

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN” HUANUCO

FACULTAD DE ENFERMERIA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**



INFORME DE TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA INTERVENCION DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON
TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEAL EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE LLATA – HUANUCO 2015**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN
EMERGENCIA Y DESASTRES**

TESISTAS:

Lic. Enf. Susan Magaly ALVARADO MORALES.

Lic. Enf. Jessica Alejandrina ARANDA HUAMAN.

Lic. Enf. Olga RODRIGUEZ RIVERA

ASESORA: Dra. Silvia Martel y Chang

HUANUCO – PERU

2016

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA INTERVENCION DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON
TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEAL EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE LLATA – HUANUCO 2015**

DEDICATORIA

A Dios omnipotente,
nuestro creador por
darnos la vida y
fortaleza y mostrarnos el
camino para continuar
superándonos en
nuestra profesión.

LAS AUTORAS.

El presente estudio lo dedicamos con gran
cariño a nuestros familiares, por su
paciencia, el apoyo incondicional y por
ser fortaleza para nuestra formación
profesional y alcanzar nuevos retos en
nuestra profesión.

Susan Magaly, Jessica Alejandrina, Olga.

AGRADECIMIENTO

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo:

- A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, templo del saber, cuyas paredes son testigos de nuestras superación
- A los docentes de la Facultad de Enfermería, por habernos brindado sus conocimientos en bien de nuestra formación profesional.
- A nuestra Asesora Dra. Silvia Martel y Chang, por el apoyo incondicional en el asesoramiento del presente trabajo.
- A la dirección del Centro de salud de Llata y a las colegas enfermeras del hospital quienes nos brindaron su apoyo incondicional para la realización de este presente estudio sin ello no hubiera sido posible la realización del presente trabajo de investigación.

Las Autoras.

RESUMEN

La presente investigación ha logrado determinar la relación el nivel de conocimiento y la intervención adecuada del profesional de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneal que ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital de Llata 2015; entre sus principales características es ser no experimental, cuantitativo, descriptivo – correlacional y transaccional. La población muestral estuvo conformada por **20** profesionales de enfermería del Servicio Emergencia, a quienes a través de los instrumentos como un cuestionario y una guía de evaluación, se evaluaron. Entre los objetivos fue determinar el nivel de conocimiento teórico y el nivel de intervención adecuada sobre traumatismo encéfalo craneal, para finalmente entablar una relación entre ambas variables. Para el procesamiento de datos se utilizó SPSS, versión 18.0 y para realizar relacionar las variables del estudio se utilizó el estadígrafo chi cuadrado, obteniendo el valor de $X^2 = 6.114$, con nivel de significancia **p – valor = 0.0041 < 0.05**; por tanto **si existe correlación significativa entre** el nivel de conocimiento y el nivel de intervención adecuada sobre traumatismo encéfalo craneal; **aceptándose la hipótesis alterna** y rechazándose la hipótesis nula.

Palabras Clave: conocimiento, traumatismo encéfalo craneal.

ABSTRACT

This research has been able to determine the relative level of knowledge and appropriate professional nursing intervention in patients with head trauma brain entering the Emergency Service Hospital Llata 2015; among its main features it is to be non-experimental, quantitative, descriptive - correlational and transactional. The sample population consisted of **20** nurses from the Emergency Service, who through instruments such as a questionnaire and an evaluation guide were evaluated. Among the objectives it was to determine the level of knowledge and level of appropriate intervention on cranial brain injury, to finally establish a relationship between two variables. For data processing SPSS version 18.0 was used and for the study variables relate the chi-square statistic was used, obtaining the value of $X^2 = 6.114$, with significance level **p - value = 0.0041 <0.05**; so if there is significant correlation between the level of knowledge and level of appropriate intervention on cranial brain injury; accepting the alternative hypothesis and rejecting the null hypothesis.

Keywords: knowledge, cranial brain injury.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
Índice general.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPITULO I	
1. MARCO TEORICO.....	12
1.1. Antecedentes Internacionales.....	12
1.2. Antecedentes Nacionales.....	25
1.3. Antecedentes locales.....	37
1.4 Bases teóricas.....	37
1.5 Bases Conceptuales.....	44
1.6. Objetivos de la investigación.....	50
1.7 Hipótesis de investigación.....	51
1.8 Variables.....	52
CAPITULO II	
2. MARCO METODOLOGICO.....	54
2.1. Ámbito de estudio.....	54

2.2. Población y Muestra.....	55
2.3. Tipo de Estudio.....	56
2.4. Diseño de investigación.....	56
2.5. Técnica e Instrumentos:.....	57
2.6. Procedimiento.....	59
2.7. Plan de tabulación y análisis de datos.....	60
 CAPITULO III	
3. RESULTADOS Y DISCUSION.....	61
3.1 Resultados.....	62
3.1.1 Análisis Descriptivo.....	62
3.1.2 Contrastación y comprobación de hipótesis través de la estadística inferencial.	75
3.2 Discusión.....	78
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85
ANEXOS.....	90

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se denomina: Nivel de conocimiento y la intervención del profesional de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneal en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) los accidentes de tráfico causan la mayoritaria de las patologías de origen traumático, provocan en el mundo 1.8 millones de muertos, entre 20 y 50 millones de lesionados y unos 5 millones de discapacitados permanentes.

En los países desarrollados suponen la primera causa de mortalidad en el grupo de 5 a 48 años de edad y se estima que comprometen un gasto de del 2% del producto interior bruto.

En España en el 2002 se produjeron 98,933, accidentes con víctimas que ocasionaron 5,357 muertos y 157,264 lesionados y en Catalunya en el año 2003 ocasionaron 20,617 accidentes con víctimas entre los que hubo 39,378 lesionados y 667 muertos. En la Ciudad de Barcelona se produjo 10,096 accidentes con 13,480 víctimas de las cuales murieron 46 en la primeras 24 horas del accidente. Los hospitales atendieron 16,135 urgencias por accidentes de tráfico. Desde 1999 comienza a observarse una disminución anual de lesionados por accidente de tráfico ⁽⁴⁾

En España En la Universidad de Navarra, RADA MARTIN, SARAI en el 2014, en su trabajo de investigación el objetivo principal fue proporcionar a los profesionales de enfermería de la UCI del Complejo Hospitalario de Navarra Unidad.

A un instrumento, en forma de guía o recomendaciones estandarizado, sobre un correcto manejo del traumatismo craneoencefálico grave, basado en la mejor evidencia y búsqueda bibliográfica disponible sobre este tema, y así, ayudar a disminuir la variabilidad en la atención de pacientes con TCEG, mejorar la calidad asistencial y la distribución de recursos.

El traumatismo craneoencefálico es uno de los procesos patológicos más serios a los que nos enfrentamos en nuestra sociedad. En la actualidad, es el primer responsable de la muerte a menores de 45 años.

Una buena valoración inicial del TCEG permite rápidamente iniciar un tratamiento adecuado. Para dicha valoración se han propuesto múltiples modos de clasificación, como la escala de coma del Glasgow (GCS).

La OMS y la mayoría de las sociedades científicas realizan esta clasificación basándose en la afectación del nivel de conciencia cuantificada a través de la escala de coma de Glasgow; donde un paciente con menos de 9 puntos presenta un TCE grave.

Respecto a las recomendaciones de Enfermería se debe prevenir la compresión venosa del cuello ya que puede elevar la PIC. Para la estabilización hemodinámica es aconsejable infundir soluciones isotónicas e hipertónicas. Es fundamental también una exploración de las pupilas.

Para prevenir las lesiones secundarias (lesiones cerebrales inducidas por procesos sistémicos o intracraneales) se debe mantener la posición del paciente en decúbito supino y la cabeza con una elevación de 30° si no hay contraindicación. Es preciso también mantener una presión sistémica media (90- 110mHg) para una adecuada presión de perfusión cerebral

(PPC), una óptima oxigenación, un control de glucemia, sedación y una disminución del consumo metabólico cerebral⁽⁸⁾

El propósito del presente estudio estará orientado a brindar conocimiento científico y actualizado sobre las actitudes que debe considerar el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital de Llata – Huánuco y que le sirva de base para planificar sus estrategias para mejorar o fortalecer el conocimiento del personal sobre en la recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Llata, contribuyendo a la mejora de la atención asistencial del paciente.

Para una mejor explicación el trabajo se dividió en capítulos siendo de la siguiente manera: En el Primer Capítulo el Marco Teórico donde se consigna antecedentes, bases teóricas, objetivos, hipótesis y variables. En el Segundo Capítulo se considera: ámbito de estudio, población tipo de estudio, diseño de investigación, técnicas e instrumento, procedimiento y plan de tabular. En el Tercer Capítulo resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

Las Autoras.

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO.

El traumatismo cerebral es un tema de salud pública de gran preocupación, sobre todo entre los adolescentes de sexo masculino y adultos jóvenes entre las edades de 15 y 24 años, como también, entre los ancianos de ambos sexos de 75 años o mayores de 75. Los niños de cinco años y menores de cinco, también corren un alto riesgo de padecer de traumatismo cerebral. Al igual que en todas partes del mundo en nuestro medio ocurren estos tipos de accidentes muchos de los cuales son recibidos y atendidos inmediatamente por el personal de enfermería en todos los centros de Salud.

El cuidado del paciente con traumatismo encéfalo craneano, demanda del personal profesional de enfermería, conocimientos basados en principios científicos, encaminados a evitar lesiones secundarias, lo cual implica una intervención asistencial basada en una valoración exhaustiva del paciente y una constante observación.

1.1.ANTECEDENTES INTERNACIONAL.

Ecuador - Loja, Jiménez Abad, Juan Manuel en el 2009, en su trabajo de investigación dice: Las patologías traumáticas tienen una connotada importancia en la esfera sanitaria, económica y social difícil de estimar, tanto en las sociedades desarrolladas como subdesarrolladas; por interés práctico investigativo se centra esta investigación en cuantificar y objetivar la situación epidemiológico - diagnóstico y terapéutica en forma general del traumatismo

craneoencefálico (TCE) por ser la variedad traumática que mayor relevancia tiene con las cifras de morbi -mortalidad, ya que es un componente casi obligado en las diferentes formas o tipos de accidentes, bien como lesión única o formando parte del politraumatismo; constituyéndose en un problema que consume ingentes recursos humanos, materiales y económicos para la asistencia sanitaria y social del paciente. Las secuelas incapacitantes intelectuales y/o funcionales postraumáticas son verdaderas catástrofes sociales tanto para el paciente, la familia y la sociedad.

Según estudios epidemiológicos recientes, la incidencia anual internacional está alrededor de 10 - 20 casos de TCE por 10,000 habitantes con mayor prevalencia entre los 15 a 24 años y la causa más frecuente son los accidentes de tránsito. En Ecuador a pesar de no disponer de una estadística fidedigna el trauma intracraneal durante el 2005 representó el 1,1 % de todos los egresos hospitalarios con 8.544 pacientes, y la tasa anual se ubicó en 6,5 por 10.000 habitantes, siendo más representativo en el sexo masculino donde es la quinta causa de morbilidad con 5920 casos que constituyen 2,3% de egresos y la tasa se ubica en 8,9 por 10.000 hombres.

Las metas y objetivos en una investigación de este tipo están encaminadas a establecer en un periodo de tiempo fijo anual (año 2007), numerosos indicadores que nos puedan orientar en forma general; como es el comportamiento epidemiológico de este fenómeno patológico en el contexto local (Loja), y en una institución

específica (Hospital Provincial Isidro Ayora), puesto que una de las principales instituciones sanitarias de la Región Sur del País. Efectuando un análisis descriptivo de las características más relevantes de aquellos pacientes que padecieron TCE, las mismas que fueron recopiladas en historias clínicas al ingreso, comenzando desde su diagnóstico clínico, considerando al TCE como un proceso dinámico con intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico y/o funcional del contenido craneal. Su categorización en base a la evaluación clínica de las funciones neurológicas tomando como guía práctica la escala de coma de Glasgow que objetiva y cuantifica la afección de la conciencia como expresión global del sufrimiento encefálico postraumático, que categoriza al trauma en: TCE Leve (TCEL), Moderado (TCEM) y Grave (TCEG). El mecanismo del trauma agrupado en cuatro grandes grupos principales para una sociedad occidental moderna que son muy variables de acuerdo a cada comunidad: accidente de tráfico (45-75%) caídas laborales o domésticas (12- 18%), violencia que incluye el maltrato infantil (10%), y otros. Estos pacientes suelen tener lesiones múltiples, lo que hace complejo el manejo diagnóstico terapéutico organizativo, fundamentalmente por la competencia de prioridades. Analizando los hallazgos postraumáticos mediante los estudios complementarios de imagen (Rx y TAC) y otros como la resonancia magnética y electroencefalograma que son poco requeridos en nuestro medio; condiciones de la intervención médico terapéutica intrahospitalaria incluyendo tipo de tratamiento,

neuroquirúrgico o el tratamiento médico clínico netamente farmacológico más de tipo conservador y el resultado o eficacia terapéutica que tuvieron estos y que se evidencian a través del pronóstico del paciente al momento del alta.⁽¹⁾

FISIOPATOLOGIA

Para que se produzca un traumatismo debe haber un impacto mecánico (energía cinética) sobre estructuras encefálicas que provoca una lesión (injuria) en la morfología histológica (tejido nervioso).

Las lesiones básicas del tejido nervioso en el trauma se clasifican en:

Lesión Primaria: Son las lesiones óseas, nerviosas o vasculares, que aparecen inmediatamente como consecuencia directa de la agresión mecánica. Por el modelo de impacto se pueden producir las siguientes lesiones primarias:

- **Impacto estático:** (agresión por un agente contundente contra el cráneo) en el que la energía cinética es proporcional a la masa y velocidad, de los cuales depende la gravedad de la lesión: hundimientos o fracturas del cráneo y lesiones focales como: hemorragia epidural aguda, hematoma subdural agudo, contusión hemorrágica cerebral y hematoma intraparenquimatoso cerebral.

- **Impacto dinámico:** el mecanismo de la lesión es por aceleración-desaceleración; el cráneo se desplaza tropezando en su movimiento con un obstáculo y generando 2 tipos de movimientos: de tensión (elongación) y de tensión-corte (distorsión angular). El impacto a su

vez produce 2 tipos de efecto mecánico sobre el cerebro: traslación y rotación; el primero causa el desplazamiento de la masa encefálica con respecto al cráneo y otras estructuras intracraneales como la duramadre, propiciando cambios de presión intracraneal (PIC), y el segundo hace que el cerebro se retarde en relación al cráneo. Es responsable de la degeneración axonal difusa, el coma postraumático, contusiones, laceraciones y hematomas intracerebrales.

Lesión secundaria. Son lesiones cerebrales provocadas por una serie de insultos sistémicos o intracraneales que aparecen en minutos, horas o días postraumatismo⁽²⁾

España –Barcelona, Gracia Gozalo, Rosa María el 2006, en su tesis Doctoral dice: entre los procesos traumáticos cráneo encefálicos (TEC) constituye la primera causa de mortalidad, se estima entre 40-48 % de los fallecidos. El TEC constituye una elevada morbilidad e incapacidad, ocasionando un importante costo sanitario y social.

