



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERÍA



CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE TIENE EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**

Autora: Lic. Lisney Ponce

Tutora: Dra. Marianela Mejías

Valencia, Junio 2018



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERÍA



CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE TIENE EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**

Autora: Lic. Lisney Ponce

Trabajo presentado ante el Área de
Estudio de Postgrado de la Universidad
de Carabobo para optar al Título de
Magíster en Enfermería Cuidado
Integral al Adulto Críticamente
Enfermo

Valencia, Junio 2018



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Grado titulado:

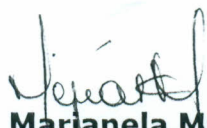
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Presentado para optar al grado de **Magíster en Enfermería en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo**, por el (la) aspirante:

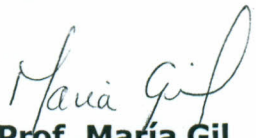
PONCE P., LISNEY J.
C.I. V- 18179252

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a):
Marianela Mejias C.I. 6322577, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **06/06/2018**


Prof. Marianela Mejias (Pdte)
C.I. 6.322.577
Fecha: 06/06/18


Prof. Tailín Ramón
C.I. 16.455.158
Fecha: 06-06-2018


Prof. María Gil
C.I. 1877683
Fecha: 06/06/18

TG: 10-18

AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe Dra. Marianela Mejías, titular de la cédula de identidad N° 6.322.577, en mi carácter de Tutor del Trabajo de Maestría; titulado: **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE”**, presentado por la ciudadana LISNEY PONCE titular de la cédula de identidad N° 18179252 para optar al título de Magister en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia, a los dos días del mes de abril del año dos mil dieciocho.

Marianela Mejías

C.I: 6.322.577

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su artículo 133, quien suscribe Dra. Marianela Mejías, titular de la cédula de identidad N° 6.322.577, en mi carácter de Tutor del Trabajo de Maestría; titulado: **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE”**, presentado por la ciudadana LISNEY PONCE titular de la cédula de identidad N° 18179252, para optar al título de Magister en Desarrollo Curricular, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia, a los dos días del mes de abril del año dos mil dieciocho.

Marianela Mejías

C.I: 6.322.577

DEDICATORIA

A Dios, mi compañero, amigo y guía espiritual.

A ti madre querida, quien eres todo para mí, por ser la persona más comprensiva y amorosa, fiel ejemplo del sacrificio y del trabajo, mi logro es tu triunfo.

A mi padre, eres mi orgullo y ejemplo.

A mis bisabuelos quienes no comparten conmigo este momento, pero se que desde donde se encuentren me cubren con sus mantos para llevarme por el buen camino.

A mis hermanos, para que mi camino les sirva de guía, que el logro de hoy sea el mañana de ustedes.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios todo poderoso y a la Virgen, todo cuanto soy y todo cuanto he hecho, me han enseñado que tan solo hay que tener fe y actuar con buena voluntad.

Agradezco de todo corazón a mi madre por comprenderme y confiar en mí en todo momento, guiarme con sus sabios consejos, así como a mis hermanos que siempre han sido mis estímulos para seguir adelante.

Hoy agradezco a mi casa de estudio por brindarme tantas oportunidades de formación, preparación y aprendizaje, que hoy se transforman en experiencias que me garantizan el éxito en todo aquello que emprendo.

Mi eterno agradecimiento a mi tutora Prof. Marianela Mejías y a la profesora Berta Guevara, quienes día a día me guiaron en el camino certero y me han hecho ver que el esfuerzo, la responsabilidad y los retos son elementos esenciales para conseguir mis sueños.

A los miembros del Hospital, doy gracias por brindarme el apoyo y la confianza de llevar a cabo mi trabajo de investigación.

A mis amigos, a pesar de que están a distancia siempre me brindan su apoyo y cariño.

Finalmente gracias a mis compañeras por brindarme su apoyo, solidaridad y amistad.

“mil gracias”.

INDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Dedicatoria.....	V
Agradecimientos.....	VI
Índice de cuadros.....	IX
Índice de gráficos.....	X
Resumen.....	XI
Summary.....	XII
Introducción.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	
1.- Planteamiento del problema.....	3
2.- Objetivos del estudio	10
2.1.- Objetivo general.....	10
2.2.- Objetivos específicos.....	10
3.- Justificación del estudio	11
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL.....	
1.- Antecedentes del estudio	14
2.- Bases teóricas.....	21
2.1.- Conocimiento del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave	21
2.2.- Práctica del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico.....	25
3.- Definición de términos.....	48
4.- Sistema de hipótesis.....	49
4.1.- Hipótesis general.....	49
4.2.- Hipótesis específicas.....	49

5.- Sistema de variables.....	50
6.- Operacionalización de las variables.....	51
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	57
1.- Diseño de la investigación	57
2.- Tipo de estudio	57
3.- Población.....	58
4.- Muestra.....	58
5.- Instrumento para la recolección de los datos.....	58
6.- Validez y confiabilidad.....	59
7.- Procedimiento de recolección de los datos.....	59
8.- Técnicas de análisis de los datos.....	60
9. Consideraciones éticas.....	60
CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	
1.- Presentación de los resultados	62
2.- Análisis e interpretación de los resultados.....	78
2.1.- Características sociodemográficas de la muestra.....	78
2.2.- Hipótesis específica N° 1.....	78
2.3.- Hipótesis específica N° 2.....	79
2.4.- Hipótesis específica N° 3.....	81
2.4.- Hipótesis general.....	82
3.- Discusión de los resultados	83
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ...	
1.- Conclusiones.....	86
2.- Recomendaciones.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	95

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	pág.
1.- Práctica del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico	63
2.- Distribución del profesional de enfermería según nivel de instrucción ...	64
3.- Distribución del profesional de enfermería según turno laboral.....	66
4.- Distribución del profesional de enfermería según años de experiencia ...	68
5.- Conocimiento y de la práctica de la valoración neurológica del profesional de enfermería.....	70
6.- Conocimiento y de la práctica de la valoración hemodinámica del profesional de enfermería.....	72
7.- Conocimiento y de la práctica de fármacos utilizados del profesional de enfermería	74
8.- Conocimiento y la práctica del cuidado del paciente por el profesional de enfermería	76

INDICE DE GRÁFICOS

Gráficos	pág.
1.- Práctica del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico	63
2.- Distribución del profesional de enfermería según nivel de instrucción ...	65
3.- Distribución del profesional de enfermería según turno laboral.....	67
4.- Distribución del profesional de enfermería según años de experiencia ...	69
5.- Conocimiento y de la práctica de la valoración neurológica del profesional de enfermería.....	71
6.- Conocimiento y de la práctica de la valoración hemodinámica del profesional de enfermería.....	73
7.- Conocimiento y de la práctica de fármacos utilizados del profesional de enfermería	75
8.- Conocimiento y la práctica del cuidado del paciente por el profesional de enfermería	77



