García García en el año 2015

Como resultados de la información emitida por el área de (Estadística H.A.N.M., 2015), 110 personas con edades que oscilan desde los ocho hasta los cincuenta y cinco años de edad han ingresado a la sala de Emergencia del Hospital Alfredo

Noboa Montenegro en el año 2015 con traumatismos craneoencefálicos ocasionados por accidentes de tránsito, pudiendo concluir que el tipo de traumatismo que predomina en la población económicamente activa es el trauma craneoencefálico leve con 64 casos. Cabe indicar que la primera atención de salud que reciben los usuarios que llegan a esta casa de salud son llevados por el Ecu 911, Cruz Roja Ecuatoriana y por familiares de los usuarios.

1.2 Formulación del Problema

¿Qué incidencia tiene el manejo de Enfermería en los pacientes con traumatismos craneoencefálico en la sala de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar el manejo y atención de enfermería a los pacientes con traumatismos craneoencefálicos en la sala de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Conocer la intervención de enfermería en el manejo de pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito.

- Identificar el tipo de traumatismo craneoencefálico por accidentes tránsito que más prevalece en el área de Emergencia del hospital Alfredo Noboa Montenegro.

- Capacitar al personal de enfermería de la sala de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la Ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar sobre el Manejo a pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito.

1.4 Justificación de la Investigación

El profesional de enfermería en el cumplimiento de su práctica, tiene el compromiso de brindar una atención que satisfazca las necesidades del usuario.

El trabajo en el área de Emergencia requiere de responsabilidad, actuación rápida coherente y segura, también se debe poner en practica la intervención médico-enfermera en razón que los pacientes llegan con politraumatismos de alta complejidad y gravedad de ahí la necesidad de que el personal esté en constante capacitación profesional, para atender de manera eficiente al usuario que en este estado es muy vulnerable al menor movimiento.

Según estadísticas nacionales los traumatismos craneoencefálicos producto de accidentes de tránsito constituye una de las principales causas de mortalidad y secuelas como minusvalidez posterior; condición que mejoraría con una atención eficiente del personal de enfermería.

Mediante una buena atención de enfermería se va a dar un cuidado óptimo al paciente, es por eso que la investigación esta direccionada a Capacitar al personal de enfermería de la sala de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, sobre el Manejo de enfermería a pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito, para evitar complicaciones en la sala de emergencia y brindar una atención de calidad, eficiencia y eficacia por el bienestar de los usuarios que acuden a esta casa de salud pública.

Este estudio tiene relevancia teórica, ya que se ubica en la concepción de que el profesional de enfermería brinda una atención integral al usuario con TCE para prevenir complicaciones y disminuir secuelas beneficiando el estado de salud y calidad de vida del mismo. Esto genera un conocimiento teórico-práctico que facilita el desenvolvimiento profesional en cada uno de sus roles.

Además, esta investigación tiene relevancia práctica, porque los resultados obtenidos aportaran beneficios al personal de enfermería y a los usuarios con traumatismo craneoencefálico que acuden al Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

En razón al aporte metodológico, el estudio reviste valor ya que sus resultados brindarán información que puede servir de base para diferentes investigaciones en otras instituciones hospitalarias que presenten la misma problemática.

1.5 Limitaciones

Esta investigación se limitara únicamente al estudio del manejo, atención de enfermería en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito en la sala de Emergencia.

De igual forma la información será veraz, no habrán alteraciones pues se recurre a fuentes confiables y que registran información día a día a través de sistema directos y comprobados por la institución.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se realiza una descripción de los antecedentes que resultaron afines a la investigación, las bases teóricas que fundamentan el estudio, las variables con su respectiva operacionalización y la definición de términos.

2.1. Antecedentes de la Investigación

Según cifras y datos de la OMS a nivel de mundo, los accidentes de tránsito tienen un alto grado de incidencia social, económica y problema para el sector salud, según estudios, casi un 1.2 millones de personas han perdido la vida por accidentes de tránsito, lo que significa que a diario mueren unos 30.000 por esta causa, la mayor cantidad de muertes se han dado en los países subdesarrollados, la edad de las personas que se accidentan oscilan entre los 15 y 45 años, se puede decir que se está perdiendo elementos valiosos para la sociedad y el trabajo de un pueblo.

En nuestro país Ecuador, de igual forma los accidentes de tránsito se presentan cada día, según estadísticas de la ANT (Agencia Nacional de Transito) en la provincia Bolívar se han producido 153 accidentes de tránsito desde el mes de enero a octubre del 2015.

A esto se une también los accidentes en motocicletas, cabe señalar que la posibilidad de tener un accidente con moto es 15 veces mayor que la de ir en un automóvil, esto está demostrado en las estadísticas de la policía nacional, lo que provoca mayor cantidad de lesiones y traumatismos encefálicos y fallecidos; según analistas para el año 2020, los accidentes de tránsito se convertirán en la tercera causa de muerte a nivel mundial.

La provincia Bolívar, no está exenta de los accidentes de tránsito, por ser geográficamente muy irregular hace que los percances estén al asecho del día, esto ha traído emergencias en las casas de salud, especialmente en el Hospital Alfredo

Noboa Montenegro, en ciertos casos se ha tenido que trasladar a los usuarios a otras unidades hospitalarias, esto debido a la complejidad de las lesiones ocasionadas. Entre las ciudades a las que se derivan a ciertos usuarios están Riobamba, Ambato, Quito, entre otros. Una de las causas, ya que por ser un hospital básico no cuenta con los equipos necesarios y personal médico y de enfermería especializado, tomando en cuenta que el personal de enfermería es personal rotativo por lo tanto no está capacitado para atender emergencias masivas y si se trata de personas con traumatismos encefálicos menos.

2.2. Bases Teóricas

Para el desarrollo de los contenidos se ha definido la variable independiente bajo una deducción de dimensiones e indicadores derivadas de las premisas que establece a los traumatismos cráneo encefálicos como una lesión de la cabeza que puede presentar, alteracion de la conciencia, cambios neurlógicos o lesiones intracraneales .

2.2.1. Traumatismo Craneoencefálico

La Organización Mundial de la Salud define la lesión cerebral traumática o traumatismo craneoencefálico (TCE) como aquella lesión de la cabeza (por contusión, lesión penetrante o por fuerzas de aceleración-deceleración) que presenta, al menos, una de las siguientes condiciones: alteración de la conciencia o amnesia por trauma cerebral, cambios neurlógicos o neuropsicológicos, diagnóstico de fractura craneal o lesiones intracraneales que puede atribuirse. (Garcia Molina A, 2010).

Las lesiones que se presentan en los TCE son de dos tipos:

Lesion primaria:"…es la que se produce en el momento del traumatismo y puede ir desde lesiones reversibles sin compromiso neurológico hasta lesiones hemorrágicas con o sin fractura de craneo" (Gonzales, 2012, Pág. 35).

Lesion secundaria: Según estudios de (Gonzales, 2012), se produce por alteraciones metabólicas (hipoxia, hipoglicemia), vasculares (isquemia, hipotensión, hipertensión endocraneal), convulsiones. Todas estas provocan destrucción del tejido cerebral lesionado pero que al ser tratado en forma rápida y oportuna puede ser recuperado, sin riesgo de secuelas invalidantes (Pág. 36).

2.2.1.1. Clasificación de los Traumatismos Craneoencefálicos

El traumatismo craneoencefálico es una enfermedad cerebral que la clasificamos como leve, moderado o grave, esto lo hacemos en base al grado de conciencia o la escala de coma de Glasgow.

1. **TCE leve**: El traumatismo leve o confusión que según la escala de Glasgow esta en 13- 15 es en cual los pacientes han experimentado la pérdida de la conciencia menor a treinta minutos y las quejas que se presentan incluyen dolor de cabeza, confusión y amnesia. Tambien existe recuperación neurológica completa a pesar de que algunos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajera (González, 2012, pág. 217).

2. **TCE moderadado:** Este traumatismo se encuentra en 9-13 de la escala de Glasgow, el paciente se encuentra letárgico o estupuroso. Clinicamente, los pacientes con TCE moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica ademas estan asociadas con una mayor probabilidad de hallazgos anormales en las técnicas de neuroimagen. Ademas estos pacientes tambien pueden desarrollar un síndrome post-conmoción que se refiere a un estado de inestabilidad nerviosa despues de un TCE leve o moderado. Las características principales en estos pacientes son: fatiga, mareo, cefaléa y dificultad para la concentración(González, 2012, pág. 217).

3. **TCE grave:** el traumatismo grave o severo esta en 3-8 de la escala de Glasgow, el paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir ordenes y sufre de lesiones neurológicas significativas. Es decir que por lo general tiene una neuroimagen anormal, es decir, a la tomografía computarizada, se observa

fractura en el cráneo y hemorragia intrecraneal. Estos paciente requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la toma de medidas urgentes para el control de la vía aérea, ventilación mecánica evaluación o intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal. La recuperación es prolongada y generalmente incompleta. Un buen número de pacientes con TCE grave no sobreviven mas de un año(González, 2012, pág. 218).

2.2.1.2. La Escala de Glasgow

La escala de Glasgow, utilizada en la valoración del estado de conciencia, "Es una escala diseñada para evaluar de manera práctica el nivel de conciencia en los seres humanos" (Garcia, 2012, pág. 1).

Los parámetros que evalúa la escala de Glasggow[1] son las respuestas a la apertura de los ojos, la respúesta verbal y la respuesta motora y según como responda el paciente con traumatismo le otorgaremos una puntuación a cada una de esta respuetas y sumándolas todas obtendremos el grado de gravedad segun esta escala (figura 1).

Figura 1 Escala de coma de Glasgow

Variable	Respuesta	Puntuación
Apertura Ocular	Espontaneo	4
	Estimulo verbal	3
	Al dolor	2
	Nulo	1
Respuesta Verbal	Orientado	5
	Desorientado	4
	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Nulo	1
Respuesta Motora	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada al dolor	4
	Reflejo flexor	3
	Reflejo extensor	2

[1]**Escala de Glasgow.-**Fue creada en 1974 por Bryan Jennett y Graham Teasdale, miembros del Instituto de Ciencias Neurológicas de la Universidad de Glasgow, como una herramienta de valoración objetiva del estado de conciencia para las víctimas de traumatismo.

	Nulo	1

Fuente: BryanJennett y Graham Teasdale en el año de 1974.

Según lo explica Garcia, (2012), a más de esta escala Glasgow que está pensada para adultos, también hay otras escalas de Glasgow modificadas para niños y lactantes que por su edad no pueden expresar el dolor que sienten y dónde lo padecen.

2.2.1.3. Clínica del TCE

2.2.1.3.1. Signos y síntomas del Traumatismo Craneoencefálico

Luego de un traumatismo, el cerebro puede expandirce por el edema que se produce, como consecuencia del golpe o lesión, sin presentar cambios neurológicos. Una lesión neurológica puede progresar sin evidencias clínicas poniendo en compromiso la vida del paciente por el shock hipovolémico que provoca sangrado intracraneal.

Para (Baillieres, 1997) el hematoma epidural hay un acelerado deterioro neurológico que pone en riesgo la vida del paciente, por eso requiere de una intervención rápida, precisa y oportuna del personal de salud. Los signos mas comunes de traumatismos leves o moderados son vómito, cefaléa, mareos y cambios de la conducta. La amnesia retrograda o anteretrograda son buenos idicadores de la gravedad de la lesión traumática. En las contusiones y laceraciones los signos clínicos son convulsiones focales, confusión, afasia, hemiplejía, alteraciones variables del nivel de la conciencia, vómito en proyectil, cefaléa intensa, anisocoria, signos de focalización (Pág. 174).

2.2.1.3.2. Procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

En traumatismo grave, según lo expresa (Fundación ONCE, 2009), debe realizarce un hemograma, tipificación y pruebas cruzadas TP, TTP, tiempo de coagulación, electrolítos, química sanguínea, gasometría arterial; en el paciente inconciente, con déficit neurológico o que refiere dolor cervical se debe extremar los cuidados para prevenir lesiones en columna cervical y vertebral, RX de cráneo y columna cervical

para verificar la presencia de fracturas o leciones en colunma cervical, la TAC (tomografía axial computarizada) y resonancia magnética en el caso de víctimas de trauma craneo encefálico agudo con sospecha de hematoma o lesión cerebral asociada a fractura y/o aumento de la PIC (presion intracraneal) aclaran el diagnóstico y permiten intervenir en forma segura y oportuna (Pág. 129).

La valoración neurológica y una historia completa del traumatismo aportan datos importantes que se pueden relacionar entre si para orientar sobre el tipo de lesión que sufre el paciente, los datos de laboratorio y radiológicos confirmaran el diagnóstico. La punción lumbar esta contraindicada en el trauma craneoencefálico por riesgo de una herniación cerebral.

Si aumenta el edema cerebral se recomienda administrar sedoanalgesia, líquidos intravenosos de mantenimiento, anticonvulsivantes. Según el requerimiento individual se modificara la prescripción de medicamentos en el paciente con TCE.

- **Síndrome convulsivo**

Las convulsiones son un síntoma de un trastorno del sistema nervioso central SNC. Las convulsiones se definen como descargas eléctricas excesivas y desordenadas de la neurona y suceden en diferentes zonas del cerebro, lo que ocasionan diferentes alteraciones funcionales o de la conducta (Villalba, Grasa, Rovira, Mainer, & Gay, 2012, pág. 337).

La enfermera debe estar preparada para actuar en forma rápida y segura durante una convulsión, a fin de prevenir o reducir al mínimo las lesiones cerebrales que se presentan por la hipoxia, isquemia y edema cerebral. Posteriormente, su participación en la obtención de datos del paciente, en el exámen físico, en la toma de muestras y preparación del paciente para exámenes especiales le ayudan a orientar de mejor forma su plan de atención según la etiología de las convulsiones. La atención se da en tres momentos (Villalba, Grasa, Rovira, Mainer, & Gay, 2012, pág. 337).

a) Asistencia de enfermería en Convulsiones causadas por TCE.

Durante la convulsión

Las aportaciones hechas por (Baillieres, 1997, pág. 55), en estos cuadros se deben mantener ciertas precauciones:

- Mantener la vía aérea permeable para asegurar una ventilación adecuada**.**
- Si hay abundante secreción bucofaríngeas aspirarlas.
- Colocar O2 al 100% con mascarilla de Venturi.
- Retirar prendas de vestir apretadas ya que pueden limitar la ventilación.
- Prevenir traumatismos accidentales durante la convulsión.
- Observar si hay cianosis o si la ventilación no es adecuada, ya que podría ser necesaria la intubación.
- Identificar las características de la convulsión: tipo de convulsión, tipo de duración localización y reportar este resultado al médico.
- Canalizar una vía periférica e iniciar la infusión de una solución isotónica (dosis mínima de mantenimiento) para asegurar una adecuada perfusión cerebral y renal y un volumen circulante satisfactorio.
- Si el paciente vomita durante la convulsión, colocar una SNG a caída libre para prevenir la aspiración.
- Si la convulsión dura más de 10 minutos administrar una dosis de diazepam IV diluido y lento en dosis de 0,1 a 0,3 mg/k/dosis; mientras se administra vigilar la respiración por el riesgo de depresión respiratoria, controlar la tensión arterial ya que hay riesgo de hipotensión.

Después de la convulsión

El mismo (Baillieres, 1997, pág. 56) acota que se deben proseguir con ciertas indicaciones.

- Mantener permeable la vía aérea y la provisión de oxígeno.
- Monitorear los signos vitales, saturación de O2 y evaluar la función cardiorrespiratoria.

- Si la convulsión se repite, dar otra dosis luego de diez a quince minutos de la primera dosis, hasta que ceda la convulsión; se puede dar máximo tres dosis.
- Completar la toma de muestra para enviar al laboratorio.
- Acompañar al usuario a imagenología una vez que haya sido estabilizado. (Almeida, y otros, S.A)

b) HipertensiónIntracraneal

Otra situación a tomar en cuenta es lo que enuncian (Almeida, Castro, Gúsman, & et.al., 2005, pág. 86), se explica que "la hipertensión intracraneal se define como el aumento mantenido de la presión intracraneal por encima de 15 a 20 mmmHg (120 a 240 cm H_2O) debido al fracaso de los mecanismos compensadores normales de autorregulación cerebral" (Pág. 184).

- **Signos y síntomas**

Los síntomas de hipertensión intracraneal se clasifican en generalizados y focales. Los primeros consisten en cefaléa de predominio matutino, vómito en proyectil y a medida que avanza el incremento de la presión, deterioro del nivel de conciencia (desde somnolencia o letargia al coma), bradicardia, convulsiones y alteración de la conducta (irritabilidad) y del patrón respiratorio (respiraciones cortas y frecuentes, seguidas de apnea y de nuevo, de otro ciclo respiratorio como el primero).

Los síntomas focales son secundarios al efecto de masa de las lesiones etiológicas y al edema cerebral (parecías, déficit, sensitivos apraxia etc.).

La progresión de la hipertensión intracraneal puede evolucionar hasta un síndrome de herniación cerebral, que puede ocasionar la muerte.

2.2.1.3.3. Atención de enfermeria

El tratamiento y la atencion de enfermeria estan encaminados a prevenir que la lesión primaria evolucione hacia una lesión secundaria y mejore el pronóstico previniendo la aparición de secuelas neurológicas e invalidantes.