La creación de grupos de trabajos multicéntrico y el análisis base de datos de pacientes han constituido una eficaz herramienta para dar respuesta a las preguntas planteadas de las características de los pacientes, procedimiento, diagnóstico o terapéuticos y también para documentar tendencias en el tratamiento de los pacientes y sus resultados⁽³⁾

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) los accidentes de tráfico causan la mayoritaria de las patologías de origen traumático, provocan en el mundo 1.8 millones de muertos, entre 20 y 50 millones de lesionados y unos 5 millones de discapacitados permanentes.

En los países desarrollados suponen la primera causa de mortalidad en el grupo de 5 a 48 años de edad y se estima que comprometen un gasto de del 2% del producto interior bruto.

En España en el 2002 se produjeron 98,933, accidentes con víctimas que ocasionaron 5,357 muertos y 157,264 lesionados y en Catalunya en el año 2003 ocasionaron 20,617 accidentes con víctimas entre los que hubo 39,378 lesionados y 667 muertos. En la Ciudad de Barcelona se produjo 10,096 accidentes con 13,480 víctimas de las cuales murieron 46 en la primeras 24 horas del accidente. Los hospitales atendieron 16,135 urgencias por accidentes de tráfico. Desde 1999 comienza a observarse una disminución anual de lesionados por accidente de tráfico ⁽⁴⁾

CUBA. Piña Tornés, Arlines Alina et al, en el 2010, en su Artículo publicado en la revista cubana, con el objetivo de identificar que influyen en el pronóstico de muerte en pacientes con trauma craneoencefálico grave en nuestro medio.

El objetivo de la atención urgente al TCE, independientemente de su gravedad, es evitar lesiones cerebrales secundarias e identificar anomalías intracraneales que precisen cirugía urgente. La recogida

calificada y la transportación asistida, la inmovilización y la reanimación inicial, al menos básica, son tan esenciales para el pronóstico, como las manos y mentes expertas al más alto nivel de la cadena de atención. Las posibilidades de influir favorablemente en estos pronósticos involucran también la atención especializada del personal médico y paramédico dispuesto para tales funciones ⁽⁵⁾.

La identificación de los factores que inciden en el pronóstico, entendido como “el juicio que se forma un profesional sobre el probable curso de una enfermedad de acuerdo a ciertas señales o indicadores”,⁽⁶⁾ ,en nuestro caso del traumatismo craneoencefálico grave, se ha convertido en herramienta útil para establecer conductas terapéuticas adecuadas con el fin de evitar posteriores complicaciones. En este sentido, la búsqueda de instrumentos estrictamente clínicos con valor predictivo constituye un reto para los médicos especializados en la atención de este complicado problema de salud.

Resultados: De 66 pacientes estudiados portadores de trauma craneoencefálico grave, fallecieron 15, siendo la mortalidad por esta dolencia en este estudio, de un 22,7%. Más del 56% (37) de los pacientes eran mayores de 45 años, el género masculino predominó en el 83,4% (55). Los pacientes con edades superiores a los 45 años duplicaron el riesgo de morir (OR= 2,644; IC=0,743–9,409; p= 0,125), al igual que los del género femenino (OR=2,283; IC=0,566–9,259; p=0,237); a pesar de no ser ambos estadísticamente significativos ⁽⁷⁾

En España En la Universidad de Navarra, RADA MARTIN, SARAI en el 2014, en su trabajo de investigación el objetivo principal fue proporcionar a los profesionales de enfermería de la UCI del Complejo Hospitalario de Navarra Unidad.

A un instrumento, en forma de guía o recomendaciones estandarizado, sobre un correcto manejo del traumatismo craneoencefálico grave, basado en la mejor evidencia y búsqueda bibliográfica disponible sobre este tema, y así, ayudar a disminuir la variabilidad en la atención de pacientes con TCEG, mejorar la calidad asistencial y la distribución de recursos.

El traumatismo craneoencefálico es uno de los procesos patológicos más serios a los que nos enfrentamos en nuestra sociedad. En la actualidad, es el primer responsable de la muerte a menores de 45 años.

Una buena valoración inicial del TCEG permite rápidamente iniciar un tratamiento adecuado. Para dicha valoración se han propuesto múltiples modos de clasificación, como la escala de coma del Glasgow (GCS).

La OMS y la mayoría de las sociedades científicas realizan esta clasificación basándose en la afectación del nivel de conciencia cuantificada a través de la escala de coma de Glasgow; donde un paciente con menos de 9 puntos presenta un TCE grave.

Respecto a las recomendaciones de Enfermería se debe prevenir la compresión venosa del cuello ya que puede elevar la PIC. Para la estabilización hemodinámica es aconsejable infundir soluciones

isotónicas e hipertónicas. Es fundamental también una exploración de las pupilas.

Para prevenir las lesiones secundarias (lesiones cerebrales inducidas por procesos sistémicos o intracraneales) se debe mantener la posición del paciente en decúbito supino y la cabeza con una elevación de 30° si no hay contraindicación. Es preciso también mantener una presión sistémica media (90- 110mHg) para una adecuada presión de perfusión cerebral (PPC), una óptima oxigenación, un control de glucemia, sedación y una disminución del consumo metabólico cerebral ⁽⁸⁾

En el tratamiento craneoencefálico, tras el impacto produce un daño progresivo y aparecen lesiones cerebrales primarias, pero también lesiones cerebrales secundarias.

El ingreso en UCI será precoz, controlando la posición del paciente, temperatura, agitación, dolor y hemodinámica, así como la aparición de daño pulmonar. Es muy importante un buen control de la sedoanalgesia y es necesario el control respiratorio y hemodinámico. Los fármacos utilizados habitualmente reducen la presión intracraneal (PIC).

Respecto a la importancia de la hipertensión intracraneal (HTIC) en la morbimortalidad de los pacientes con TCEG, parece necesario su tratamiento, aunque no haya medidas con evidencia científica tipo I acerca de la mejoría de los resultados.

Es imprescindible un buen cuidado del drenaje ventricular, la hiperventilación, las soluciones hiperosmolares y fármacos

vasoconstrictores cerebrales y supresores metabólicos. Hay otras medidas como la craniectomía descompresiva o la hipotermia que son las llamadas de segundo nivel, aunque de estas no hay resultados validados científicamente ⁽⁹⁾

Se ha evidenciado que el resultado vital y funcional tras sufrir un traumatismo craneoencefálico depende tanto de la severidad del impacto biomecánico inicial (daño primario), como de la presencia y gravedad de una serie de agresiones sistémicas o intracraneales que aparecen en los minutos, horas, e incluso, en los días posteriores al traumatismo, los cuales magnifican y/o producen nuevos daños cerebrales genéricamente denominadas lesión secundaria. Stackford et al encontraron en las necropsias de los fallecidos por TCE, que en el 66% existían lesiones secundarias que contribuyeron a la muerte de los pacientes, a pesar de contar con un sistema eficaz de emergencia y de tratar a los pacientes en un centro especializado de Trauma. Numerosas evidencias clínicas y experimentales avalan la especial vulnerabilidad del encéfalo traumático a diversas situaciones, cuyo común denominador es el descenso en el transporte de oxígeno al cerebro y/o el incremento de las necesidades metabólicas cerebrales. La hipotensión arterial, la hipoxemia y la hipertensión intracraneal son las complicaciones secundarias mejor estudiadas y que más determinan de forma negativa el pronóstico.

Los traumatismos craneoencefálicos se clasifican en leves, moderados y graves según el nivel de la conciencia que presenten al realizar la valoración con la Escala de coma de Glasgow.

El TCE grave es el que precisa de estancia en la unidad de cuidados intensivos para un buen manejo y monitorización de éste.

Las medidas generales que se deben realizar en el TCEG son la posición de la cabeza, la analgesia y sedación, manejo hemodinámico sistémico, optimización aporte cerebral de oxígeno, manejo hidroeléctrico, control de la temperatura, profilaxis anticonvulsiva y la nutrición. ⁽¹⁰⁾

El traumatismo craneoencefálico grave (TCEG) es la mayor causa de discapacidad, muerte y coste económico para nuestra sociedad. Uno de los conceptos centrales que emergieron de la investigación es que todo el daño neurológico del trauma craneal grave no ocurre en el momento del impacto, evolucionando en las siguientes horas y días. En los últimos 30 años se ha reflejado una progresiva y significativa reducción de la mortalidad del traumatismo craneoencefálico grave (TCEG) del 50% al 35%, al 25% y más bajos. Esta tendencia en la reducción de la mortalidad y mejora de los resultados del TCEG ha sido debida al uso de protocolos que enfatizan la monitorización, manteniendo una adecuada perfusión cerebral.

La hipoxemia ocurre en el 22,4% de los TCEG y estaba asociado a un incremento de la morbilidad y mortalidad.

En los pacientes que no tenían hipoxemia, las muertes eran de un 14,3% mientras que la morbilidad era de un 4,8%.

La hipotensión y la hipoxemia aumentan la morbilidad y la mortalidad en los TCEG. Se considera hipotensión cuando la sistólica es menor de 90mmHg. Por otro lado, se considera hipoxemia cuando la $PaO_2 < 60$ mmHg.

Los sueros hiperosmolares recomendables para este tipo de patología son suero salino hipertónico y manitol.

El manitol se usa cuando queremos beneficios en un corto periodo de tiempo y para intervenciones quirúrgicas.

No hay suficiente evidencia científica como para recomendar la administración de manitol regularmente durante varios días seguidos.

El suero hipertónico salino es más utilizado para reducir la presión de la perfusión cerebral provocando una vasoconstricción.

El efecto osmótico del manitol tarda en hacer efecto desde su administración 15-30 minutos, mientras se establecen gradientes entre el plasma y las células. El efecto en sí dura entre 90 minutos y 6 horas o más.⁽¹¹⁾

Crespo, Ana Lucía, Yugsi, Luis Rafael ⁽¹²⁾. Realizaron la investigación denominada "Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneo encefálico grave, en el aérea de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Julio 2011 a Julio 2012". En dicha investigación menciona que el trauma cráneo encefálico representa un problema de salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados. Dentro de este grupo de trauma, el "Trauma cráneo encefálico grave" (T.C.E.) constituye la primera causa de mortalidad. El cuidado del paciente con T.C.E. grave demanda del personal de enfermería conocimientos basados en principios científicos fundamentales encaminados a evitar la lesión secundaria, lo cual implica una valoración exhaustiva y una constante observación. EL objetivo de este trabajo es capacitar a las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con Trauma Cráneo Encefálico grave, e implementar protocolos de atención de enfermería. Por lo que se ha planteado la siguiente hipótesis "El nivel de conocimientos de las enfermeras/os influye en la atención inicial de enfermería de los pacientes que ingresan con Trauma Cráneo Encefálico grave". El estudio es descriptivo, analítico porque permitió valorar el nivel de conocimientos de las enfermeras/os, es transversal porque se realizó de Julio 2011 a Julio 2012 en el área de shock trauma del servicio de emergencia. Se tomó una muestra de 70 pacientes que presentaron T.C.E. grave. Para obtener los datos se realizó encuesta y guía de observación al personal de enfermería. En los resultados se obtuvieron que **el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes**, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente.

1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

PERU, el Médico Especialista, Cam Páucar, Juan Luís, el 2011, en su Artículo dice: El tratamiento inicial del TEC constituyen los primeros pasos terapéuticos para estabilizar al paciente y es muy importante porque ayudará a disminuir las complicaciones secundarias y las secuelas posteriores, por lo que deberá tenerse en cuenta los siguientes aspectos: manejo de la vía aérea, estabilización hemodinámica, terapéutica inicial de la hipertensión endocraneana (HIC), sedación y analgesia, uso de anticonvulsivantes y profilaxis de manejo de la vía aérea.

La hipertensión endocraneana que se produce en el TEC, se agrava cuando existe un trastorno ventilatorio que incrementa la presión parcial de CO_2 en sangre arterial (PaCO_2), influyendo en la vasoreactividad cerebral con vasodilatación y mayor edema cerebral. Por otra parte la hipoxemia está significativamente asociada con un incremento en la morbi-mortalidad y ocurre en un 22,4% de pacientes con TEC severo, ⁽¹⁴⁾. Los pacientes hipoxémicos con saturación de oxígeno arterial (SaO_2) menor de 60%, mostraron una mortalidad del 50% en comparación con los pacientes no hipoxémicos con una mortalidad del 14,3%. Igualmente la discapacidad fue mayor en los pacientes hipoxémicos, ⁽¹⁵⁾

Es importante verificar la permeabilidad de las vías aéreas, aspirar las secreciones que pueden obstruirlas y colocar un tubo de mayo

para mantener permeable el conducto aéreo. Asegurar un adecuado aporte de oxígeno para mantener una SaO₂ mayor de 95%.

La intubación endotraqueal deberá realizarse con un incremento mínimo de la PIC por lo que la sedación y analgesia serán trascendentales para conseguir este objetivo.

MANEJO HEMODINÁMICO

La hipotensión arterial influye negativamente sobre el pronóstico del TEC, sobre todo en aquellos pacientes que han sufrido un TEC severo, los que pierden la autorregulación cerebral que es el mecanismo compensatorio que mantiene un adecuado flujo sanguíneo cerebral (FSC) a diferentes presiones de perfusión cerebral (PPC), incrementándose el riesgo de isquemia e infarto cuando la hipotensión arterial disminuye la presión de perfusión cerebral (PPC).

Según el estudio de la Traumatic Coma Databank (TCDB) los pacientes con TEC y presión sistólica menor de 90 mm Hg tenían mayor morbilidad y el doble de mortalidad de los pacientes sin hipotensión. Igualmente los episodios repetidos de hipotensión y la duración de éstos tienen un fuerte efecto sobre la mortalidad, ⁽¹⁶⁾.

Los cristaloides y coloides son útiles para mantener una adecuada presión arterial. Un estudio randomizado, doble ciego multicéntrico, reportó la eficacia de 250 ml de solución salina hipertónica como

fluido inicial de resucitación para incrementar la presión arterial en pacientes con TEC e hipotensión, ⁽¹⁷⁾.

Es recomendable mantener presiones sistólicas por encima de 90 mm Hg. Aunque no hay estudios que avalen esto, es preferible referirse a presiones arteriales medias que se relacionan directamente con la PPC.

MANEJO INICIAL DE LA HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA (HIC)

La hipertensión endocraneana debe ser tratada tempranamente y los diuréticos osmóticos como el manitol y la solución salina hipertónica (SSH) han demostrado su eficacia para disminuir la PIC, mejorar la PPC y el FSC, ⁽¹⁸⁾.

Aunque todavía no es muy claro el mecanismo de los efectos benéficos del manitol, es probable que se deba a su efecto expansor plasmático, reduciendo el hematocrito, aumentando la deformabilidad de los glóbulos rojos y de esta manera reduciendo la viscosidad sanguínea, todo lo cual incrementa el FSC y la entrega de oxígeno al cerebro. Otro posible mecanismo es el establecimiento de una gradiente osmótica entre el plasma y las células. Sin embargo, debe tenerse precaución en el uso de manitol en pacientes hipotensos o con enfermedad renal preexistente por el riesgo de desarrollar insuficiencia renal ⁽¹⁹⁾.

Es recomendable la administración de bolos intermitentes de manitol en vez de infusión continua, aunque no hay suficientes estudios que lo sostengan, ⁽²⁰⁾.

Un estudio randomizado controlado que comparó el manitol con barbitúricos para el control de la PIC elevada en pacientes con TEC, demostró que el manitol fue más efectivo, mejorando la PPC, PIC y la mortalidad. Aunque la evidencia es de clase III, ⁽²¹⁾.

