

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO QUE INGRESAN AL
HOSPITAL DR. EUGENIO P. D´BELLARD. GUATIRE ESTADO
MIRANDA. PRIMER SEMESTRE 2011.**

Autoras:

Vargas María
Guzmán Iris
Fuentes Yoselin

Tutor:

Lcdo. Sergio Campos

Caracas, Diciembre 2011

DEDICATORIA

A **DIOS TODOPODEROSO**, iluminar nuestros caminos, fortalecer nuestro espíritu en los momentos más difíciles de mi vida y darnos sabiduría, paciencia en este arduo camino. A él gracias.

A nuestros **PADRES**, por estar siempre a nuestro lado, llenarnos con su amor y ternura, a ellos les debemos lo que somos.

A nuestras **PAREJAS**, porque hemos compartido juntos alegrías, y por apoyarnos en todo momento.

Las Autoras

AGRADECIMIENTO

A las Autoridades del Hospital “Dr. Ricardo Baquero González”, por su apoyo durante la realización de la presente investigación.

Al **Lic. Sergio Campos**, que con sus conocimientos y su gran paciencia nos guío en nuestra tesis, que Dios lo bendiga por siempre.

Y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron con mi investigación. Gracias.

Las Autoras

INDICE GENERAL

	Pp.	
Dedicatoria	i	
Agradecimiento	ii	
Índice de Tablas	iv	
Índice de Gráficos	v	
Resumen	vi	
Introducción	1	
 CAPÍTULO I. EL PROBLEMA		
Planteamiento del Problema	3	
Objetivos del Estudio	5	
Justificación del Estudio	6	
 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO		
Antecedentes	8	
Bases Teóricas	10	
Sistema de Variable	24	
Operacionalización de la Variable	25	
 CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO		
Tipo de Estudio	26	
Población y Muestra	27	
Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	27	
Validez del Instrumento	28	
Procedimiento para la Recolección de los Datos	28	
Plan de Tabulación y Análisis de Datos	29	
 CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		30
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
Conclusiones	39	
Recomendaciones	39	

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
1	Promedio de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados Inmediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador reanimación.	31
2	Promedio de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados Inmediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador reanimación.	33
3	Promedio de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados mediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador exámenes y tratamiento.	35
4	Promedio de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados mediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador exámenes y tratamiento.	37

INDICE DE GRAFICOS

Gráficos		Página
1	Representación Gráfica de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados Inmediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador reanimación.	32
2	Representación Gráfica de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados Inmediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador reanimación.	34
3	Representación Gráfica de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados mediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador exámenes y tratamiento.	36
4	Representación Gráfica de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados mediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador exámenes y tratamiento.	38

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO QUE INGRESAN AL
HOSPITAL DR. EUGENIO P. D´BELLARD. GUATIRE ESTADO
MIRANDA. PRIMER SEMESTRE 2011**

Autoras:

Vargas María

Guzmán Iris

Fuentes Yoselin

Tutor:

Lcdo. Sergio Campos

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo general determinar los cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al Hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard en Guatire Estado Miranda. Primer semestre año 2011. El tipo de investigación es de carácter descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por los 40 profesionales de enfermería que laboran en los diferentes turnos de trabajo en la Unidad Clínica de Emergencia de Adulto. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo intencional por lo cual se seleccionaron solo 10 profesionales de enfermería que durante la recolección de los datos estaban asignados a la Unidad de Traumatismo del Servicio de Emergencia del Centro Asistencial. La recolección de los datos se efectuó a través de la observación, utilizando como instrumento una guía de observación que fue aplicada a la muestra en 5 días oportunidades a fin de verificar la práctica. Para el procesamiento estadístico se utilizó una relación absoluta y porcentual además de la representación Gráfica. Los resultados permiten concluir que existen deficiencias en cuanto a las acciones realizadas por los profesionales de enfermería referida a los cuidados inmediatos al paciente con traumatismo craneoencefálico, pues en promedio el 70% de las observaciones demostraron que no se realizan dichos cuidados de acuerdo a lo establecido por Ruiz, M (2002). En cuanto a los cuidados mediatos un promedio de 50% de las observaciones demostraron que si se realizan quedando un 50% que no lo hace, lo cual permite concluir que existen fallas en este sentido. Por lo que se recomienda entre otras cosas, diseñar y poner en práctica programas de educación continua en servicio dirigidos a los profesionales de enfermería, sobre los cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico.

Descriptor: cuidados de enfermería, pacientes con traumatismo craneoencefálico

INTRODUCCIÓN

La semiología y el monitoreo del sistema neurológico en los pacientes críticamente enfermos permite establecer pautas para iniciar diferentes métodos terapéuticos a los pacientes con traumatismo craneoencefálico severo.

En efecto, la recolección de datos sobre los signos y síntomas del paciente, permite apreciar con mayor objetividad y criterio científico el método terapéutico más adecuado para tratar al paciente y por ende las acciones de enfermería acordes con el tratamiento al que debe ser sometido el enfermo. En el proceso de enfermería se debe considerar desde un principio la valoración de un paciente, la que usualmente se realiza a través del examen físico.

Este debe considerar la totalidad del sistema, sin embargo, debe darse prioridad a la parte o secuencia del mismo que presenta cuadro patológico y que amerita la intervención específica para valorar en detalle y así llegar a un diagnóstico preciso y seguro, al pretender valorar a cualquier usuario que ingresa a la unidad de emergencia con traumatismo craneoencefálico severo, el profesional de enfermería debe tener la habilidad y destreza necesaria para brindar una atención oportuna, capaz de garantizar a este tipo de paciente el menor trauma posible y de esta forma asegurarle una recuperación más rápida y con el menor número de secuelas posibles.

En tal sentido el profesional de enfermería al valorar el sistema neurológico debe guiar su actuación o atención en función de múltiples factores que dependen en gran parte del

estado de conciencia en que se encuentre el paciente en el momento de su ingreso a la unidad clínica de emergencia, de los antecedentes del mismo, de su motricidad, sensibilidad, coordinación, lenguaje y la valoración de los pares craneales; todo esto con la finalidad de implementar un plan de acción capaz de satisfacer las necesidades interferidas y de esta forma brindar una atención digna y con alto grado de calidad.

Este estudio tiene como objetivo determinar los cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard en Guatire Estado Miranda.

Esta investigación consta de cinco capítulos. El primer capítulo se refiere al planteamiento del problema, objetivo general, objetivos específicos y justificación del estudio. El segundo capítulo se expone las bases teóricas del estudio, así como la operacionalización de las variables. El tercer capítulo muestra el marco metodológico que incluye tipo y diseño de investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validación, confiabilidad y técnicas de análisis de datos. El cuarto capítulo indica la presentación u análisis de resultados. El quinto capítulo incluye las conclusiones y recomendaciones. Por último se señalan las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El ingreso de pacientes a las unidades de emergencia con Traumatismo Craneoencefálico (TCE) severo son cada vez más comunes, bien sea por los hábitos de vida que conllevan a patologías isquémicas o hemorrágicas luego de sufrir un traumatismo craneal, o por otras causas que van desde los factores sociales, los accidentes de tránsito y de otros tipos, hasta por accidentes, por arma de fuego o armas blancas.

Estadísticamente hablando, este tipo de patología se ubica dentro de las 10 primeras causa de consulta y atención en las unidades clínicas de emergencia de los hospitales cuyas unidades registran un desarrollo importante de índices demográficos. El Estado Miranda no escapa a esta realidad, en tal sentido, esta patología quizás no despierte la atención que merece dentro del equipo de salud multidisciplinario que tiene inherencia en todos y cada uno de los casos que presentan estas características comunes bien sea por aparente desconocimiento en la forma y tipo de atención que debe aplicarse, o quizás por la carencia de recursos, materiales y humanos capaces de garantizar dicha atención, o simplemente porque la atención que se brinda carece de unas normas de protocolo del desempeño, oportunamente a seguir y de esta forma disminuir en gran medida la morbi-mortalidad, relacionada al número de casos ingresados a la unidad de emergencia con traumatismo craneoencefálico severo, así como las subsecuentes secuelas potencialmente reducibles, de igual modo si dependieran éstas

del grado de atención brindada por el equipo de salud ofertante del servicio.