Luego de la lesión, la observación neurológica del paciente es clave para detectar cualquier alteración en el compartimiento o nivel de conciencia. Los cambios en el pulso o la tensión arterial pueden aprecer tardiamente en un gran número de casos, ademas no siempre indican el estado neurológico del paciente.

a) En TCE leve.

Se debe observar al paciente por un lapso mínimo de cuatro horas en el servicio de emergencia.

- Mantener permeable la vía aérea
- Controlar la frecuencia y autonomía respratoria
- Valorar al paciente con la escala de Glasgow las veces que considere necesario
- Si el paciente presentó vómito luego del trauma o durante la valoración, mantenerlo en NPO para prevenir aspiración
- Controlar los signos vitales y reportar si hay alguna alteración
- Observar al paciente durante el sueño para identificar si hay deterio del nivel de conciencia
- El paciente puede tener hambre y mostrarse irritable; si esto sucede, evalue la tolerancia oral con líquidos claros antes de reiniciar la alimentación
- Mientras el usuario permanece en el servicio eduque a los familiares sobre la prevención de accidentes ya que esta es la primera causa de TCE y politrauma.

Una vez finalizado este periódo de observación y si el paciente no presenta ningun signo neurológico es dado de alta. Sugerir que a la primera señal de alerta regrese, pues es probable que presente alguna complicación.

Según indicaciones dada por (Jornet, 2012), en la atención al TCE Leve con breve pérdida de la conciencia, vómito a repetición inmediatamente después del golpe, si el paciente presenta confusión, espasmos o movimientos anormales se observara al paciente por 24 a 48 horas:

- Mantener el reposo con la cabecera elevada de 25 a 30 cm.
- Mantener permeable la vía aérea
- Controlar la frecuencia y autonomía respiratoria
- Colocar oxígeno PRN por mascarilla
- Valorar al paciente con la escala de Glasgow las veces que sea necesaria
- Canalizar una vía periférica y tomar muestras de sangre para hemograma
- Iniciar la administración de líquidos intra venosos: solucion salina al 0.9% con un goteo de mantenimiento 28gts x nimuto.
- Mantener al paciente en NPO para prevenir aspiraciones
- Si vomita se debe colocar una SNG con drenaje a caída libre
- Controlar la ingesta y eliminación de líquidos
- Controlar signos vitales y reportar si hay alguna alteración
- Observar frecuentemente al paciente en busca de convulsiones; si se presentan, reportar el tiempo de duración y el tipo de convulsión
- Si no a presentado vómito en las ultimas horas, evaluar la tolerancia oral con líquidos claros observando siempre al paciente por si vomita; de ser asi debe volvera mantenerse en NPO
- Elaborar un plan de egreso

b) En TCE moderado.

El paciente permanecera hospitalizado por el tiempo que lo requiera, se debe realizar la valoración inicial en el servicio de emergencia para estabilizar y posteriormente sera enviado a otros servicios dentro del mismo hospital para recibir tratamiento o si el caso lo requiere se trasferirá a otra unidad de salud especializada, así lo expresa (Baillieres, 1997, pág. 86).

- Mantener en reposo con la cabecera elevada a 30º
- Mantener permeable la vía aerea
- Controlar la frecuencia y autonomía respiratoria
- Realizar una monitorización de la FC, FR, TA y saturación de oxígeno
- Administrar oxígeno PRN

- Valorar la escala de Glasgow y reacción pupilar
- Canalizar vía periférica y toma de muestras de sangre
- Iniciar la administración de líquidos intra venosos: solución salina al 0,9%, controlar el goteo según el volúmen prescrito
- Mantener al paciente en NPO para prevenir aspiraciones y colocar SNG a caída libre PRN
- Controlar la ingesta y eliminación de líquidos
- Observar y reportar signos de deterioro del nivel de conciencia
- Observar frecuentemente al paciente en busca de convulsiones y reporte el tiempo de duración y el tipo de convulsión
- Administre anticonvulsivantes prescrito siempre controlando la FR en caso de convulsiones
- Administrar analgésicos prescritos en caso de presentar cefaléa intensa
- Evaluar la tolerencia con líquidos claros, si presenta vómito mantenerlo en NPO
- Preparar y educar al paciente antes del egreso
- Elaborar un plan de egreso

c) En TCE grave.

Se hara una rápida valoración inicial y estabilización de la vía aérea; una vez conseguido esto, sera transportado cuidadosamente a la UCI (unidad de cuidados intensivos) en donde recibirá la atención que su condición de salud lo demande.

2.2.2. MANEJO DE ENFERMERÍA

La instauración de un protocolo de sedación en una UCI debe estar consensuada entre el personal médico y bebe adaptarse a la infraestructura y los medios de los que dispone el servicio.

Se recomienda establecer un protocolo de sedación prolongada (>72h) consensuado entre personal médico y enfermería y adaptado a la infraestructura y los medios de cada UCI.

Debe incluir objetivos periódicos de sedación, una adecuada monitorización con escalas y un algorítmo utilizar escalas validadas para el control del dolor y sedación.

Pautas de actuación de enfermería.

La valoración de signos y síntomas que presenta el paciente, si esta conciente, dice (Jiménez, 2011) que se debe preguntar al respecto y durante la entrevista valora el estado de ánimo del usuario, su memoria, la mayor o menor adecuación de su conducta, si está orientado o no, si muestra una actitud injustificadamente irritable y si su capacidad de juicio y de razonamiento son normales. Si el sujeto presenta alteración del nivel de conciencia, el enfermero o enfermera deberá valorar el grado de las mismas, tomar las constantes vitales y prestar vital atención al patrón respiratoria, los movimientos oculares y las respuestas de acomodación de las pupilas y, en general, a los estímulos (presión, dolor, sonido, etc.) (Pág. 28).

Por otro lado (Villalba, Grasa, Rovira, Mainer, & Gay, 2012), agrega que los problemas más frecuentes a los que el personal de enfermería debe atender en estos casos son: el malestar ocasionado por la cefalea: el riesgo de deterioro neurológico por alteración de la perfusión tisular secundaria a la isquemia o la compresión; la alteración de las funciones cognitivas la disminución del nivel de conciencia, con el consiguiente riesgo asociado de la lesión, la alteración del patrón respiratorio; limpieza ineficaz de las vías respiratorias y disminución del gasto cardiáco, y alteración de la movilidad física y sensitiva, en relación con el edema cerebral. A parte de las medidas terapéuticas prescritas por el médico para reducir la presión intracraneal, y del control del efecto de las mismas, el personal de enfermería debe velar porque el paciente no refiera dolor, mantenga sus constantes vitales, respire bien y no sufra lesión alguna.

Entre las intervenciones posibles para logara esto objetivos (Villalba, Grasa, Rovira, Mainer, & Gay, 2012) enuncia las siguientes:

- Asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias, colocando al paciente en una postura que permita la máxima expansión pulmonar.
- Realizar aspiraciones cuando sea necesario, para mantener permeables las vías respiratorias, realizando la maniobra con rapidez e hiperoxigenando al paciente antes y después de cada aspiración.
- Controlar cualquier aumento de la temperatura.
- Tratar la cefalea, con la medicación prescrita.
- Favorece el drenaje venoso intracraneal, elevando la cabecera de la cama a unos 35 a 45 ^{o} y evitando cualquier presión del cuello y cualquier movimiento de flexo- extensión y rotación del mismo o de hiperflexión de las caderas (más de 90 ^{0}) durante la movilización del paciente.
- Controlar la ingesta de líquidos o el aporte I.V y el peso corporal.
- Enseñar al paciente las actividades que aumentan la presión intracraneal (tos, estornudos, nauseas, esfuerzos para la micción y defecación), y como evitarlas.
- Prohibir las ejercicios isométricos y evitar cualquier estimulo (dolor, luz o sonidos intensos) que pueda resultar perjudicial al paciente.
- Enseñar al sujeto técnicas de relajación para ayudar a descansar y a controlar su ansiedad.
- Prevenir las convulsiones y las lesiones secundarias a ellas al deterioro de la movilidad (Villalba, Grasa, Rovira, Mainer, & Gay, 2012)

2.2.2.1. Intervención de Enfermería en la atención del paciente con Traumatismo Craneoencefálico

Estas actividades se las ha definido como acciones basadas en un fundamento científico y guiado por el criterio profesional, encaminado a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población.

2.2.2.1.1. Conocimiento del Traumatismo Craneoencefálico

Las características de la intervención de enfermería en el mundo de hoy, tiene sus bases históricas en la ciencia, fundamentada en el cuidado directo. Según Waldow, V. (2014), todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan (incluyendo su familia), para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir (Pág. 4).

La praxis de la enfermería, en el contexto de lo citado, va desarrollando nuevos campos de intervención en función de la demanda social, avances científicos y complejas tecnologías, que obligan a las enfermeras a estar continuamente actualizadas para mejorar su acción profesional en todos los ámbitos donde les corresponda actuar, tal es, el caso de enfermería de urgencias y emergencias, considerada, en este nuevo milenio como un componente esencial del sistema de provisión sanitaria y de la práctica profesional.

En base a lo anterior, atender a una persona con traumatismo craneoencefálico que puede conducirlos a trastornos cognitivos, físicos, emocionales, o psicológicas, exige a las enfermeras dominar complicadas habilidades técnicas e intelectuales basados en la comprensión de un amplio conocimiento científico del cuidado holístico e integral durante las emergencias en los cuales la vida del usuario traumatizado con lesiones cerebrales, se ve amenazada.

2.2.2.2. Características de la Intervención de Enfermería

> La capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de seleccionar guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos-dispositivos y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario

> y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados. (Moril, 2010, p7.)

En base a lo anterior, atender a una persona con traumatismo craneoencefálico que puede conducirlos a trastornos cognitivos, físicos, emocionales, o psicológicas, exige a las enfermeras dominar complicadas habilidades técnicas e intelectuales basados en la comprensión de un amplio conocimiento científico del cuidado holístico e integral durante las emergencias en los cuales la vida del usuario traumatizado con lesiones cerebrales, se ve amenazada.

2.2.2.2.1. Fisiología del cuidado de Enfermería.

El cuidado de vida ha sido una preocupación constante en todas las sociedades y culturas; su definición e interpretación conceptual han evolucionado a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se ha dado en cada momento. Debido a esto el cuidado, más que una simpe ocupación, es una disciplina científica que posee un objetivo particular de estudio y de un cuerpo de conocimientos edificados a partir de los diferentes saberes que, como manifiesta Leininger, se fundamenta en cuidados generales y profesionales de enfermería.
De esta manera, la dificultad se explica porque esos conocimientos, aunque existentes, han permanecido marginales e invisibles debido a las relaciones de poder que acompañan a la producción de discursos legítimos. De este modo se tiene que puntualizar en conocer en función de que filosofía se guían para poder llevar a cabo el cuidado profesional de enfermería.

Para poder llevar a cabo esta definición es necesario fundamental las bases filosóficas del cuidado profesional, considerado que enfermería es una disciplina que como ciencia debe construirse desde la historia, la práctica profesional y su filosofía. Debido a que el eje de la praxis de enfermería es el cuidado y este ha venido usándose de manera creciente desde la década de los años sesenta del siglo XX. Enfermeras y otros profesionistas de la salud utilizan el término - cuidado de la salud y cuidados de enfermería -, sus connotaciones y su aplicación son diferentes desde el punto de vista semántico y práctico.

El cuidado se define como “un proceso interactivo de la enfermera y el usuario que se ayudan mutuamente para transformarse, actualizarse y desarrollarse hacia mayores niveles de bienestar”(Capé, 2007). Considerando lo anterior, el cuidado ha dado la pauta para establecer teorías y modelos de pensamiento, con una filosofía centrada en el cuidado que le permiten a la enfermera centrar su función principal para la cual fue formada. Sin embargo, son muchos y muy variados los modelos y los paradigmas respecto a la filosofía de enfermería, son distintos a nuestra sociedad cultural en la que vivimos en Ecuador, aunque no podemos menoscabar, el conocimiento filosófico que han aportado cada uno de ellos es de gran relevancia en el desarrollo de la ciencia de la enfermería, la habilidad para manejarlos y emplearlos en cada una de las acciones y decisiones dentro del marco de actuación del profesional de enfermería actual.

2.2.2.3. Valoración de Enfermería

Para la Fundación para el Desarrollo de Enfermería (FUNDEN, 2009), la Enfermería necesita utilizar una forma de actuación ordenada y sistemática encaminada a solucionar o minimizar los problemas relacionados con la salud, es decir, necesita un método de resolución de problemas ante las posibles situaciones que puedan presentarse. Para lo cual se la define como “…un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes” (Pág. 3).

2.2.2.3.1. Procedimiento durante la atención al paciente con TCE.

a) Intervenciones para mejorar la Perfusión Tisular Cerebral

Las alteraciones en el flujo sanguíneo craneal y espinal pueden determinar la función neurológica y por supuesto afectar adversamente la evaluación de los usuarios con TCE. Se recomienda el aporte de oxígeno para protección (Medina, 2005).

Proporcionar oxigeno empleando una mascarilla con bolsa reservorio a 15 lt/min es muy recomendable.
El flujo sanguíneo cerebral (FSC) está regulado por la tasa metabólica cerebral y se ve afectada por la PAM y la presión intracraneana (PIC).

El monitoreo de la oxigenación tisular cerebral local y las mediciones de metabolitos locales son avances relativamente recientes en el monitoreo de los usuarios con TCE grave y pueden ser particularmente útiles para identificar isquemia cerebral y valorar la efectividad del tratamiento instaurado.

Se recomienda el uso de un catéter para evaluar la presión de la perfusión y oxigenación cerebral, el cual requiere de un manejo por personal altamente profesional.

b) Intervenciones de Enfermería para mantener la Capacidad Adaptativa Intracraneal.

Las indicaciones que lo hace (Gonzales, 2012) están las que se enuncian a continuación:

- La frecuencia de hipertensión intracraneana en los traumas severos es de 53 a 60% con TAC anormal y 13% con TCE normal.El aumento en la presión intracraneana (PIC) puede desplazar al cerebro de áreas de alta presión a las de más baja presión, presentándose así los diversos síndromes de herniación; siendo los comunes herniación uncal, trastentorial e intratentorial.

- El aumento de la presión intracraneana es la principal causa intracraneal de lesión secundaria cerebral tras TCE graves y se relaciona con mortalidad y resultados desfavorables.

- La craniectomía descompresiva reduce la PIC en el 85% de los casos. La hipertensión endocraneana debe ser tratada tempranamente y los diuréticos

osmóticos como el manitol y la solución salina hipertónica han demostrado su eficacia.

- El mecanismo por el que las soluciones osmolares producen disminución de la PIC se relaciona con un efecto neurológico inicial con aumento del FSC y del transporte de oxigeno (DO2), y un efecto osmótico más tardío y duradero.
- El drenaje intraventricular es la mediada clásica que disminuye la PIC inmediatamente mejorando la adaptación cerebral, no provocar hiperventilación para disminuir la PIC.

- Elevar la cabecera de la cama 30 grados para mantener o disminuir la PIC, participación de enfermería en el cuidado del paciente sedado. El objetivo de la sedo analgesia en el paciente en estado crítico debe ser el bloquear la respuesta inflamatoria sistémica, lo que asegurara un optimo nivel de comodidad, reduce la respuesta al estrés y facilita la adaptación a la ventilación mecánica.

- Una vez asegurada la analgesia, la sedación adquiere especial relevancia en el tratamiento integral del paciente crítico ventilado.La monitorización del grado de sedación y analgesia del usuario crítico es uno de los pilares fundamentales para conseguir una estrategia de sedación adecuada y para evitar las complicaciones asociadas a su implementación.

2.2.2.3.2. Valoración de Enfermería en pacientes con traumatismos craneoencefálicos.

a) Respiratorio

- Observar la vía aérea, comprobar si esta permeable o no. Valorar la respiración y la oxigenación.
- Si se observa una disminución del control respiratorio, puede ser necesario intubar al enfermo para proteger sus vías respiratorias.
- Valorar la necesidad de administración de oxígeno. Cuando los problemas respiratorios se agudizan puede ser necesario la ventilación mecánica.

- Registrar si el enfermo esta traqueostomizado y/o si es portador de algún drenaje torácico.

b) Cardiovascular

- Se deben valorar cuidadosamente la frecuencia y el ritmo cardiaco además de la presión arterial durante todo el proceso de recuperación.
- Se debe utilizar de ser posible un monitor cardiaco.
- El encamamiento prolongado y el tratamiento de la lesión pueden provocar alteraciones en la circulación periférica.
- Los signos de hipertensión craneal comprenden, bradicardia y aumento de la presión sistólica. Si la compresión encefálica hace que disminuya la circulación cerebral, se produce taquicardia, taquipnea e hipotensión.

c) Nutrición y metabolismo

La nutrición en este tipo de usuarios, se puede realizar bien via enteral o via parenteral.

- El objetivo que se persigue es el mismo en los dos casos; el correcto mantenimiento del estado nutricional, requisito fundamental para que se dé una respuesta adecuada a la terapia.
- No obstante, la nutrición enteral, no solo cumple este objetivo, sino que además, por ser una forma más fisiológica, mantiene una correcta función intestinal gracias a la presencia de nutrientes en la luz intestinal.
- Desde los años 70, la nutrición parenteral ha constituido la técnica por excelencia por aportar nutrientes en diversas circunstancias patológicas.