La solución salina hipertónica (SSH) disminuye efectivamente la PIC posiblemente debido al transporte osmótico de agua a través de la barrera hematoencefálica (BHE) intacta, disminuyendo el contenido de agua en el parénquima cerebral, ⁽²²⁾.

En cuatro series de casos publicados se encontró que la administración de bolos de SSH era efectiva para reducir la PIC aun en pacientes que fueron refractarios al uso de manitol, no observándose efectos de rebote.

En un estudio piloto randomizado controlado se demostró que los bolos de infusión de SSH era equivalente o superior a manitol para disminuir la PIC, aunque debido al tamaño pequeño de la muestra, no se pueden obtener conclusiones definitivas, ⁽²³⁾.

Debe tenerse especial cuidado en pacientes con hiponatremia crónica, puesto que la solución salina hipertónica (SSH) puede

inducir el desarrollo de mielínolisis pontina central y también puede agravar el edema pulmonar en pacientes con insuficiencia cardíaca.

SEDACIÓN Y ANALGESIA

El dolor y la agitación en los pacientes que han sufrido un TEC contribuyen a elevar la PIC, la presión arterial y la temperatura corporal, por lo que se usan sedantes y analgésicos para controlarlos. Sin embargo, el uso de estos medicamentos puede tener efectos adversos sobre la PIC, presión arterial, PPC y el metabolismo cerebral, empeorando el pronóstico de la enfermedad.

Los barbitúricos en dosis altas disminuyen la PIC, pero pueden influir negativamente en la PPC. Ward et al,⁽²⁴⁾ en 1985 condujo un estudio randomizado controlado de Pentobarbital en 53 pacientes, sin encontrar una diferencia significativa en la escala de coma de Glasgow (GCS) a un año de seguimiento entre el grupo tratado y el grupo control. Sin embargo, la hipotensión (presión sistólica < 80 mm Hg) estuvo presente en 54% de los pacientes tratados con barbitúricos, mientras que solo el 7% hizo hipotensión en el grupo control.

Otros autores han reportado notable disminución en la PPC en pacientes tratados con pentobarbital (Schwartz et al, 1984), Igualmente, el Cochrane Injuries Group, en una revisión sistemática de estudios publicados entre 1999 y el 2004 concluyó que la terapia

barbitúrica no mejora el pronóstico de los pacientes con TEC y si se produce hipotensión arterial en 1 de 4 pacientes tratados.

El Ministro de Salud del Perú, informó que los hospitales a nivel Nacional, tienen un promedio de 32.2% de ingresos al servicio de emergencia con problemas de traumatismo encéfalo craneal a causa de accidente de tránsito, laborales y violencia intrafamiliar. Es así que en las ciudades de Lima y Calla, oscilan entre 9 a 10% de accidentes; en la Región Trujillo estos accidentes representan el 20%, en la Región Junín representan el 19.8%, en la Región Ayacucho representa el 18,2%y entre otras regiones representan el 28.9%. De esta manera 11.2% fallecen a causa de estos accidentes y el 9.4% quedan con alguna discapacidad física o cerebral. ⁽²⁵⁾

A NIVEL REGIONAL.

A nivel de la Región Huánuco, según información estadística de la Dirección Regional de Salud, en los servicios de emergencia, ingresan pacientes con traumatismo encéfalo craneal en 12.2% a causa de accidentes de tránsito y laborales en construcción, por otra parte por violencia social como peleas callejeras y la delincuencia 2.4%.⁽²⁶⁾

Práctica de enfermería

Otro, Blegen y Tripp - Reiner, ⁽²⁷⁾ en su investigación dice Por lo mencionado, considero que las intervenciones de enfermería deben ser protocolizadas, pues como lo expresa “Los protocolos o

actividades estandarizadas para profesionales de enfermería garantizan al enfermo un trato homogéneo; además, se dota a los profesionales de enfermería de instrumentos que definen los cuidados que se deben prestar, medir las actividades y los resultados obtenidos". Vale la pena anotar que en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde", no existen protocolos de enfermería para el manejo de los niños con TCE; por lo que este estudio pretende aportar con la elaboración y ejecución del protocolo de cuidados de enfermería para estos usuarios específicos, ya que ayudará a mejorar la atención en el hospital de estudio, toda vez que contribuye a aumentar la sobrevivencia y a disminuir las complicaciones y secuelas asociadas con el TCE.

Otro, Durán de Villalobos María Mercedes, ⁽²⁸⁾ dice: El marco epistemológico de la enfermería pretende mostrar, de manera panorámica, la evolución del conocimiento de la enfermería. En primera instancia, se parte de una clarificación del significado de disciplina profesional y de los componentes de la disciplina: perspectiva, dominio, definiciones y conceptos y patrones del conocimiento. A partir de la definición de la disciplina de la enfermería como "el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana".

El dominio de la enfermería no solamente engloba los resultados de la investigación, sino también el conocimiento de la enfermería para

la práctica, el cual está sustentado en la filosofía e historia de la enfermería, la práctica pasada, el sentido común, los resultados de la investigación, las teorías y una genealogía de ideas, congruentes con metodologías, procesos de enfermería y otros procedimientos, que son esenciales para el desarrollo del conocimiento. En resumen, se puede decir que el dominio de la enfermería lo integran: los conceptos y problemas más importantes del campo de interés; procesos de valoración, diagnóstico e intervención; instrumentos para la valoración, diagnósticos e intervenciones; diseños y metodologías de investigación

Meléis, AI, el 2012, ⁽²⁹⁾ sugiere que las definiciones y conceptos aceptados por la enfermería se relacionan con el manejo de los fenómenos del dominio que a su vez, se sustentan en teorías de enfermería, cuyas fuentes fundamentales son: la práctica de la enfermería en su extensión total, el paradigma biomédico, la experiencia de las enfermeras(os), los roles, las ciencias básicas, la práctica ideal de la enfermería, el proceso de la enfermería y los diagnósticos e intervenciones de la enfermería.

A pesar de que la disciplina profesional recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustentan y de su razón social, es el núcleo de la disciplina y su desarrollo, a través de la indagación científica, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines, y ello se convierte, entonces, en su marco epistemológico. Por esta razón, podemos decir que el marco epistemológico de la enfermería

es el conocimiento que se genera, a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional.⁽³⁰⁾

Estos patrones, al igual que las teorías, representan conocimiento y se constituyen en los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la disciplina de la enfermería. Por lo tanto, el conocimiento acumulado a partir de ellos debe generarse y probarse, congruentemente, por diversos medios de indagación científica.

La razón de ser de la enfermería es la práctica profesional e, idealmente, todo conocimiento de enfermería debe tender a solucionar los problemas de la práctica. Por esta razón, la misión de la investigación que genera, redefine o produce nuevo conocimiento es desarrollar teorías que describan, expliquen, predigan y prescriban el comportamiento de los fenómenos de la enfermería. La investigación que genera datos relacionados con hechos aislados no es de mayor utilidad. La investigación que genera datos para otras disciplinas no es investigación de enfermería. Los productos de la indagación se deben poder ligar a la base del conocimiento de la enfermería e incorporarse al desarrollo y formación de teorías propias o adaptadas. Las teorías, a su vez, explican el significado de los resultados de la investigación y, asimismo, estos deben probarse, para que refuercen su utilidad para la solución de los problemas de la práctica. Concordando, finalmente, con lo propuesto por Blegen y Tripp-Reiner¹⁶, que estos tres aspectos del

conocimiento se pueden mantener separados, pero en una relación cercana que permita crear puentes entre ellos, de manera que sean aporte sustantivo para la estructura del conocimiento de la disciplina congruente con el conocimiento de la enfermería.

María Mercedes Durán de Villalobos ⁽³¹⁾. Las nuevas tendencias en el desarrollo teórico de la enfermería se deben comprender a partir del contexto propio de ella, el cual ha dificultado que el desarrollo de esta ciencia y la aplicación de la teoría en la práctica se conviertan en el eje central del avance de la disciplina. Como sugiere Meleis enfermería siempre ha utilizado teoría para la práctica. Pero, surge una pregunta ¿cuál teoría? La historia enseña que al contrario de las expectativas de Nightingale de ver a la enfermería como una ciencia independiente de la medicina, fueron las teorías derivadas de la disciplina médica las que primero se absorbieron y utilizaron como soporte de la práctica: una práctica creada, eminentemente, para resolver los aspectos médicos que se consideraron, en su momento, adecuados para las enfermeras u otras demandas sociales, sin detrimento de la seguridad de los pacientes y bajo su estricta supervisión.

A medida que se diversificaron los roles profesionales, las teorías que había incorporado la enfermería en la práctica se extendieron hasta las relacionadas con aspectos administrativos y educativos dado que por muchos años enfermería se ha centrado en cómo mejorar.

La educación y cómo administrar los servicios hospitalarios y ambulatorios de forma eficiente (debido a una demanda social absoluta). Sin ignorar la importancia de la mencionada utilización teórica, pareciera que el manejo de la teoría educativa y administrativa se continúa utilizando, dejando muchas veces de lado la teoría de la enfermería. La investigación en los planes de estudio de los diferentes niveles académicos en Colombia, supuso la utilización teórica de la enfermería como base para la investigación, en especial para los enfoques cuantitativos. Pero aquí cabe preguntarse nuevamente, ¿a qué teoría se refieren? El soporte teórico con dificultad maneja teoría de enfermería y solamente hasta los últimos años se ha visto el interés de las enfermeras por utilizar dicha teoría para fundamentar los marcos teóricos y discutir los hallazgos de la producción investigativa. En este contexto, un tanto confuso, se puede concluir que la utilización de la teoría para la práctica de la enfermería y la investigación, re Es así como estos avances del conocimiento se llamaron Modelos conceptuales de enfermería, que aún son referentes disciplinares muy importantes, no obstante haberse basado en paradigmas externos de enfermería, pero con una característica genérica, todas las propuestas mantenían una meta para la práctica de la enfermería. Este fue el tenor del desarrollo teórico hasta la mitad de la década de 1990-1995 cuando comenzaron a surgir las teorías de rango medio o teorías de mediano rango, teorías empíricas o teorías prácticas

quiere sería reflexión tanto por las enfermeras educadoras, como por las practicantes.

La necesidad de múltiples teorías para enfermería, dada la complejidad de su práctica, el requerimiento de generar y probar las teorías de cualquier rango para corroborar sus proposiciones diferenciales antes de descartarlas o echarlas al olvido y la importancia de reconocer la necesidad de mantener teorías para la práctica a través de su utilización cumulativa, de forma tal que se generen bases para diferentes perspectivas filosóficas

Patrones del conocimiento de la enfermería Desde 1978, Bárbara Carper. Desde 1978,⁽³²⁾ propuso cuatro formas de conocer, propias de la enfermería: empírica o ciencia de la enfermería, cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos; ética o conocimiento moral de la enfermería, caracterizada por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades y estándares; de conocimiento personal, expresado por ser sí mismo y ser, y estética o el arte de la enfermería, que se manifiesta por el acto artístico, a las cuales denominó patrones de conocimiento de enfermería. Estos patrones, al igual que las teorías, representan conocimiento y se constituyen en los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la disciplina de la enfermería. Por lo tanto, el conocimiento acumulado a partir de ellos debe generarse y probarse, congruentemente, por diversos medios de indagación científica.

Además, señala que el conocimiento de la enfermería no puede nutrirse, con exclusividad, de teorías empíricas o de evidencias derivadas de las mismas, ya que estaríamos perdiendo ámbitos de descubrimiento como los que nos ofrecen los otros tres tipos de conocimiento. Es por esto que la indagación de enfermería debe formalizar la integralidad del conocimiento, enfatizando en el desarrollo de teorías éticas, estéticas y de conocimiento personal, que darán claridad a estos patrones y que emergen de la comprensión de una enfermería que se comporta como ciencia humana ⁽³³⁾

1.3 Antecedentes Locales.- No se registraron antecedentes locales.

1.4 BASES TEORICAS:

LA TEORÍA, SOPORTE DE LA CIENCIA Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: TENDENCIAS.

Durán de Villalobos, María Mercedes el 2012 dice: Es así como estos avances del conocimiento se llamaron Modelos conceptuales de enfermería, que aún son referentes disciplinares muy importantes, no obstante haberse basado en paradigmas externos de enfermería, pero con una característica genérica, todas las propuestas mantenían una meta para la práctica de la enfermería. Este fue el tenor del desarrollo teórico hasta la mitad de la década de 1990-1995 cuando comenzaron a surgir las teorías de rango

medio o teorías de mediano rango, teorías empíricas o teorías prácticas ⁽³⁴⁾

Así pues, surge otra pregunta ¿y cuál es la tendencia entonces? La tendencia es ecléctica. Pero para poder llegar a la discusión de la tendencia del desarrollo y utilización de la teoría se requiere entender que enfermería debe tener la certeza de que para el futuro de la disciplina y de la ciencia de enfermería se debe: primero, comprender el verdadero papel que juega la teoría para el avance de una disciplina práctica; y segundo, llegar a manejar y utilizar la teoría de enfermería y otras teorías en su justo requerimiento.

La primera instancia se relaciona con la necesidad de aclarar el significado de práctica. Para nadie es un misterio que la práctica refleja la forma como se utiliza el conocimiento en el diario quehacer. La práctica comunica a la sociedad, a las demás disciplinas de la salud y al público el conocimiento de enfermería. Siguiendo este orden de ideas está claro que las enfermeras deben reflexionar más sobre el “conocer” que sobre el “hacer”, aspecto este que ha prevalecido desde los comienzos de la enfermería profesional. Si una disciplina práctica genera una práctica repetitiva, fundamentada en la rutina y la tradición no se requiere de la teoría. Pero si se desea una práctica innovadora basada en conocimiento científico, como debería ser toda práctica profesional y con claro conocimiento por parte de las profesionales del significado de ella y sus intervenciones, entonces la teoría sí que es necesaria, con urgencia.

La teoría propone una práctica evaluable porque los conceptos y proposiciones fundamentales de la teoría y sus indicadores empíricos (que permiten visualizar la práctica) generan las herramientas para cualificar las intervenciones. Pero la práctica actual no refleja esta situación y ha mantenido la tradición de utilizar teoría foránea para su sustento. Una teoría que aunque a muchos parezca muy útil está propuesta para solucionar los problemas de la práctica de otras disciplinas, que no caracterizan sus fenómenos como lo hace la enfermería, con su visión particular y distintiva de la realidad disciplinar. En pocas palabras, con teorías que no manejan el cuidado de los seres humanos, sino que manejan otros aspectos de la realidad de las personas como son las enfermedades u otros fenómenos importantes pero alejados de la filosofía del cuidado y la atención de enfermería. Igual sucede con las propuestas investigativas que se podrían discutir en otro momento ⁽³⁵⁾. La segunda instancia se refiere a cómo utilizan la teoría de enfermería las enfermeras. La teoría de enfermería, como todas las teorías de disciplinas profesionales presenta numerosas facetas y complejidades y en enfermería el conocimiento teórico se conoce como patrón empírico.