En tal sentido, el profesional de enfermería como miembro de este equipo de salud que protagoniza sus acciones dentro de las unidades de emergencia, tiene la gran responsabilidad de garantizar una atención oportuna, eficiente y de calidad, de tal forma que pueda desempeñar sus acciones dentro de un marco de competencia acorde a su nivel técnico, científico, ético, humanitario y de responsabilidad profesional. Sin embargo, esta realidad aun es objeto de discrepancias, discusiones y retos dentro de las cuales la preparación cada día mayor del profesional de enfermería, esta sentando las bases para que sus funciones y actividades sean capaces de brindar una atención digna, basada en la satisfacción de las necesidades reales y potenciales y así mejorar en gran medida sus cuidados y por ende los resultados de estos.

A pesar de ello las investigadoras han podido observar que dentro de la unidad de emergencia del Hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard la atención brindada a los pacientes con traumatismos craneoencefálico severo, es quizás objeto del análisis, dado que el profesional de enfermería adolece de una guía, norma o protocolo de atención e dichos pacientes, el número de estas con complicaciones futuras, o con una estadía mayor a la esperada en su hospitalización, o la permanencia de secuelas factiblemente evitables es cada vez mayor.

Es obvio que la carencia de una referencia de atención de enfermería para este tipo de pacientes, resulte en una actuación

aparentemente basada en técnicas, habilidades, destrezas y no así en sólidos conocimientos científicos del hecho lo cual se refleja en una atención quizás no ajustadas a las necesidades reales del paciente.

Tal situación nos conduce a plantearnos las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los cuidados inmediatos que realiza el profesional de enfermería en la atención de un paciente craneoencefálico severo? ¿Cuáles son los cuidados mediatos que realiza el profesional de enfermería en la atención de un paciente craneoencefálico severo?

Por consiguiente, esta investigación dará respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuales son los cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al Hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard en Guatire Estado Miranda. Primer semestre año 2011?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar los cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al Hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard en Guatire Estado Miranda. Primer semestre año 2011

Objetivos Específicos

- Identificar los cuidados inmediatos que realiza el profesional de enfermería en la atención de un paciente craneoencefálico severo
- Describir los cuidados mediatos que realiza el profesional de enfermería en la atención de un paciente craneoencefálico severo

Justificación

No hay duda, que el manejo óptimo de las necesidades de un paciente con traumatismo craneoencefálico severo va a influir directamente sobre la evolución satisfactoria de dicho proceso mórbido. De esta forma se aumenta enormemente la tasa de recuperación y disminuye considerablemente la estadía hospitalaria.

Sin embargo, la aplicación de esquemas de cuidados no debe limitarse al recinto hospitalario, mejor aún sería el restablecimiento total de todas las funciones de un individuo si se insiste en el cuidado tanto intra como extra hospitalario. De allí la importancia, de la implementación de esquemas y protocolos de cuidados para pacientes con este tipo de trauma el cual va a guiar la actuación del profesional de enfermería trayendo como consecuencia la optimización de la atención. En tal sentido las autoras de esta investigación creen necesario la realización de este estudio de campo dado que en primer lugar existe un alto índice de pacientes que acuden a la unidad de

emergencia de este centro con traumatismo craneoencefálico severo y el profesional de enfermería que labora en dicha unidad quizás no discrimina o jerarquiza el nivel de atención que requieren este tipo de pacientes lo cual se traduce en una prestación del servicio generalizada y no especializada como debería de serlo.

En cuanto a la importancia o justificación institucional, los autores creen necesario que los resultados de este estudio podría servir de diagnostico para que en el futuro se ponga en práctica de un modelo o protocolo de atención a este tipo de pacientes, en particular en una educación continua para el profesional de enfermería que labora en esta área por parte del equipo multidisciplinario se traducirá en la optimización de atención y en la disminución de los índices de morbi – mortalidad y/o días de hospitalización hoy presentes en el Hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard en Guatire Estado Miranda

Desde el punto de vista de la práctica de enfermería la investigación dará pautas para una práctica de enfermería oportuna, segura y libre de riesgo.

Asimismo, este estudio podrá servir de base a futuros investigadores que deseen profundizar acerca del tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

González, A. (2007) realizó la investigación: “Protocolo de tratamiento clínico intensivo del traumatismo craneoencefálico severo” en el Hospital General “Calixto García” de la Habana Cuba.

El objetivo planteado fue la realización de un protocolo de trabajo para el tratamiento clínico intensivo del paciente con traumatismo severo de cráneo.

Como resultado se obtuvo que se aprobó esta normativa de trabajo en el hospital, donde se recomienda que el manejo del paciente traumatizado de cráneo con lesión severa debe comenzar desde el Cuerpo de Guardia, y las medidas a seguir en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Medina, P; Peñalosa, J; Valdivieso, R. Y Ramírez, C. (2007) realizaron un estudio revisando 429 historias clínicas de los ingresados en diciembre 1996 y diciembre 2000 en el Hospital “Dr. Luis Razetti” de Barinas, en el cual se tomó una muestra de 207 casos para conocer la distribución del traumatismo craneoencefálico de acuerdo a la gravedad, calificando como traumatismo craneoencefálico menor el grado I inicial y grado II leve, asimismo se determinó como traumatismo mayor el grado II moderado y grado IV grave.

Según los autores, los resultados del estudio indican:

El traumatismo menor es el más frecuente con el 63% de los casos contra un 37% de traumatismo mayor. La complicación más frecuente del traumatismo menor son las heridas del cuero cabelludo 46%, mientras en el traumatismo mayor son las fracturas de cráneo 42%, siendo estas las más graves pues pueden llevar a la muerte en un 3% de los casos. (p.2).

De acuerdo a estos resultados es preciso señalar que a pesar de que los traumatismos mayores tienen una incidencia inferior que los menores, se observó un alto porcentaje de las fracturas de cráneo las cuales representan un riesgo de muerte para el paciente.

Lacerda, A; Abreu, D. Y Rodríguez, L. (2007) realizaron la investigación "Tratamiento Quirúrgico del Traumatismo Craneoencefálico Severo", en el Departamento de Neurocirugía del Hospital General de Morón, La Habana Cuba.

Se realizó un estudio observacional descriptivo de 24 pacientes intervenidos quirúrgicamente en este servicio, en el período comprendido entre Enero 2001 y Diciembre 2003 que mostraban hipertensión endocraneana por un TCE y a los que se les aplicaron técnicas de descompresión craneal como elección quirúrgica.

Los resultados indicaron que de los 24 pacientes observados 18 (75%) presentaban un TCE severo desde su llegada al hospital, los 6 restantes (25%), ingresaron con un puntaje de Glasgow superior a 8, pero presentaron degradación de su estado neurológico en su evolución, lo que motivo al

tratamiento quirúrgico. El 81,63% pertenecía al sexo masculino, con una edad promedio de 41,52 años.

Se concluyo que se necesitan de estudios randomizados aleatorios sobre el uso de la craniectomía descompresiva en el traumatismo craneoencefálico, que permita obtener un nivel de evidencia suficiente para determinar el momento ideal para la realización de este proceder quirúrgico.

Sacramento, A. (2007) en su investigación titulada: "Nivel de conocimiento de los enfermeros (as) de atención directa en el cuidado del paciente politraumatizado a su ingreso al servicio de emergencia y la actitud hacia estos", cuyo objetivo fue determinar relación existente entre el nivel de conocimiento de los enfermeros de atención directa sobre el cuidado del paciente politraumatizado grave a su ingreso al servicio de emergencia.

La población del estudio la conformaron 80 enfermeros (as) de atención directa en el que se les aplicó un instrumento tipo encuesta estructurado en dos partes: la primera con 23 interrogantes que permitieron medir el nivel de conocimiento y la segunda con 15 interrogantes en escala tipo lickert para determinar la otra variable a medir. Dichos instrumentos tuvieron una confiabilidad de 0.68 de coeficiente de Kuder-Richarson para el primero y 0.79 de alpha crombach para el segundo.

Los resultados confirmaron que las enfermeras (os) están dispuestos a realizar un conjunto de acciones y asumir responsabilidades en el cuidado del paciente politraumatizado grave a su ingreso al servicio de emergencias a pesar de que las

tendencias en las respuestas en el nivel de conocimiento estaban limitado en los aprendizajes adquiridos por el elemento muestral en su etapa de preparación académica, recomendando que se debe fomentar el desarrollo de diseños educativos con programas en el área de emergencias.

El antecedente anterior se relaciona con la presente investigación ya que determinó las limitaciones de información que tiene el personal de enfermería en el manejo del paciente politraumatizado lo que hace evidente la necesidad de contar con un personal entrenado y capacitado para atender las diversas situaciones de emergencia, en especial a los Pacientes politraumatizados.