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERÍA



CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Autora: Lic. Lisney Ponce

Tutora: Dra. Marianela Mejías

Año: 2018

RESUMEN

El presente estudio se encuentra ubicado en la línea de investigación: Cuidado de enfermería a pacientes Politraumatizados graves y fallas multiorgánicas, tuvo como objetivo: Determinar la relación que existe entre **conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves**, en sus factores: valoración neurológica, valoración hemodinámica y fármacos utilizados, en el área de trauma shock de un hospital público del Edo. Carabobo. La investigación fue de tipo descriptiva, diseño de campo, correlacional. La población estuvo representada por 70 profesionales de enfermería que laboran en el área de trauma shock en atención directa en los diferentes turnos de trabajo, siendo la muestra 30 profesionales. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario para la variable conocimiento y una escala de observación que midió la práctica de los profesionales. La confiabilidad se realizó mediante Prueba de Kuder Richardson (KR20), obteniendo un resultado 0.77%, lo cual se considera Bueno. El análisis estadístico se hizo a través de la T de Student. Los resultados reflejaron que hay una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$); por tanto, se concluye que no existe relación entre el conocimiento y la práctica en lo que se refiere al cuidado del paciente con TCEG, demostrándose que los profesionales de enfermería poseen 38,9% de conocimiento y 21,8% de las acciones de enfermería a cumplir, esta situación debe verse influenciada a que estos profesionales realizan las actividades de manera empírica debido a los años de experiencia en el área, o por la carencia de cursos y programas de actualización continua de prácticas adecuadas. Por lo que se recomienda la planificación e implementación de los mismos para mantener a los profesionales motivados y orientados en el cuidado de calidad y oportuno.

Palabras clave: conocimiento, práctica, cuidado, Trauma craneoencefálico, enfermería



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERÍA



CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO

Knowledge and practice that the nursing professional has in the care of the patient with cranioencephalic traumatism

Autora: Lic. Lisney Ponce

Tutora: Dra. Marianela Mejías

Año: 2018

SUMMARY

The present study is located in the line of research: Nursing care for patients with severe polytraumatization and multiorgan failure, aimed to: Determine the relationship between knowledge and the practice of nursing professionals on the care of patients with traumatic brain injuries serious, in its factors: neurological assessment, hemodynamic assessment and drugs used, in the shock trauma area of a public hospital in the state of Carabobo, the research was descriptive, correlational field design. The population was represented by 70 nursing professionals working in the area of trauma shock in direct attention in the different shifts of work, being the sample 30 professionals. For data collection, two instruments were used: a questionnaire for the knowledge variable and an observation scale that measured the practice of the professionals. Reliability was carried out by KUDER RICHARDSON test (KR20), obtaining a result of 0.77%, which is considered Good. The statistical analysis was done through the student's T. The results reflected that there is a statistically significant difference ($p < 0.0001$), therefore, it is concluded that there is no relationship between knowledge and practice in terms of patient care with TCEG, demonstrating that nursing professionals have 38,9% knowledge and 21,8% of the actions to be carried out, this situation must be influenced by the fact that these professionals carry out the activities in an empirical manner due to years of experience in the area, or because of the lack of courses and programs of continuous updating of appropriate practices. So it is recommended the planning and implementation of the same to keep motivated professionals and oriented in quality care and timely.

Key words: Knowledge, practice, care, cranioencephalic trauma, nursing

INTRODUCCIÓN

El traumatismo causado por accidentes automovilísticos constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, el número de pacientes que ingresan a las áreas de emergencia de los centros hospitalarios por esta patología, ha incrementado de manera alarmante en los últimos años, lo que crea una mayor demanda de talento humano, así como de recursos económicos y materiales, para estas instituciones de salud y para el estado. Jojoa J, Sifontes J (2006) refieren que Van Natta y Morris 2001 definen al trauma como “una herida o lesión caracterizada por una alteración estructural o un desequilibrio fisiológico causado por la exposición aguda a energía mecánica, térmica, eléctrica o química o por la ausencia de elementos esenciales como calor u oxígeno” (pág. 1). La lesión del trauma puede ocurrir en una o varias partes del cuerpo, causando consecuencias graves cuando se carece de la atención adecuada.

Una de las principales complicaciones que se presentan en estos pacientes es el traumatismo craneoencefálico (TCE), los cuales son causante de muchas muertes y discapacidad en pacientes jóvenes, este es definido por Menon D. (2010) como “la alteración de la función cerebral o alguna otra evidencia de patología cerebral, causado por alguna fuerza externa. La principal causa de esta patología son los accidentes de tránsito, con una alta mortalidad” (pág. 91). La atención inmediata ante un paciente con Trauma craneoencefálico es un factor pre determinante en la supervivencia y disminución de secuelas, por lo que la atención de enfermería es imprescindible y fundamental con el fin de lograr el cuidado integral del paciente y minimizar los riesgos y las secuelas.

El cuidado del paciente con trauma craneoencefálico en el servicio de emergencia demanda al personal de enfermería los conocimientos basados en principios científicos

fundamentales encaminados a evitar la lesión secundaria, la cual aumenta la morbimortalidad en personas con compromiso del sistema nervioso. Por tanto, es fundamental que el profesional de enfermería que labora en las unidades de emergencias en las Instituciones de salud, posea conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con las actividades que se desarrollan en el área de emergencia, y el cuidado que se brinda al paciente con TCE.

El objetivo de esta investigación es determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que tiene el profesional de enfermería en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave en el área de trauma shock de un hospital público del Estado Carabobo. El presente estudio se ubica en la línea de investigación: Cuidado de enfermería a pacientes Politraumatizados graves y fallas multiorgánicas.