El patrón de teorización (expresión del autor para nominar toda la gama de expresiones teóricas de enfermería) se extiende, de acuerdo con Fawcett ⁽³⁶⁾ desde las amplias conceptualizaciones de los conceptos meta paradigmáticos, hasta expresiones de micro teorías casi similares a indicadores empíricos, lo cual muestra los

diferentes niveles de abstracción que maneja el conocimiento teórico. Naturalmente, para utilizar este conocimiento como sustento de la práctica, se requiere un requisito mínimo y es el manejo a cabalidad de las teorías. No basta con la utilización del lenguaje de la o las teorías particulares, se deben conocer las bases filosóficas, metas, conceptos, proposiciones y estructuras de la teoría. Sin el logro de este antecedente no se puede decir que se utilizan las teorías porque, en verdad, no se está teniendo en cuenta su contenido para la práctica. En otras palabras, se deben aprehender las teorías, porque tanto en la práctica, como en la investigación, se pueden utilizar varias teorías, dada la complejidad de los fenómenos que atañen a la disciplina. Como conclusión se puede entonces, plantear la necesidad de que las enfermeras conozcan una serie de teorías que den respuestas a las necesidades de la práctica y de la investigación, desde su formación básica.

A pesar de todos los obstáculos sociales para el desarrollo disciplinar de enfermería, es innegable que se han mantenido la ideología y filosofía primarias y estas características han permitido dar forma al conocimiento disciplinar y la ciencia de enfermería (sin teoría la ciencia de enfermería es inexistente).

En conclusión, estas tendencias no se verán de la noche a la mañana. Requieren esfuerzos, en especial de las políticas curriculares que opte el sistema de educación superior de enfermería, pero sobre todo, requerirá del convencimiento de las

enfermeras, de su propio valor intelectual y de la riqueza de la disciplina. Mientras no se confíe en la capacidad de la enfermería de generar conocimiento para la solución de los problemas de su práctica, todo se quedará en los libros ⁽³⁷⁾.

Faye Glemm Abdellah

Su teoría se basa en los tipos de problemas de enfermería, Planteó que un problema en enfermería es una solución aparente a la que se enfrenta el paciente o la familia y que la enfermera debe ayudar a resolver con su actuación profesional. En su modelo considera que todo individuo tiene capacidad para ayudar, pero esta varía de uno a otro.

Reconocida como una de las investigadoras más destacadas y mejor conocidas del país en política sanitaria y una experta en internacional en problemas sanitarios, fue consejera en materias relacionadas con la enfermería, política de asistencia a crónicos, retraso mental incapacidades relacionadas con el desarrollo, servicio de salud domiciliaria, tercera edad hospicios y SIDA.

Abdellah comprendió que para que la enfermera comprendiera un estatus profesional completo y plena autonomía era indispensable que dispusiese de una base sólida de conocimientos. Escribió 21 conceptos para que pudiese mejorar. Esta identificación y clasificación de los problemas que se llamaba la tipología de los 21

problemas de enfermería. Abdellah la tipología se dividió en tres áreas:

(1) Desarrollo físico, sociológicas, y emocionales del paciente,
 (2) Los tipos de relaciones interpersonales entre la enfermera y el paciente y (3) Los elementos comunes de atención al paciente.

Abdellah y sus colegas pensaron que la tipología de proporcionar un método para evaluar a un estudiante de experiencias y también un método para evaluar una enfermera de la competencia basada en las medidas de resultado⁽³⁸⁾

MODELO DE ADAPTACIÓN Sor Callista Roy.

PRUEBAS EMPIRICAS UTILIZADAS EN EL DESARROLLO DE LA TEORÍA

Estudio de investigación piloto y por sondeo. Ratificación del modelo de Roy, este modelo se basa en la investigación, observación y experiencia con los niños acabando este en un método de realización por inducción.

METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORIA

Persona: Las personas son sistemas holísticos y adaptables. “Como todo sistema adaptable, el sistema humano no se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las

personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general". "Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno".

Cuidado o enfermería: Es "una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general. La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación"(Enfermería Global Nº 14 Octubre 2008 Página 4). Como ciencia es "un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos con los que las personas influyen de manera positiva en su estado de salud". "La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas, a saber, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positiva". El objetivo de las enfermeras y enfermeros es "mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad".

Salud: “La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno”.

Entorno: Es el conjunto de “todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales” La meta de Enfermería es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

- Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse en un entorno.
- los valores el amor el respeto,⁽³⁹⁾

1.5 BASES CONCEPTUALES:

MARTA ROGERS

Conceptos y Definiciones.

En 1970 el modelo conceptual de la enfermera descansaba sobre un conjunto de supuestos básicos que describen el proceso de la vida en el hombre.

El proceso vital estaba caracterizado por la totalidad, la apertura, la falta de dirección el modelo y la organización. Desde 1970 Rogers ha revisado y actualizado su modelo conceptual y relaciona esta necesidad de modificación con los rápidos avances científicos y tecnológicos, en 1983. Rogers sustituyó la denominación de “Hombre Unitario” por la de “Seres Humanos Unitarios” también postula que los seres humanos son capaces de energía dinámicos que se integran con los campos de energía del entorno.

El objetivo del modelo es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno.

En 1980, postula la existencia de 4 pilares para su modelo:

Campos de Energía: son las unidades fundamentales tanto de los seres vivos como de la materia inerte, son particulares, dinámicos, abiertos e infinitos.

Universo de Sistemas Abiertos.

Modelos: es la característica de un campo de energía, se percibe como una onda que varía constantemente, haciéndose cada vez más compleja y diversa.

Pandimensionalidad: hace referencia a un dominio lineal, sin atributos de espacio ni tiempo, sus límites son imaginarios y fluctúan continuamente.

SUPUESTOS (METAPARADIGMAS)

Persona: es un sistema abierto que interacciona constantemente con otro sistema abierto el cual es el entorno. Lo define como ser

humano unitario e integrado con campos de energía infinitos y pandimensionales o eterna energía.

Entorno: es un campo de energía irreductible y pandimensional. Cada campo del entorno es específico de un campo humano, por lo cual ambos evolucionan continuamente, interaccionando entre sí.

Salud: lo define como un concepto que dependerá de la definición o percepción que le ofrezca cada persona o cultura y que esto dependerá de las circunstancias y experiencias a lo largo de la vida de cada ser humano y la capacidad de este para lidiar y alcanzar la salud, según los sistemas de valores existentes a considerar.

Enfermería: la describe tanto como una ciencia y como un arte. Impulsa la enfermería como ciencia ya que el objetivo de esta es fomentar y promover la salud y el bienestar, buscando el balance y armonía entre el hombre y su entorno. Se centra en la totalidad de la persona de modo humanístico, abstracto, juicioso y compasivo, sin perder la creatividad y la inventiva en cada intervención. ⁽⁴⁰⁾

Bases conceptuales de enfermería

Necesidad de adoptar un modelo

Actualmente, existen muchos significados para la palabra enfermería. Estos vienen dados por numerosos factores, pero fundamentalmente, por la diversidad de tareas a las que se han debido adaptar las enfermeras a lo largo de la historia y en los diversos lugares.

Los modelos actúan como hipótesis propuestas, que deben ser llevadas al campo de la investigación. Estas propuestas deben ser probadas, hasta alcanzar la teoría de enfermería.

Es posible que no exista una sola teoría de enfermería, y que se pueda hacer enfermería desde diferentes planteamientos. Actualmente, no existe ningún modelo tan desarrollado y con un proceso de investigación tan largo y positivo, en resultados, que haya alcanzado la categoría de teoría del cuidado de enfermería.

Lo que es claro, es que se encuentra en un momento profesional en que solo es posible el desarrollo hacia la autonomía y el avance hacia la profesionalización definitiva de la enfermería, con el estudio, la profundización, la aplicación y la investigación de un modelo de enfermería. Así es visto y reconocido por las máximas autoridades de la disciplina enfermera.

Un modelo no es lo mismo que una teoría. Un modelo representa las relaciones entre los conceptos de persona, salud, entorno y enfermería, pero escasamente describe el tipo de relación establecido. Newman (1979) afirma que la función de un modelo conceptual es guiar la formulación de preguntas. Las preguntas pueden ser transformadas en hipótesis, que pueden ser verificadas mediante la investigación. Los modelos pueden guiar la observación, clarificación y análisis de sucesos, así como la generación de preguntas, por lo que es evidente que un modelo no es una teoría, sino que conforma la estructura para la génesis de la misma. La teoría a su vez, puede modificar el modelo, pues, al ponerla en

práctica, permite afirmar que este es una representación adecuada o inadecuada de la realidad.

Relación entre modelo y teoría:

Se concluye que un modelo representa la realidad y su propósito es describirla, mientras que una teoría usa conceptos abstractos, mensurables y verificables para explicar esa misma realidad.

Gran parte de la bibliografía sobre modelos, además de escasa, emplea una terminología confusa y un lenguaje rebuscado, sin olvidar lo que puede aportar la traducción en la poca claridad de las ideas. En gran medida, estas razones fomentan la tendencia de las enfermeras a rechazar las propuestas, por considerarlas irrelevantes para la práctica.

Sin embargo, no se está solo en este intento, existen otros grupos de profesionales que han desarrollado diferentes modelos; los psicólogos, los pedagogos, los sociólogos e inclusive las ciencias más antiguas continúan desarrollando nuevos modelos.

Clasificación de los modelos conceptuales en enfermería

Son varias las autoras que han propuesto clasificaciones de modelos conceptuales en enfermería. La propuesta por Meleis (1991), es, una de las más fundamentadas, agrupó los modelos en tres escuelas o corrientes de pensamiento, y los criterios que siguió en su clasificación fueron: relacionar en cierta medida su cronología, los antecedentes de sus autores (educación recibida, experiencias

personales, valores y creencias respecto a la profesión, etc.) y el contexto sociocultural general en el que fueron concebidos (corrientes filosóficas, económicas, políticas, etc., dominantes).

Clarificar el propósito que guió la construcción del modelo.

Meleis también sugiere en su clasificación que sus autores se centraron en diferentes aspectos de los cuidados y trataron con mayor énfasis unos conceptos del metaparadigma que otros, ya que, al delimitar el área de competencia de la enfermería, tenían propósitos diferentes.

Las tres escuelas de pensamiento las denominó: necesidades, interacción y objetivos.

Escuela de las necesidades. Los modelos de esta escuela han intentado responder a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras? Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona para la satisfacción de sus necesidades fundamentales, o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. La jerarquía de necesidades de Maslow y la teoría de las etapas de desarrollo de Erickson han influenciado en esta escuela, según la cual, los cuidados de enfermería tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones.

Las principales teorizadoras de esta escuela son: V. Henderson, D. Orem y F. Abdellah.

Escuela de la interacción. Apareció a finales de los años 50 y principios de los 60, la teoría psicoanalista prevalece en esta época.

Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas.

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder a la pregunta ¿cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?; han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

Según esta escuela, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle ayuda. Con el fin de poder ayudar, la enfermera debe considerar sus propios valores y comprometerse con el cuidado como acción humanitaria y no mecánica. Sus investigaciones se apoyan en las necesidades básicas para conceptualizar a la persona, pero la característica que las identifica es que definen la enfermería como un proceso de interacción que es deliberado (tiene un propósito) y que implica ayuda y cuidados.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.6.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la intervención del profesional de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneal, que ingresa al servicio de emergencia del Hospital de Llata - Huánuco 2015.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características generales del profesional de enfermería del servicio de emergencia en estudio.
2. Identificar el nivel de conocimiento sobre traumatismo encéfalo craneal de los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia en estudio.
3. Evaluar la intervención del profesional de enfermería del servicio de emergencia frente a pacientes con traumatismo encéfalo craneal en estudio.

1.7 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

1.7.1 HIPÓTESIS GENERAL:

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la intervención adecuada del profesional de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneal que ingresa al servicio de emergencia del hospital de Llata 2015.

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la intervención adecuada del profesional de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneal que ingresa al servicio de emergencia del hospital de Llata 2015.

1.8 VARIABLES

1.8.1 IDENTIFICACION DE LA VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre TEC.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Intervención del profesional de enfermería en pacientes con TEC.

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

- Edad
- Genero
- Estado Civil
- Grado de formación
- Estabilidad laboral
- Tiempo de trabajo en el servicio
- Capacitación

1.8.2. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CALIFICACION	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre TEC	Conocimiento sobre manejo asistencial inicial de paciente con TEC grave	Concepto de TEC	Bueno (14 – 20) Regular (08 – 13) Deficiente (00 – 07)	Ordinal
		Concepto de clasificación de TEC		
		Concepto para evaluación de TEC		
		Concepto sobre lesiones y TEC		
		Concepto sobre lesión meninges.		
		Concepto sobre lesiones primarias		
		Concepto sobre lesiones secundarias		
		Concepto sobre protocolo en paciente TEC		
		Concepto sobre uso escala de coma Glasgow		
		Concepto sobre amnesia.		

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Intervención del profesional de enfermería	Intervención de enfermería en pacientes con TEC	Controla signos vitales	Nominal
		Realiza higiene de manos antes del procedimiento	
		Administración de líquidos intravenosos	
		Fármacos usados en la reanimación del TEC	
		Coloca inmovilización cervical	
		Dispone material para la aspiración de secreciones	
		Mantiene la cabecera elevado a 15°	
		Ausculta ruidos en ambos campos pulmonares	
		Monitoriza F. cardiaca, Respiratoria, SaO2	
		Administra oxígeno correctamente	
		Usa sondas de calibre adecuado	
		Usa sondas de aspiración adecuadamente	
		Al aspirar cumple con el tiempo adecuado	
		Al aspirar cumple con el intervalo entre aspiraciones	
		Lava la sonda con agua estéril	
		Usa y protege el aspirador de secreciones	
Realiza la higiene de manos después de usar el equipo de aspiraciones			

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CALIFICACION	ESCALA
VARIABLE CARACTERIZACION				
Profesional de enfermería del servicio de emergencia	Características generales	Edad	Años	Nominal
		Genero	- Femenino - Masculino	Razón
		Estado Civil	- Soltero - Casado - Divorciado - Viudo	Razón
		Grado de Formación	- Licenciado - Magister	Razón
		Estabilidad Laboral	- Nombrado - Contrato	Razón
		Tiempo de servicio	Años	Nominal
		Capacitación	- Mensual - Trimestral - Anual	Nominal

CAPITULO II

2. MARCO METODOLOGICO

2.1. AMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Servicio de Emergencia del Centro de Salud de Llata, categoría I – 4. Dicha institución fue reconocida como tal mediante R.D. N° 936-2011-RH-DG/DESP/DSS como desde el año 2012, pertenece a la Red de Salud Huamalies; fue creado como un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Huánuco, que pertenece al Gobierno Regional de Huánuco.

El ámbito de la jurisdicción del Centro de Salud de Llata para efectos de atenciones, abarca 12 localidades dentro de ella cuenta con los siguientes establecimientos que dependen de dicha Red:

- Centro de salud de Llata, nivel I - 4
- Puesto de Salud de Libertad, nivel I-2
- Puesto de Salud de Porvenir, nivel I-2
- Puesto de Salud de Pampas del Carmen, nivel I-2
- Puesto de Salud de Ishanca, nivel I- 2

Cabe resaltar que los pacientes que sufren TEC en la zona de influencia del Centro de Salud de Llata son referidos a dicho centro para su debida atención.

La Unidad de Emergencia del Hospital de Llata es continuada durante las 24 horas al día y todos los días de la semana, siendo los turnos de trabajo de las enfermeras de forma rotativa en los siguientes horarios de 7:00 a.m. - 7:00 p.m. (diurnos) y de 7:00 p.m. - 7:00 a.m. (nocturno).

2.2 POBLACION Y MUESTRA

2.2.1 Población

La población total o universo fueron **20** profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Emergencia del Hospital de Llata.