Montbrun, E., Pereira, R., Sanoja, S. y Carrasquel, A.(2007), realizaron un trabajo titulado “Calidad de atención en Trauma en Venezuela. Existe un sistema de atención eficiente”, cuyo objetivo principal fue identificar el estado actual de la calidad de la atención del paciente politraumatizado en el área Metropolitana de Caracas.

La población utilizada para esta investigación fueron los pacientes que acudieron a las emergencias de siete hospitales del área metropolitana de Caracas durante el período que comprende entre 2006 a 2007.

La recolección de la información se llevó a cabo a través de la valoración de los componentes administrativos y sociales y de los componentes operacionales y clínicos por medio de cuestionarios, informes y entrevistas.

Los resultados arrojaron que el 90% de los hospitales estudiados, no encontraron protocolos ni manuales de procedimientos para el manejo de pacientes traumatizados. Asimismo los criterios de manejo son diferentes en cada institución. No hay sistema de aseguramiento de calidad. En cuanto a los recursos humanos no existe categorización de los diferentes recursos dentro del sistema. No existen programas de certificación y acreditación con funciones y responsabilidades definidas. Por lo que dentro de las recomendaciones se contempló que el manejo del paciente traumatizado solo es posible a través del diseño, implementación y verificación de un sistema de atención organizado.

El anterior antecedente a pesar de que no fue realizado en el campo de la enfermería se relaciona con la presente investigación ya que hace hincapié en implementar la atención al paciente traumatizado en forma planificada, garantizando el desarrollo y monitoreo de protocolos de atención según el Programa de acreditación para el manejo del Paciente politraumatizado (ATLS).

Bases Teóricas

Traumatismo Craneoencefálico

Los traumatismos de cráneo representan agresiones que pueden causar lesiones del parénquima cerebral. El Diccionario de Medicina Mosby (2008) lo define como “lesión física producida por una acción violenta o por la introducción en el organismo de

una sustancia tóxica” (p. 1243). De acuerdo a esta acotación es posible afirmar que la severidad del traumatismo está relacionada a la gravedad de las lesiones producidas en el organismo.

Por su parte Correa, C. (2002) señala “Se define como traumatismo craneoencefálico a la lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía mecánica” (p. 2). Esta definición incluye causas externas que pudiesen resultar en conmoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro o del tronco del encéfalo hasta el nivel de la primera vértebra cervical.

Síntomas y signos del Traumatismo Craneoencefálico

El traumatismo craneoencefálico involucra un trauma del encéfalo, producto de una fuerza externa el cual puede causar disminución o cambio del estado de conciencia en el individuo afectado. Los traumas craneoencefálicos pueden conducir a trastornos cognitivos o físicos y a ciertas alteraciones emocionales o psicológicas.

El mecanismo de la lesión, el área lesionada y los síntomas y signos específicos, incluyendo el efecto del nivel de conciencia del paciente, son fundamentales para el tratamiento.

Según Luckmann (2002):

Los traumatismos craneoencefálicos menores sin pérdida de conciencia ni signos neurológicos anormales pueden asociarse a vómitos, palidez,

irritabilidad o Letargia. No obstante, la persistencia de estos síntomas durante >6 h o su agravamiento pueden indicar una lesión más grave, que obliga a realizar, lo antes posible, una evaluación más detallada del paciente. (p. 32).

Muchos pacientes con conmoción no presentan signos neurológicos, pero sufren amnesia tanto del propio accidente como de los momentos que lo precedieron (amnesia anterógrada).

Las fracturas de cráneo pueden asociarse o no a signos neurológicos o de otro tipo. La palpación del cráneo puede revelar depresión o tumefacción generalizada que ya había sido observada por los pacientes. La contusión subyacente a la fractura puede dar lugar a convulsiones (focales), sobre todo en caso de hundimiento de los huesos del cráneo.

En los pacientes con contusiones, los signos y síntomas neurológicos dependen de la localización *exacta* de la lesión. Puede haber trastornos de la fuerza y de las sensaciones, alteración del sensorio y un aumento asociado de la presión intracraneal, sobre todo cuando el área afectada es grande.

La lesión axonal difusa produce un edema cerebral difuso y el paciente muestra una depresión general del estado de conciencia. Suele provocar secuelas a largo plazo. El aumento de la presión intracraneal debido al edema puede dar lugar a bradicardia, hipertensión y trastornos respiratorios y hemodinámicos.

En los hematomas epidurales, definidos por Alonso, J (2003) como “Colección de sangre entre la duramadre y el hueso, normalmente a consecuencia de un desgarro de la arteria meníngea media, tras un traumatismo que fractura el hueso temporal” (p. 34), los síntomas neurológicos asociados suelen ser secundarios a la compresión del encéfalo, más que a la lesión directa del mismo.

En los hematomas subdurales, citados por el mismo autor como “Hematoma localizado entre la duramadre y la aracnoides cuya causa más frecuente en la traumática por sangrado venoso” (P. 36), suelen existir hiperemia y edemas cerebrales, con alteración del estado de conciencia y signos de aumento de la presión intracraneal. Los déficits focales son comunes y pueden ser permanentes. Hay una elevada incidencia de convulsiones secundarias a la contusión. Aunque casi todos los hematomas subdurales se desarrollan de forma aguda, la acumulación de sangre en el espacio subdural, a partir de los pequeños desgarros de las venas corticales frontales y parietales en su trayecto hacia el seno sagital, puede ser lenta. Estos hematomas subdurales crónicos también provocan síntomas de hipertensión intracraneal.

Las hemorragias intraventriculares, intraparenquimatosas y subaracnoideas suelen asociarse a depresión marcada del estado de conciencia, secundaria a la lesión neuronal y al aumento de la presión intracraneal. Las convulsiones son frecuentes, al igual que los movimientos anormales.

Tipos de Traumatismo Craneoencefálico

De acuerdo a la profundidad y severidad de la lesión, se han establecido diversos tipos de traumatismos craneoencefálicos. Netter, F. (2009) los clasifica de la siguiente manera:

Traumatismos de cuero cabelludo: En este tipo de traumatismo el menos grave es la abrasión/contusión simple, que suele responder a medidas locales. Un golpe fuerte producir hemorragia en el espacio subgalear o en el subperiostico con formación de un cefalohematoma...

Fracturas Craneales: que se dividen en fracturas por hundimiento cerradas o compuestas, fracturas basilares, las cuales suelen afectar a posición petrosa del temporal, y traumatismos del occipital que originan a veces fracturas que se extienden hacia abajo por este hueso y transversalmente a través de la pirámide petrosa... Lesiones traumáticas intracraneales las cuales se clasifican en conmoción que origina pérdida de conciencia durante un corto periodo de tiempo y cierto grado de amnesia retrógrada (antes del accidente) o anterógrada (amnesia post-traumática), los hematomas epidurales y los hematomas subdurales... (p. 94).

De acuerdo a esta clasificación los traumatismos craneoencefálicos se distinguen por sintomatología presentada en cada uno de ellos, la cual demuestra su severidad y el riesgo que representa para el paciente.

En la Emergencia del Hospital Central Dr. Eugenio P. D´Bellard de Guatire Estado Miranda se utiliza la escala de Glasgow:

Escala coma Glasgow					
Apertura de Ojos		Respuesta Motora		Respuesta Verbal	
Puntuación: Ojos abierto		Puntuación: Mejor respuesta		Puntuación: Mejor respuesta	
4	Espontáneamente	6	Cumple órdenes	5	Orientado
3	A la voz	5	Localiza el dolor	4	Confuso
2	Al dolor	4	Solo retira	3	Palabras inapropiadas
1	No responde	3	Flexión anormal	2	Sonidos incomprensibles
		2	Extensión anormal	1	No responde
		1	No responde		
Considera siempre la mejor respuesta. Puntuaciones inferiores a o precisan Intubación endotraqueal.				TCE grave < o = 8 TCE moderado 9 – 13 TCE leve 14 – 15	

Fuente: González, A. (2007)

Traumatismo Craneoencefálico Severo

El Traumatismo Craneoencefálico severo, se ha convertido en la Unidades de Terapia Intensiva en el paradigma de la patología Neurológica Aguda, sufriendo en los últimos 25 años, cambios y avances en el manejo de esta entidad patológica.