Sin embargo, su alto coste económico, las complicaciones relacionadas con la colocación de catéteres venosos centrales y las alteraciones funcionales del tubo digestivo derivadas del reposo a que está sometido mientras duda la administración parenteral, han hecho que la nutrición enteral sea hoy en día la primera opción de soporte nutricional salvo que exista contraindicaciones.

d) Termorregulación

Las lesiones craneoencefálicas pueden afectar al centro termorregulador dando lugar a alteraciones en la temperatura corporal del usuario. Se considera desfavorable el ascenso rápido de la temperatura, ya que la hipertermia hace que aumenten las necesidades metabólicas del encéfalo. Por ello es importante mantener la temperatura por debajo de 38°C.

e) Higiene

- La higiene de estos pacientes deberá realizarse en la cama valorando que muchos de ellos precisaran aparatos adecuados como gruas elevadoras para su movilización. Antes de nada conocer los drenajes, sondas y cánulas que puede tener el usuario.
- La inmensa mayoría son candidatos a sufrir un deterioro de la piel, comprobar el estado de la misma y valorar sus necesidades.

f) Movilización

- Todos son enfermos encamados o con la movilidad restringida.
- Debemos valorar si está indicada la movilización pasiva o activa y si se puede realzar.
- En usuarios conscientes con una evolución favorable si pueden ser levantados a un sillón.

g) Seguridad

- Tras una lesión cefálica, la hipoxia cerebral asociada pueden impedir los procesos intelectuales normales. Los efectos de este cambio pueden manifestarse de inmediato, pero pueden hacerlo al cabo de meses o incluso años. Algunos ejemplos son la confusión, la irritabilidad. El paciente puede volverse agresivo, perder memoria y capacidad de concentración.

- También puede perder temporalmente la capacidad de comunicarse, debido a la alteración de la conciencia.

- Incluso la más leve lesión puede tener efectos devastadores en la familia. Cada familia puede tener una forma diferente de afrontar la situación. Por

consiguiente es esencial llegar a conocer la capacidad de afrontamiento de la familia y establecer una rehabilitación neuropsicológica temprana.

h) Neurológico

- Valoración del estado de conciencia mediante escala de coma de Glasgow en pacientes sin sedación.
- Valoración horaria de pupilas, simetría, tamaño y reactividad a la luz.
- Evitar el uso de narcóticos que pueden enmascarar cambios en el estado de conciencia y deteriorar la valoración neurológica.

i) Paciente Crítico

Se denomina paciente crítico a todo aquel, cuyo estado de salud se encuentre gravemente comprometido por una alteracion de la fisiologia normal del organismo que condiciona al paciente un riesgo elevado de muerte, pero que al no ser un paciente en estado terminal tiene la probabilidad de recuperar la homeostasia del organismo y preservar la vida.

2.2.2.4. Atención de Enfermería en pacientes con Trauma Craneoencefálico

Consideramos que los cuidados de enfermería son acciones basadas en un fundamento científico, que se lleva a cabo con el fin de beneficiar al paciente de un modo determinado, estos son conocimientos del modelo conceptivo, científicos, éticos, legales, conocimiento del proceso científico, habilidades y técnicas, este proceso de enfermería no es más que la aplicación dela resolución científica de problemas alos cuidados de enfermería, como también se utiliza para determinar los problemas del paciente, para planear y ejecutar en forma sistemática los cuidados de enfermería (Ghissel, 2012) .

Para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados se divide en las siguientes etapas las cuales son:

a) Valoración

Es la fase inicial del proceso de cuidados, consiste en reunir toda la información disponible necesaria, se bebe observar consultar, cuestionar y recopilar datos. En el trauma craneoencefálico se recolectara datos como la edad, alergias y enfermedades previas para la identificación a los pacientes con mayor riesgo de LIC también es importante en tiempo transcurrido desde el traumatismo, el mecanismo de la lesión, la superficie y distancia del impacto, posición antes y después del golpe y los signos y los síntomas asociadas a las enfermedades. Si hubo o no perdida dela conciencia, si hay crisis convulsivas, determinar el tiempo de inicio, posterior al trauma, duración y focalización, así como la presencia de vómito, irritabilidad, ataxia y comportamiento anormal. El vómito después del trauma craneoencefálico, no es raro. Es necesario interrogar sobre si hay cefalea, dolor de cuello, amnesia, debilidad, alteraciones visuales. El los lactantes los datos de lesión intracraneal pueden ser sutiles o estar ausentes. Sin embargo consideramos que se debe tener atención en cualquier alteración del comportamiento (Ghissel, 2012).

b) El diagnóstico

Es la fase en la que consiste en examinar los datos obtenidos y de clasificar en 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.

c) Planificación

Esta es una etapa orientada esencialmente a la acción, programas, etapas, los medios que se van a utilizar, las diferentes actividades que se va a realizar.

d) Ejecución

Esta fase constituyen los diferentes cuidados que se va a realizar en el momento de la ejecución del plan de intervención en el cual tenemos diferentes actores como: el paciente, la enfermera, el equipo de cuidados de enfermería y de la familia.

e) Evaluación

En esta etapa debemos emitir un juicio sobre el trabajo realizado por la enfermera en base a los resultados obtenidos.

2.2.2.5. Atención de Enfermería en paciente con Trauma Craneoencefálico Pre hospitalario

En el paciente con sospecha de TCE, un análisis rápido de la cinemática de la lesión, combinado con una valoración primaria rápida contribuye a identificar los problemas que colocan al paciente en un riesgo vital.

2.2.2.5.1. Valoración Primaria

a) Vías aéreas

Hay que comparar y garantizar la permeabilidad de las vías áreas del paciente. En las personas inconscientes, la lengua puede obstruir por completo. Las ventilaciones ruidosas indican una obstrucción parcial por la lengua o material extraño. El vómito, la sangre y el edema por el traumatismo facial comprometen habitualmente la vía aérea de las víctimas de traumatismo craneoencefálico.

b) Ventilación

La valoración de la función respiratoria debe incluir una valoración de la frecuencia, profundidad e idoneidad de la ventilación. Ya que el traumatismo craneoencefálico grave puede ocasionar diferentes patrones respiratorios. En los pacientes politraumatízados, las lesiones torácicas pueden determinar tanto la ventilación como la oxigenación. El 2-5% de los pacientes con TCE presentan fracturas en la columna cervical, con la lesión medular, que puede interferir de forma significativa en la ventilación.

El aporte adecuado de oxígeno al encéfalo lesionado es un elemento clave de los intentos por limitar las lesiones cerebrales secundarias. La incapacidad para tener la saturación de oxigeno de la hemoglobina (SpO2) por encima del 90% parece traducirse en un peor pronóstico de los pacientes con lesiones cerebrales; por lo tanto, resulta esencial mantener una SpO2 superior del 90%. En las fases iniciales del traumatismo de un TCE es fundamental la valoración que la vía aérea y los esfuerzos ventilatorios son adecuados.

c) Circulación

Como ya se ha comentado antes, el mantenimiento de una PAS superior a 90mmHg resulta esencial para limitar las lesiones cerebrales secundarias en las victimas de TCE. Por lesiones cerebrales segundarias en las victimas de TCE. Por eso, tanto el control de la hemorragia como la prevención y el tratamiento del shock son elementos críticos.

En ausencia de una pérdida de sangre al exterior significativa, un pulso débil y rápido en una víctima de un traumatismo cerrado sugiere una hemorragia interna en el espacio pleural, peritoneal, retroperitoneal o de tejidos blandos alrededor de las fracturas de los huesos largos. En un lactante con las fontanelas abiertas puede acumularse suficiente cantidad de sangre en el interior del cráneo como para provocar un shock hipovolémico. Un pulso lento y vigoroso puede ser el resultado de hipertensión intracraneal e indica una herniación inminente. En un paciente con lesiones potencialmente mortales no hay que demorar el traslado para determinar la presión arterial, sino que debe cuantificar durante el traslado las circunstancias lo permitan.

2.2.2.5.2. Valoración de la función cerebral

La puntuación en la escala de coma de Glasgow (GCS) debe calcularse durante la valoración primaria y tras iniciar las medidas oportunas para tratar los problemas identificados durante la valoración primaria de las vías aéreas, la ventilación y la circulación, para estimar con precisión el nivel de conciencia del paciente.

a) Exposición/ entorno

Los pacientes que han sufrido un TCE presentan a menudo otras lesiones que ponen en riesgo su vida y sus miembros además del encéfalo. Deben identificarse todas estas lesiones. Hay que explorar todo el cuerpo para identificar otros problemas potencialmente mortales.

2.2.2.5.3. Valoración secundaria

Cuando ya se han identificado y controlado las lesiones con riesgo vital, si las circunstancias lo permiten debe realizarse una valoración segundaria completa. Hay que palpar con cuidado a cabeza y la cara del paciente para descartar heridas, hundimientos y crepitantes, el drenaje de líquido claro la nariz o el oído puede corresponder a liquido céfalo raquídeo (LCR).

En un paciente colaborador también hay que realizar una exploración neurológica más detallada que debe incluir una valoración de los pares craneales y de la función motora y sensitiva en todas las extremidades. Puede haber defectos neurológicos en un solo lado del cuerpo, como hemiparesia (debilidad) o hemiplejia (parálisis). Estos signos de lateralización, suele indicar un TCE.

Hay que volver a comprobar el tamaño y la respuesta pupilar en ese momento. En el cuello debe realizar una explorarse la presencia de dolor a la palpación y deformidades óseas, ya que como ya hemos señalado con anterioridad, la incidencia de fractura en la columna cervical es alta en los pacientes con TCE.

a) Exploraciones seriadas.

Aproximadamente el 3% de los pacientes con una lesión cerebral aproximadamente leve (GCS 14 o 15) puede experimentar un deterioro inesperado de su estado mental (Gonzales, 2012).

2.2.2.5.4. Empaquetamiento de un paciente con trauma.

Para (Buitrago, 2010), los pacientes traumatizados están expuestos a sufrir un segundo trauma si no son adecuadamente inmovilizados y trasladados de inmediato al centro asistencial más cercano, pero adecuado para su tipo de trauma (tercer nivel, centro de trauma, etc.). Esta es la razón de la importancia de la inmovilización: **estabilizar lesiones existentes y evitar lesiones secundarias,** pero adicionalmente ayuda a aliviar el dolor, y controlar la hemorragia (Pág. 9).

El mismo Buitrago (2010), enuncia además que los objetivos de la inmovilización o empaquetamiento son:

- Estabilizar las lesiones existentes
- Evitar lesiones secundarias
- Aliviar el dolor
- Controlar la hemorragia

La inmovilización debe ser realizada por personal capacitado para ello y en el mismo sitio del accidente. Los inmovilizadores no deben ser retirados por ningún motivo hasta que el paciente arribe al servicio de urgencias y sea valorado en forma individual por un médico entrenado en trauma. En el caso de las extremidades la inmovilización debe abarcar la articulación proximal y distal, dejando los dedos de la extremidad inmovilizada a la vista para poder vigilar la perfusión, elemento clave porque si no se detecta la isquemia precozmente, puede terminar perdiéndose la extremidad. Cuando sea posible, se deben vigilar los pulsos, pero si no, en su defecto, la perfusión en los dedos. De otro lado, si es posible la extremidad lesionada que es inmovilizada debe estar elevada para disminuir el edema por el traumatismo(Buitrago, 2010, pág. 10).

Agrega además que "…tiene especial importancia las lesiones de la columna vertebral. Se debe inmovilizar en escena y durante todo el tiempo que dure el transporte a todo paciente traumatizado en quien se sospeche potencial lesión de columna vertebral" (Buitrago, 2010, pág. 11).

La razón por la cual se debe inmovilizar al paciente es para evitar que la función neurológica sea lesionada debido al movimiento de la vértebra lesionada y consecuente daño de la medula espinal; agrega (Buitrago, 2010) que entre 3 a 25% de las lesiones medulares ocurren después del trauma inicial, ya sea durante el transporte o al inicio del manejo del paciente traumatizado en el servicio de urgencias. De otro lado, hasta un 20% de las lesiones de columna vertebral involucran varios y diferentes niveles vertebrales no continuos, de manera que toda la columna está potencialmente en riesgo (Pág. 12).

> Actualmente, no existe evidencia que apoye el uso de la inmovilización espinal en la totalidad de los pacientes con trauma. Realizar un ensayo clínico para evaluar la efectividad de la inmovilización espinal con un grupo comparativo sin inmovilización no sería ético. Por ende, se prefiere la inmovilización prehospitalaria selectiva y nos basamos en la opinión del consenso de expertos, la cual afirma que todos los pacientes con potencial para trauma de columna deben ser tratados con inmovilización espinal hasta tanto la lesión haya sido excluida o el manejo definitivo se haya iniciado (Buitrago, 2010, pág. 12).

Cuando nos enfocamos al trauma raquimedular es importante definir si hay lesión pero teniendo en cuenta toda la columna. Si bien la columna toraco-lumbar está más protegida, debe ser evaluada tanto clínica como radiológicamente.

- **Inmovilización Cervical**

Para inmovilizar la columna cervical(Cavazos & Flores, 2007)dicen que se debe inmovilizar manualmente la cabeza, se sujeta entre ambas manos y se lleva a la posición neutra, limitando los movimientos anteroposteriores, laterales y rotacionales. Si el paciente está consciente y colaborador, se le pide que activamente coloque la cabeza en la posición neutral. Si está inconsciente o no puede cooperar, entonces debe hacerse pasivamente. Si hay deterioro neurológico, resistencia al movimiento, o dolor, el intento debe ser abandonado y el cuello y cabeza deben ser

dejados en la posición en que originalmente se encontraron. Seguidamente se coloca el collar cervical siempre acompañado de las almohadillas laterales o inmovilizador lateral cefálico. Inicialmente, se empleó un collar blando, pero rápidamente fue reemplazado por el collar rígido introducido por Hare en 1974. Se contraindica esta maniobra (llevar la cabeza a la posición neutral) si el rescatista observa algún efecto negativo como consecuencia de este movimiento, de lo contrario debe ubicarse neutralmente (Pág. 166).

Contraindicaciones de movilización de la cabeza hacia la posición neutra

Cavazos y Flores (2007), se contraindica mover la cabeza a la posición neutral si al intentarlo la maniobra provoca en el paciente alguno de los siguientes efectos:

- Espasmos de los músculos del cuello
- Incremento del dolor
- Aparición o exacerbación de signos neurológicos: adormecimientos, hormigueos, trastornos de motilidad.
- Compromiso de la vía aérea o de la ventilación
- En estas circunstancias se deja la cabeza en la posición en que la encuentra y se mantiene inmovilizada en esa posición, manualmente

En una escena de un accidente, nos colocamos de tal manera que podemos mover a la victima de manera sincronizada.Una persona se hara cargo de la inmovilizacion de la cabeza, aun si la victima esta colocada un collarin, esta persona se encargara de manterner alineada la cabeza con la linea media del cuerpo (Cavazos & Flores, 2007, pág. 170).

¿Qué es un accidente de tránsito?

Definición.- En términos generales accidente es un hecho eventual, imprevisto, que genera una desgracia o un daño. En materia de tránsito accidente es el suceso imprevisto producido por la participación de un vehículo o más en las vías o carreteras y que ocasiona daños materiales o lesiones a personas y hasta la muerte de las mismas.

Es necesario resaltar que, por el mismo hecho de ser accidente y por lo tanto en acontecimiento eventual, se produce en circunstancias no deseadas, es decir involuntariamente; aquí por tanto, no cabe la intención de causar daño, el dolo no existe como presupuesto para este tipo de delitos, pues en tanto esto sucediera ya no estaríamos hablando de accidentes de tránsito sino de delitos penales. (Vizcaíno, 2013)

Causas que provocan accidentes de tránsito

Los accidentes en el Ecuador han aumentado en un 67% en el 2014, con respecto al año pasado. Pero, ¿por qué ocurren estos percances? La Agencia Nacional de Tránsito ha identificado 23 causas. Entre ellas aparecen cinco que llaman la atención por su origen (El Comercio, 2014).

La fatiga es una de ellas. En los primeros nueve meses del 2014 ocurrieron 10 905 accidentes de tránsito en Pichincha. Aunque solamente 76 de ellos se produjeron a causa del cansancio, esta cifra ha tenido un incremento significativo. Los datos revelan que en el 2013 en esta provincia ocurrieron solamente nueve percances por este motivo y en el 2012, hubo 11 casos. En Guayas, la cifra también aumentó. Pasó de siete en el 2012 a 59 en el año en curso (El Comercio, 2014).

Es común que este tipo de percances sucedan cuando el conductor pasa por largas horas de trabajo continuas y tiene poco tiempo de descanso. Los médicos y enfermeras, por ejemplo, suelen cumplir guardias de 24 horas o deben acudir a los hospitales y clínicas para atender emergencias. Por esto pudieran estar más expuestos a accidentarse debido al sueño o agotamiento (El Comercio, 2014).

También las personas que usan medicamentos ansiolíticos o antigripales, que contienen sustancias que producen somnolencia, tienen mayores posibilidades de ocasionar un choque. Es común que se produzcan accidentes debido a la embriaguez del conductor (El Comercio, 2014).