2.2.2 Muestra

Unidad de Análisis: Cada profesional de enfermería.

Unidad de Muestreo: Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Marco Muestral: Estuvo conformada por un padrón nominal de profesionales enfermeros que laboran en el servicio de emergencia del Hospital de Tingo María.

Tamaño Población Muestral:

Debido a que la población es pequeña se trabajó con el 100% de la población, teniendo una muestra poblacional de **20** enfermeros de la Unidad de Emergencia del Hospital de Huamalies - Llata.

Criterios de selección de la población.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- Personal de enfermería del Servicio de Emergencia.
- Personal de enfermería que acepten el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: se excluyeron en el estudio:

- Personal de enfermería con vacaciones regulares.

2.3 TIPO DE ESTUDIO

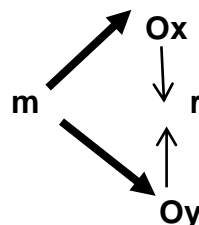
El estudio de investigación es cuantitativo, de nivel aplicativo y de tipo descriptivo porque analizó cómo es y cómo se manifestó un fenómeno y sus componentes; permitiendo detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue prospectivo, porque se captó la información después de la planeación.

Según el periodo y secuencia del estudio; el estudio fue transversal, porque las variables involucradas se midieron en un solo momento.

2.4 DISEÑO DE INVESTIGACION:

El presente estudio de Investigación pertenece al Diseño Descriptivo correlacional. Al esquematizar este diseño obtenemos el siguiente diagrama:



Dónde:

- m** = muestra en estudio
Ox = variable independiente

Oy = variables dependiente
r = relación entre las variables

2.5 TECNICAS E INSTRUMENTO

2.5.1 Técnicas

Las técnicas a utilizarse serán:

- Encuesta
- Observación

2.5.2 Instrumentos

Asimismo, los instrumentos serán:

a. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS EN MANEJO ASISTENCIAL DE TEC GRAVE (Anexo 01):

El cuestionario de evaluación de conocimiento, se divide en tres partes:

La primera parte consta de **08** ítems donde se recopila información acerca de las Características Socioeconómicas del enfermero; esta información fue referencial y servirá de base para posteriores estudios.

La segunda parte consta de **03** ítems, donde se recopila información acerca de la Disponibilidad de algunos recursos de la Institución; esta información fue referencial y servirá de base para posteriores estudios.

La tercera parte consta de **11** ítems, donde se recopiló información acerca del nivel de conocimiento teórico sobre manejo asistencial

inicial de pacientes con TEC grave; esta información fue la base para el análisis del presente estudio

Esquema del cuestionario según el siguiente detalle:

- Información socioeconómica (08 ítems).
- Disponibilidad de insumos y recurso tecnológico (03 ítems).
- Conocimiento sobre manejo asistencial inicial de paciente con TEC grave – (11 ítems).

El nivel de conocimiento se midió a través de las respuestas a los ítems únicamente de la tercera parte del instrumento (Conocimiento sobre manejo asistencial inicial de paciente con TEC grave – 11 ítems), cuyas respuestas serán calificadas de acuerdo a los siguientes puntajes: Respuesta correcta = 2, Respuesta incorrecta= 0.

Valor del Instrumento: Escala

- Nivel de conocimiento Alto: 17 – 22 puntos.
- Nivel de conocimiento Medio: 11 – 16 puntos.
- Nivel de conocimiento Bajo: 00 – 10 puntos

b. Guía de observación (Anexo 2).- Nos permitió la observación directa de las actividades relacionadas a la atención de los pacientes. La guía de observación tuvo **11 ítems** observables cada una de ellas con dos posibles respuestas, SI CUMPLE o NO CUMPLE. El instrumento consideró un puntaje máximo de 22 puntos y fueron calificadas de acuerdo a los siguientes puntajes:

SI CUMPLE	=	2
NO CUMPLE	=	0

Valor del Instrumento: Fue operacionalizado mediante la siguiente escala:

- ALTO: 12 – 22 puntos.
- MEDIO: 06 – 11 puntos
- DEFICIENTE 00 – 05 puntos.

Validez y confiabilidad

Se tuvo en cuenta la validez de contenido por el juicio de expertos y la medición de la confiabilidad será mediante el alfa de Cronbach.

2.6 PROCEDIMIENTO.

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso a la dirección del Hospital en estudio.
- Se solicitó el consentimiento del personal de salud que van a ser estudiados.
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación al enfermero.
- Se seleccionó, computó, tabuló y evaluación de datos.
- Se interpretaron los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Se ejecutó el informe final.

2.7 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Dentro del plan de tabulación de los datos se tuvo en cuenta la revisión de los datos, codificación, clasificación, procesamiento y presentación de los datos.

En el análisis descriptivo de los datos se utilizarán estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de Chi Cuadrado con un nivel de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18,0.

CAPITULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSION

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

3.1 RESULTADOS

3.1.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

3.1.1.1 CARACTERISTICAS SOCIECONOMICAS DEL PROFESIONAL:

Tabla 01. Edad en años de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Edad del Profesional Enfermera (o)	Frecuencia	%
18 a 29	10	50%
30 a 39	4	20%
40 a 49	3	15%
50 a mas	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

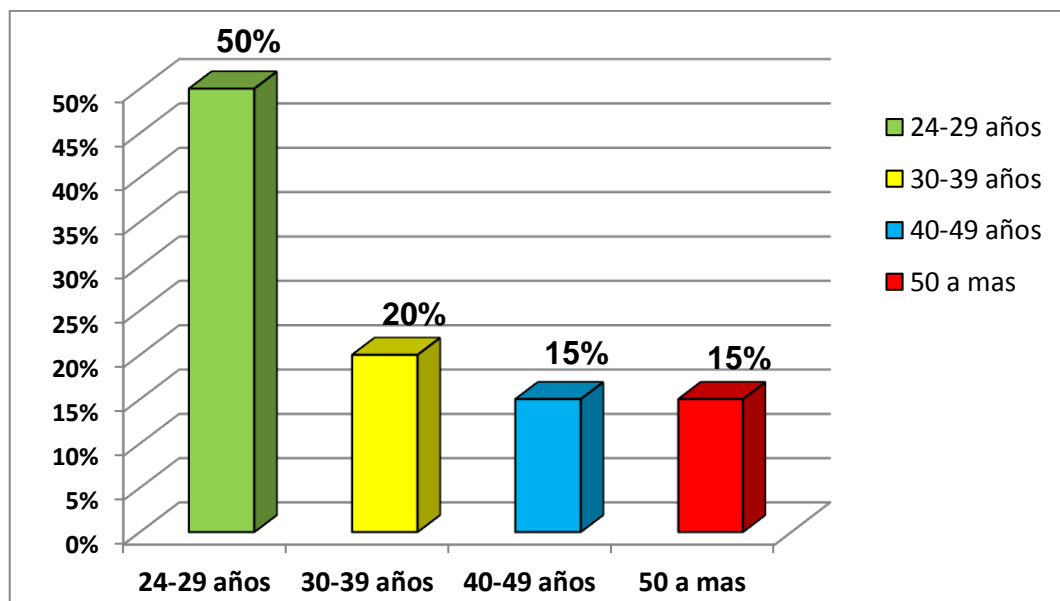


Gráfico 01. Edad en porcentaje, de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

En cuanto a la edad de los profesionales, se encontró que el **50%** (10 enfermeras) tienen edades entre 18 a 29 años, el **20,0%** (04 enfermeras), entre 30 a 39 años, el **15,0%** (03 enfermeras) entre 40 a 49 años y **15%** (03 enfermera) con 50 o más años.

Tabla 02. Sexo de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	15	75%
Masculino	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

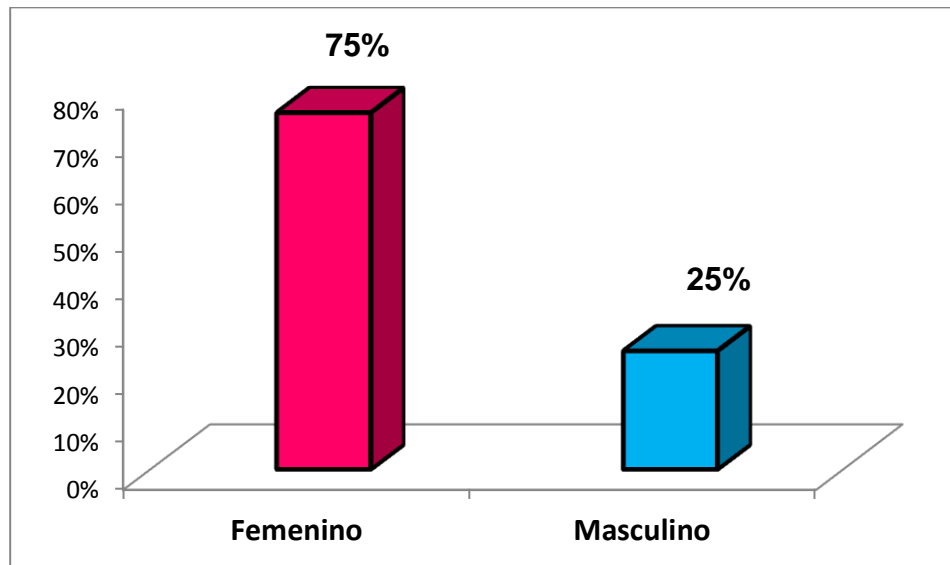


Gráfico 02. Sexo de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Respecto al sexo de los profesionales de enfermería, se encontró que el **75 %** (15 profesionales) son mujeres y el **25 %** (05 profesionales), son varones.

Tabla 03. Estado Civil de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltera	13	65%
Casada	5	25%
Divorciada	2	10%
Viuda	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

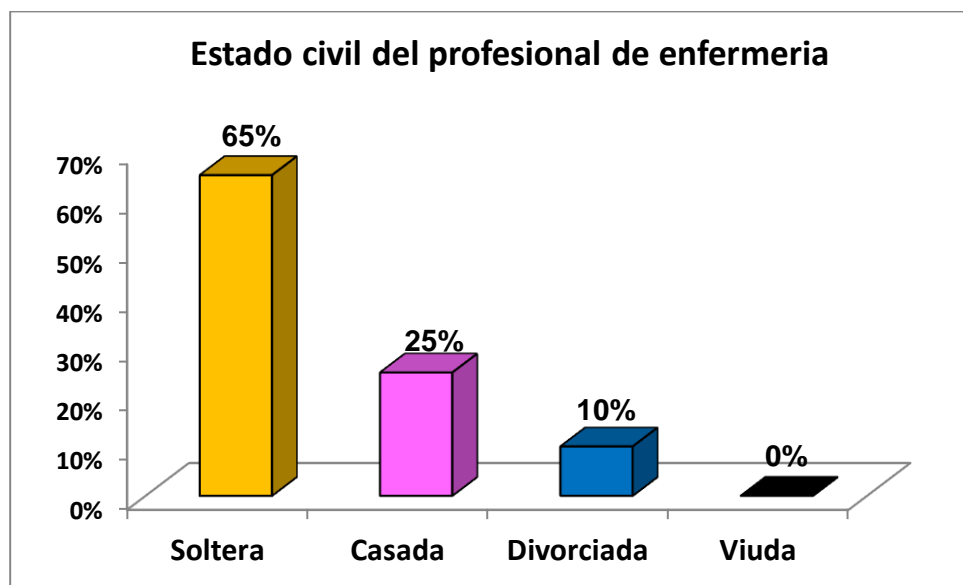


Gráfico 03. Estado Civil de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015

Respecto al estado civil de los profesionales de enfermería, se encontró que el **65 % (13 profesionales)** son solteras, el **25 % (05 profesionales)** son casadas, el **10% (02 profesionales)** son divorciadas.

Tabla 04. Grado de formación de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Grado formación académica	Frecuencia	%
Licenciada en enfermería	20	100%
Magister	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

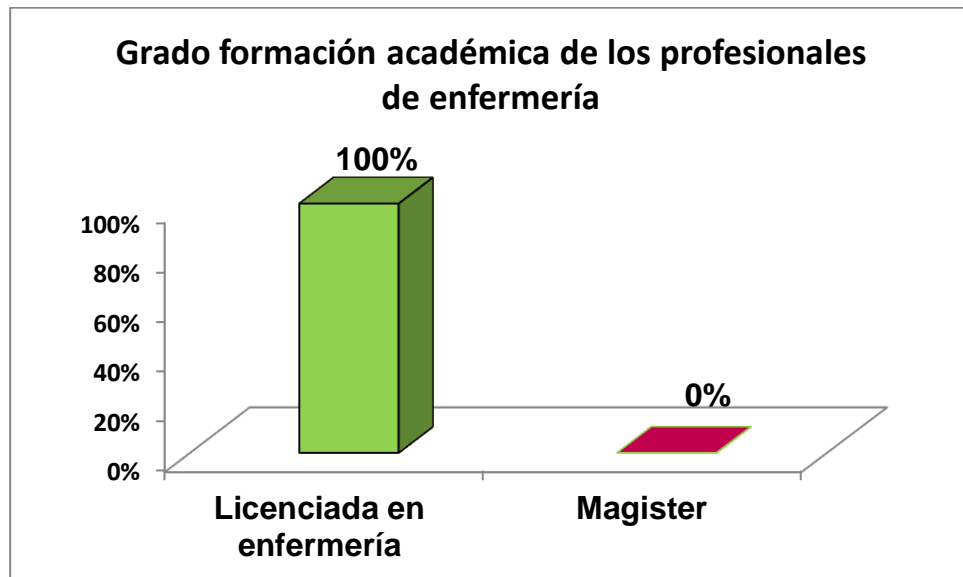


Gráfico 04. Grado de formación de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Respecto al grado de formación académica de los profesionales de enfermería, se encontró que el **100 % (20 profesionales)** son **Licenciadas** y ninguna todavía es magister.

Tabla 05. Situación laboral de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Situación Laboral	Frecuencia	%
Nombrado	3	15%
Contratado	17	85%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

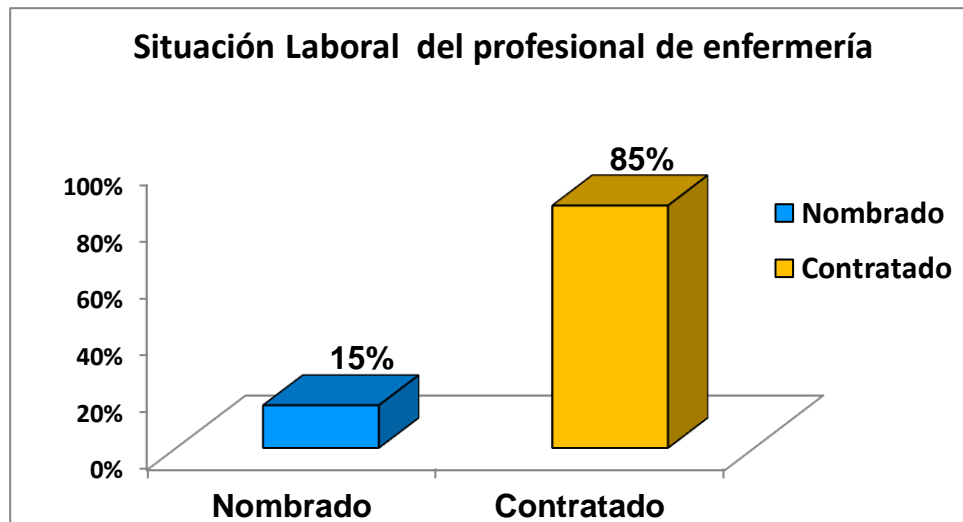


Gráfico 05. Situación laboral de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Respecto a la situación laboral de los profesionales de enfermería, se encontró que el **85 % (17 profesionales)** son **contratados**, el **15 % (03 profesionales)** son **nombrados**.