González, A. (2007) considera que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico severo todo paciente que presente los siguientes elementos clínicos y/o radiológicos:

1. Escala coma de Glasgow de 8 puntos o menos.
2. Deterioro del nivel de conciencia en presencia de una de las siguientes condiciones: Anisocoria, Defecto motor focal de origen neurológico, Bradicardia e hipertensión arterial, cefalea severa progresiva en pacientes con fractura de cráneo conocida, rigidez nuchal o

vómitos progresivos. 3. Convulsiones post-traumáticas con recuperación demorada o status epiléptico. 4. Trauma penetrante de cráneo con Escala de coma de Glasgow menor de 13 puntos. 5. Pacientes con los siguientes hallazgos en la Tomografía Axial Computarizada (TAC): Cisternas comprimidas o ausentes, Derivación de la línea media > 5mm., y Lesión de masa hiperdensa o mixta con volumen estimado > 25 ml., o que desplaza línea media > 5 mm.

Según estas especificaciones el traumatismo craneoencefálico severo amerita la intervención rápida y oportuna de equipo de salud incluyendo al profesional de enfermería con la finalidad de efectuar la reanimación oportuna del paciente.

Reanimación del paciente con Traumatismo Craneoencefálico

Los pacientes con trauma craneoencefálico severo deben ser reanimados, en los primeros minutos si es posible, mediante una serie de estrategias. Según Vega, M. (2002) estas estrategias incluyen "intubación endotraqueal, sedación, hiperventilación, y con frecuencia también relajación muscular y administración de diuréticos osmóticos" (p. 2). Con esto es posible prevenir algunas de las lesiones secundarias y el aumento de la presión intracraneana.

Al mismo tiempo, el paciente debe ser sometido a una exploración física rápida para determinar la extensión del daño neurológico, descartar hipoxia, hipotensión y lesión traumática de otros órganos y sistemas. Sin embargo, es necesario tener

presente que la sedación y relajación muscular tienen como desventaja que alteran los hallazgos clínicos.

En todos los casos deben ser utilizados otros procedimientos diagnósticos como radiografía cervical, torácica y de pelvis. De igual manera, practicar lavado peritoneal en los casos con sospecha de trauma abdominal cerrado. El paciente también debe contar con un hematocrito en el momento del ingreso, el cual permite determinar el contenido de oxígeno en la sangre, y, por tanto, el aporte del mismo a los tejidos. Cuando el hematocrito está por debajo de 30% ocurre vasodilatación y, por tanto, aumenta la presión intracraneana.

Una vez el paciente ha sido evaluado y estabilizado, ya se puede proceder con la solicitud del TAC cerebral, con el fin de precisar la naturaleza, extensión y severidad de las lesiones, al tiempo que son identificadas las colecciones susceptibles de recibir tratamiento quirúrgico.

Manejo Hospitalario del Traumatismo Craneoencefálico Severo

Secuencialmente, una vez llega el paciente al Servicio de Emergencia, se debe seguir con un orden de manejo específico. Ruíz, M. (2002) señala “el orden de manejo específico incluye estabilizar, examen neurológico, radiografía, detectar trauma neurológico, TAC cerebral, paso a UCI o cirugía, monitoria de presión intracraneana”.(p.78)

- a. **Estabilizar.** Para disminuir la morbilidad y secuela del TCE, en esta fase se debe mantener una $Pao_2 > 80$ mmHg, una PA media > 90 mmHg, evitar hipercapnia, evitar posición horizontal o en Trendelemburg prolongada, y evitar pujo, tos o excitación psicomotora.

- b. **Examen Neurológico.** Una vez estabilizado el paciente desde el punto de vista hemodinámico – respiratorio, se realiza un rápido pero importante examen neurológico, en el cual se determina: estado de conciencia, tamaño pupilar y respuesta a la luz, respuesta motora (espontánea o en su defecto al dolor), reflejos, respiración (presencia y tipo), información asociada (huellas de trauma y/o deformidad craneana o espinal, signo de Mapache (hematoma periorbitario), signo de Battle (hematoma mastoideo), fístula de líquido ceforraquídeo por fosas nasales, conducto auditivo externo o fracturas de cráneo abiertas, Otorragia, herida en cuero cabelludo, líneas de fractura, exposición de masa encefálica.

Se deben excluir lesiones traumáticas asociadas, ya sea del sistema nervioso o extraneurológicas.

- c. **Radiografía (Rx) columna cervical.** En el primer caso, se debe realizar un estudio radiológico de la columna cervical (lateral y AP). La proyección transoral necesaria para visualizar la región occipito C1 – C2 no es posible realizarla en el paciente inconsciente, pues se requiere que voluntariamente mantenga abierta la boca.

El 80% o más de las lesiones traumáticas de la columna cervical son detectables en la Rx lateral. Se debe tener un estudio radiológico espinal completo. Se debe recordar que el principal síntoma de trauma espinal, es el dolor que no está presente en el paciente con TCE severo. Asimismo, el examen neurológico es muy limitado en este grupo de pacientes. El 50% de pacientes con trauma espinal tiene una lesión extraneurológica traumática asociada.

Si se detecta un trauma espinal, se debe determinar el nivel de la lesión, si el compromiso es solamente estructural (columna vertebral y tejidos de soporte) o hay además compromiso neurológico (médula y/o raíces espinales) y si la lesión es estable o inestable para definir el plan de manejo inmediato y a corto plazo.

- d. **Detectar trauma extraneurológico.** En cuanto a lesiones traumáticas extraneurológicas, estas deben ser detectadas y tratadas por el especialista respectivo; (cirugía general, torácica, ortopedia, urología).

- e. **TAC cerebral.** Acto seguido se debe realizar una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo simple, con ventana tanto de tejido blando como de hueso. La primera permite evaluar los tejidos blandos extracraneanos y el sistema nervioso intracraneano. La segunda define la presencia y características de las lesiones óseas de la calvaria, base del cráneo y senos paranasales. En caso de haberse detectado o sospechar una lesión traumática alta de columna cervical (C1 – C2), la TAC de cráneo se

puede complementar con cortes inferiores a la base del cráneo, es decir a nivel de columna cervical superior (C1-2-3). La resonancia magnética cerebral no tiene indicación en la evaluación y manejo inicial del TCE severo.

La TAC cerebral ayuda a determinar si existe una lesión traumática que requiera tratamiento quirúrgico. Esta información, junto con la valoración clínica, permite definir si el paciente es llevado a cirugía inmediatamente y luego trasladado a Unidad de Cuidados Intensivos para continuar su manejo médico. Si la TAC no demuestra y clínicamente no existe una lesión susceptible de tratamiento quirúrgico, el paciente pasa a Unidad de Cuidados Intensivos.

- f. **Paso a UCI o cirugía.** las lesiones que pueden requerir tratamiento quirúrgico son: fractura abierta deprimida (con o sin salida del LCR y/o tejido cerebral), fractura cerrada deprimida de más de 5 mm., hematoma subdural agudo, hematoma epidural, contusión de polo frontal o temporal, hematoma intracerebral, hidrocefalia (rara en TCE severo), heridas penetrantes (arma de fuego o corto punzante).

Pronóstico de TCE Severo

Un elevado porcentaje de afectados de TCE grave no llegará nunca a recuperarse en un grado que le permita tener autonomía pero, en algunos casos, puede llegar a conseguirse una situación suficientemente satisfactoria. Llopis, J. (2002) señala "Se estima que alrededor del 80% al 89% de pacientes con una TCEG cerrado y una puntuación de 3 en la GCS, morirán. El traumatismo craneal grave conlleva empeoramiento

del pronóstico en cualquier grupo de edad y especialmente en el anciano” (p. 3).

La flaccidez al ingreso conlleva la mortalidad más alta, cercada al 100% y la combinación de flaccidez y edad superior a los 60 años es asimismo extremadamente letal.

Algunos indicadores como la puntuación en la Escala de Coma de Glasgow (GCS), la edad y la reactividad pupilar deberían emplearse siempre que se realicen predicciones en el TCEG, ya que han demostrado en múltiples estudios que son indicadores pronósticos consistentes. Otras, como información de la tomografía computarizada (TC) craneal y los reflejos tronco-encefálicos probablemente sean también de utilidad. Los niveles de presión intracraneal (PIC), las mediciones del flujo sanguíneo cerebral (FSC) con diversas técnicas y los potenciales evocados (PEs) pueden servir para añadir seguridad a las predicciones.

Medidas Preventivas del TCE Severo

Las medidas preventivas, lógicamente, dependen de las causas. Las campañas de alerta a la población sobre los accidentes de tráfico están muy extendidas, la población es consciente del riesgo del alcohol en la conducción, etc., pero no siempre se consigue el objetivo y el grado de siniestralidad es muy alto todavía.