Este proyecto está constituido de la siguiente manera: El capítulo I: El problema: conformado por el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación. El capítulo II: Marco teórico referencial el cual está conformado por los antecedentes, las bases teóricas y la definición de términos básico, sistema de hipótesis, el sistema de variables y la operacionalización. El capítulo III: Marco Metodológico, el cual está conformado por el diseño, y tipo de estudio, la población y la muestra, procedimiento para la recolección de datos, Instrumento de recolección de datos, técnicas y análisis de los resultados. El capítulo IV: resultados de la investigación, en donde se presenta la discusión y análisis de los resultados y el capítulo V: conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

El presente capítulo está estructurado por el planteamiento del problema, el objetivo general y los objetivos específicos, así como la justificación de este estudio.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), los accidentes con vehículo de motor son los involucrados del mayor porcentaje de letalidad por trauma representando un 25% a nivel mundial y teniendo como edad media 28 años de edad (pág. 1)

De acuerdo a lo planteado por García M, (2007), los traumatismos

Son un problema grave de salud pública a nivel mundial, por sus altas tasas de mortalidad, y su gran impacto en la población joven, lo que implica una pérdida considerable en años de vida potencial y por lo tanto en productividad económica (pág. 1)

De igual manera, según las estadísticas de la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2015) indican que cada año mueren cerca de 1,3 millones de personas en las carreteras del mundo entero, y entre 20 y 50 millones padecen traumatismos no mortales. Los traumatismos causados por los accidentes de tránsito representan el 48% de las defunciones entre los adultos con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años (pág. 1).

Las proyecciones de la OMS. (2015). indican que

Para el año 2020, los traumatismos resultantes de los accidentes de tránsito podrían ser la tercera causa de muerte y discapacidad en el mundo, acercándose a la gravedad que representan otros problemas de salud como la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH. (pág. 3).

Además, en el informe sobre el estado de la seguridad vial en la Región de las Américas (OPS/OMS, 2016), indican que los traumatismos causados por el tránsito en la Región de las Américas se cobran la vida de unas 154.089 personas al año y representan un 12% de las muertes ocasionadas por el tránsito a escala mundial (pág. 3).

Considerándose esta patología un problema de salud pública grave, y sabiendo la complejidad y gravedad de las lesiones que estos pacientes presentan, es importante que el profesional de salud posea un conjunto de conocimientos, que les permita satisfacer las necesidades requeridas oportunamente, mediante una práctica adecuada con habilidades y destrezas, para así poder resguardar la vida del paciente y poder asegurar cuidados de calidad.

Una de estas lesiones presentadas por estos pacientes son los TCEG, Por consiguiente el Centro Nacional de excelencia Tecnología en Salud (CENETEC, 2013), refiere que:

El personal de enfermería en el cuidado de pacientes con Traumatismos Craneoencefálico Grave cumple una función primordial en el mantenimiento de la autorregulación cerebral, ya que es quien permanentemente brinda cuidado e informa los cambios que pueden presentarse en un paciente en estado crítico (pág. 2).

Los accidentes de tránsito han cobrado gran relevancia a nivel mundial y Latinoamérica, sobretodo porque este tipo de sucesos ocupan los primeros lugares de las listas a causa de muertes, unas de estas estadísticas son las publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011), las cuales muestran que Estados Unidos, Brasil, México, Colombia y Venezuela son las cinco naciones con el mayor número de muertes relacionadas con el tránsito para el año 2009 (pág. 9). De igual manera, en Venezuela, el Instituto Nacional de Transporte Terrestre (INTT, 2010), enfatizan que en se producen más de 210 accidentes viales diariamente,

como consecuencia fallecen unas 7.714 personas, y se lesionan unas 60.900, en un total aproximado de 76. 921 accidentes de tránsito. Las edades de mayor siniestralidad son de 18- 25 años (pág. 1).

Asimismo, el Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito y Transporte Terrestre (CTVTTT, 2017), indica que **Venezuela ocupa el primer lugar en Latinoamérica y el tercero en el mundo, en accidentes de tránsito.** Diariamente fallecen 20 personas en accidentes automovilísticos. Actualmente el 40% de los espacios de rehabilitación de los hospitales en Venezuela están ocupados por víctimas de los accidentes de tránsito (pág. 2). En este sentido, la asociación venezolana para la prevención de accidentes y enfermedades (AVEPAE, 2016) menciona que hay una alta tasa de mortalidad superior a 28 por cada 100.000 habitantes, convierte a **los accidentes de tránsito en un problema de salud pública** que deja por lo menos 8mil muertes cada año sobre las vías del país. (pág. 3)

Por otra parte, La Cruz Roja de Venezuela (2014) menciona que **los accidentes de tránsito y los homicidios son la segunda causa de muerte en el país** (pág. 1).

Se puede observar que actualmente, se producen gran cantidad de accidentes, donde las personas en un mayor porcentaje corren riesgo de perder la vida, y que Venezuela no esta exonerada de esta gran tasa de morbimortalidad que se produce a nivel mundial, todos estas personas la mayoría de las veces son ingresadas a las instituciones de salud, por eso es de vital importancia que el personal que brinda cuidados a este tipo de pacientes, sea un personal capacitado, con conocimientos científicos, humanizados, en donde se le brinde al paciente el apoyo para su mejoría y restauración de la salud, los cuales se lograran con cuidados de calidad, ya que un mal manejo puede desembocar en incapacidad permanente o muerte.

Al respecto Cousin Y (2017), refiere que toda intervención de enfermería debe estar fundamentada en el conocimiento previo al aprendizaje, y esto fortalece el cuidar cuando se requiere atender a pacientes críticos en áreas de emergencia y cuyos índices se inclinan por Politraumatismo donde hay compromiso de vida. (Pág. 19).

A nivel regional, en Carabobo el Instituto Nacional de Tránsito y transporte terrestre (INTT, 2015) reporto un total de 27692 siniestros, causados por accidentes de tránsito, de los cuales hubo un total de fallecidos de 1430.

El cuerpo técnico de vigilancia de tránsito terrestre (CTVTT, 2009), afirma que el número de personas politraumatizadas ingresadas a centros asistenciales en Carabobo fueron de 1350. El 60% de los atendidos eran hombres, y la principal complicación es el traumatismo craneoencefálico, falleciendo 497 personas por la causa antes mencionada. La mortalidad por accidentes de tránsito ocupa el 5º lugar de muertes en nuestro país. Así mismo mencionan que, diariamente fallecen 20 personas en accidentes automovilísticos.

En relación con el Hospital Dr. Miguel Malpica, es un hospital tipo II ubicado en Guacara, Edo. Carabobo, el cual con un total de 93 enfermeras, las cuales laboran en los diferentes servicios de la Institución, una de esas áreas es trauma shock, la cual cuenta con 3 camas, donde los pacientes son atendidos por 4 profesionales de enfermería en los diferentes turnos, los cuales son rotativos, según planificación administrativa ; quienes cumplen cuidados de atención directa al paciente; por la ubicación del hospital y la cercanía a la autopista Regional del Centro, ingresan al área diversa cantidad de pacientes, entre ellos los politraumatizados, quienes presentan traumatismos craneoencefálico grave, para el año 2016 ingresaron aproximadamente 200 pacientes, ya para el año 2017 esta tasa incremento a mas de 400 pacientes con politraumatismos, causados por accidentes de tránsitos, u otros tipos, los cuales son ingresados al

área de emergencia, trauma shock, y son atendidos por el equipo de salud, entre los que se destacan los profesionales de enfermería.