Tabla 06. Años de experiencia de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Años de experiencia en el servicio	Frecuencia	%
Menor a 1 año	7	35%
De 1 a 5 años	10	50%
De 6 - 10 años	1	5%
Mayor a 10 años	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

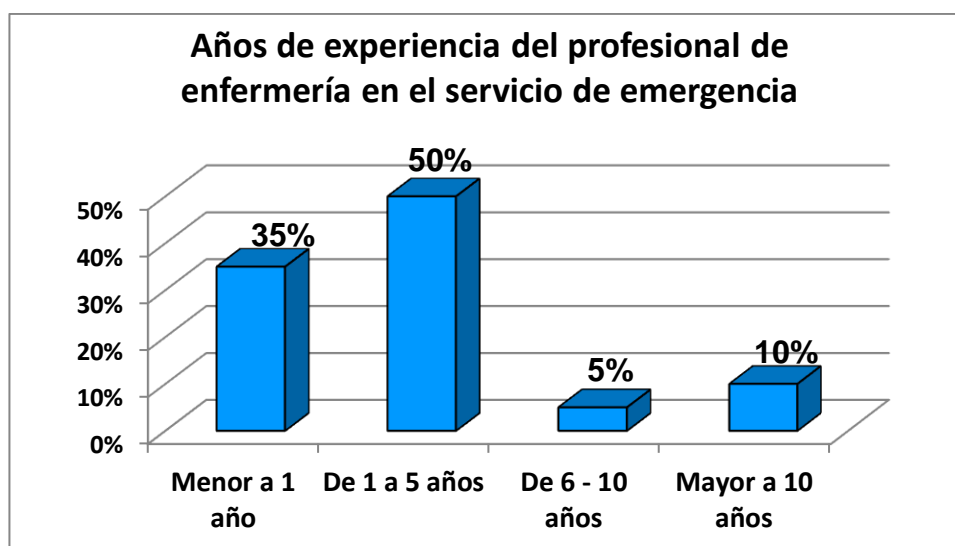


Gráfico 06. Años de experiencia de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Respecto a los años de experiencia de profesionales de enfermería en el servicio de emergencia, se encontró que el **50%** (**10** profesionales) tienen entre 1 a 5 años, el **35 %** (**07** profesionales) tienen menor a 1 año, el **10%** (**02** profesionales) tienen mayor a **10 años** y el **5 %** (**01** profesional) tiene entre 1 a 5 años.

Tabla 07. Educación continua institucional que reciben los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Recibió educación continua institucional	Frecuencia	%
SI	0	0%
NO	20	100%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

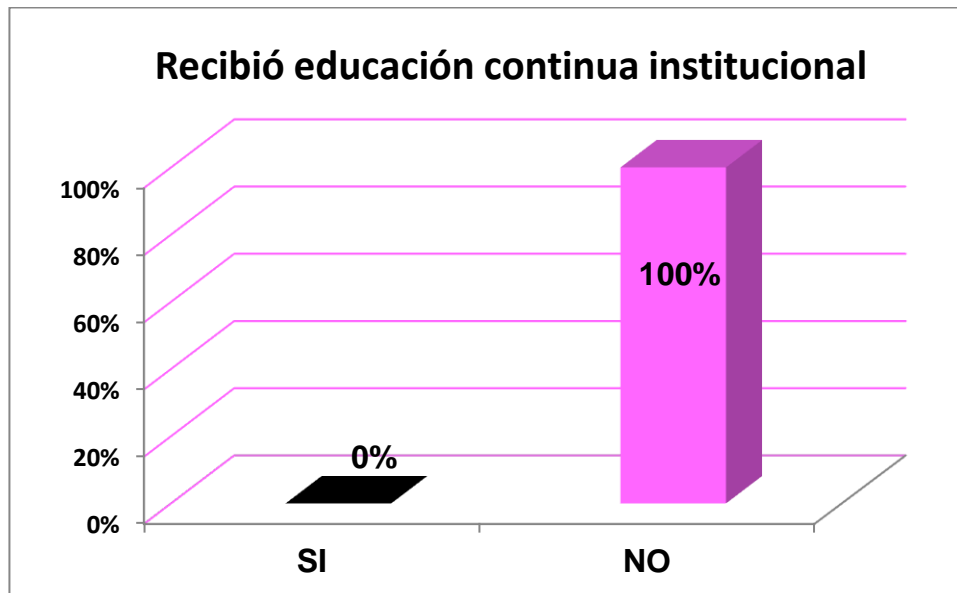


Gráfico 07. Educación continua institucional que reciben los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Respecto a la educación continua brindada por la institución a los profesionales de enfermería, se encontró que el **100% (20 profesionales) no recibieron** educación continua.

Tabla 08. Aplicación de protocolos en el servicio de Emergencia los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

En el servicio de Emergencia se trabaja con protocolos	Frecuencia	%
SI	14	70%
NO	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

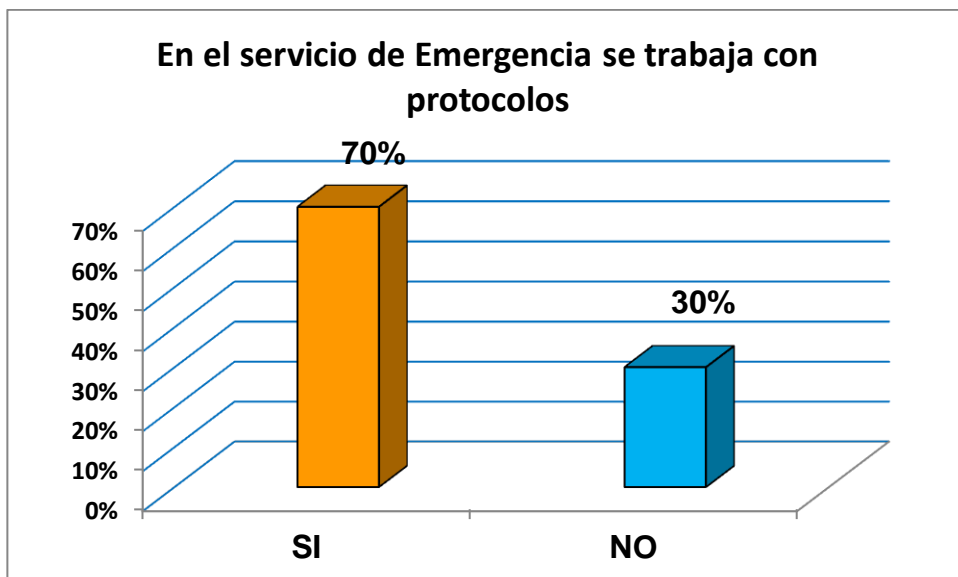


Gráfico 08. Aplicación de protocolos en el servicio de Emergencia los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Respecto a la aplicación de protocolos que aplican los profesionales de enfermería, se encontró que el **70%** (**14** profesionales) aplican el protocolo de TEC y el **30 %** (**06** profesionales) no aplican el protocolo de TEC.

Tabla 09. Recursos tecnológicos que disponen los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Disponibilidad de recursos tecnológicos	Frecuencia	%
SI	5	25%
NO	15	75%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

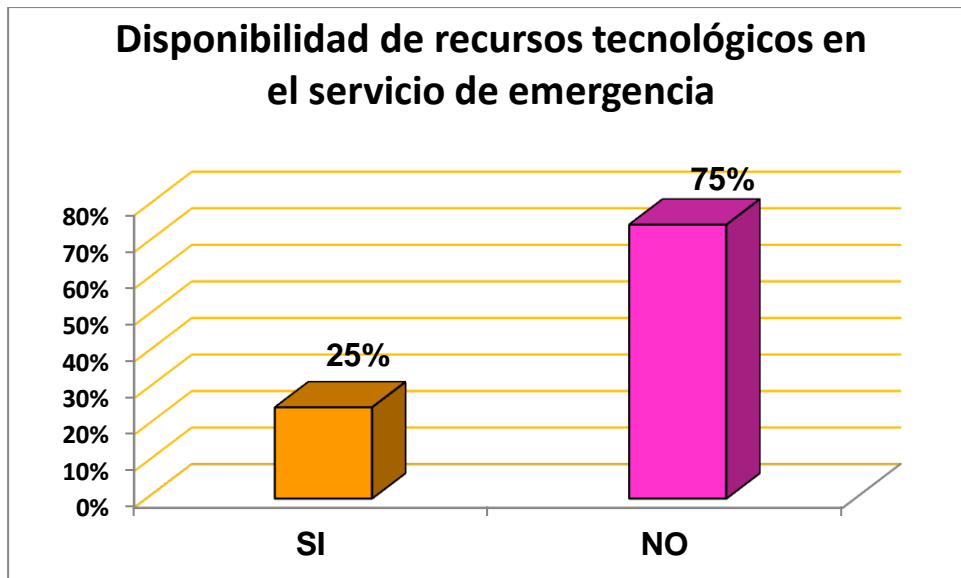


Gráfico 09 Recursos tecnológicos que disponen los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Respecto a la disponibilidad de recursos tecnológicos con que cuentan los profesionales de enfermería, se encontró que el **75% (15 profesionales)** **si disponen** y el **25 % (05 profesionales)** no disponen de recursos tecnológicos.

Tabla 10. Insumos disponibles para atención asistencial de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Disponibilidad de insumos para atención asistencial	Frecuencia	%
SI	11	55%
NO	9	45%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

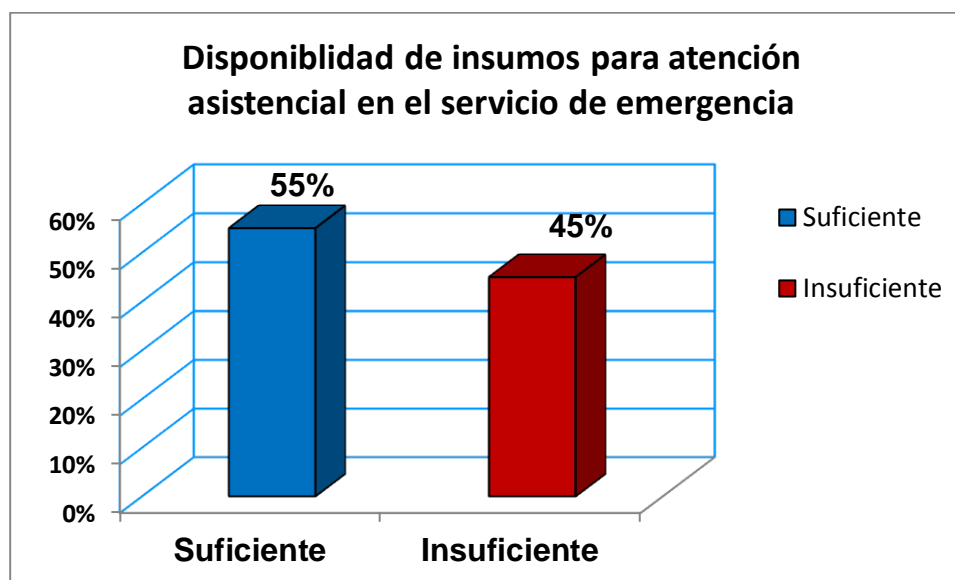


Gráfico 10. Insumos disponibles para atención asistencial de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata – Huánuco 2015.

Respecto a los insumos disponibles por los profesionales de enfermería, se encontró que el **55%** (**11** profesionales) disponen de **suficientes** insumos y el **45 %** (**09** profesionales) no disponen o **son insuficientes** los insumos que se les asigna.

1.1.1.2 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION ASISTENCIAL DE ENFERMERIA A PACIENTES CON T.E.C. GRAVE.

Tabla 11. Nivel de **Conocimiento** sobre atención asistencial de enfermería a pacientes con Traumatismo Encefálico Craneal – T.E.C. en el Servicio de Emergencia del Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Nivel de Conocimiento Teórico del Profesional	Frecuencia	%
Alto	6	30%
Medio	14	70%
Bajo	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 01.

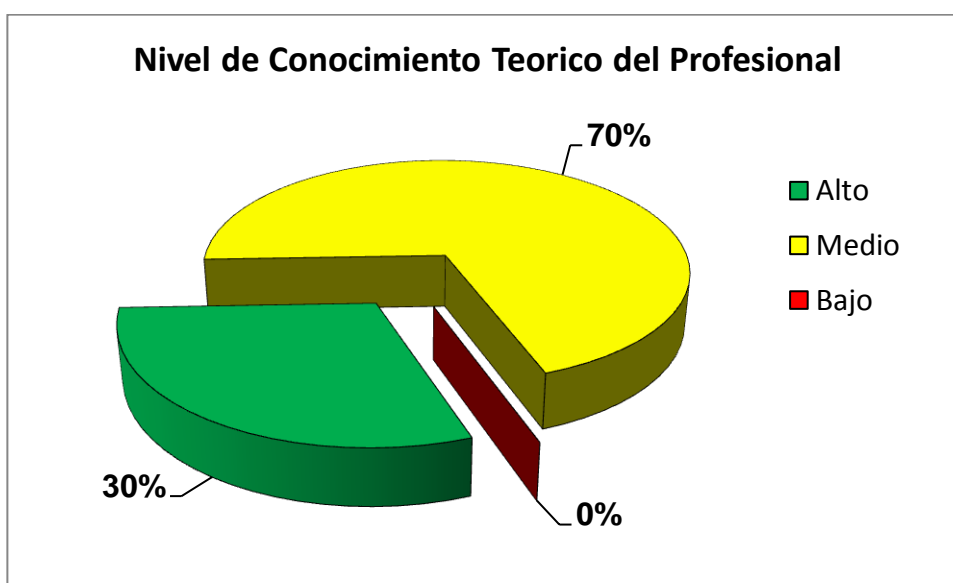


Gráfico 11. Nivel de **Conocimiento teórico** sobre atención asistencial de enfermería a pacientes con Traumatismo Encefálico Craneal – T.E.C. en el Servicio de Emergencia del Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Respecto al Nivel de Conocimiento, se encontró que el **70% (14** profesionales) tienen el nivel **Medio de conocimiento**, el **30 % (06** profesionales) tiene el nivel **Alto de conocimiento** y ningún profesional con nivel deficiente.

3.1.1.3 NIVEL DE INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

Tabla 12. Nivel de intervención de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Nivel de intervención del profesional de enfermería	Frecuencia	%
Si Cumple	16	80%
No cumple	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Anexo 02 – Guía de observación.