Un problema importante es el desconocimiento que existe con lo que ocurre con los heridos que antes morían en la

carretera y ahora, gracias a los avances tecnológicos aplicados a la medicina, sobreviven. Se hace necesario prevenir a la sociedad sobre las consecuencias de sobrevivir a una lesión cerebral. Se tiene la sensación que después del coma el afectado regresa a su vida anterior al accidente con total normalidad. La realidad es que aunque la persona afectada ponga todo de su parte, se hace necesaria la colaboración de especialistas expertos en el tratamiento de la lesión cerebral.

Cuidados de Enfermería a pacientes con Traumatismo Craneoencefálico Severo

La atención de enfermería está destinada a satisfacer las necesidades físicas, biológicas, psicológicas y sociales de los pacientes para promover y garantizar su bienestar integral. Al respecto, Leininger, M. (1990) señala: “Los cuidados de enfermería se refieren a aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación al individuo o grupo con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana” (p. 65).

La prestación de cuidados se refiere a las actitudes, procesos o decisiones directas o indirectas calificadas o sustentadoras destinadas a ayudar a las personas de la manera que reflejen atributos conductuales que son empáticos, de apoyo comprensivo, protectores, de socorro, educativos, dependientes

de las necesidades, problemas, valores y objetivos del individuo o del grupo que es ayudado.

El protocolo de atención de enfermería en pacientes con TCE severo estipulado en el Área de Emergencia de Adultos incluye las siguientes acciones inmediatas y mediatas que se deben realizar y que Ruíz, M. (2002) menciona en el siguiente orden:

Cuidados Inmediatos

- Cateterización de vía periférica.
- Mantenimiento de vía aérea permeable.
- Monitorización de signos vitales.
- Aplicación de escala de Glasgow.
- Medición de diámetro pupilar.
- Estabilización de columna cervical.
- Administración de oxigenoterapia

Cuidados mediatos

- Administración de líquidos según órdenes médicas.
- Administración de medicamentos según orden médica.
- Canalización de estudios radiológicos y TAC cerebral con ventana ósea.
- Canalización de exámenes de laboratorio.
- Administración de higiene y confort.
- Cura de herida o lesiones.
- Medición y registro de líquidos ingeridos y eliminados.

Sistema de Variables

Variable: Cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico

Definición Conceptual

Leininger, M. (1990) señala: “Los cuidados de enfermería se refieren a aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación al individuo o grupo con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana” (p. 65).

Definición Operacional

Se entenderá como los cuidados inmediatos y mediatos que ponen en práctica los profesionales de enfermería en la atención del paciente con traumatismo craneoencefálico que ingresan a la emergencia del Hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico

Definición Operacional Se entenderá como los cuidados inmediatos y mediatos que ponen en práctica los profesionales de enfermería en la atención del paciente con traumatismo craneoencefálico que ingresan a la emergencia del Hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard.

Dimensión	Indicadores	Sub-indicadores	Ítems
Cuidados Inmediatos: se entenderá como los cuidados iniciales de reanimación que se ponen en practica al momento de ingreso de paciente con diagnostico de traumatismo craneoencefalico.	Reanimación.	- Cateterización de vía periférica.	1
		- Mantenimiento de vía aérea permeable.	2
		- Monitorización de signos vitales.	3
		- Aplicación de escala de Glasgow.	4
		- Medición de diámetro pupilar.	5
		- Estabilización de columna cervical.	6
		- Administración de oxigenoterapia	7
Cuidados Mediatos: se entenderá como los cuidados que se ponen en practica por parte del profesionales de enfermería una vez estabilizado el paciente con diagnostico de traumatismo craneoencefalico	Exámenes y Tratamiento	- Administración de líquidos según indicaciones médicas.	8
		- Administración de medicamentos según indicaciones médica.	9
		- Canalización de estudios radiológicos	10
		- Canalización de exámenes de laboratorio.	11
		- Administración de higiene y confort.	12
		- Cura de herida o lesiones.	13
		- Medición y registro de líquidos ingeridos y eliminados.	14

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

La presente investigación según el análisis y el alcance de los resultados es de carácter descriptivo; Canales, F; Pineda, E; Alvarado, E (1998) refieren:

Los estudios descriptivos son la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar “como es” o “como esta” la citación de las variables que deberán estudiarse en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (Prevalencia o incidencia) y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno. (p. 81)

En este sentido se registraron los cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al Hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard en Guatire Estado Miranda. Primer semestre año 2010.

Cabe señalar que en cuanto al período y secuencia del estudio, este se considera transversal, pues registra la información en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Sampieri, R; Collado, C; Baptista, P (1998) señala: “Los estudios transversales son aquellos que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p. 186) La información se registró en cada turno de trabajo.

Población – Muestra

La población de un estudio es definida por Tamayo (1999) como “Grupo de entidades, personas o elementos cuya situación se está investigando o totalidad del fenómeno a estudiar”. (p.165). Así pues, la población estuvo conformada por los 40 profesionales de enfermería que laboran en los diferentes turnos de trabajo en dicha Unidad Clínica.

En relación a la muestra Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P (2002) señalan que “la muestra suele ser definida como un subgrupo de la población”. (p.210)

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo intencional por lo cual se seleccionaron solo 10 profesionales de enfermería que durante la recolección de los datos estaban asignados a la Unidad de Traumashock del Servicio de Emergencia del Centro Asistencial.

Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

De acuerdo a la problemática planteada se utilizó como método de recolección de datos la observación.

El método la observación es explicado por Ferrer, C (1997) como: “Es el procedimiento científico a través del cual se vigila la naturaleza, al hombre, a la sociedad, etc., tal como se nos presentan en orden de conocerlos mejor”. (p. 104)

Para este método se utilizó como instrumento de recolección de datos una guía de Observación. Se diseñó una guía de observación

con el propósito de medir la variable considerada en el estudio. La guía de observación fue elaborada con ítems dicotómicos (SI/NO) de acuerdo a los Sub.Indicadores establecidos en la operacionalización de la variable. Para la aplicación del mismo se realizaron observaciones a los elementos muestrales en 5 oportunidades cada uno.

Validez del instrumento

Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P (2002) explican la validez como aquella que “se refiere al grado en que un instrumento realmente mide lo que pretende medir” (p. 243). Con respecto a la validez se obtuvo a través de “Juicio de Expertos” presentado el instrumento a expertos, tanto en el área de Metodología, Estadística y Enfermería.

Procedimiento para la Recolección de los Datos

Para la obtención de datos se realizaron las siguientes actividades:

- Elaboración de la guía de observación, de acuerdo a los objetivos planteados.
- Envío de correspondencia al asesor para su evaluación.
- Validación del instrumento por especialistas en el área.
- Correspondencia a la Dirección del Hospital y al Jefe de Servicio del área de estudio.
- Aplicación del instrumento.

Plan de Tabulación y Análisis

En concordancia con los objetivos planteados y según el tipo de estudio diseñado los datos obtenidos se manejaron a nivel descriptivo. Se utilizaron estadísticos descriptivos tales como frecuencias absolutas y porcentajes, para presentar los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento.

Los ítemes que miden la variable cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico, se agruparon según el indicador de tal modo que resultan los cuadros que presenten los resultados obtenidos, calificando las observaciones como si o no, para lo cual se hizo un promedio de observaciones por cada uno de los elementos observados.

Cada cuadro está acompañado de una breve descripción y análisis que se apoya en las bases teóricas del estudio. Además, se ha realizado un gráfico de barras para facilitar la rápida visualización de los datos.

CAPÍTULO IV

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en la investigación, se interpretan y se analizan los resultados siguiendo los procedimientos adecuados para este estudio.

A continuación se presentan los resultados, obtenidos a través de la aplicación del instrumento guía de observación a las enfermeras con los elementos que contiene el estudio. Para lo cual se presenta en primer término los cuadros estadísticos correspondientes a cada indicador de la variable en estudio, en segundo término se analizan los datos y finalmente se presentan los gráficos a fin de ilustrar los datos obtenidos.

CUADRO N° 1 Promedio de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados Inmediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador reanimación.

ÍTEMS	SI		NO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vía Periférica	06	60	04	40	10	100
Vía aérea permeable	08	80	02	20	10	100
Signos Vitales	02	20	08	80	10	100
Escala de Glasgow	01	10	09	90	10	100

Fuente: Instrumento de Observación.

El cuadro N° 1 muestra los resultados obtenidos de la observación a la unidades muestrales en donde se puede ver que en promedio que el 60% de los profesionales si realiza acciones inmediatas para el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico referida a la cateterización de vía periférica, un 80% mantiene vía aérea permeable, un 20% monitorea signos vitales y el 10% aplica la escala de Glasgow.