Aunque en menor cantidad, también hay ocasiones en que los percances se dan por culpa de peatones que han bebido demás. Estos han disminuido en Guayas, de 44 en el 2013 a 21 en el 2014. Este año, hay registros de accidentes por este motivo en Pichincha, Tungurahua, Los Ríos, Loja y Santa Elena. Un error que también causa accidentes es estacionarse mal. Guayas estuvo entre las provincias con mayor número de percances con este origen en el 2012 y el 2013, pero en el 2014 no se ha registrado ningún Caso (El Comercio, 2014).

2.3. Definición de términos

Accidente de tránsito.- Es un hecho eventual, imprevisto, que genera una desgracia o un daño. En materia de tránsito accidente es el suceso imprevisto producido por la participación de un vehículo o más en las vías o carreteras y que ocasiona daños materiales o lesiones a personas y hasta la muerte de las mismas.

Coma: Diccionario de Medicina Océano Mosby, es el estado de pérdida de conciencia, prolongada, con disminución o ausencia de los reflejos protectores (deglución, tos, mecanismo de vómito, arcadas, etc.) y de reacción ante estímulos externos.

Contusión: hematoma en la superficie del cerebro.

Cráneo: estructura ósea de la cabeza constituida por la calota y el esqueleto facial. La calota que contiene y protege al cerebro, está constituida por 8 huesos, y el esqueleto facial por 14.

Cuidados de enfermería Consideramos que los cuidados de enfermería son acciones basadas en un fundamento científico, que se lleva a cabo con el fin de beneficiar al paciente de un modo determinado

Ejecución: esta fase constituyen los diferentes cuidados que se va a realizar en el momento de la ejecución del plan de intervención en el cual tenemos diferentes actores como: el paciente, la enfermera, el equipo de cuidados de enfermería y de la familia.

El diagnóstico: Es la fase en la que consiste en examinar los datos obtenidos y de clasificar en 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.

Encéfalo: región del sistema nervioso central contenida en el cráneo, consta de cerebro, cerebelo, bulbo raquídeo y tronco del encéfalo. Las células especializadas incluidas en su masa de tejido blando convulsionado, gris o blanco, regulan las funciones del sistema nervioso.

Evaluación: en esta etapa debemos emitir un juicio sobre el trabajo realizado por la enfermera en base a los resultados obtenidos.

Inconciencia: condición de no responder y ser ajeno a los estímulos ambientales.

La Escala de Glasglow.- Los parametros que evalua la escala de Glasggow son las respuestas a la apertura de los ojos, la respúesta verval y la respuesta motora y según como responda el paciente con traumatismo le otorgaremos una puntuacion a cada una de esta respuetas y sumandolas todas obtendremos el grado de gravedad según esta escala.

Letárgico: orientado en cuanto a tiempo, persona y lugar, el habla y los procesos del pensamiento son más lentos.

Planificación: esta es una etapa orientada esencialmente a la acción, programas, etapas, los medios que se van a utilizar, las diferentes actividades que se va a realizar.

TCE grave: El paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir ordenes y sufre de lesiones neurologicas significativas. Es decir que por lo general tiene un neuroimagen anormal, es decir, a la tomografia computarizada, se observa fractura en el craneo y hemorragia intrecraneal.

TCE leve: El traumatismo son los pacientes que han experimentado la perdida de la conciencia menor a treinta minutos y las quejas que se presentan incluyen dolor de cabeza, confusión y amnesia.

TCE moderado: El paciente se encuentra letargico o estupuroso. Clinicamente, los pacientes con TCE moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica ademas estan asociadas con una mayor probabilidad de hallazgos anormales en las técnicas de neuroimagen.

Traumatismo Craneoencefálico (TCE) se define como “una afectación del cerebro causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo

Valoración: Es la fase inicial del proceso de cuidados, consiste en reunir toda la información disponible necesaria, se bebe observar consultar, cuestionar y recopilar datos.

2.4. Sistemas de Variables

Variable independiente: Pacientes con traumatismos Craneoencefálicos

Variable dependiente: Manejo de Enfermería

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Paciente con Traumatismo Craneoencefálico

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALAS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Es una lesión de la cabeza que puede presentar, alteracion de la conciencia, cambios neurlógicos o lesiones intracraneales .	Clasificación	TCE leve TCE Moderado TCE grave	¿Conoce usted lo que es un traumatismo craneoencefálico?	Si No	Técnica: Encuesta
			¿Conoce usted las principales manifestaciones clínicas que puede presentar el usuario con TCE?	Si No	Instrumento: Cuestionario
	Cambios Neurológicos	Escala de coma de Glasgow	Subraye: ¿Cómo realiza usted la valoración neurológica a un paciente con TCE?	a)Mediante escala de Glasgow. b) A través de manifestaciones clínicas.	

	Clínica del TCE	Signos y síntomas	Subraye lo correcto: Los signos más comunes del TCE leve son:	c)Por valoración horaria de pupilas. d) Todas. 1. Hiponatremia, acidosis metabólica, glaucoma. 2. vómito, cefaléa, mareos, cambios de la conducta. 3. Diarrea, pirosis, acromegalia, hematoma craneal.	

Variable Dependiente Manejo de Enfermería

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Son acciones basadas en un	Intervención de Enfermería	Conocimiento	¿Conoce cuál es su accionar durante la	Si No	Técnica: Encuesta

fundamento científico y guiado por el criterio profesional, encaminado a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población.			atención al paciente con traumatismo craneoencefálico? ¿Cree usted como personal de enfermería tiene los conocimientos y habilidades necesarias para manejar a un usuario con traumatismo craneoencefálico?	 Si No	Instrumento: Cuestionario
	Características de la intervención de Enfermería.	Funciones Independientes de Enfermería.	¿Usted durante la atención a un usuario con TCE aplica acciones basadas en su criterio profesional?	Si No	

			La atención que brinda al usuario con TCE es integral.	Si No	
	Valoración de Enfermería	Necesidades del paciente con TCE. Soporte ventilatorio Soporte Circulatorio Valoración Cerebral según tipo de TCE	¿La valoración de enfermería es la misma en el TCE leve, moderado y grave?	Si No	
			¿Conoce cuál es su accionar durante la atención al paciente con traumatismo craneoencefálico?	Si No	
	Atención de Enfermería en	Respiratorio Cardiovascular	¿La valoración de enfermería es la	Si No	

	pacientes con trauma craneoencefálico	Nutrición y Metabolismo Termorregulación Higiene Movilización Seguridad Neurológico Paciente Crítico	misma en el TCE leve, moderado y grave? Ordene en forma numérica las siguientes intervenciones de enfermería que se realizan en relación a la ventilación pulmonar en un paciente con TCE Subraye lo correcto: Las actividades de enfermería que se realizan en un	• Administrar oxígeno. • Observar la vía aérea y comprobar si esta permeable o no. • Saturar. • Valorar la necesidad de administración de oxígeno. 1. Valoración inicial, estabilización de la vía aérea y transporte a UCI. 2. Mantener permeable	

			paciente con TCE leve son:	la vía aérea, Control de frecuencia y autonomia respiratoria, valoración escala de Glasgow. 3. Mantener al paciente en NPO para prevenir aspiraciones y colocar SNG a caída libre PRN.	
	Atención de Enfermería en pacientes con trauma craneoencefálico Prehospitalaria	Valoración Primaria	¿Conoce usted cual es el procedimiento de atención en un usuario con TCE por accidente de tránsito antes de que llegue a la unidad de salud?	Si No	

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se hace referencia al nivel de investigación, los métodos población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos**.**

3.1. Nivel de investigación

Por el propósito: La investigación es descriptiva, en razón que me permite describir detalladamente cada una de los acontecimientos del manejo y atención de enfermería en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito en la sala de emergencia del Hospital **"**Alfredo Noboa Montenegro**"**, de la ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar

Por el lugar: esta investigación se caracteriza por ser de campo, porque los datos son recogidos en el lugar de los hechos, en este caso en la sala de emergencias del Hospital **"**Alfredo Noboa Montenegro**"**, de la ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar.

Por su origen. Es eminentemente bibliográfica, fundamenta en documentos, textos, internet de ser el caso.

3.2. Diseño

Método Inductivo.- Se aplicó este método, con la finalidad de conocer cuál es la influencia del manejo y atención de enfermería en los pacientes con traumatismos por accidentes de tránsito, en la sala de emergencia del Hospital **"**Alfredo Noboa Montenegro

Método Deductivo.- Este método aportó en el análisis de comprobación, para identificar si se cumplió o no con un correcto manejo y atención de enfermería en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito, evitando complicaciones en la sala de emergencia del Hospital **"**Alfredo Noboa Montenegro".

Descriptivo.- Este es un método que ayuda a detallar minuciosamente todo el proceso de investigación, ya sea escrito o por imágenes, para luego ser analizado e interpretado sus resultados del correcto manejo y atención de enfermería en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito, y sus complicaciones en la sala de emergencia del Hospital **"**Alfredo Noboa Montenegro".

Analítico Sintético.- Este método nos ayudará ya que mediante el análisis minucioso nos permitirá desglosar el conocimiento global en acciones específicas que se cumplirán para de esta manera distinguir el rol de la enfermera con pacientes de TCE y que son atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

3.3. Población y muestra

Personal de enfermería que rotan en el servicio de emergencia conformado por 22 miembros entre: Licenciadas e internos rotativos de enfermería**.**

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Fuentes primarias.- La constituye la búsqueda bibliográfica, por artículos científicos, tesis, originales.

3.4.1. Encuesta

Aplicada al personal de Enfermería del Hospital Alfredo Noboa Montenegro (H.A.N.M.) con la finalidad de conocer información relevante sobre la cantidad de pacientes que acuden por mes y año con padecimientos de Traumatismo Craneoencefálico.

El Instrumentos será un **cuestionario**, diseñado para responder las preguntas que ayuden e índices de evaluación que ayuda a recolectar la información necesaria de los profesionales de enfermería.

3.4.2. Entrevista

Se aplicó a un profesional de enfermería responsable del área de Emergencia con la finalidad de indagar sobre el manejo de enfermería fortalezas y debilidades existentes a pacientes con Traumatismos Craneoencefálicos por accidentes de tránsito.

Fuentes secundarias: Datos estadísticos extraídos de las Historias Clínicas, formulario 008 compilaciones

Instrumento

Para ellos se diseñó una **guía de entrevista** derivada de la operacionalización de las variables que se detallan en los acápites pertinentes y que consta en anexos.

Técnicas

- Encuesta a través de un cuestionario

Instrumentos de análisis de datos

Los resultados obtenidos serán presentados de la siguiente manera:

- Tabulación de resultados
- Cálculo de frecuencia y porcentaje a través delas tablas estadística por cada indicador.
- Representación gráfica a través de pasteles de frecuencia.
- Realización del análisis e interpretación de los resultados.
- Planteamiento de las conclusiones por cada objetivo planteado.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA.

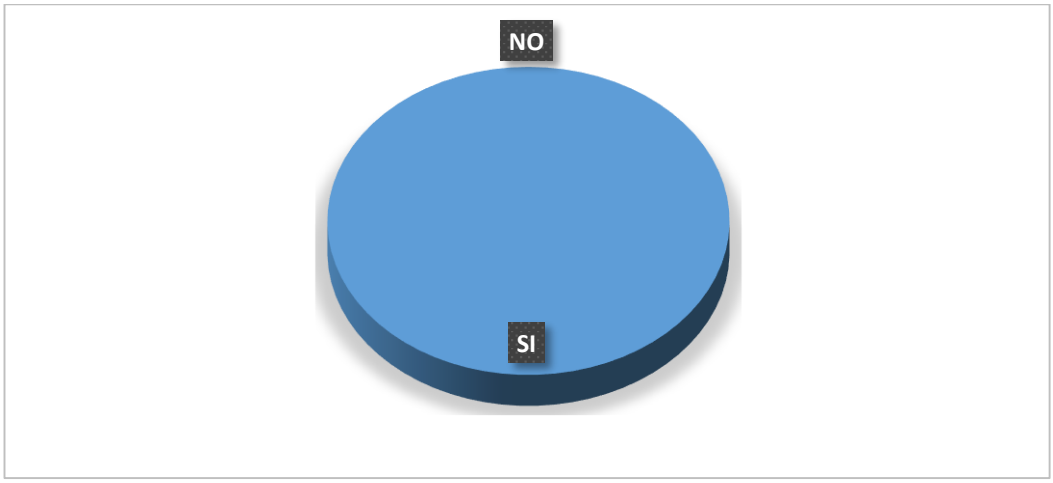
Pregunta 1

¡Conoce usted qué es un Traumatismo Craneoencefálico?

Tabla # 1

Escala	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	100%
NO	0	0%
Total	**22**	**100%**

Grafico # 1



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

De los datos obtenidos podemos determinar que el 100% del personal de enfermería (22 personas) encuestado en la Sala de Emergencia del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro" conoce lo que es un traumatismo craneoencefálico, siendo esto de gran ayuda en el momento de la atención a pacientes con este tipo de traumatismo.

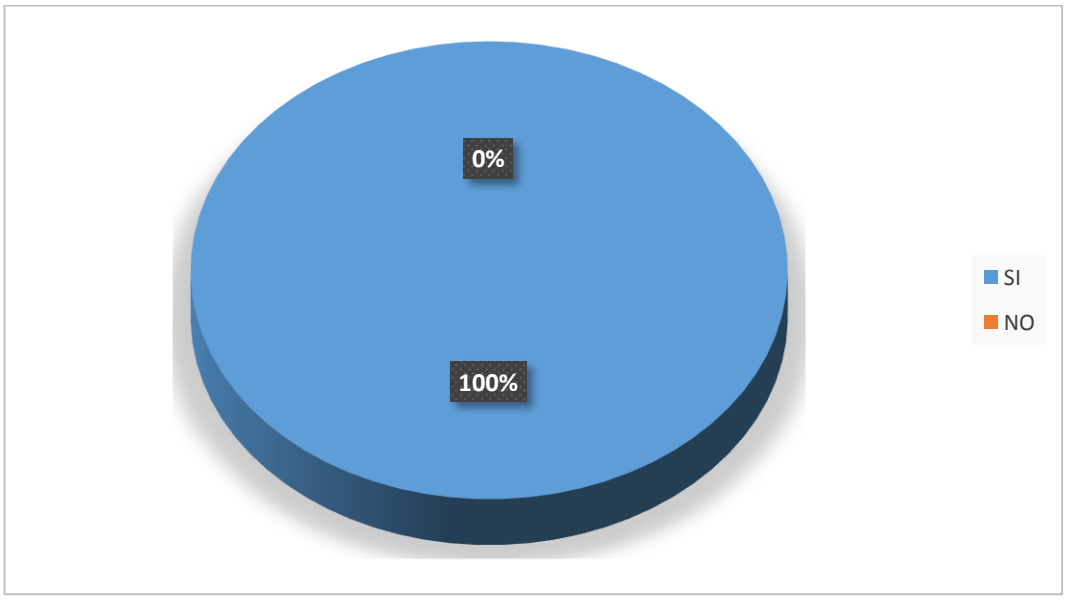
Pregunta 2

¿Conoce cuáles son las principales manifestaciones clínicas que se presentan en usuarios con TCE?.

Tabla # 2

Escala	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	100%
NO	0	0%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 2



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

Los 22 miembros del personal de enfermería de la Sala de Emergencia conocen cuáles son las principales manifestaciones clínicas que puede presentar el usuario con TCE.

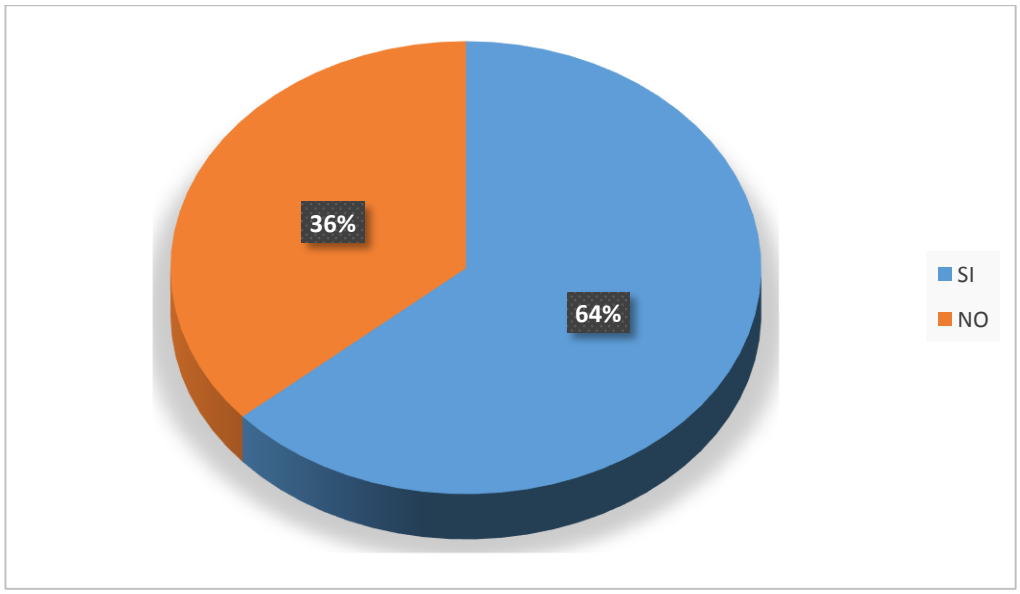
Pregunta 3

¿Cree usted como personal de enfermería tiene los conocimientos y habilidades necesarias para manejar a un usuario con traumatismo craneoencefálico?