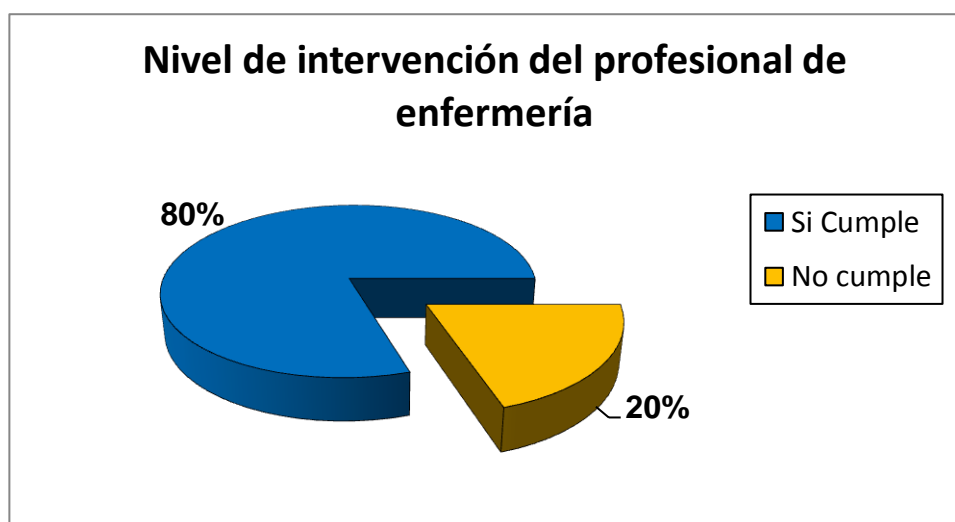


Gráfico 12. Nivel de intervención de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Respecto al Nivel de intervención de los profesionales de enfermería, se encontró que el **80% (16 profesionales) cumple** con su práctica asistencial y el **20 % (04 profesionales) no cumplen** con su práctica asistencial.

Tabla 13. Resultados obtenidos de la guía de observación acerca del nivel de intervención de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

ITEMS	%	Frecuencia
Aplica normas de bioseguridad en recepción paciente.	85%	17
Recibe paciente con medidas de inmovilización y protección de vías aéreas.	90%	18
Monitoriza: FC, FR y SaO2	75%	15
Maneja adecuadamente la vía aérea	80%	16
Aspira secreciones según necesidad	85%	17
Canaliza vías de alto flujo para la reanimación del paciente	85%	17
Valora el estado neurológico al paciente con escala Glasgow	90%	18
Expone al paciente controlando la normo termia del paciente y temperatura ambiental.	95%	19
Respeto la intimidad del paciente	100%	20
Llama al paciente por su nombre	100%	20

Fuente: Anexo 02 – Guía de observación.

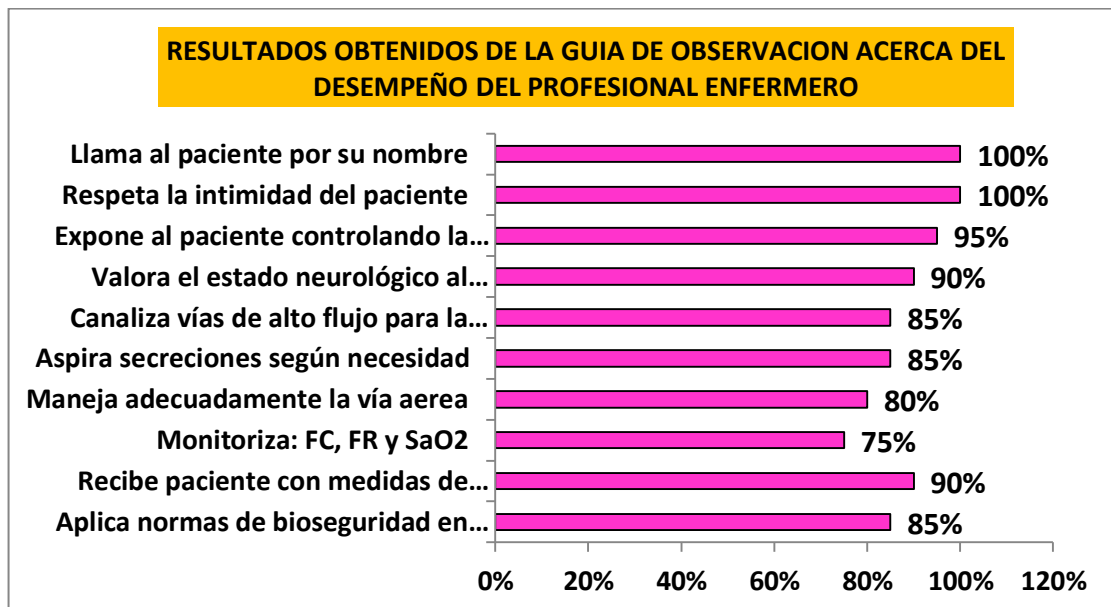


Gráfico 13. Resultados obtenidos de la guía de observación acerca del nivel de intervención de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

3.1.2. ANALISIS INFERENCIAL

Tabla 14. Distribución numérica y porcentual de la Relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de intervención de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Nivel de intervención del profesional	Nivel de Conocimiento				Total
	ALTO	%	MEDIO	%	
SI CUMPLE	7	72.45	9	76.81	16
NO CUMPLE	2	27.55	2	23.19	4
TOTAL	9	100	11	100	20

$$\chi^2 = 6.114$$

$$p = 0.0041 < 0.05 (*)$$

Fuente: Anexo 01 y 02.

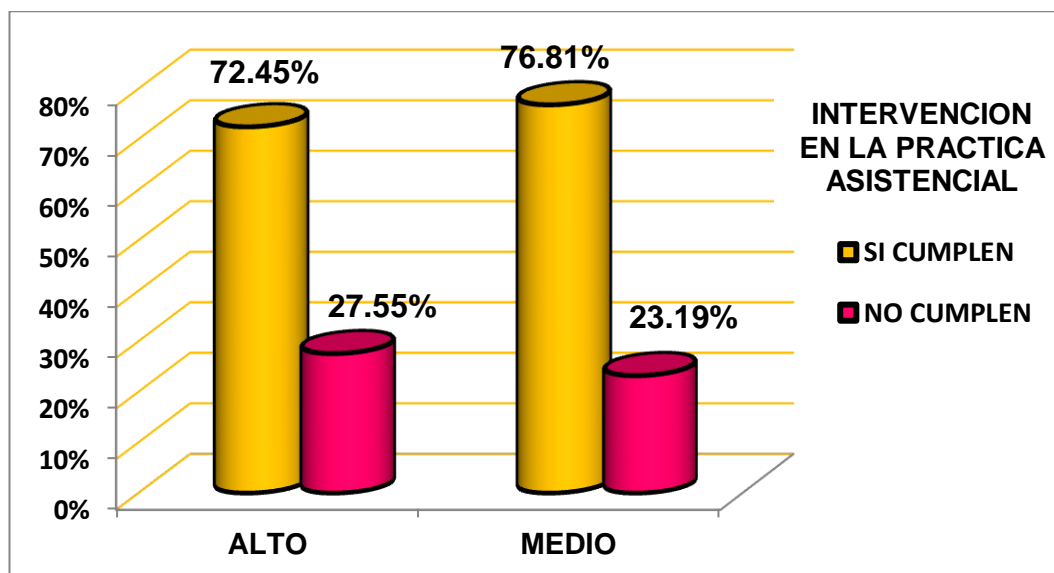


Gráfico 14. Relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de intervención de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia en el Hospital de Lata – Huánuco 2015.

Para los criterios del nivel de conocimiento y nivel de intervención del profesional, vemos que estos criterios presentan **dependencia significativa** ($p=0.0041 < 0.05$);

Asimismo de la **Tabla y Gráfico 14** se evidencia que de los profesionales de enfermería que presentaron un nivel de **conocimiento alto**, el **72.45% si cumplen** con las intervenciones de recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Llata.

Mientras que los profesionales de enfermería que presentaron un nivel de **conocimiento medio**, el **72.45% si cumplen** con las intervenciones de recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Llata.

Estos resultados demuestran que el profesional de enfermería tiene conocimiento sobre recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave **entre medio y alto**, es por eso que utiliza de manera adecuada la intervención en un nivel suficiente del cumplimiento en la intervención asistencial de pacientes con T.E.C grave.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

La Hipótesis General planteada en esta investigación es:

Hi: **Existe** relación significativa entre el nivel de conocimiento y la intervención adecuada del profesional de enfermería en

pacientes con traumatismo encéfalo craneal que ingresa al servicio de emergencia del hospital de Llata 2015.

Del análisis inferencial se obtuvo que el valor de la probabilidad de Fischer fue de **($p=0.0041$)**, observándose que este valor **es menor** que el punto crítico establecido **($p < 0.05$)**, por lo que rechazamos la Hipótesis Nula **(H_0)** y **ACEPTAMOS** la Hipótesis de Investigación **(H_1)**.

Del mismo modos tenemos que $p=0.0041 < 0.05$; lo que significa que **EXISTE UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA** entre el nivel de conocimiento y el nivel intervenciones en recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Llata.

3.2 DISCUSION

En base a los resultados reportados en la **Tabla y Gráfico 11** acerca del nivel de conocimiento acerca de atención asistencial de enfermería a pacientes con Traumatismo Encefálico Craneal – T.E.C. que tienen los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital de Llata es importante destacar que el mayor porcentaje **70%** de enfermeras asistenciales tienen un **conocimiento regular**, mientras que un **30%** tienen un nivel de **conocimiento alto**.

Los resultados que se presentan en la **Tabla y Gráfico 12**, que corresponde al nivel de intervención del profesional de enfermería, tenemos que el **80.00%, SI CUMPLE**, con un adecuado nivel de intervención, mientras que en el **20.00%, NO CUMPLE**, con un adecuado nivel de intervención.

Estos hallazgos casi coinciden a los encontrados en otros estudios internacionales como lo reportado por Crespo, Ana Lucía, Yugsi, Luis Rafael. ⁽¹²⁾ en su estudio “Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Julio 2011 a Julio 2012”. El estudio es descriptivo, analítico porque permitió valorar el nivel de conocimientos de las enfermeras/os, es transversal porque se realizó de Julio 2011 a Julio 2012 en el área de shock trauma del servicio de emergencia. Se tomó una muestra de 70 pacientes que presentaron T.C.E. grave. Para obtener los datos se realizó encuesta y guía de observación al

personal de enfermería. En los resultados se obtuvieron que **el 100 % de las enfermeras/os no están capacitadas para el manejo de este tipo de pacientes**, en especial en lo que se refiere al manejo y orden de prioridad de la vía aérea del paciente...

Al respecto se hace necesario proponer la necesidad de que los profesionales de enfermería participen de modo particular o institucional de capacitaciones especializadas en los conocimientos acerca del manejo de pacientes con TEC.

De la **Tabla y Cuadro 14**, tenemos los resultados del análisis inferencial que hemos utilizado para la contrastación y comprobación de hipótesis los profesionales de enfermería quienes presentaron un nivel de **conocimiento alto**, y cumplen con las intervenciones **(72.45%)** en la recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Llata.

Mientras que las enfermeras que tienen un nivel de **conocimiento medio** cumple con las intervenciones de recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Llata en un **76.81%**.

Estos resultados demuestran que el profesional de enfermería tiene conocimiento sobre recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave **entre medio y alto**, es por eso que utiliza de manera adecuada la intervención en un nivel suficiente del cumplimiento en la intervención asistencial de pacientes con T.E.C grave.

CONCLUSIONES

- En cuanto a la edad de los profesionales, se encontró que el **50%** (10 enfermeras) tienen edades entre 18 a 29 años, el **20,0%** (04 enfermeras), entre 30 a 39 años, el **15,0%** (03 enfermeras) entre 40 a 49 años y **15%** (03 enfermera) con 50 o más años.
- Respecto al sexo de los profesionales de enfermería, se encontró que el **75 % (15 profesionales)** son mujeres y el **25 % (05 profesionales)**, son varones.
- Respecto al estado civil de los profesionales de enfermería, se encontró que el **65 % (13 profesionales)** son solteras, el **25 % (05 profesionales)** son casadas, el **10% (02 profesionales)** son divorciadas.
- Respecto al grado de formación académica de los profesionales de enfermería, se encontró que el **100 % (20 profesionales)** son **Licenciadas** y ninguna todavía es magister.
- Respecto a la situación laboral de los profesionales de enfermería, se encontró que el **85 % (17 profesionales)** son **contratados**, el **15 % (03 profesionales)** son **nombrados**.
- Respecto a los años de experiencia de profesionales de enfermería en el servicio de emergencia, se encontró que el **50% (10 profesionales)** tienen entre 1 a 5 años, el **35 % (07 profesionales)**

tienen menor a 1año, el **10%** (**02** profesionales) tienen mayor a **10 años** y el **5 %** (**01** profesional) tiene entre 1 a 5 años.

- Respecto a la educación continua brindada por la institución a los profesionales de enfermería, se encontró que el **100%** (**20** profesionales) **no recibieron** educación continua.
- Respecto a la aplicación de protocolos que aplican los profesionales de enfermería, se encontró que el **70%** (**14** profesionales) aplican el protocolo de TEC y el **30 %** (**06** profesionales) no aplican el protocolo de TEC.
- Respecto a la disponibilidad de recursos tecnológicos con que cuentan los profesionales de enfermería, se encontró que el **75%** (**15** profesionales) **si disponen** y el **25 %** (**05** profesionales) no disponen de recursos tecnológicos.
- Respecto a los insumos disponibles por los profesionales de enfermería, se encontró que el **55%** (**11** profesionales) disponen de **suficientes** insumos y el **45 %** (**09** profesionales) no disponen o **son insuficientes** los insumos que se les asigna.
- Respecto al Nivel de Conocimiento, se encontró que el **70%** (**14** profesionales) tienen el nivel **Regular de conocimiento**, el **30 %** (**06** profesionales) tiene el nivel **Bueno de conocimiento** y ningún profesional con nivel deficiente.

- Respecto al Nivel de intervención de los profesionales de enfermería, se encontró que el **80% (16 profesionales) cumple** con su práctica asistencial y el **20 % (04 profesionales) no cumplen** con su práctica asistencial.
- Asimismo de la **Tabla y Gráfico 14**, se evidencian los criterios de correlación entre el nivel de conocimiento y nivel de intervención del profesional y vemos que presentan **dependencia significativa** ($p=0.0041 < 0.05$).

De otro lado los profesionales de enfermería que presentaron un nivel de **conocimiento alto**, cumplen con las intervenciones (**72.45%**) de recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Llata.

Asimismo las enfermeras que tienen un nivel de **conocimiento medio** cumple con las intervenciones de recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Llata en un **76.81%**.

Estos resultados demuestran que el profesional de enfermería tiene conocimiento sobre recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave **entre medio y alto**, es por eso que utiliza de manera adecuada la intervención en un nivel suficiente del cumplimiento en la intervención asistencial de pacientes con T.E.C grave.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

La Hipótesis General planteada en esta investigación es:

Hi: **Existe** relación significativa entre el nivel de conocimiento y la intervención adecuada del profesional de enfermería en pacientes con traumatismo encéfalo craneal que ingresa al servicio de emergencia del hospital de Llata 2015.

Del análisis inferencial se obtuvo que el valor de la probabilidad de Fischer fue de (**$p=0.0041$**), observándose que este valor **es menor** que el punto crítico establecido (**$p < 0.05$**):

Es decir $p=0.0041 < 0.05$; lo que significa que **EXISTE UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA** entre el nivel de conocimiento y el nivel intervenciones en recepción y cuidados de enfermería a pacientes con TEC grave que acuden al servicio de emergencia del Hospital de Llata; por lo que **ACEPTAMOS** la Hipótesis de Investigación (**Hi**) y rechazamos la Hipótesis Nula (**Ho**).