Mientras que en promedio un 40% no realiza acciones de cateterismo venoso periférico, el 20% no realiza cuidados referido al mantenimiento de vía aérea permeable, el 80% no monitorea los signos vitales y finalmente el 90% de los profesionales de enfermería observados no aplica la escala de Glasgow durante los cuidados inmediatos al paciente con traumatismo craneoencefálico.

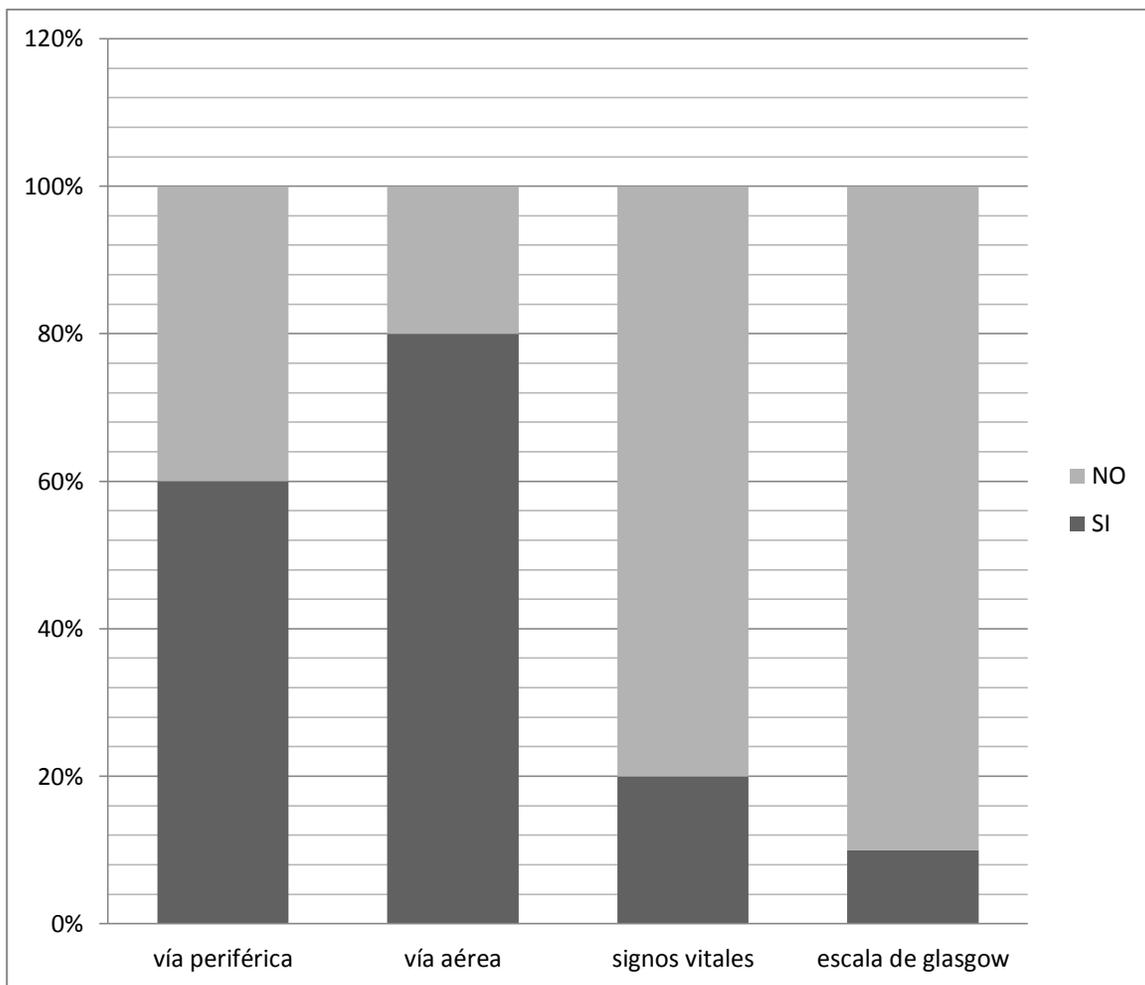


GRAFICO Nº 1 Representación Gráfica de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados Inmediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador reanimación.

Fuente: CUADRO Nº 1

CUADRO N° 2 Promedio de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados Inmediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador reanimación.

ÍTEMS	SI		NO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diámetro Pupilar	04	40	06	60	10	100
Columna Cervical	00	00	10	100	10	100
Administración de O ₂	02	20	08	80	10	100

Fuente: Instrumento de Observación.

El cuadro N° 2 muestra los resultados obtenidos de la observación a la unidades muestrales en donde se puede ver que en promedio que el 60% de los profesionales no realiza acciones inmediatas para el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico referida a la valoración del diámetro pupilar, un 100% no estabiliza la columna cervical y un 80% no administra oxigenoterapia en los cuidados inmediatos al paciente con traumatismo craneoencefálico.

Mientras que en promedio un 40% si realiza la medición del diámetro pupilar y el 20% inicia la administración de Oxigenoterapia durante los cuidados inmediatos al paciente con traumatismo craneoencefálico.

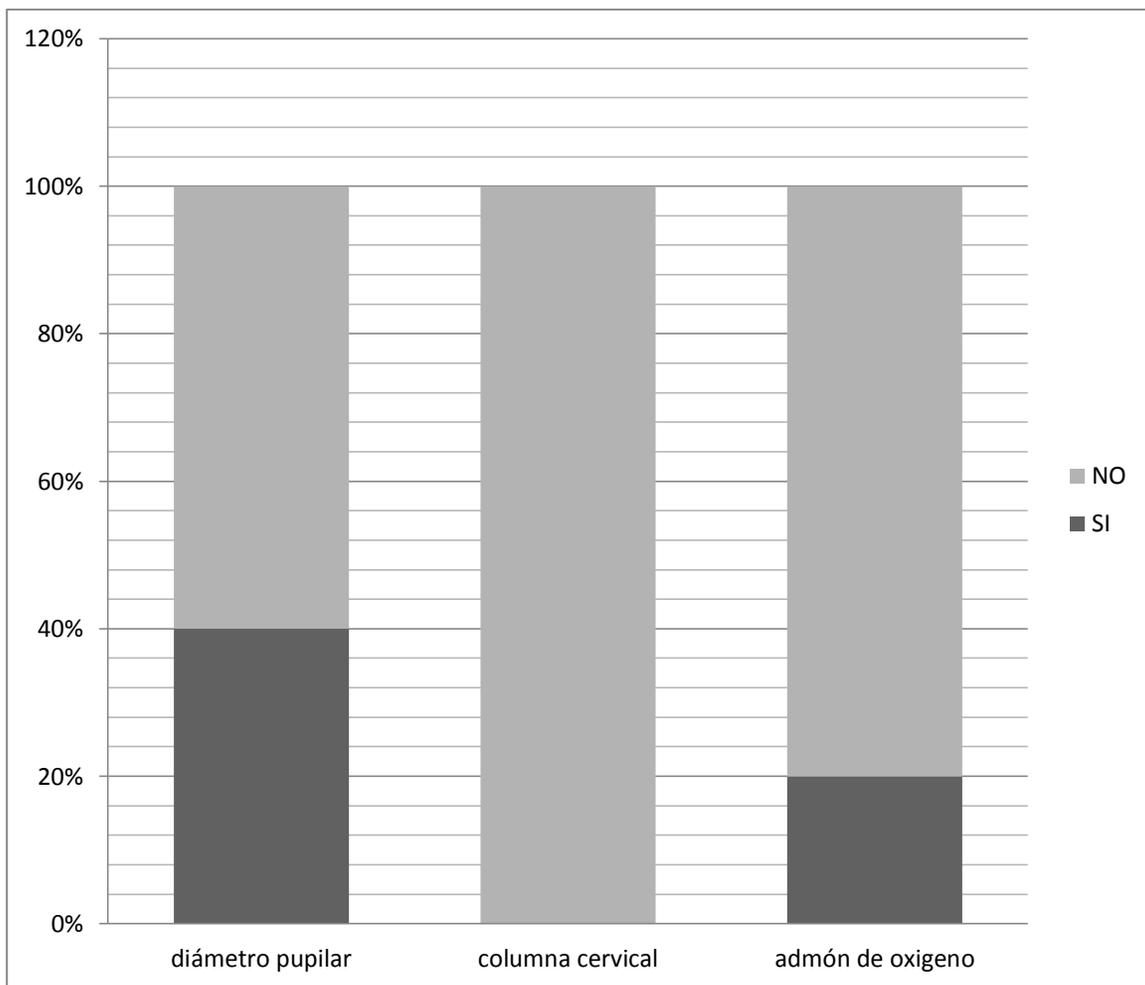


GRAFICO Nº 2 Representación Gráfica de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados Inmediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador reanimación.