El profesional de enfermería debe estar en capacidad de realizar una anamnesis exhaustiva al paciente con TCEG desde el momento de su ingreso y durante su estadía hospitalaria, entre esta valoración se encuentra, la valoración neurológica, hemodinámica y la administración de fármacos para prevenir complicaciones futuras.

La valoración inicial, por Arribas M (2012).indica que está es fundamental para:

- Definir la gravedad del paciente. Se consideran TCE graves aquellos que presentan una puntuación de 3 a 8 puntos, moderados de 9 a 13 y leves de 14 a 15 puntos.
- Predecir el resultado.
- Determinar la monitorización necesaria.
- Orientar el tratamiento (pág. 2).

En cuanto a la valoración neurológica, Rada S. (2014) indica que:

La escala más utilizada es la Escala de coma de Glasgow (ECG), cuyo objetivo principal es trasladar el conjunto de alteraciones neurológicas de cada exploración sucesiva a datos numéricos que ayuden a valorar de forma objetiva y cuantificable la gravedad de la alteración neurológica (pág. 23).

Mediante esta Escala el profesional de enfermería podrá identificar el grado de traumatismo craneoencefálico que presenta el paciente y de esta manera podrá planificar e implementar cuidados adecuados al paciente, en las primeras horas de su ingreso que son las más importantes para el estado de salud del paciente y durante su estadía hospitalaria.

Por otra parte, Velasco M. (2009), refiere que “es fundamental una correcta valoración neurológica, el cual puede caracterizarse por un rápido análisis de la función cerebral, por ejemplo, la regla AVDN, quien nos muestra desde que el paciente está alerta, o no responde” (pág. 103), Para prevenir la aparición de complicaciones neurológicas es muy importante que el

paciente con TCEG reciba unos cuidados específicos mediante la aplicación de las medidas generales de tratamiento.

En relación con la valoración hemodinámica, Rada S. (2014) establece que “la familiarización con la monitorización así como con la fisiopatología, son fundamentales para proporcionar una asistencia de calidad y asegurar la seguridad del paciente, pudiendo minimizar efectos adversos de consecuencias fatales en este tipo de pacientes” (pág. 2). La valoración neurológica y hemodinámica requiere del apoyo de la terapia farmacológica. Al respecto, Rodríguez J. (2010).hace énfasis en que la farmacología ofrece innovadoras alternativas para mejorar la salud de los pacientes. Es una herramienta que tenemos a disposición, para disminuir la tasa de mortalidad (pág. 11).

Lo anteriormente expuesto por autores y Organizaciones antes descritas, discrepa con la realidad observada en el área de trauma shock, del Hospital Dr. Miguel Malpica, ya que estos profesionales realizan actividades generales aprendidas durante su formación de pre grado, como: cateterizar una vía periférica, apertura de la historia clínica al paciente, etc. En cuanto a la valoración del paciente, se observan dificultades en priorizar los cuidados por parte del personal de enfermería. La valoración del estado neurológico del paciente en muchas ocasiones se omite; por tanto, cuando se realiza el registro de enfermería, se excluyen aspectos de la valoración como son los resultados de la Escala de Glasgow (apertura ocular, respuesta motora y verbal). Se observa que el profesional de enfermería solo verifica que el paciente tenga una apertura ocular a la orden verbal, sin realizar la evaluación de las pupilas en cuanto a simetría, tamaño y forma; siendo los cambios en las pupilas determinante para la evolución del estado de salud del paciente y para identificar el grado de traumatismo craneoencefálico, según la puntuación obtenida.

También se observa, inadecuada valoración del reflejo fotomotor y consensado, ya que se carece del uso de la fuente de luz; por tanto, la información acerca de la función cerebral del paciente, se menoscaba en prioridad a otras actividades del cuidado.

Asimismo, es poco frecuente el empleo de otras escalas más sencillas y rápidas para la valoración del paciente, tales como la herramienta AVDN, la cual puede ayudar al personal de enfermería a describir el estado de conciencia y orientación en que ingresa el paciente a la institución de salud. Es importante destacar la ausencia de protocolo de atención para el paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) severo, o cursos de actualización para el personal de enfermería, lo que repercute en la valoración e información del paciente reportada en los registros de enfermería.

Respecto a la valoración hemodinámica, en muchas oportunidades esta es ejecutada por el personal médico de guardia, evidenciándose que el personal de enfermería solo realiza la medición y el registro de los valores, obviando el análisis de los parámetros normales o anormales en función de la valoración del paciente, resultados que podrían poner en riesgos la vida del paciente, si las alteraciones hemodinámicas no se identifican a tiempo, ya que valorar el nivel de perfusión cerebral que presenta el paciente, ayuda a planificar y ejecutar los cuidados.

A la situación clínica del paciente, se suman algunos factores de estructura como déficit de tensiómetro o monitor, termómetro, equipo para medición de PVC, elementos indispensables para determinar la función dinámica del paciente. Equipos indispensables para monitorizar el estado de salud del paciente.

Con respecto a la administración de fármacos, se evidencia que el profesional de enfermería, se limita a la cateterización de una vía periférica, quedando a la espera de la orden

médica para realizar otras actividades; asimismo se desconoce como los profesionales de enfermería priorizan la administración de los fármacos, ya que se presentan retardos en el cumplimiento y administración de los mismos.

Por el escenario antes descrito surge la motivación de realizar la presente investigación para determinar:

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que realizan los profesionales de enfermería sobre el cuidado a pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, referido a: **Valoración Neurológica, valoración hemodinámica, y fármacos utilizados?**

2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

2.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, referido a: **valoración neurológica, valoración hemodinámica y fármacos utilizados**

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1.- Determinar la relación que existe entre conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, referido a: **Valoración Neurológica**

2.2.2.- Determinar la relación que existe entre conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, referido a: **Valoración hemodinámica**

2.2.3.- Determinar la relación que existe entre conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, referido a: **fármacos utilizados**.