RECOMENDACIONES

- Fortalecer permanentemente a través de capacitaciones y especialidades el desarrollo personal y profesional del personal de Enfermería del Centro de Salud de Llata.
- Al personal de enfermería es muy importante que se capaciten permanentemente en el tratamiento de pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneal Grave..
- A la Unidad de capacitación y jefatura de enfermería programen talleres de capacitación para el personal de enfermería que brindan atención en esta área crítica.
- El presente estudio debe ser punto de referencia para trabajos futuros en el tratamiento del dolor

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Jiménez Abad, Juan Manuel. “Traumatismo
dspace.unl.edu.ec/jspui/.../1/JIMÉNEZ%20ABAD%20JUAN%20MAN
UEL%20.pdf.
2. ADAMS, M; RAYMAD, D. 1999. 6ª edición. Principios de neurología.
México, DF. McGraw-Hill interamericana. Capítulo 35; Trauma
craneoencefálico. Págs.; 758 – 182.
3. RMG Gozalo, Estudio de la atención al traumatismo:
[www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4489/rmgg1de1.pdf?sequence=](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4489/rmgg1de1.pdf?sequence=1)
1.
4. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Accidentes y lesiones de
tránsito a Barcelona 2003.
5. Quintanal Cordero N, Felipe Morán A, Tápanes Domínguez A,
Rodríguez de la Paz N, Cañizares Marrero C, Prince López J.
Traumatismo craneoencefálico: estudio de cinco años. Rev Cubana
Med Milit. [Internet] 2006 [citado 30.10.2010]; 35(2).
6. Muñoz–Céspedes JM, Paul – Lapedriza N, Pelegrin Valero C, Tirapu
–Ustarroz J. Factores de pronóstico en el traumatismo
craneoencefálico. Rev Neurol. 2001; 32 : 351 – 64.
7. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2012;2(1):28–33.
8. Burgos Marín E de, Díaz Castellanos MA, Fierro Rosón LJ, Hurtado
Ruiz B, Ramos Cuadra JA, Ruiz Bailén M, Serrano Córcoles
MC. Manejo del traumatismo craneoencefálico grave en un hospital
comarcal. Revista Emergencias. 2000; 12: 106- 115.

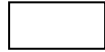
9. Altied López E, Bermejo Aznarez S, Chico Fernández M.
Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Revista Medicina Intensiva. Febrero 2009; 33: 16-30.
10. Profesionales del Enfermo Crítico. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave, Medicina Intensiva 2009;33:16-30.
11. Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons, Congress of Neurological Surgeons, Joint Section on Neurotrauma and Critical Care. Guidelines for the management of severe Traumatic Brain Injury 3rd Edition, 2007.
12. Crespo, Ana Lucía, Yugsi, Luis Rafael. "Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Julio 2011 a Julio 2012". Quito Ecuador. Marzo 2013.
13. OPS. Niveles de atención trauma cráneo encefálico. Documento 6065 XIII Congreso Medico Latinoamericano de Rehabilitación Lima – Perú. 2009:214
14. Acta Med. peruana v.28 n.1 Lima ene./mar. 2011.
15. Stochetti N, Furlan A, Volta F. Hypoxemia and arterial hypotension at the accident scene in head injury. J Trauma. 1996;40: 764-767
16. Fearnside MR, Cook RJ, McDougall P, et al. The Westmead Head Injury Project outcome in severe head injury. A comparative analysis

- of pre-hospital, clinical, and CT variables. *Br J Neurosurg* 1993;7: 267-279.
17. Vassar MJ, Perry CA, Holcroft JW. Analysis of potential risks associated with 7.5% sodium chloride resuscitation of traumatic shock. *Arch Sur* 1990; 125: 1309-1315
18. Barry KG, Berman AR. Mannitol infusion. Part III. The acute effect of the intravenous infusion of mannitol on blood and plasma volume. *N. Engl. J. Med.* 1961;264: 1085-1088
19. Feig PU, McCurdyDK. The hypertonic State. *N. Engl. J. Med.* 1977; 297: 1449
20. Becker DP, Vries JK. The alleviation of increased intracranial pressure by the chronic administration of osmotic agents. In: *Intracranial Pressure* M. Brock and H Dietz (eds), Springer: Berlin 1972: 309-315.
21. Schwartz ML, Tator CH, Rowed DW, University of Toronto Head Injury Treatment Study. A prospective randomized comparison of pentobarbital and mannitol. *Can. J. Neurol. Sci.* 1984;11: 434-440
22. Zornow MH. Hypertonic saline as a safe and efficacious treatment of intracranial hypertension. *J Neurosurg. Anesthesiol.* 1996; 8:175-177.
23. Battison C, Andrews PJ, Graham C, et al. Randomized controlled trial of the effect of a 20% mannitol solution and a 7.5% saline/6% dextran on increased intracranial pressure after brain injury. *Crit. Care Med.* 2005; 33: 196:202.

24. Ward JD, Becker DP, Miller JD, et al. Failure of prophylactic barbiturate coma in the treatment of severe head injury. *J Neurosurg.* 1985; 62: 383-388.
25. Untitled Ministerio de Salud web.minsal.cl/portal/url/item/7221a1369a71b578e04001011f016144.pdf.
26. Ministerio de Salud – MINSA Huanuco. Estadística e Informática.
27. Belegen and Tripp- 10 Nov. 2005 A methodology for developing a nursing education minimum ...
28. Marco epistemológico de la enfermería | Durán de Villalobos aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34
29. Meléis La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería www.index-f.com/rae/301pdf/009012.pdf.
30. www.asocimed.ec/guiasclinicasneurologicastraumatismoencefalocraneal.html.
31. Durán de Villalobos María Mercedes: Profesora titular y emérita, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, mmvillalobos@gmail.com, Bogotá, Colombia.
32. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería... www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a09.
- 33 JJ Frenk investigaciones sobre servicios de salud: una - PAHO IRISiris.paho.org/.../Investigaciones%20sobre%20servicios%20de%20salud%...

33. Chinn PL, Kramer MK. Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing. 7th. ed. St. Louis, Missouri: Mosby, Elsevier; 2008.
34. Barret E, Madrid M, editors. Roger's Scientific Art of Nursing Practice. New York: National League for Nursing Press; 1994
35. Chinn PL, Kramer MK. Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing. 7th. ed. St. Louis, Missouri: Mosby, Elsevier; 2008.
36. Smith MC. Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory. En: Smith MJ, Liehr PR Editores: Middle Range Theory in Nursing. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2008.
37. av. enferm. XXX (1): 9-12, 2012.
38. Teorías y Modelos de Enfermería - todo para enfermería - Sites - <https://sites.google.com/site/todoparaenfermeria/teorias-y-modelos-de-enfermeria>
39. (Phillips, K. (2007). Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En Marriner, A y Raile, M., Modelos y teorías en enfermería.
40. Rogers. M. 1995. Seres Humanos Unitarios. Modelos y Teorías en Enfermería Editorial Doyma. Tercera Edición .Cap.16, pp 1-9
41. Bases conceptuales de enfermería: Introducción a los modelos de gmdl.bvs.sld.cu/.../library?...0enfermeria.

ANEXOS

**ANEXO N° 1****UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN****FACULTAD DE ENFERMERIA**

TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE LLATA – HUANUCO 2015

OBJETIVO: Obtener datos sobre los conocimientos de la intervención asistencial de los profesionales de enfermería en la unidad de emergencia del Hospital de Llata – Huanuco 2015.

INSTRUCCIONES:

Buenos días colega enfermero(a); el presente cuestionario es anónimo, su respuesta es muy importante. Sírvase rellenar y responder con una X la respuesta correcta donde corresponda.

I.- DATOS GENERALES:

1. Edad:

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> 25 a 30 | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> 31 a 35 | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> 36 a 40 | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> 41 a 45 | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> 46 a 50 | | <input type="checkbox"/> |

2. Sexo:

- Masculino
- Femenino

3. Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo

4. Grado de Formación:

- Lic. en enfermería
- Magister

5. Estabilidad Laboral:

- Nombramiento
- Contrato

6. Tiempo de trabajo en el servicio

- > 1 año
- 1 a 5
- 6 a 10
- 11 a 15

7. ¿Recibe educación continua propiciada por la institución?

- Existe
- No existe

8. ¿La Educación Continua que recibe en el servicio es?

- Excelente
- Buena
- Mala

II.- DISPONIBILIDAD DE RECURSOS

9.- ¿En el servicio de Emergencias se trabaja con protocolos, en la atención inicial de pacientes con T.C.E. grave?

- SI
- NO

10.- ¿Cuenta el servicio con recurso tecnológico?

- SI
- NO

11.- ¿Dispone de insumos necesarios para la atención?

- Suficiente
- Insuficiente

II. CONOCIMIENTOS DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL DE ENFERMERIA A PACIENTES CON T.C.E. GRAVE.

12. ¿Qué exploración de enfermería debe realizar al paciente con T.C.E. grave al valorar el déficit neurológico?

- a) Valoración mediante la escala de coma de Glasgow
- b) Valora tamaño y reacción pupilar
- c) a y b.
- d) Ninguna de las anteriores

13. ¿Señale en orden de prioridad las medidas para el manejo inicial de la vía aérea en el paciente con T.C.E. grave?

- i. Administra oxígeno al 100 % por máscara con bolsa de reservorio a un flujo de 15 l/min
- b. Levanta el mentón por tracción de la mandíbula sin hiperextender el cuello
- c. Pone cánula oro faríngea en caso de deterioro de conciencia
- d. Coloca collar de philadelphia para evitar el trauma sobre agregado de columna

- e. Revisa la boca en busca de cuerpos extraños
- f. Aspira secreciones según necesidad
14. ¿Cuáles son los signos clínicos del aumento de la PIC (triada de Cushing)?
- a) Hipertensión, bradicardia, respiración irregular.
 - b) Hipotensión, taquicardia, apnea
 - c) Hipertensión, bradicardia, taquipnea
 - d) Ninguna de las anteriores
15. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que presentan los pacientes con T.C.E. grave por el mal manejo inicial?
- a) Hipotermia, hipertensión, convulsiones
 - b) Hipoxia cerebral, hipotensión, hipertensión endocraneana, convulsiones.
 - c) Ninguna de las anteriores
16. ¿Indique la respuesta correcta en la valoración de la escala utilizada para definir la severidad del cuadro acorde a la clasificación de Gennarelli en la escala de coma de Glasgow?
- a. 14 – 15 leve; 9 – 13 moderado; 3 – 6 severo.
 - b. 15 – 16 leve; 9 – 13 moderado; 3 – 6 severo.
 - c. 14 – 15 leve; 9 – 14 moderado; 3 – 6 severo.
17. ¿Al exponer usted al paciente con T.C.E. qué actividades realiza?
- a) Retira la ropa del paciente
 - b) Cubre con cobertores tibios o con dispositivos externos para evitar hipotermia
 - c) Mantiene la sala de emergencia a una temperatura templada.
 - d) Todas la anteriores
 - e) Ninguna de la anteriores
18. La normotermia es la temperatura central medida en grados centígrados que está comprendida entre los;
- a. 35° y 37,5° C
 - b. 33° y 37,5° C
 - c. 33° y 36,5° C
 - d. 40° y 47,5° C
19. ¿Qué tipo de patrón respiratorio presenta el paciente con T.C.E. grave?
- a) Taquipnea y Biot
 - b) Bradipnea y Cheyne – Stokes

- c) Cheyne-stokes y Biot
 - d) Ninguna de las anteriores
20. ¿En qué caso se utiliza la oxigenoterapia?
- a) Falta de apetito.
 - b) Hipoxia.
 - c) Dolor
 - d) Golpe
21. ¿Qué tipo de soluciones se utiliza en la reanimación inicial del manejo de pacientes con T.C.E. Grave?
- a) D/A 5%
 - b) SS09%
 - c) D/A5%SS09%
 - d) Ninguna de las anteriores
22. ¿Á cuántos grados debe estar la cabecera de la cama del paciente con T.C.E. grave?
- a) 20 – 30°
 - b) 35- 45°
 - c) 15 - 30°
 - c) ninguna de las anteriores

Agradecemos su valiosa colaboración

ANEXO 2
GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERAS/OS

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE ENFERMERIA

TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE LLATA – HUANUCO 2015

OBJETIVO: Observar la intervención de enfermería en la atención que brinda el profesional de enfermería en pacientes con T.C.E. en el Servicio de emergencia.

RECEPCION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON T.C.E. GRAVE	SI CUMPLE	NO CUMPLE
1. Aplica normas de bioseguridad en la recepción del paciente		
2. Recibe al paciente con medidas de inmovilización y protección de vía aérea.		
3. Monitoriza : FC, FR y SaO ₂		
4. Maneja adecuadamente la vía aérea: <ul style="list-style-type: none"> • Levanta el mentón por tracción de la mandíbula sin hiperextender el cuello • Revisa la boca en busca de cuerpos extraños • Pone cánula oro faríngea en caso de deterioro de conciencia • Coloca collar de philadelphia para evitar el trauma sobre agregado de columna • Administra oxígeno al 100 % de acuerdo a condición de paciente 		

<p>5. Aspira secreciones según necesidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dispone de material para la aspiración de secreciones ○ Ausculta ruidos en todos los campos pulmonares. ○ Monitoriza: FC, FR y SaO2. ○ Prepara del material. ○ Realiza higiene de manos antes del procedimiento. ○ Aplica técnica estéril. ○ Usa sondas de calibre adecuado. ○ Hiperoxigena 30 segundos antes de introducir la sonda de aspiración. ○ Introduce la sonda de aspiración a la distancia recomendada de seguridad. ○ No excede de 10 segundos de aspiración. ○ Deja al menos un minuto de descanso entre las sucesivas aspiraciones hasta que haya una recuperación en la saturación de oxígeno, por encima del 90%. ○ Lava la sonda de aspiración con agua estéril. ○ Protege el circuito de conexión al ventilador, en caso de mantenerlo durante aspiración de secreciones. ○ Realiza higiene de manos luego de terminar la aspiración de secreciones 		
<p>6. Canaliza vías de alto flujo para la reanimación del paciente</p>		
<p>7. Valora al paciente el estado neurológico utilizando escala de Glasgow.</p>		

8. Expone al paciente controlando la normo termia del paciente y temperatura ambiental. <ul style="list-style-type: none">• Retira la ropa del paciente• Cubre con cobertores externos para evitar hipotermia• Mantiene la sala de emergencia a temperatura adecuada		
9. Respeta la intimidad del paciente durante la atención.		
10. Da información a la familia adecuada y oportunamente.		
11. Llama al paciente por su nombre.		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE ESTUDIO

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DE LLATA – HUANUCO 2015.

PROPÓSITO

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de observar el nivel de conocimiento y la intervención del profesional de enfermería en pacientes con TEC, en el Servicio de Emergencia en el Hospital de Llata Huanuco 2015

METODOLOGÍA

Se aplicará un formulario de encuesta.

SEGURIDAD

El estudio no podrá en riesgo su salud física ni psicológica.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se incluirán a todos los enfermeros que cumplan con criterios de inclusión y exclusión.

CONFIDECIALIDAD

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

COSTOS

El estudio no afectará la economía ya que todos los gastos serán asumidos por el profesional que desarrolla el estudio de investigación.
Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento. Al retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.

“Yo he leído la información de esta página y consiento voluntariamente participar en el estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento sin que esto implique riesgo a mi persona”

.....
Firma Participante

.....
Firma del investigador

D.N.I.
.....

Fecha:/...../.....2015