Fuente: CUADRO Nº 2

CUADRO N° 3 Promedio de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados mediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador exámenes y tratamiento.

ÍTEMS	SI		NO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Administración de Líquidos	06	60	04	40	10	100
Administración de Medicamentos	08	80	02	20	10	100
Estudios radiológicos	02	20	08	80	10	100
Exámenes de laboratorio	03	30	07	70	10	100

Fuente: Instrumento de Observación.

El cuadro N° 3 muestra los resultados obtenidos de la observación a la unidades muestrales en donde se puede ver que en promedio que el 60% de los profesionales si realiza acciones inmediatas para el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico referida a la administración de líquidos según la indicación médica, un 80% administra medicamentos indicados por el medico tratante, un 20% canaliza estudios radiológicos y el 30% canaliza los exámenes de laboratorio.

Mientras que en promedio un 40% no realiza acciones para la administración de líquidos, el 20% no realiza cuidados referido a la administración de medicamentos, el 80% no canaliza los estudios radiológicos y finalmente el 70% de los profesionales de enfermería observados no canaliza la realización de los exámenes de laboratorio al paciente con traumatismo craneoencefálico.

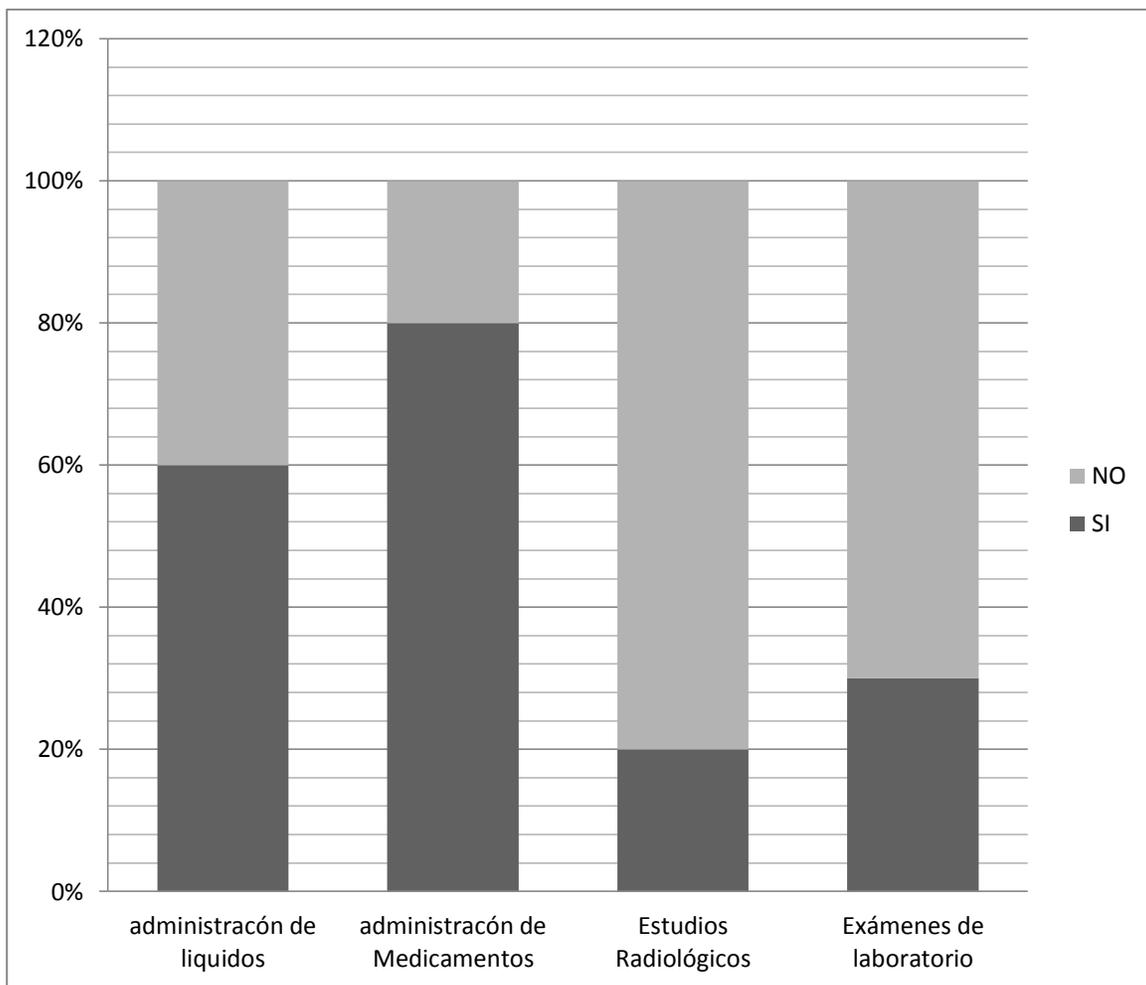


GRAFICO N° 3 Representación Gráfica de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados mediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador exámenes y tratamiento.

Fuente: CUADRO N° 3

CUADRO N° 4 Promedio de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados mediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador exámenes y tratamiento.

ÍTEMS	SI		NO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Higiene y Confort	08	80	02	20	10	100
Cura de heridas y lesiones	06	60	04	40	10	100
Medición y Registro de líquidos ingeridos y eliminados	02	20	08	80	10	100

Fuente: Instrumento de Observación.

El cuadro N° 4 muestra los resultados obtenidos de la observación a la unidades muestrales en donde se puede ver que en promedio que el 80% de los profesionales si realiza acciones mediatas para el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico referida a la higiene y confort del paciente, un 60% realiza curas de heridas y lesiones y un 80% no mide ni registra los líquidos ingeridos y eliminados durante los cuidados mediatos al paciente con traumatismo craneoencefálico.

Mientras que en promedio un 20% no realiza acciones para garantizar la higiene y confort del paciente, un 40% no realiza cura de heridas y lesiones y el 20% si mide y registra los líquidos ingeridos y eliminados del paciente con traumatismo craneoencefálico.