Tabla # 3

Escala	Frecuencia	Porcentaje
SI	14	64%
NO	8	36%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 3



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

De los datos obtenidos en un mayor porcentaje, las enfermeras de la Sala de Emergencias tienen el conocimiento y habilidades para manejar a un usuario con trauma craneoencefálico y en un 36% no tiene los conocimientos y habilidades necesarias para manejar a un usuario con traumatismo craneoencefálico.

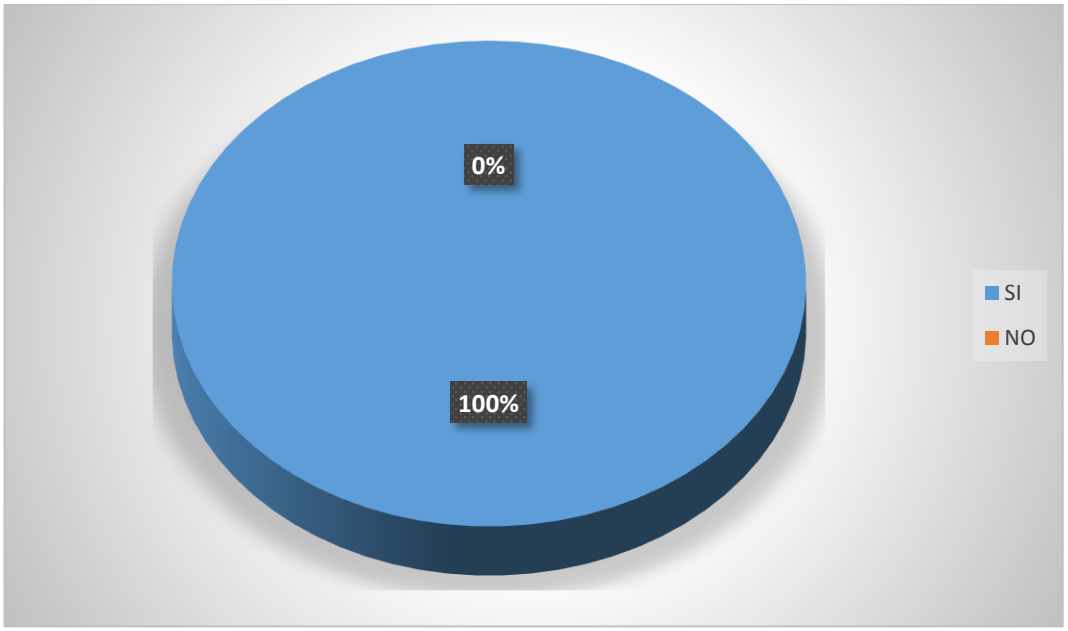
Pregunta 4

¿Usted durante la atención a un usuario con TCE aplica acciones basadas en su criterio profesional?

Tabla # 4

Escala	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	100%
NO	0	0%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 4



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

Como se puede analizar en el gráfico el 100% del personal de enfermería de la Sala de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro aplican acciones basadas en su criterio profesional ya amparadas en un conocimiento científico, las mismas que contribuyen en la recuperación del usuario.

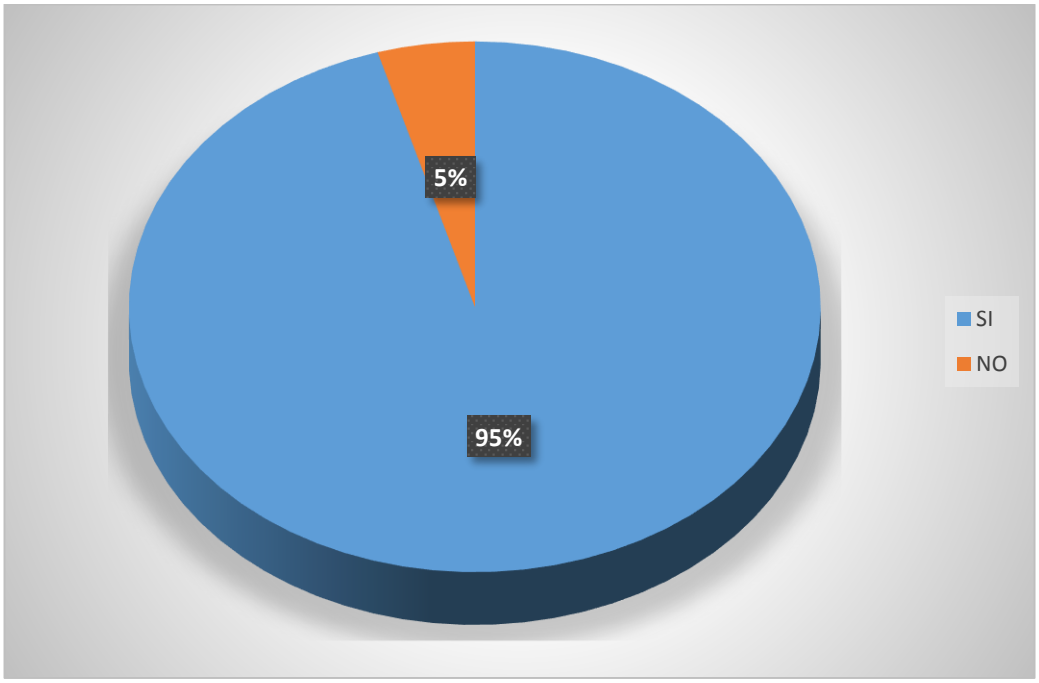
Pregunta 5

¿La atención que brinda al paciente con traumatismo craneoencefálico es integral?

Tabla # 5

Escala	Frecuencia	Porcentaje
SI	21	95%
NO	1	5%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 5



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

De acuerdo al gráfico evidenciamos que en un 95% el personal de enfermería brinda una atención integral al usuario, por lo que podemos concluir que se da un cuidado holístico dependiendo del tipo de lesión que presente el paciente.

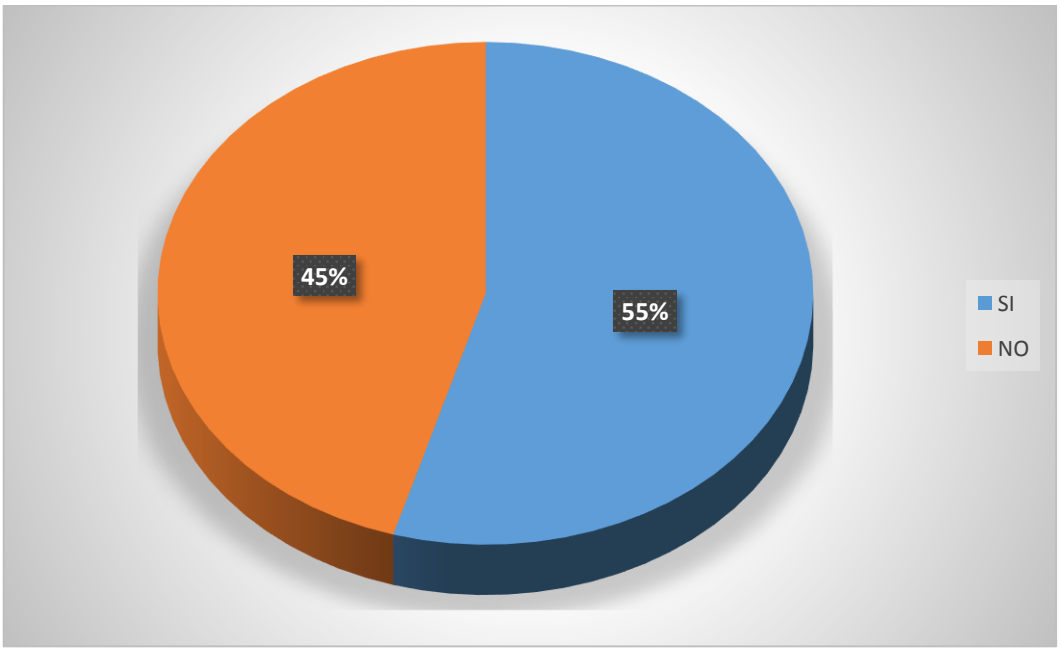
Pregunta 6

¿Ha recibido capacitaciones sobre TCE?

Tabla # 6

Escala	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	55%
NO	10	45%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 6



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

Con el 55% del personal de enfermería manifiesta haber recibido capacitaciones sobre TCE, y el 45% restante no ha sido capacitado, esto es de suma importancia ya que estar siempre actualizados beneficiara la actuación del personal durante la atención de los pacientes con TCE que acuden a esta unidad hospitalaria.

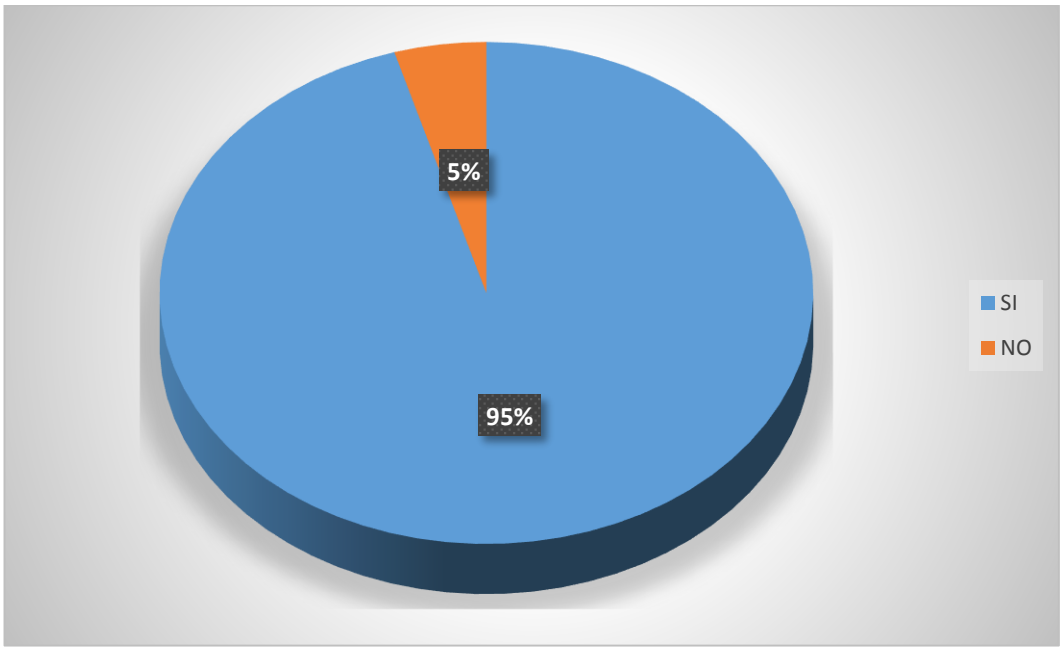
Pregunta 7

¿Conoce cuál es su accionar durante la atención al paciente con traumatismo craneoencefálico?

Tabla # 7

Escala	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	95%
NO	3	5%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 7



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

El personal de enfermería encuestado conoce cuál es su accionar en la Sala de Emergencias durante la atención al paciente con traumatismo craneoencefálico, lo que coincide y se aclara en las respuestas dadas por el entrevistado, en donde se describen las actividades ejecutadas en el momento de la atención al paciente con TCE.

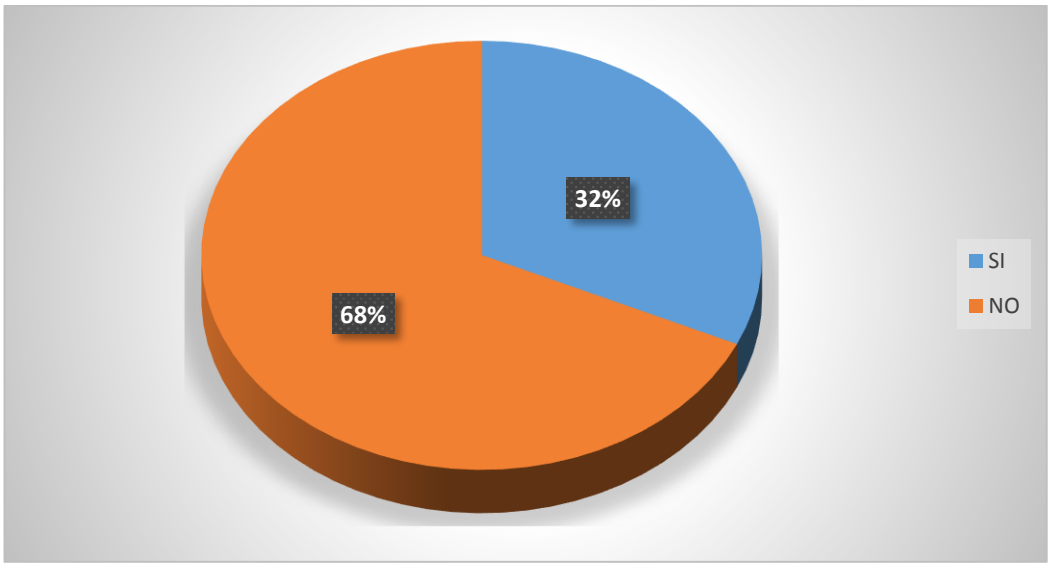
Pregunta 8

¿La valoración de enfermería es la misma en el TCE leve, moderado y grave?

Tabla # 8

Escala	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	32%
NO	15	68%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 8



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

El 68% del personal encuestado responden que no aplican la misma valoración en un usuario con TCE leve, moderado y grave debido a que las manifestaciones clínicas se presentan de diferente manera según el tipo de traumatismo. El 32% del personal manifiesta que realizan la misma valoración en los tres tipos de traumatismo craneoencefálico por lo que podemos identificar que la valoración no es la misma porque en cada uno se aplica acciones específicas, en un TCE leve se lo debe tener en observación por un lapso de 24 horas porque un paciente que sufre un trauma de cabeza en 24 horas puede manifestar cefalea, cambios de comportamiento o convulsiones. Siendo lo ideal que se realice una valoración específica en cada uno de los diferentes tipos de TCE.

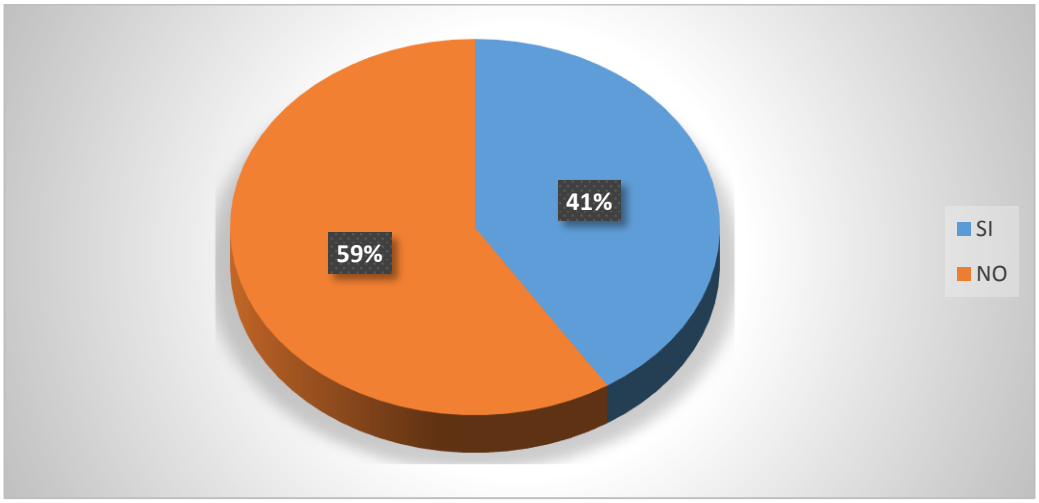
Pregunta 9

¿Conoce usted cual es el procedimiento de atención en un usuario con TCE por accidente de tránsito antes de que llegue a la unidad de salud?

Tabla # 9

Escala	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	45%
NO	13	59%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 9



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

Según el análisis podemos observar que los datos estadísticos en su mayoría del personal de enfermería de la Sala de Emergencias del Hospital "Alfredo Noboa Montenegro" contestan que no conocen cuáles son los procedimientos de atención en un usuario con TCE por accidente de tránsito antes de que llegue a la unidad de salud, lo cual cabe enfatizar que es importante que el personal de enfermería conozca el procedimiento inicial que se le dio al usuario antes de llegar a la institución asistencial, para poder dar continuidad a los procedimientos ya realizados por el personal de emergencias.

Considerando que el personal de salud que ingresa al usuario con traumatismo craneoencefálico pertenece el Ecu 911, Cruz Roja Ecuatoriana y familiares de los usuarios, conociendo que hay acciones específicas para el traumatismo craneoencefálico.

Haciendo una referencia a la bibliografía encontrada sobre la atención pre hospitalario en un paciente con traumatismo craneoencefálico, que detalla su importancia para seguir procesos específicos de inmovilización y la prestación de cuidado primarios para garantizar su estado de salud. También mediante la entrevista al personal de enfermería se manifiesta que "desconocen la atención pre hospitalaria, porque generalmente los pacientes son traídos por el ECU 911 o personal de la Cruz Roja, los mismos llegan empaquetados y con toma inicial de signos vitales."

Evidencia que hace falta una articulación directa entre los procedimientos establecidos en atención pre hospitalario y las que se siguen en las unidades hospitalarias, de esta manera se dará el valor y la importancia debida al esfuerzo realizado por el personal paramédico y los recursos utilizados para proporcionar seguridad y bienestar al paciente con TCE.