3.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

La profesión de enfermería exige vocación que implica ejercer el trabajo con espíritu de servicio, se debe estar convencido de la nobleza que la profesión implica; para ello, se debe buscar y enfrentar siempre los retos, lo que no admite la rutina en la tarea diaria, en el que hacer asistencial, docente y/o investigativo. Es importante recordar que el cuidado de enfermería es la base principal para la recuperación de la salud del paciente, de allí la necesidad de poseer conocimiento para realizar los procedimientos que amerita el paciente, y al mismo tiempo ser eficiente y efectiva en la ejecución de los cuidados, específicamente en situaciones de riesgo vital, como lo es un paciente que ha presentado un traumatismo craneoencefálico grave, posterior a un accidente, pues de las acciones de los profesionales de enfermería depende en gran parte la pronta recuperación del paciente e incorporación a la sociedad.

Por esta razón, se espera que los resultados de la presente investigación sean relevantes para el paciente, porque al contar con un profesional de enfermería con conocimientos, habilidades y destrezas en el cuidado al paciente con TCEG en las unidades de trauma shock, se le garantizará un cuidado integral, seguro y libre de riesgo, ya que la enfermera estará en la capacidad de proporcionar los cuidados oportunos y precisos, que se ameritan durante su estadía hospitalaria.

Para los profesionales de enfermería se espera que esta investigación sea relevante, ya que le permitirá mantener actualizados sus conocimientos, adquirir habilidades y destrezas en el

cuidado al paciente con TCEG mediante la participación de cursos y talleres de educación continúa promovidos por la Institución y otros organismos, esto ayudará al profesional identificar las posibles falla que se presentan en la práctica diaria, y contribuirá a que se proporcionen cuidados óptimos, y así cumplir con sus objetivos que es mantener y promover la salud del paciente.

En el aspecto social, esta investigación es en beneficio de la población con traumatismo craneoencefálico que se atiende en esta Institución de salud, favoreciendo la disminución de los costos que derivan de las estancias hospitalarias prolongadas, tanto para la familia como para el Estado, por las complicaciones prevenibles en el manejo de estos pacientes, al mejorar la calidad de atención que les ofrece el personal de enfermería, con calidez en el trato al usuario y a su familiar.

De Igual manera a nivel social, se espera disminuir los altos índices de morbimortalidad en nuestro país, ya que el traumatismo craneoencefálico es considerado como uno de los problemas principales de salud pública, reflejados por autores y organizaciones antes descritas.

Considerando esto, el presente estudio busca reunir los fundamentos teóricos y prácticos que surgen de esta problemática que tiene como factor principal el mantenimiento de la salud del paciente mediante acciones de cuidado de Enfermería, basadas en buenas prácticas, puesto que como se lo ha mencionado, al recibir una atención oportuna con eficiencia y eficacia por parte del personal de enfermería, los beneficiarios de las acciones serán los pacientes, los familiares, la Institución y la sociedad en general, ya que les permitirá retornar a su núcleo familiar y social en buenas condiciones.

Para la institución de salud, esta investigación será relevante ya que los resultados obtenidos podrían justificar la necesidad de planificar, organizar e implementar talleres, cursos, eventos científicos y realizar protocolos de atención al paciente, los cuales le permitirá mantener actualizados y motivados al profesional de enfermería. Asimismo, la presente investigación constituye un antecedente para futuras investigaciones, enmarcadas en la línea del cuidado de enfermería al paciente politraumatizado grave y fallas multiorgánicas.

De esta manera, la presente investigación constituye la base para abordar el conocimiento y la práctica de cuidados a pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al área de trauma shock del Hospital Dr. Miguel Malpica, Guacara, Edo. Carabobo, con la finalidad de aportar recomendaciones que repercutan en buenas prácticas de enfermería y la seguridad del paciente a través de cuidados de enfermería oportunos y eficaces.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se describen los antecedentes del estudio, los fundamentos teóricos de acuerdo a las variables, definición de términos básicos, sistema de hipótesis, sistema de variables y su operacionalización.

1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se exponen algunos antecedentes que están relacionados con esta investigación.

Cousin Y. (2017). Realizó un trabajo de Investigación en Apure- Venezuela, titulado: Conocimiento y práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado. Tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica que ejecuta enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado, en sus factores: valoración neurológica, valoración respiratoria, valoración hemodinámica. El tipo de estudio fue correlacional, de campo, descriptiva de corte transversal, la población estuvo conformada por 40 enfermeros profesionales, con una muestra de 19 enfermeros que representa el 45.5%. Se utilizó un cuestionario constituido en dos partes la primera por los datos sociolaborales, y la segunda parte por 31 ítems con cuatro opciones de respuesta a esto se aplicó una observación directa de 29 ítems tipo dicotómico. Los resultados arrojaron una diferencia significativa entre ambas variables, por lo que no se relacionan, con un 44,8% para el conocimiento, mientras que para la práctica se obtuvo un 25,7%. En cuanto a el factor valoración hemodinámica hubo un 81,5% para la práctica y un 34,6% para el conocimiento. En el factor valoración neurológica los resultados arrojaron un 47,3% para el conocimiento y un 33,8% para la práctica.

El trabajo de investigación está estrechamente relacionado con el presente estudio, puesto que el autor busco encontrar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica en los cuidados que realiza el enfermero a pacientes que han tenido traumatismo, y en el se describen dos de los factores en estudio, los cuales son la valoración neurológica y la valoración hemodinámica, se pudo observar que en los resultados no hubo una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, en donde se refleja que el personal tiene un nivel de conocimiento bajo, y una carencia de acciones correspondientes y específicas para este tipo de pacientes. Lo que puede traer repercusiones negativas en la salud y mejoría de estado del paciente.

García M, Samanes S (2016). Realizaron un estudio en Trujillo- Perú, titulado: nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo Encéfalo Craneano del servicio de Emergencia Hospital belén de Trujillo 2016. Tuvo como objetivo principal: determinar el nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo encéfalo craneano del servicio de emergencia del Hospital Belén de Trujillo 2016. El tipo de estudio es descriptivo, correlacional. La muestra estuvo conformada por el 100% de la población que era representada por 25 enfermeras asistenciales del servicio de emergencia. Se utilizó dos instrumentos, uno tipo cuestionario para medir el conocimiento, y el segundo de evaluación, para medir la calidad del cuidado. Los resultados obtenidos evidenciaron que el 56% de enfermeras presentó nivel de conocimiento medio, el 36% nivel alto y el 8% nivel bajo; así mismo en relación con la calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto, el 56% fue adecuado y el 44% inadecuado, concluyéndose que no existe relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera.