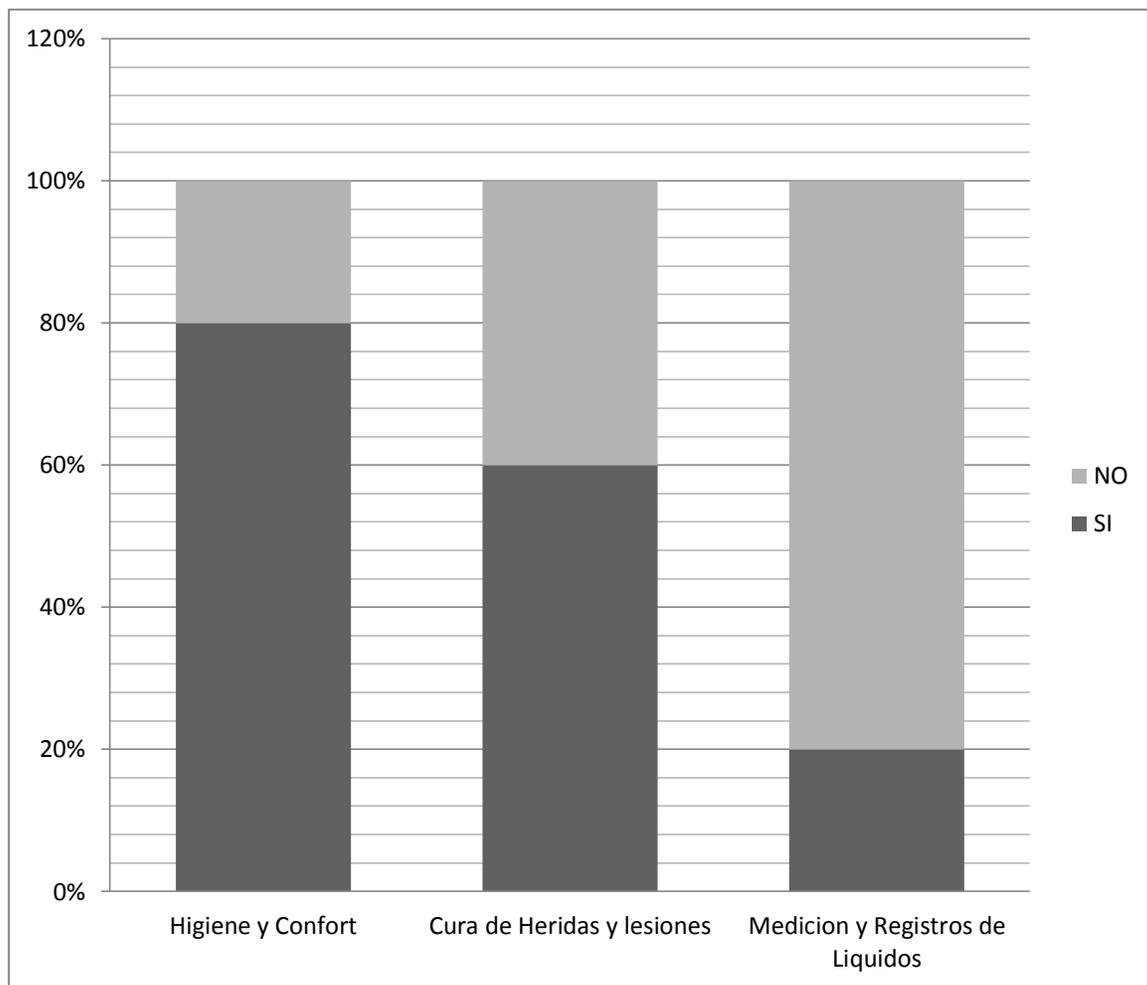


GRAFICO N° 4 Representación Gráfica de las observaciones realizadas en relación a la Dimensión Cuidados mediatos del paciente con traumatismo craneoencefálico en su indicador exámenes y tratamiento.

Fuente: CUADRO N° 4

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el siguiente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones consideradas pertinentes para la solución de la problemática encontrada y en respuestas a los objetivos propuestos en este estudio.

Conclusiones

Con base en el análisis e interpretación de los resultados obtenidos se puede concluir que:

- Existen fallas en cuanto a las acciones realizadas por los profesionales de enfermería referida a los cuidados inmediatos al paciente con traumatismo craneoencefálico, pues en promedio el 70% de las observaciones demostraron que no se realizan dichos cuidados de acuerdo a lo establecido por Ruiz, M (2002)
- En cuanto a los cuidados mediatos un promedio de 50% de las observaciones demostraron que si se realizan quedando un 50% que no lo hace, lo cual permite concluir que existen fallas en este sentido.

Recomendaciones

Sobre la base de los resultados y las conclusiones obtenidas, las investigadoras realiza las siguientes recomendaciones:

- Informar a las Autoridades del Hospital objeto de estudio, sobre los resultados de la investigación a fin de poner en práctica acciones tendentes a la mejora de la práctica de enfermería en el cuidado de los pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- Diseñar y poner en práctica programas de educación continua en servicio dirigidos a los profesionales de enfermería, sobre los cuidados de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- Incentivar al Profesional de Enfermería que ponga en práctica sus habilidades y destrezas en el cuidado de pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- Proponer que se diseñe y ponga en práctica un protocolo de cuidados a pacientes con traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Emergencia del Hospital Dr. Eugenio P. D´Bellard.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, J. (2003).** Diccionario de Medicina Espasa. Primera Edición. España.
- CANALES, F; PINEDA, E; ALVARADO, E (1998)** Metodología de la Investigación. OPS
- CORREA, C (2002).** El traumatismo craneoencefálico. Disponible en <http://www.neuromedica.com.ec>.
- Diccionario de Medicina Océano Mosby. (2008).** Editorial Océano.
- FERRER, C (1997)** Metodología de la Investigación. 3ra edición. Washington.
- GONZÁLEZ, A (2007).** Protocolo de tratamiento clínico intensivo del traumatismo craneoencefálico severo en el Hospital General “Calixto García” de la Habana Cuba. La Habana Cuba.
- HERNÁNDEZ, R; FERNÁNDEZ, C; BAPTISTA P (2002)** Metodología de la Investigación.
- LACERDA, A; ABREU, D. y RODRÍGUEZ, L. (2007).** Tratamiento Quirúrgico del Traumatismo Craneoencefálico Severo. Departamento de Neurocirugía del Hospital General de Morón, La Habana Cuba.
- LEININGER, M. (1990).** Cuidados de Enfermería. México.
- LLOPIS, J. (2002).** Traumatismo Craneoencefálico. Sección de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Alicante. España.
- LUCKMANN, J. (2000).** Cuidados de Enfermería. Vol I. McGraw – Hill, Interamericana.
- MEDINA, P; PEÑALOSA, J; VALDIVIESO, R. y RAMÍREZ, C. (2007).** Estudio de Historias Clínicas de los ingresados en Diciembre 1996 y Diciembre 2000 en el Hospital “Dr. Luis Razetti” de Barinas para conocer la distribución del traumatismo craneoencefálico de acuerdo a la gravedad. Barinas. Venezuela. Material Mimeografiado.

NETTER, F (2009). Sistema Nervioso, Trastornos Neurológicos y Neuromusculares. 1 Edición. Ed. Salvat. España.

RUÍZ, M (2002) Manejo traumatismo. Mimeografía

SAMPIERI, R; COLLADO, C; BAPTISTA, P (1998) Metodología de la Investigación. 1era edición. McGraw Hill, Interamericana S.A. México.

TAMAYO (1999) Diccionario de la Investigación Científica. Editorial Limusa. S.A. de C.V. México

VEGA, D. (2002). Manejo del Traumatismo Craneoencefálico. Disponible en:
<http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/3516/tce.html>.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**GUIA DE OBSERVACION PARA CONOCER LOS CUIDADOS DE
ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFALICO QUE INGRESAN AL HOSPITAL DR.
EUGENIO P. D´BELLARD. GUATIRE ESTADO MIRANDA. PRIMER
SEMESTRE 2011.**

Autoras:

Vargas María
Guzmán Iris
Fuentes Yoselin

Tutor:

Lcdo. Sergio Campos

Caracas, Marzo 2011

INSTRUCCIONES PARA EL OBSERVADOR

Al realizar la observación:

1. No interfiera en las actividades del observado.
2. Mantenga la mayor distancia posible.
3. Seleccione con una equis (x) si el observado realiza la actividad, en caso contrario, deje la casilla en blanco.
4. Realice las observaciones en un total de cinco (5) ocasiones.

Observación	SI				NO			
Los profesionales de enfermería durante el cuidado del enfermo con traumatismo craneoencefálico realiza las siguientes actividades								
Cateterización de vía periférica.								
Mantenimiento de vía aérea permeable.								
Monitorización de signos vitales.								
Aplicación de escala de Glasgow.								
Medición de diámetro pupilar.								
Estabilización de columna cervical.								
Administración de oxigenoterapia								
Administración de líquidos según órdenes médicas.								
Administración de medicamentos según orden médica.								
Canalización de estudios radiológicos.								
Canalización de exámenes de laboratorio.								
Administración de higiene y confort.								
Cura de herida o lesiones.								
Medición y registro de líquidos ingeridos y eliminados.								

ANEXO B**CERTIFICADO DE VALIDEZ**

Yo, _____ en mi carácter de especialista en _____ certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de los datos de la investigación que desarrollan los Bachilleres: **María Vargas, Iris Guzmán y Yoselin Fuentes** con la finalidad de ser utilizado en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es: **CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO QUE INGRESAN AL HOSPITAL DR. EUGENIO P. D´BELLARD. GUATIRE ESTADO MIRANDA. PRIMER SEMESTRE 2011**, el cual a mi criterio, reúne los requisitos de validez.

Firma de quien Valida _____

C.I: _____

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, _____ en mi carácter de especialista en _____ certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de los datos de la investigación que desarrollan los Bachilleres: **María Vargas, Iris Guzmán y Yoselin Fuentes** con la finalidad de ser utilizado en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es: **CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO QUE INGRESAN AL HOSPITAL DR. EUGENIO P. D´BELLARD. GUATIRE ESTADO MIRANDA. PRIMER SEMESTRE 2011**, el cual a mi criterio, reúne los requisitos de validez.

Firma de quien Valida _____

C.I: _____

CERTIFICADO DE VALIDEZ

Yo, _____ en mi carácter de especialista en _____ certifico que he leído y revisado el instrumento para la recolección de los datos de la investigación que desarrollan los Bachilleres: **María Vargas, Iris Guzmán y Yoselin Fuentes** con la finalidad de ser utilizado en su Trabajo Especial de Grado, cuyo título es: **CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO QUE INGRESAN AL HOSPITAL DR. EUGENIO P. D´BELLARD. GUATIRE ESTADO MIRANDA. PRIMER SEMESTRE 2011**, el cual a mi criterio, reúne los requisitos de validez.

Firma de quien Valida _____

C.I: _____