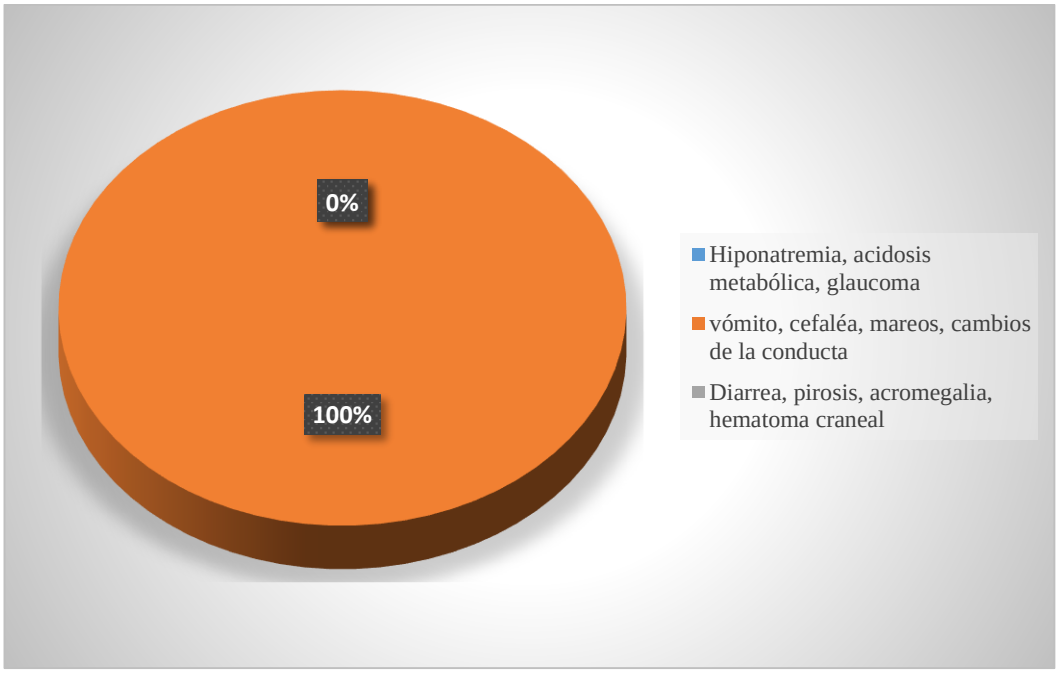
Pregunta 10

Subraye lo correcto: Los signos más comunes del TCE leve son:

Tabla # 10

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Hiponatremia, acidosis metabólica, glaucoma.	0	0%
vómito, cefaléa, mareos, cambios de la conducta.	22	100%
Diarrea, pirosis, acromegalia, hematoma craneal.	0	0%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 10



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

De los datos obtenidos todos los profesionales de enfermería conocen cuáles son los signos más comunes del TCE leve, reconociendo como característicos el vómito, cefaléa, mareos, cambios de la conducta. A partir de esta sintomatología se habla de un Traumatismo Craneoencefálico leve en el paciente.

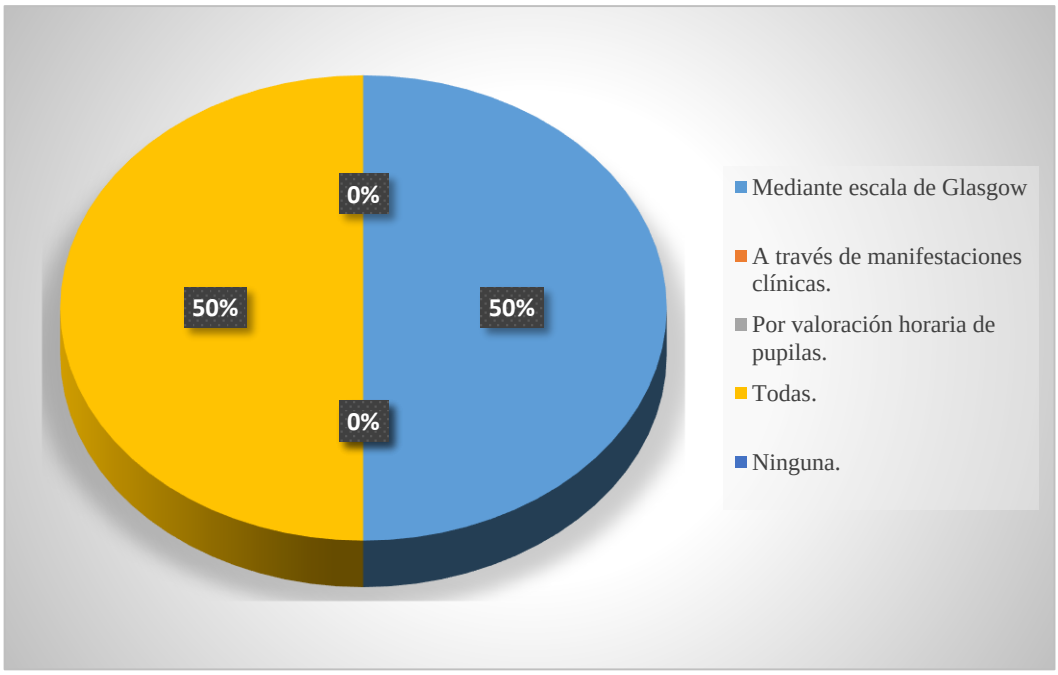
Pregunta 11

¿Cómo realiza usted la valoración neurológica a un paciente con TCE?

Tabla # 11

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Medianteescala de Glasgow	11	50%
A través de manifestaciones clínicas.	0	0%
Por valoración horaria de pupilas.	0	0%
Todas.	11	50%
Ninguna.	0	0%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 11



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e Interpretación

De los datos obtenidos podemos observar que la mitad de los encuestados opta por valoración neurológica mediante escala de Glasgow, y los otros se inclinan por la opción todas, recalcando que la opción más recomendada son todas las valoraciones porque se debe valorar mediante escala de Glasgow, valoración horaria de pupilas y por manifestaciones clínicas, debido a que esto nos ayudara a tener una valoración más precisa y completa

Pregunta 12

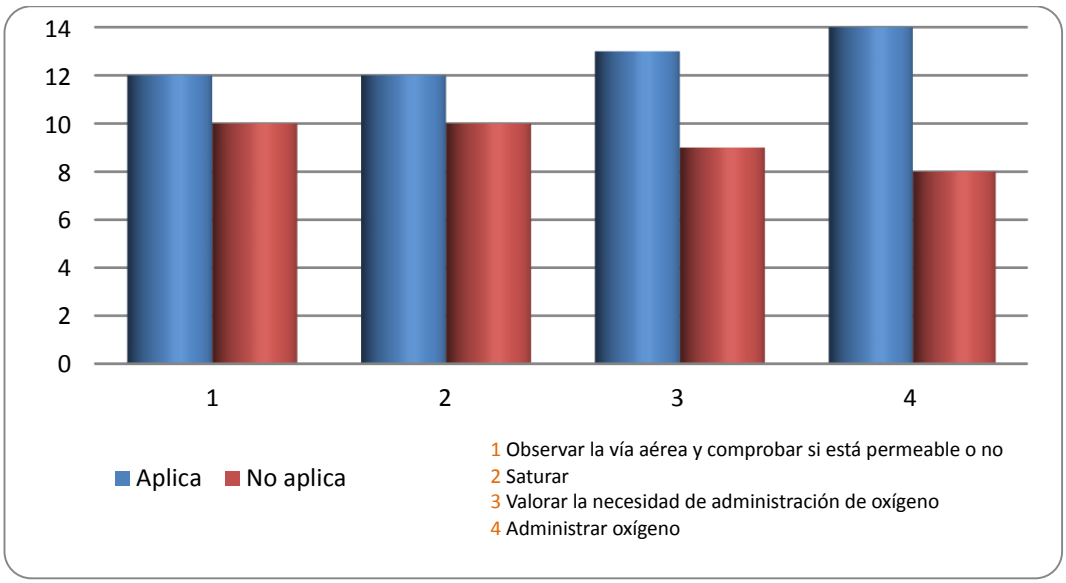
Ordene en forma numérica las siguientes intervenciones de enfermería que se realizan en relación a la ventilación en un paciente con TCE.

Tabla # 12

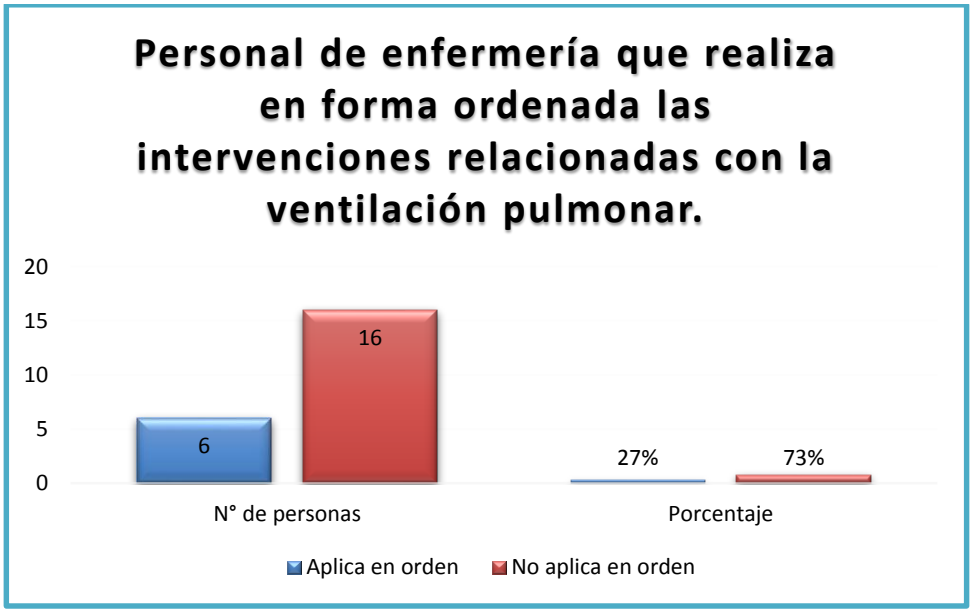
Escala	**Aplica**	**No aplica**
1 Observar la vía aérea y comprobar si está permeable o no	12	10
2 Saturar	12	10
3 Valor la necesidad de administración de oxígeno	13	9
4 Administrar oxígeno	14	8
Total	**22**	**22**

Respuesta	**N° de personas**	**Porcentaje**
Aplica en orden	6	27%
No aplica en orden	16	73%

Gráfico Nº 12



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.



Análisis e interpretación:

Según el análisis podemos determinar la mayoría del personal encuestado no aplica en forma ordenada las actividades que se realizan en relación a la ventilación pulmonar, priorizando las necesidades, los pasos correctos son: 1 Observar la vía aérea y comprobar si está permeable o no; 2 Saturar; 3 Valor la necesidad de administración de oxígeno y 4 Administrar oxígeno. Al no seguir el orden correcto en las actividades esto implicaría una asistencia no acorde a las necesidades del usuario. Enfatizando la valoración en relación a la permeabilidad de las vías aéreas.

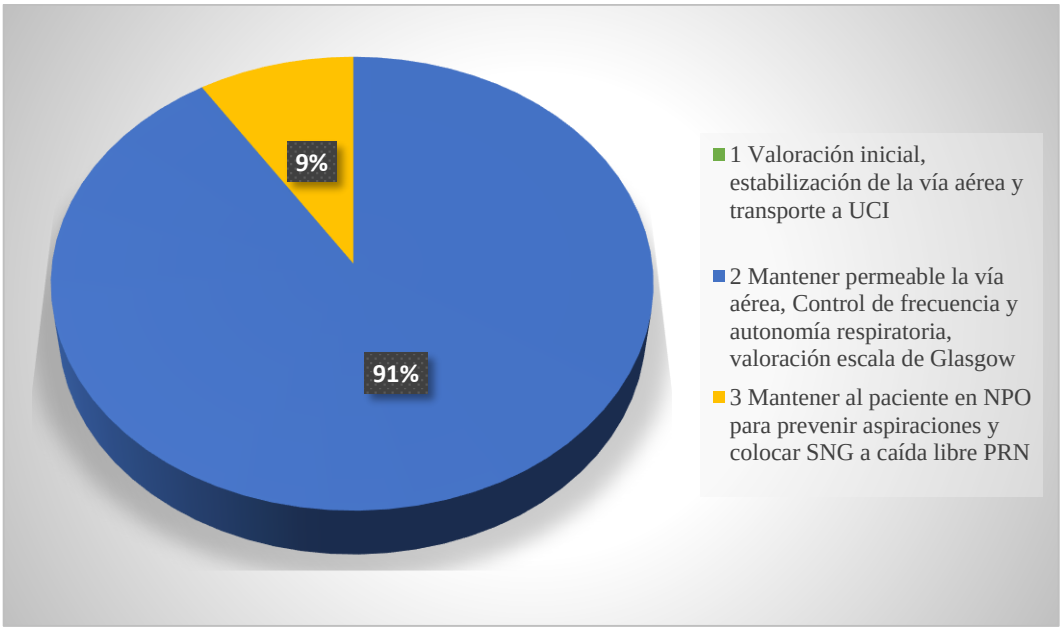
Pregunta 13

Las actividades de enfermería que se realizan en un paciente con TCE leve son:

Tabla # 13

Escala	Frecuencia	Porcentaje
1 Valoración inicial, estabilización de la vía aérea y transporte a UCI	0	0%
2 Mantener permeable la vía aérea, Control de frecuencia y autonomía respiratoria, valoración escala de Glasgow	20	91%
3 Mantener al paciente en NPO para prevenir aspiraciones y colocar SNG a caída libre PRN	2	9%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 13



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e interpretación:

Según el análisis estadístico podemos determinar que la mayoría de encuestados identifican correctamente las actividades que se realizan en un paciente con TCE leve y el 9% restante 2 personas seleccionan actividades que no corresponden al TCE leve.

Pregunta 14

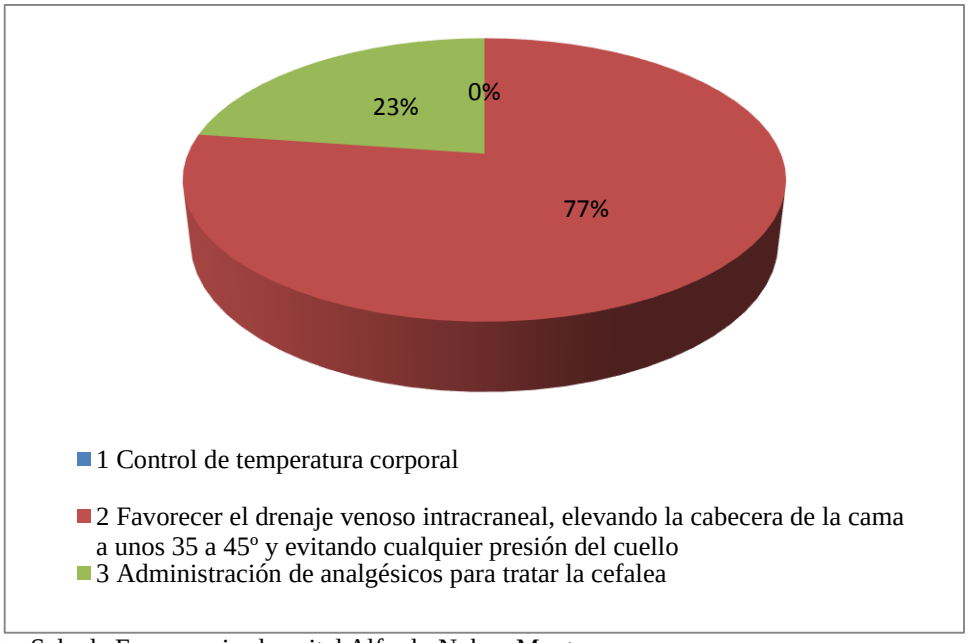
Subraye lo correcto:

Cuál de las siguientes acciones de enfermería se utilizan para disminuir la presión intracraneana en un paciente con TCE

Tabla # 14

Escala	Frecuencia	Porcentaje
1 Control de temperatura corporal	0	0%
2 Favorecer el drenaje venoso intracraneal, elevando la cabecera de la cama a unos 35 a 45º y evitando cualquier presión del cuello	17	77%
3 Administración de analgésicos para tratar la cefalea	5	23%
Total	**22**	**100%**

Gráfico # 14



Fuente: Sala de Emergencias hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado por: Nancy Alejandra Rea Manobanda, Tania María García García.

Análisis e interpretación:

El análisis nos indica que el 77% del personal de enfermería (17 personas), seleccionan la opción dos como la acción correcta, es decir, favorecer el drenaje venoso intracraneal, elevando la cabecera de la cama a unos 35 a 45º y evitando

cualquier presión del cuello; y el 23% restante (5 personas) opta por la tercera opción, pudiendo concluir que la mayoría del personal identifica correctamente la acción utilizada para disminuir la presión intracraneana en un paciente con TCE.

Lo que significa que las acciones ejecutadas por el personal están apegadas a lo que indica las recomendaciones técnicas en donde(Suárez, 2007) recomiendan que para el manejo de pacientes con aumento de la presión intracraneal se aplica la técnica de acción inmediata, la posición de la cabeza en términos generales se recomienda elevar la cabecera de la cama hasta 35-45 grados y evitar las flexiones laterales del cuello para mejorar el retorno venoso cerebral.