El presente estudio guarda relación ya que en él se describe uno de las variables del estudio realizado, el cual es el conocimiento que tiene el personal de enfermería en cuanto a los cuidados al paciente con traumatismo craneoencefálico, en el se describe uno de los factores que es la valoración neurológica según la escala de Glasgow y la valoración pupilar, y otro factor que es la valoración hemodinámica la cual servirá como base teórica para la presente investigación. Se puede observar en los resultados que hay un mayor porcentaje de enfermera que brindan un cuidado inicial adecuado, lo que quiere decir que los enfermeros brindan cuidados de calidad y aplican conocimiento científico, sin embargo hay un grupo significativo que no cumple con estos cuidados. Se puede concluir con los resultados que no siempre la enfermera que cuenta con los conocimientos va a aplicarlo de manera correcta en el cuidado, puede ser debido a una práctica empírica, sin una guía de atención adecuada a la Institución, lo que puede traer como consecuencia complicaciones futuras y discapacidad a estos pacientes por mala práctica.

Carrera, M (2015), efectuó un estudio en Guayaquil- Ecuador, titulado: Atención de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico grave que acuden al servicio de emergencia. Hospital Pablo Arturo Suarez y propuesta de un protocolo de atención de enfermería durante el período de enero a diciembre 2012. Tuvo como objetivo principal evaluar la atención de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico grave en el servicio de emergencia del Hospital “Pablo Arturo Suárez” mediante el análisis de las historias clínicas, procedimientos aplicados y proponer un protocolo de atención de enfermería, para esto se realizó un estudio descriptivo – analítico y retrospectivo con un diseño no experimental de corte transversal. El universo lo constituyeron 27.568 pacientes que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital, y 15 profesionales de enfermería, la muestra fue de 126 pacientes que fueron diagnosticados con traumatismo craneoencefálico grave, y 8 licenciadas de enfermería. Se aplico dos instrumentos

tipo encuesta, uno aplicado al paciente que ingreso al área de emergencia con traumatismo craneoencefálico grave, y el otro instrumento al personal de enfermería. En los resultados: De acuerdo al tipo de accidente el 80.15% corresponden a los accidentes de tránsito; Con respecto al grado de formación el 100% son Licenciadas de enfermería, este estudio refleja que el 78.8% tienen conocimientos de los cuidados. Con los resultados se realizó un protocolo de atención de enfermería.

Dicha investigación proporciona herramientas que sirven para mejorar la práctica del cuidado del profesional de enfermería en las Instituciones de salud, en él se evalúa la atención que el personal de enfermería realiza a pacientes con traumatismo craneoencefálico, en cuanto a la valoración neurológica, valoración pupilar; asimismo se estudia el nivel de conocimiento sobre cuidados a pacientes con traumatismo craneoencefálico grave. La elaboración de un protocolo de atención sirve de herramienta para que los profesionales de enfermería proporcionen cuidados oportunos y adecuados, con calidad de atención eficaz regidos por una normativa Institucional. Se puede observar que estadísticamente los accidentes de tránsito son la principal causa de estos traumatismos, y que un gran porcentaje de enfermeras manejan un conocimiento adecuado acerca de los cuidados aplicados a estos pacientes.

Palmar, L (2015) realizó un trabajo de investigación en Maracaibo, Venezuela, titulado: Protocolo de atención del paciente con traumatismo craneoencefálico en el Hospital El Rosario de Cabimas. Tuvo como objetivo: Diseñar un protocolo de atención del paciente con Traumatismo Craneoencefálico para disminuir las complicaciones y mortalidad asociadas al mismo. Un estudio de tipo descriptivo, transversal, de campo y documental. La muestra estuvo comprendida con 16 pacientes que ingresaron al área de emergencia con TCE. El instrumento diseñado fue tipo ficha técnica, para recoger los datos de las historias clínicas. Los resultados

evidenciaron que existe un predominio de pacientes en la segunda década de la vida, del sexo masculino; los accidentes vehiculares y traumas de cráneo leve representan la mayoría en promedio del 60%. La Mortalidad en menos de 48 horas del trauma estuvo en un 12%, que correspondieron a pacientes con escalas de Glasgow de 3/15 puntos, con alteraciones severas en la tomografía y que fueron sometidos a tratamientos quirúrgicos, Los tipos de traumatismos que predominaron según la escala de Glasgow en un 75% leve, 19% severos.

La investigación citada, sirve como marco de referencia, dado que en este se estudia una de los indicadores citados en esta investigación, que es la escala de Glasgow; de igual manera, el presente estudio, refleja estadísticas en donde se evidencia altos índices de morbimortalidad, de pacientes que presentan traumatismos posteriores a accidentes de tránsito. Sirve como referencia la metodología de la investigación. Finalmente esta investigación es de valioso aporte, gracias a que a ello, se sustentan los cuidados específicos que se deben aplicar a pacientes con TCEG, mediante un protocolo de atención, los que ayuda a que la enfermera que trabaja en estas áreas críticas tengan un amplio conocimiento, y pueda ejercer una práctica adecuada, para satisfacer las necesidades del paciente. Se puede evidenciar que existe un mayor porcentaje de traumas leves, hubo bajo porcentaje en pacientes con traumas severos, los cuales fueron valorados mediante la escala de Glasgow, poco predominio de muerte posterior a estos traumatismos, lo que se puede decir que se aplicaron cuidados oportunos a estos pacientes.

Por otra parte, Borjas J, Collaguazo C (2014), realizaron un estudio en Quito- Ecuador, titulado: Evaluación de Conocimiento y Prácticas de enfermería en el manejo de pacientes con trauma torácico, servicio de emergencia del Hospital Eugenio Espejo, junio 2014. irreversibles y muerte. El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de conocimientos y prácticas del profesional de Enfermería en el manejo de pacientes con trauma torácico en el servicio de

emergencia del Hospital Eugenio Espejo. Esta investigación fue de corte trasversal, es descriptivo y diagnóstico. Se conformo con un grupo de 35 profesionales que fueron sometidos a una evaluación de conocimiento teórico. De ellos 30 profesionales fueron evaluados respecto a sus prácticas. Se aplico un instrumento para evaluar el conocimiento tipo encuesta, y otro instrumento para valorar la práctica, mediante una guía de observación. Los resultados muestran que el nivel de conocimientos de los participantes se ubica en una categoría catalogada como Buena con un 54%; mientras que el nivel de las prácticas se encuentra en una categoría Muy Buena. El 89% de los participantes tenían experiencia profesional de 2 años a más.

En el presente estudio, se encuentra relacionado con el trabajo de investigación realizado, ya que este tipo de pacientes presentan muchas veces politraumatismo y se encuentra comprometido el cráneo, posterior a accidentes, en un mayor porcentaje accidentes de tránsito, los cuales deben ser atendido por un equipo multidisciplinario, incluido el profesional de enfermería, por lo que deben poseer conocimientos, habilidades y destreza, brindando un oportuno y adecuado cuidado, para evitar complicaciones y la muerte del paciente. Los factores tales como conocimiento y práctica del personal de enfermería, en pacientes con trauma, se puede concluir que el conocimiento esta relacionado con la práctica, si el profesional posee un conocimiento científico y humano, la práctica será eficaz y favorable para el paciente, de igual manera, se utilizó la misma metodología de investigación que la actual, sirviendo como referencia, para la ejecución del presente trabajo.

Crespo A, Yugsi L (2013) realizaron una investigación en Quito, titulada: Nivel de conocimiento de las Enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave, en el área de trauma shock y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Julio 2011- julio 2012.

El objetivo de este trabajo fue capacitar a las/los enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave e implementar protocolos de atención de enfermería. El estudio fue descriptivo analítico, transversal. La muestra estuvo conformada por 70 pacientes con TCEG, atendidos en el área de trauma shock. En los resultados se obtuvieron que el 100% de las enfermeras/os no están capacitados para el manejo de este tipo de pacientes, el 39% no conoce la importancia de la valoración pupilar, el 75% no controla la normotermia durante la exposición.

En este estudio se valoró el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería, en el cuidado al paciente con traumatismo craneoencefálico grave y su relación con la práctica, la cual corresponde a las dos variables de la presente investigación. En este estudio se concluye que la enfermera presenta déficit de conocimientos sobre el manejo inicial del paciente con TCE. En tal sentido, debe existir una relación significativa entre el conocimiento y la práctica aplicada en los cuidados brindados a estos pacientes. La enfermera tiene que asumir compromiso de intervenir adecuadamente en el cuidado del paciente, según la gravedad del problema, con el propósito de evitar cualquier tipo de complicaciones que puedan repercutir en la salud del paciente.

Vargas M, Guzmán I, Fuentes Y (2011). Realizaron una Investigación en Caracas, Venezuela, titulada: Cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al Hospital Dr. Eugenio P. D Bellard. Guatire Estado Miranda. Primer semestre del 2011. El objetivo fue: determinar los cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al Hospital Dr. Eugenio P. D Bellard. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 40 profesionales de enfermería, que laboran en los diferentes turnos de trabajo en la unidad clínica de emergencia de adulto. Se

utilizó muestreo intencional, por lo que se seleccionó solo 10 profesionales de enfermería. La recolección de los datos se realizó a través de la observación. Los resultados concluyeron en que existe deficiencia en cuanto a las acciones realizadas por los profesionales de enfermería referida a los cuidados inmediatos al paciente con traumatismo craneoencefálico, un 70% no realizan dichos cuidados.

El presente estudio es de interés, puesto que es de vital importancia que el profesional de enfermería que labora en estas áreas de emergencia, tengan amplios conocimientos, y un buen manejo en los cuidados a pacientes con traumatismo craneoencefálico, ya que dichos profesionales son los que están en todo momento en vigilancia y son los que principalmente pueden detectar cualquier cambio, signos de alarma en estos pacientes, por lo que en muchas oportunidades es este personal que puede evitar complicaciones y secuelas. Se relaciona con la presente investigación ya que se busca determinar el nivel de conocimiento que tiene el profesional de enfermería en el manejo del paciente con traumatismo craneoencefálico.

2.- BASES TEORICAS:

A continuación, se exponen algunos conceptos e ideas relacionados con las variables del presente estudio que servirán de base para fortalecer la investigación.

VARIABLE 1: CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

La disciplina de enfermería requiere que los miembros que la integran, sustenten con conocimiento científico, los cuidados que realizan a los pacientes que demandan atención, en especial pacientes que se encuentra en riesgo de muerte como lo son estos que presentan TCEG, muchos de estos pacientes son ingresados a la Instituciones de salud y son atendidos por el

personal de enfermería. Por eso es de vital importancia que mantengan conocimientos actualizados, para así poder jerarquizar las actividades que se debe realizar para cada tipo de paciente. En este sentido, Matus R. (2012) refiere que:

La Enfermería es una disciplina profesional y por su naturaleza debe ser capaz de generar conocimiento que le permita contar con explicaciones de los fenómenos y cuestionamientos propios de su práctica entendida está como un proceso creciente de desarrollo profesional que transita entre lo instrumental- técnico (acción) y lo teórico-reflexivo (pensamiento) (pág. 4)

La enfermería desarrolla un conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimientos científicos propios, desarrollados dentro de un marco conceptual, destinados a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo, que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad.

En tal sentido es importante destacar a Piaget J (1989) que define “el conocimiento se desarrolla en forma gradual, el desarrollo cognoscitivo se logra por la interacción con las actividades que realizamos, este se encuentra íntimamente relacionado con la práctica y la práctica es proporcional al conocimiento” (p.73). Así mismo, Marriner A (1999), señala que “el conocimiento es la conciencia o percepción de la realidad, que se adquiere por medio del aprendizaje o la investigación” (p. 42). El profesional de enfermería se encuentra en un constante esfuerzo de aprendizaje a través del estudio y de experiencias vividas en su práctica diaria para desarrollar el conocimiento.

Leddys y Pepper M. (1989), refieren que “los conocimientos de enfermería incluyen una comprensión profunda de la fisiopatología, síntomas de enfermedad, intervenciones medica normales y la mejor manera de llevar a cabo los procedimientos y aplicar los tratamientos” (pág. 252). Cuando enfermería posee, conocimientos acerca del traumatismo craneoencefálico,

comienza a analizar la información relacionada a estos aspectos de la salud del paciente que son susceptibles de intervención de enfermería, creando cuidados de enfermería independientes aplicados por medio del proceso de enfermería.

Dada la relevancia de esta investigación, se tomará como parte de este estudio, al personal de enfermería que conforma parte del equipo de salud, el cual debe conocer los procesos que se aplican en la atención del paciente con traumatismo craneoencefálico, tomando en cuenta que se deben establecer estrategias de enfermería que permitan tomar decisiones rápidas y efectivas para proporcionar los cuidados adecuados, y mejorar la calidad de vida del usuario en la estancia hospitalaria.

Por su parte, González M (2013) refiere que Henderson Virginia (2005) define la enfermería en términos funcionales como:

La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario (pág. 17)

Por su parte, Long B (1999) define que el personal de enfermería de las unidades de tratamiento intensivo deben: “poseer conocimiento y experiencias, con una sólida y actualizada formación técnica, científica y humanistas para realizar cuidados a pacientes que presentan patologías como traumatismo craneoencefálico” (pág. 105). En este sentido, se puede decir que la finalidad de los profesionales de enfermería es adquirir un conjunto de conocimientos humanistas, científicos y teóricos, que le permitan orientar sus acciones de cuidados para ayudar a satisfacer necesidades del paciente que amerita el cuidado enfermero.