4.2. ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE EMERGENCIA H.A.N.M.

Entrevistado: Lic. Juan Meléndez

Una vez que se definieron los objetivos de la técnica basando el trabajo sobre fines de investigación académico, siendo dicha información validad para la consecución de los objetivos en la presente investigación, se procedió a entrevistarlo bajo los siguientes aspectos.

¿Cómo define usted a un traumatismo craneoencefálico?

El TCE se define como una lesión en la cabeza ocasionado por fuerzas externas como caídas de su propia altura o más, accidentes de tránsito, golpes con objetos contundentes y de acuerdo a la magnitud de la lesión se lo clasifica en TCE leve moderado y grave.

¿Cuál es su accionar durante la atención a un paciente con TCE?

Como personal de enfermería lo primero que realizamos es la toma de signos vitales, se administra oxigeno por bigotera o mascarilla de acuerdo a la saturación de oxígeno y necesidad del paciente, se coloca dos vías periféricas una para hidratar y la otra para calentar debido a que generalmente los pacientes llegan con hipotermia, se estabiliza la vía aérea y se valora mediante escala de Glasgow.

¿La valoración de enfermería en un paciente con TCE leve, moderado y grave es la misma?

No es la misma en cada uno se aplica acciones específicas, en un TCE leve se lo debe tener en observación por un lapso de 24 horas porque un paciente que sufre un trauma de cabeza en 24 horas puede manifestar cefalea, cambios de comportamiento o convulsiones.

¿Usted conoce cuál es el procedimiento de atención en un paciente con TCE antes de que llegue a la unidad de salud?

No conozco porque generalmente los pacientes son traídos por el ECU 911 o personal de la Cruz Roja, los mismos llegan empaquetados y con toma inicial de signos vitales.

¿Cómo realiza usted la valoración neurológica de un paciente con TCE?

La realizo mediante la escala de Glasgow ahí valoramos apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora.

CAPITULO V

5. RESULTADOS POR LOGROS ALCANZADOS

5.1. Resultados según objetivo 1

Conocer la intervención de enfermería en el manejo de pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito.

- Se llegó al conocimiento del manejo y atención de Enfermería a partir de la valoración de las acciones realizadas con los pacientes con TCE en las cuales se evidenció algunas deficiencias en lo que se refiere a la aplicación de actividades en forma ordenada debido a que no se priorizaba las acciones ya establecidas en lo que se refiere a la valoración primaria. también podemos destacar el desconocimiento de la atención pre-hospitalario siendo importante en la continuidad al tratamiento y optimizar el tiempo para salvaguardar la vida del usuario.

5.2. Resultados según objetivo 2

Identificar el tipo de traumatismo craneoencefálico por accidentes tránsito que más prevalece en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

- Luego de recolectar la información pertinente en el área de estadística se logró a la identificación que el traumatismo craneoencefálico que más prevalece en los usuarios atendidos en al área de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, es el trauma craneoencefálico leve con un total de 64 usuarios de 110 que fueron atendidos en el periodo enero a noviembre del 2015, también fue identificado el trauma craneoencefálico moderado un total de 30 usuarios y el traumatismo craneoencefálico grave con 16 usuarios.

Identificamos también que las edades afectadas son desde los 8 años de edad a los 55 años dándonos cuenta que afecta a la población económicamente activa.

5.3. Resultados según objetivo 3

Capacitar al personal de enfermería de la sala de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar sobre el Manejo a pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito.

- Podemos indicar que hemos visto la necesidad de un acercamiento con otra institución en la que se encontró factibilidad con la institución de la Cruz Roja Ecuatoriana, Junta Provincial de Bolívar, quienes compartieron su experiencia y conocimientos sobre el manejo inicial de un paciente con traumatismo craneoencefálico, en la que manifestaron la interacción entre el personal de emergencias y el personal de enfermería para conocer las actuaciones que ellos realizan en el momento del traslado del paciente hacia la casa de salud para así dar seguimiento a las mismas ayudando a la recuperación y evitando lesiones secundarias y secuelas.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

El trabajo de investigación sirvió para que se formulen las siguientes conclusiones luego del análisis e interpretación de los resultados obtenidos:

- Al finalizar este estudio hemos podido conocer el manejo que realiza el personal de enfermería a pacientes con traumatismo Craneoencefálicos por accidentes de tránsito, valorándose aquí principalmente la vía aérea, circulación y sistema neurológico, aquí cumplen con la mayoría de estándares sin embargo no se cumple en su totalidad con la atención que se debe aplicar de acuerdo a la necesidad de cada paciente y en cierto número de profesionales hay un déficit al momento de aplicar en forma ordenada las intervenciones de enfermería relacionadas con la ventilación pulmonar en el paciente con TCE. También se pudo evidenciar que la mayoría del personal de enfermería desconoce el procedimiento de atención al usuario con TCE antes de llegar a la unidad de salud.

- Se determinó mediante recolección de datos en el área de estadística que el tipo de traumatismo craneoencefálico que prevalece en los usuarios atendidos en la sala de emergencia es el TCE leve recalcando que en un TCE leve se lo debe tener en observación por un lapso de 24 horas porque un paciente que sufre un trauma de cabeza durante este tiempo puede manifestar cefalea, cambios de comportamiento o convulsiones.

- Considerando que el personal de enfermería es quien permanece las 24 horas del día dando atención directa al paciente, debe tener conocimientos, científicos y habilidades para brindar una atención integral al paciente con TCE.

- Mediante la capacitación brindada por parte del personal de Cruz Roja Ecuatoriana al personal de enfermería se consolido importante las bases de atención pre hospitalaria las mismas que sirven para dar continuidad a las acciones aplicadas por el personal de enfermería y así prevenir futuras complicaciones en la salud del usuario.

6.2. Recomendaciones

Como consecuencia de lo anterior, es preciso que se planteen las siguientes recomendaciones:

- Se debe mejorar la atención a pacientes con traumatismo Craneoencefálicos por accidentes de tránsito en especial al momento de aplicar en forma ordenada las intervenciones de enfermería en el paciente con TCE, a través de la capacitación y fortalecimiento de conocimientos específicos sobre el tema.

- Se debe tener un registro minucioso de información sobre el ingreso y presencia de pacientes con TCE, para registrarla en fuentes accesibles a la investigación para que sirva de referencia en la realización de trabajos similares.

- Diseñar un plan de capacitación dirigido al personal de enfermería sobre manejo y atención de traumatismo craneoencefálico, atención directa al paciente, valoración, diagnóstico, atención de calidad, además de involucrar a entidades que se involucren en la atención del paciente o que de una u otra manera ofrezcan su colaboración en el TCE.

BIBLIOGRAFÍA

Alexandra, B. V. (2012). *MANEJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRAUMA* . Tulcan: UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI.

Almeida, E., Castro, R., Gúsman, M., & et.al. (2005). *Manual de la enfermeri.* Colombia: Cultural , S.A.

Baillieres, J. (1997). *Baillier´s Nurse Dictionary.*Barcelona - España: Gráficas Pareja.

Buitrago, J. (2010). *Técnicas de inmovilización y transporte en trauma* . Madrid - España: Nacera.

Capé, B. (2007). *Guía Diccionario del Auxiliar Sanitario y de la Enfermera.* Barcelona - España: Elicien.

Cavazos, L., & Flores, P. (2007). *El collarín cervical en lesiones traumáticas.* Barcelona - España: Ediciones Médicas.

Ceron, J. (31 de 10 de 2015). Accidentes de transito . *El Tiempo*, pág. 1.

comercio.com, E. (10 de Noviembre de 2014). Cinco causas que provocan accidentes de tránsito. *Cinco causas que provocan accidentes de tránsito*, pág. 1.

EL COMERCIO. (10 de 11 de 2014). Accidentes de transito. *El Comercio*, pág. 1.

Estadística H.A.N.M. (2015). *Clasificación de los traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito atendidos en el H.A.N.M. de la ciudad de Guaranda – provincia Bolívar* . Guaranda - Ecuador: Formulario 008 - Enero -Noviembre - 2015.

Fundación ONCE. (2009). *Traumatismo craneoencefálico*. Obtenido de http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Discapacidades/Desarrollo%20Motor/Traumatismo%20craneoencefalico/Paginas/trauma.aspx

FUNDEN. (2009). *Valoración de Enfermería.* Bogotá - Colombia: Ediciones Educativas.

Garcia Molina A, R. P. (Enero, Marzo de 2010). *sid.usal.es.* Obtenido de sid.usal.es: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART14179/programa%20clinico%20de%20telerrehabilitacion.pdf

Garcia, M. A. (2012). Escala de Glasgow - exploración neurológica - traumatismo cráneo encefálico. *Tu buena salud.cm*, 1,2,3.

Ghissel, Y. (11 de 12 de 2012). *https://prezi.com*. Obtenido de https://prezi.com: https://prezi.com/-4ilzdrd-hr7/respuesta-motora-y-secretora/

Gonzales, J. U. (2012). *PHTLS, Prehospital Trauma Life Support.*España: ELSAVIER.

González, J. (2012). *PHTLS Soporte vial Básico y avanzado en el trauma prehospitalario.* Barcelona - España: Elsevier.

Jiménez, R. (2011). *Documento Marco Prácticas Externas.* Recuperado el 3 de Diciembre de 2014, de Prácticas Externas: http://www.uhu.es/enfe/WEBS/Grado_Enfermeria/Practicas_Externas_files/Programa%20Marco%20de%20Practicas%20Externas%20Grado%20Enfermeria.pdf

Jornet, C. (2012). *PHTLS, Prehospital Trauma l.* Barcelona - España: Editorial San Pablo.

Medina, J. L. (11 de Noviembre de 2005). *Scielo.* Recuperado el 3 de Diciembre de 2014, de La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200015&script=sci_arttext

Moril, R. (jueves de julio de 2010). *index-f.* Obtenido de http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf

Neurorahabilitacion, S. d. (2014). Traumatismo Craneoencefalico. *Hospitales Nisa*, 1.

Quispe, S. (5 de 9 de 2015). Factores de accidentes de transito. *Riesgo en la Ciudad* , 4.

S.A. (lunes de septiembre de 2013). *ww.inec.gob.ec*. Obtenido de ww.inec.gob.ec: www.ecuadorencifras.gob.ec

Salud, L. O. (2010). *Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador.* Recuperado el 24 de Septiembre de 2014, de http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.leopoldolarrea.org%2Findex.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D177%3Aley-de-ejercicio-profesional-de-las-enferm

Suárez, J. (2007). *Neurointensivismo en Pacientes con Aumento de la Presión Intracraneal*. Obtenido de http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/vascular-7.html

Villalba, M., Grasa, V., Rovira, A., Mainer, G., & Gay, J. (2012). *Manual de Enfermeria.* España: Oceano.

Vizcaíno, D. S. (17 de Julio de 2013). Qué es un accidente de tránsito. *derechoecuador.com*, 1.

Waldow, V. R. (jueves de Abril de 2014). Cuidado Humano. *Porto Alegre*, 5.

PROPUESTA

Título.

Plan de capacitación sobre el Manejo de Enfermería a pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito

Dirigido: Personal de Enfermeras del área de Emergencia., Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Datos de Identificación

Provincia:	Bolívar
Cantón:	Guaranda
Responsables:	Nancy Rea
	Tania García
Participantes de la Capacitación:	Personal de la Cruz Roja
	Personal de Enfermería de emergencia del H.A.N.M.
Beneficiarios:	Usuarios directos
	Personal de Enfermería

Introducción

Las políticas actuales buscan priorizar un cuidado integral de salud, mejorando las actuaciones y así optimar el sistema actual para modernizarlo y hacerlo eficiente, además de proporcionar una atención al usuario de máxima calidad. El traumatismo craneoencefálico (TCE) provoca lesiónes en la cabeza (por contusión, lesión penetrante o por fuerzas de aceleración-deceleración) que presenta, al menos, una de las siguientes condiciones: alteracion de la conciencia o amnesia por trauma cerebral, cambios neurlogicos o neuropsicológicos, diagnóstico de fractura craneal o lesiones intracraneales por lo cual la enfermera debe estar capacitada en la atención que debe brindar al usuario.

Razon por la cual el personal de enfermeria debe estar actualizado, capacitado y se convierte en el principal instrumento para que los profesionales de enfermería empleen sus conocimientos para solucionar problemas, desarrollando su capacidad de actuación basandose en su capacidad profesional y bases teóricas.

Luego de haber realizado el respectivo estudio de conocimientos de este sistema se determina que existen falencias en el personal de enfermería, por lo cual se hace necesario, la realización de una capacitación continua que garantice un manejo adecuado al usuario con traumatismo craneoencefálico.

Justificación

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro es el segundo nivel de complejidad del sistema nacional de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.

La inauguración de la sala de emergencia modernizada se la realizo el día 11 de febrero del 2013, se dio apertura a la atención del nuevo servicio de emergencia del hospital Provincial Docente. Esta moderna unidad cuenta con áreas de observación, cuidados intermedios, triage, sala de emergencia y trauma, tiene un área de influencia

de 180.000 personas, aproximadamente, cuenta con 22 enfermeras con turnos rotativos.

Considerando que es el único hospital provincial, que pertenece al ministerio de salud pública, el cual acoge a pacientes que han sufrido accidentes de tránsito de todos los cantones y provincias cercanas, considerando también nuestra geografía y clima invernal los carreteros no son seguros y así se produce accidentes de tránsito provocando, traumatismos craneoencefálicos, politraumatismos que ponen en riesgo la vida del usuario.

Luego del análisis de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, se determina que un número determinado de enfermeros desconocen sobre la atención que recibe el usuario antes de llegar a la casa asistencial, como evitar que la presión intracraneana aumente, valoración y manejo de un paciente con traumatismo craneoencefálico, con el fin de fortalecer los conocimientos al personal de enfermería del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Objetivos

Objetivo General

Fortalecer conocimientos al personal de enfermería del área de emergencia sobre el manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Objetivo Especifico

- Reforzar el conocimiento de las intervenciones de Enfermería en paciente con TCE.
- Mostrar técnicas y habilidades de enfermería a los pacte con TCE., según protocolos establecidos de Enfermería.
- Incentivar la vinculación con otras Instituciones de Salud que intervienen en el manejo pre-hospitalario

Cronograma de actividades

TEMÁTICA	HORA	FECHA	LUGAR	DURACIÓN	TÉCNICA DE ENSEÑANZA	AUXILIAR DE ENSEÑANZA	RESPONSABLE
Anatomía y fisiología del cráneo	9 am a 10 am	27/01/2016	Salón auditórium de la CRUZ ROJA Ecuatoriana	1 hora	Charla Educativa	Infocus Computadora flash memory	Nancy Rea Tania García
Cinemática del trauma craneoencefálico por accidente de transito	10:10 am a 10:30 am	27/01/2016	Salón auditórium de la CRUZ ROJA Ecuatoriana	20 minutos	Charla Educativa	Infocus Computadora flash memory	Paramédicos de Cruz Roja Ecuatoriana
Conocimiento del manejo que se realiza a un paciente con trauma antes de llegar a la unidad de salud	10:30 am a 10:50 am	27/01/2016	Salón auditórium de la CRUZ ROJA Ecuatoriana	20 minutos	Charla Educativa		Paramédicos de Cruz Roja Ecuatoriana

Signos y síntomas de un paciente con trauma craneoencefálico	14:00 am a 14:20 am	27/01/2016	Salón auditórium de la CRUZ ROJA Ecuatoriana	20 minutos	Charla Educativa	Infocus Computadora flash memory	Paramédicos de Cruz Roja Ecuatoriana Nancy Rea Tania García
Manejo de enfermería a un paciente con trauma craneoencefálico.	14:20 am a 14:35 am	27/01/2016	Salón auditórium de la CRUZ ROJA Ecuatoriana	15 minutos	Charla Educativa	Infocus Computadora flash memory	Nancy Rea Tania García
Aplicación práctica del manejo un paciente con trauma craneoencefálico.	09:00 am a 11:00 am	28/01/2016	Salón auditórium de la CRUZ ROJA Ecuatoriana	2 hora	practico	Collarín Tablas de inmovilización Inmovilizadores de cabeza. Cinta de araña para inmovilización	Paramédicos de Cruz Roja Ecuatoriana Nancy Rea Tania García
Manejo y actualización de limitadores de	11:00 am a 11:30 am	28/01/2016	Salón auditórium de la CRUZ ROJA Ecuatoriana	30 minutos	Practico	Collarín	Paramédicos de Cruz Roja Ecuatoriana

movimientos cervicales, cuidados posteriores para mantener la inmovilización y control hemodinámico del Paciente							Nancy Rea Tania García
Socialización de experiencias vividas durante la atención a un paciente con TCE.	11:30 am a 12:00 pm	28/01/2016	Salón auditórium de la CRUZ ROJA Ecuatoriana	30 minutos	Charla		Paramédicos de Cruz Roja Ecuatoriana Personal de enfermería del HANM

Sostenibilidad

El plan de capacitación que presentamos está dirigido y enfocado a ofrecer una educación, actualización y proceso práctico avanzado, sobre el manejo de un paciente con trauma craneoencefálico para evitar complicaciones y favorecer a la recuperación rápida y evitar futuras secuelas en los usuarios, esta se realiza dando un inicio por nosotras y contando con el apoyo de la institución De Cruz Roja Ecuatoriana para así mejorar la actuación del personal de enfermería.

Factibilidad

Está claro que para planificar este programa se parte de las debilidades existentes en el personal de Enfermería que se ha encontrado a través de las encuestas, los datos del análisis e interpretación nos ha llevado a determinar la necesidad de desarrollar un plan de capacitación a las enfermeras del servicio de emergencias sobre el manejo de un paciente con trauma craneoencefálico por accidente de tránsito. Ya que el personal de enfermería debe estar actualizado y saber sobre el manejo de un paciente con trauma para así minimizar los daños y facilitar la recuperación del usuario.

Además fue factible realizar la vinculación entre dos instituciones que brindan atención al usuario con traumatismo craneoencefálico, teniendo una buena predisposición y colaboración del personal de enfermería para la realización del taller de capacitación.

Presupuesto de la propuesta

Descripción	**Cantidad**	**Valor Unitario**	**Valor Total**
Copias del folleto - Propuesta	3	15.00	45.00
Internet	40	0,80	32.00
Flash Memory	1	15,00	15.00
Anillado	3	1.00	3.00
CD	3	3.00	9.00
Materiales de oficina	20	20,00	40,00
Subtotal			**144.00**
Imprevistos 10 %			15,90
Total de Egresos			**159,90**

Resultados de la propuesta

Una vez concluida la etapa de capacitación se han alcanzado los siguientes como resultados de la aplicación de la propuesta:

- Apoyo por parte del personal de enfermería del área de emergencia del Alfredo Noboa Montenegro.
- Apoyo de Paramédicos de Cruz Roja Ecuatoriana.
- Personal motivado con la vinculación realizada con otra institución.
- Se dio a conocer sobre la atención y actualización del manejo de un paciente con trauma craneoencefálico por accidente de tránsito.
- Se manifestó por parte del personal de enfermería que deberían realizarse más a menudo capacitaciones sobre temas de relevancia que aporten conocimientos actualizados.

ANEXOS

Anexo N. 1 Modelo de encuesta

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta dirigida al personal de Enfermería que labora en el área de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Tema: Traumatismo Craneoencefálico por accidentes de tránsito.

La encuesta detallada a continuación tiene la finalidad de obtener información con el propósito de realizar una investigación sobre el manejo y atención de enfermería en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito.

Solicito muy comedidamente se digne a contestar con toda veracidad.

Fecha:

1. ¿Conoce usted lo que es un traumatismo craneoencefálico?
   SI ☐
   NO ☐
2. ¿Conoce usted las principales manifestaciones clínicas que puede presentar el usuario con TCE?
   SI ☐
   NO ☐
3. ¿Cree usted como personal de enfermería tiene los conocimientos y habilidades necesarias para manejar a un usuario con traumatismo craneoencefálico?
   SI ☐
   NO ☐
4. ¿Usted durante la atención a un usuario con TCE aplica acciones basadas en su criterio profesional?
   SI ☐
   NO ☐
5. ¿La atención que brinda al paciente con traumatismo craneoencefálico es integral?

SI ☐

NO ☐

6. ¿Ha recibido capacitaciones sobre TCE?

   SI ☐

   NO ☐

7. ¿Conoce cuál es su accionar durante la atención al paciente con traumatismo craneoencefálico?

   SI ☐

   NO ☐

8. ¿La valoración de enfermería es la misma en el TCE leve, moderado y grave?

   SI ☐

   NO ☐

   Explique: ¿Por qué?:……

   ……

9. ¿Conoce usted cual es el procedimiento de atención en un usuario con TCE por accidente de tránsito antes de que llegue a la unidad de salud?

   SI ☐

   NO ☐

10. Subraye lo correcto: Los signos más comunes del TCE leve son:

    4. Hiponatremia, acidosis metabólica, glaucoma.
    5. vómito, cefaléa, mareos, cambios de la conducta.
    6. Diarrea, pirosis, acromegalia, hematoma craneal.

11. Subraye: ¿Cómo realiza usted la valoración neurológica a un paciente con TCE?

    d) Mediante escala de Glasgow.
    e) A través de manifestaciones clínicas.
    f) Por valoración horaria de pupilas.
    g) Todas.
    h) Ninguna.

12. Ordene en forma numérica las siguientes intervenciones de enfermería que se realizan en relación a la ventilación pulmonar en un paciente con TCE.

    A☐inistrar oxígeno

Observa☐ vía aérea y comprobar si esta permeable o no.

☐ Saturar.

☐ Valorar la necesidad de administración de oxígeno.

13. Subraye lo correcto:

    Las actividades de enfermería que se realizan en un paciente con TCE leve son:

    4. Valoración inicial, estabilización de la vía aérea y transporte a UCI.
    5. Mantener permeable la vía aérea, Control de frecuencia y autonomia respratoria, valoración escala de Glasgow.
    6. Mantener al paciente en NPO para prevenir aspiraciones y colocar SNG a caída libre PRN.

14. Cuál de las siguentes acciones de enfermería se utiliza para disminuir la presión intracraneana en un paciente con TCE.

    1. Control de temperatura corporal.
    2. Favorece el drenaje venoso intracraneal, elevando la cabecera de la cama a unos 35 a 45 º y evitando cualquier presión del cuello.
    3. Administración de analgésicos para tratar la cefalea.

Gracias por su colaboración!!!

Anexo N. 2 Modelo de entrevista

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Entrevista dirigida al personal de Enfermería que labora en el área de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Tema: Traumatismo Craneoencefálico por accidentes de tránsito.

La entrevista detallada a continuación tiene la finalidad de obtener información con el propósito de realizar una investigación sobre el manejo y atención de enfermería en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito.

Guía de entrevista

1. ¿Conoce usted lo que es un traumatismo craneoencefálico?

2. ¿Cuál es su accionar frente a un traumatismo craneoencefálico?

3. ¿La valoración ante un paciente con traumatismo craneoencefálico grave, leve y moderado es la misma? ¿Por qué?

4. ¿Usted conoce cuál es el procedimiento de atención al paciente con traumatismo craneoencefálico antes de que llegue a la unidad de salud?

5. ¿Cómo realiza usted la valoración neurológica a un paciente con traumatismo craneoencefálico?

Gracias por su colaboración!!!

Anexo N. 3 Autorización para realizar el trabajo de investigación

Autorización para realizar el trabajo de investigación en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Guaranda, 8 de Diciembre del 2015

LCDA. JENNY NUÑEZ
COORD. ENFERMERIA

+ DR. CELSO ZARUMA
LIDER EMERGENCIA

FAVOR ATENDER

Ingeniero

Héctor Martínez De La Vega.

GERENTE DEL HANM

De mi consideración.

Por medio de la presente me dirijo a usted deseándole éxitos en las funciones que acertadamente desempeña, a la vez solicito se digne autorizar y a brindar las facilidades necesarias a las señoritas REA MANOBANDA NANCY ALEJANDRA, GARCIA GARCIA TANIA MARIA, estudiantes de la Universidad Estatal De Bolívar de la Carrera de Enfermería para que puedan recopilar información para su proyecto de titulación, MANEJO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAUMATISMOS CRANEOCEFALICOS POR ACCIDENTES DE TRANSITO EN LA SALA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR, DURANTE EL PERIODO 2015 – 2016

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, desde ya reitero mi agradecimiento.

Atentamente:

Lcda. Vanessa Mite

Directora del Proyecto de Titulación

Lic. J. Nuñez
2015.12.10

HOSPITAL "ALFREDO NOBOA M."
SECRETARIA
RECIBIDO
FECHA 08/12/2015 HORA 12:33
POR. Katherine G.

10-12-2015

Campus Universitario "Alpachaca" Av. Ernesto "Che" Guevara s/n y Av. Gabriel Secaira
Información: (593) 03 2 206 155 E-mail: Info@ueb. Edu.ec Apartado Postal: 092
Guaranda - Bolívar - Ecuador

www.ueb.edu.ec

Anexo N. 4 Autorización para realizar la capacitación

Guaranda, 27 de Enero del 2015

Licenciada.

Patricia Meléndez

PRESIDENTA DE LA CRUZ ROJA ECUATORIANA

JUNTA PROVINCIAL DE BOLIVAR

De mi consideración.

Autorizado.
27/01/2015.

Por medio de la presente me dirijo a usted deseándole éxitos en las funciones que acertadamente desempeña, a la vez solicito se nos colabore con personal de la entidad la cual usted dirige para brindar una capacitación al personal de enfermería de la sala de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la Ciudad de Guaranda sobre el tema Manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico , con razón de evidenciarse en el proyecto de Titulación que actualmente están realizando las señoritas REA MANOBANDA NANCY ALEJANDRA – GARCIA GARCIA TANIA MARIA egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, en el cual queremos dar a conocer las actividades pre hospitalarias realizadas para que posteriormente el personal de enfermería pueda dar continuidad a la atención de pacientes con traumatismo craneoencefálicos por accidentes de tránsito.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, desde ya reitero mi agradecimiento.

Atentamente:

Lcda. Vanessa Mite

Directora del Proyecto de Titulación

CRUZ ROJA ECUATORIANA
JUNTA PROVINCIAL BOLIVAR
27 ENE 2015
RECIBIDO

Anexo N. 5 Certificado avalado por docencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de haber realizado el trabajo de investigación.

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ALFREDO NOBOA

CERTIFICADO

certifico, que el trabajo de investigación titulado" Manejo de enfermería a pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de transito en la sala de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar, durante el periodo de octubre 2014-septiembre 2015." han cumplido con todos los pasos de un proceso investigativo, y sus resultados y conclusiones eran de utilidad para esta casa de salud.

Es todo cuanto se puede certificar en honor a la verdad.

Guaranda, 2 de Febrero del 2016

Dr. Mario Silva Coronel

LIDER DE DOCENCIA

Anexo N. 6 Evidencias del trabajo de investigación

Recolección de información en el área de estadística del Hospital Alfredo Noboa Montenegro





Aplicación de las encuestas al personal de enfermería del área de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.








LIMPIEZA POST
EMERGENCIA

Anexo N. 7 Evidencias del trabajo de investigación, entrevista

Entrevista al Lic. Juan A. Meléndez, enfermero del área de Emergencia del H.A.N.M.





Anexo N. 8 Evidencias de la capacitación al personal de enfermería del H.A.N.M.



Demostración práctica de manejo del paciente con TCE y posteriormente su continuidad.



Demostración práctica de manejo del paciente con TCE y posteriormente su continuidad.





Anexo N. 9 Registro de asistencia de los participantes a la capacitación

Universidad Estatal de Bolívar

Escuela de Enfermería

Asistencia de capacitación

Fecha: 29/01/2016

Nombres	Cédula	Firma
Juan Carlos Melendez	0201938180	
Leyla Pachala	0202147419	
Edward Roldán	172589245-7	
Marlon Vega	0202308904	
Dina Masabanda	020249570-1	
Elsa Remache	0200875391	
Isabel Pazos	0201045820	
Marizol Alonte	0201656600	
Anabel Chamorro	1803388527	
María Gaibor	0201655693	
Mario Olalla	0201581410	
Alicia Pervachi	0201531159	

Responsables: Srtas. Nancy Rea y Tania García, Egresadas de la U.E.B. Escuela de Enfermería.

Anexo N. 10Registro de asistencia de los capacitadores a la capacitación

Universidad Estatal de Bolívar

Escuela de Enfermería

Asistencia de los capacitadores de la Cruz Roja de Bolívar

Nombre	Cargo	Cédula	Firma
Cristhian Guamán	Coordinador del GRED	0202464392	
Juan Carlos Solano	Paramédico Voluntario	0201778710	

Responsables: Srtas. Nancy Rea y Tania García, Egresadas de la U.E.B. Escuela de Enfermería.

NOTARIA PRIMERA DEL CANTON GUARANDA

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
BIBLIOTECA GENERAL
FORMULARIO DE REGISTRO BIBLIOGRAFICO DE TESIS

Facultad: Ciencias De La Salud y El Ser Humano
Carrera: Enfermería
Tesis de Grado: ☐ Proyecto de Titulación [X]

Título:

Manejo de enfermería a pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito en la sala de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda, Provincia Bolívar, durante el periodo de octubre 2014-septiembre 2015

Autor o Autores

Rea Manobanda Nancy Alejandra, García García Tania María

Colaboradores:
Cruz Roja Ecuatoriana Junta Provincial De Bolívar
Entidad que auspicio la Tesis o el Proyecto de titulación

Financiamiento: **SI** [ ] **NO** [X]
Fecha de entrega de la tesis: 14/04/2016
Grado Académico a Obtener: Licenciadas en Enfermería

Resumen:

El presente estudio trata sobre el manejo de Enfermería a pacientes con traumatismos craneoencefálicos por accidentes de tránsito en la sala de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, en nuestro país los accidentes de tránsito, se considera la primera causa de morbi-mortalidad predominando en el sexo masculino, también ocasionan diferentes tipos de traumatismos, siendo los más frecuentes los traumatismos craneoencefálicos. Es por ello que buscamos determinar el manejo y atención de enfermería, para lo cual se trabajó con una población de 18 profesionales de enfermería y 4 internos rotativos de enfermería, se recolectó la información pertinente como aporte para la consecución de los objetivos planteados, concluido el trabajo se pudo determinar que el tipo de traumatismo que prevalece en mayor porcentaje son los traumatismos craneoencefálicos leves, se realizó la capacitación al personal de enfermería sobre el manejo a pacientes con traumatismo craneoencefálico, con la colaboración de la Cruz Roja

Ecuatoriana Junta Provincial de Bolívar.

Abstract:

Palabras Clave o Descriptores

PALABRAS CLAVES: TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO, MANEJO DE ENEFERMERIA, ACCIDENTES DE TRANSITO, VALORACION PRIMARIA, LESION MEDULAR.

Materias principales y secundarias:
Materia primaria: Enfermería Básica
Materia secundaria: Semiología, Clínico Quirúrgico

Firmas:

DIRECTOR/TUTOR	Autor 1	Autor 2
Lic. Mite Cárdenas Vanessa	García García Tania María	Rea Manobanda Nancy Alejandra

NOTARIA PRIMERA DEL CANTON GUARANDA

SE AUTORIZA LA PUBLICACIÓN DE ESTA TESIS EN EL REPOSITORIO DIGITAL DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

Autor 1
García García Tania María

Autor 2
Rea Manobanda Nancy Alejandra

Fecha, firma y sello de Biblioteca


REPUBLICA DEL ECUADOR
DIRECCION GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACION Y CEDULACION
CEDULA DE CIUDADANIA No. 020215127-0
GARCIA GARCIA TANIA MARIA
BOLIVAR/CHIMBO/ASUNCION (ASANCOTO)
15 AGOSTO 1992
001-2 0180 00082 F
BOLIVAR/ CHIMBO
ASUNCION (ASANCOTO) 1992
ECUATORIANA****** E133812222
SOLTERO
SECUNDARIA BACHILLER C.QUIM.BIO
GARCIA CARRERA NELSON GUILLERMO
GARCIA ABRIL GLADIS ARACELI
CHIMBO 13/09/2010
13/09/2022
REN 3047672
REPÚBLICA DEL ECUADOR
CONSEJO NACIONAL ELECTORAL
CNE
CERTIFICADO DE VOTACIÓN
ELECCIONES SECCIONALES 23-FEB-2014
004
004 - 0029 0202151270
NÚMERO DE CERTIFICADO CÉDULA
GARCIA GARCIA TANIA MARIA
BOLIVAR PROVINCIA
CHIMBO CANTÓN
CIRCUNSCRIPCIÓN 0
SAN JOSE DE CHIMBO PARROQUIA
0 ZONA
f.) PRESIDENTA/E DE LA JUNTA
NOTARIA PRIMERA DEL CANTON GUARANDA
REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN
CÉDULA DE CIUDADANIA No. 020231801-0
APELLIDOS Y NOMBRES
REA MANOBANDA NANCY ALEJANDRA
LUGAR DE NACIMIENTO
BOLIVAR GUARANDA GUANUJO
FECHA DE NACIMIENTO 1992-02-01
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO F
ESTADO CIVIL SOLTERA
INSTRUCCIÓN BACHILLERATO
PROFESIÓN / OCUPACIÓN ESTUDIANTE
E3333V1222
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
REA CUNALATA ANGEL ESTUARDO
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
MANOBANDA GUASHPA MARIANA
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
GUARANDA 2013-03-05
FECHA DE EXPIRACIÓN 2023-03-05
000471537
REPÚBLICA DEL ECUADOR
CONSEJO NACIONAL ELECTORAL
CNE
CERTIFICADO DE VOTACIÓN
ELECCIONES SECCIONALES 23-FEB-2014
027
027 - 0054 0202318010
NÚMERO DE CERTIFICADO CÉDULA
REA MANOBANDA NANCY ALEJANDRA
BOLIVAR PROVINCIA
GUARANDA CANTÓN
CIRCUNSCRIPCIÓN 0
GUANUJO PARROQUIA
1 ZONA
f.) PRESIDENTA/E DE LA JUNTA
NOTARIA PRIMERA DEL CANTON GUARANDA
DOY FE: Que esta copia fotostát
ES EXACTA A SU ORIGIN
que me fue exhibido.
Guaranda 13 de Abril del 20..16
Dr. Guido Pierro Barragán
NOTARIO PUBLICO 1ro. DEL CANTON GUARANDA