Al respecto, Copnell B (1998):

Ha explorado la construcción del cambio en la práctica enfermera realizando una revisión de la literatura en cuidados enfermeros. Ella ha constatado que los

conocimientos científicos son todavía prioritarios a los conocimientos prácticos, consecuentemente, la visión y las experiencias de las enfermeras sobre el cambio son, la mayoría de veces, poco consideradas (pág. 5)

El avance científico y tecnológico ha generado cambios trascendentales en las organizaciones del sector salud y en las profesiones que lo conforman. De esta manera, enfermería como profesión, vinculada al sector salud, busca organizar y sistematizar un cuerpo de conocimientos que le sirvan de base para mejorar el ejercicio de la práctica profesional.

El personal de enfermería que labora en las áreas críticas, como lo es trauma shock, cumplen una función primordial en el mantenimiento de la autoregulación cerebral, ya que es quien permanentemente brinda cuidado e informa los cambios que pueden presentarse en un paciente con traumatismo craneoencefálico. Por eso es de vital importancia que se mantengan en constante ampliación de conocimiento, para así generar beneficios en función a la práctica del cuidado diario que estos realizan.

Al respecto Matus R (2012), refiere que

La enfermera deberá mantenerse actualizada respecto de las investigaciones más recientes y de sus resultados lo que serán la base para la toma de decisiones autónomas dentro de su ámbito de competencia (el cuidado) y de desarrollo profesional (la gestión, la educación, la práctica clínica y la propia investigación), es decir realizar una práctica, basada en la evidencia (pág. 5)

En el ámbito profesional, es importante identificar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el cuidado de estos pacientes, para que se implementen medidas basadas en la capacitación continua para la actualización de los conocimientos en aspectos como la valoración del nivel de conciencia, valoración hemodinámica y la administración de fármacos

así como todo procedimiento que implique las buenas prácticas en el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico.

Por su parte Queirós P, Joaquim P., citado por Escola A (2016) refieren que:

Se debe pensar el conocimiento en enfermería como una ecología de saberes para lograr el encuadre conceptual de la enfermería y de su acción - cuidar - como ciencia, no como una racionalidad técnica que apenas valora las evidencias científicas, sino en el ámbito de una epistemología de racionalidad práctico-reflexiva, que considera las diversas maneras de conocimiento, donde todos los saberes son importantes, mientras contribuyan de forma significativa para la acción concreta. Es decir, en el ámbito de la enfermería para el cuidado integral profesionalizado (pág. 1)

El conocimiento es la primera herramienta para el manejo del paciente con TEC ya que por medio de este se puede identificar signos y síntomas que evidencian la gravedad del problema y exigen intervención inmediata y oportuna. El conocimiento fundamentado en bases científicas junto al desarrollo de destrezas y habilidades en los procedimientos de enfermería aunado al buen equipamiento del servicio hará que se brinde una atención óptima, rápida y oportuna al paciente. El nivel de conocimientos es la base fundamental para la toma de decisiones y así optimizar la atención de enfermería al adulto TCE, que necesita cuidado de acuerdo a su gravedad.

VARIABLE 2: PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE:

La práctica de enfermería incluye la integración del conocimiento de enfermería a partir de conceptualizaciones generales de los modelos de enfermería, los cuales reflejan las tendencias

filosóficas que inundan el saber y que a partir de ellas se derivan una visión conceptual y práctica de las actividades realizadas de docentes, clínicos e investigadores.

El cuidado es todo lo que mueve la capacidad de vida en el ser humano y por tal razón, el profesional de enfermería ha de tener presente siempre que toda su actuación profesional está orientada a dar un cuidado solidario y de comprensión a la persona sana y/o enferma como es el caso de las personas con traumatismo craneoencefálico.

Por eso se dice que el conocimiento y la práctica van de la mano, PHANEUF (2000), plantea que la práctica de los cuidados de enfermería “supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad, algunos de ellos constituyen un conjunto de elementos en lo que se basa el ejercicio de la profesión” (p.80).

Según Borré Y, Ortiz R y cols (2015) no se evidencia la articulación continua y fluida que debe existir entre la teoría y las acciones en la práctica como fundamento para la toma de decisiones en el escenario real (pág. 481). Esta situación cobra vital importancia cuando se aborda el cuidado de enfermería al paciente con TCE severo, los cuales requieren de personal calificado y cualificado que proporcione cuidados oportunos para la pronta recuperación del paciente.

Es de suma importancia la aplicación de cuidados de enfermería, y estos tienen que ir relacionados desde el control y vigilancia de signo de alarmas, con la prevención de complicaciones neurológicas y la administración de fármacos. Al respecto, Pérez J (2002), manifiesta que “El proceso de enfermería ayuda a aclarar, organizar y consolidar la actuación de enfermería, que es un método de unificar a la profesión, que capacita al enfermero para utilizar sus conocimientos de manera independiente.”

Carrera M (2015), enfatiza que es importante que el profesional de Enfermería

Esté en la capacidad de poder conocer a profundidad los cuidados que se deben realizar a los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave. Un procedimiento realizado de la manera inadecuada puede repercutir de forma negativa en el estado de salud del paciente. (pág. 10)

Por otra parte, en una investigación realizada por Blackman I, Papastavrou E y cols. (2017) reportaron que las enfermeras con menos experiencia carecen de habilidades para realizar tareas complejas, las cuales se delegan en enfermeras expertas, quienes pueden tener la capacidad de realizar múltiples tareas y priorizar de acuerdo a las necesidades del paciente basadas en la experiencia clínica.

La práctica de enfermería, así como el registro de la misma, juega un papel importante en la mejora de la situación del paciente; en especial aquel que presenta traumatismo craneoencefálico. Adolfoneda, (2008) citado por Barzola, A (2013) se refiere al TCE como: “una lesión cerebral causada por una fuerza externa, la cual puede producir una disminución o alteración de la conciencia y, eventualmente, un déficit de las habilidades cognoscitivas y/o de las funciones físicas” (pág. 33).

Al respecto, la OMS (2010) define:

La lesión cerebral traumática o traumatismo encéfalo craneano considerando dos situaciones. La primera como aquella lesión de la cabeza (por contusión, lesión penetrante o por fuerzas de aceleración- deceleración). La segunda, como aquel suceso de muerte resultado de un trauma con lesión cerebral, o cuando esta causa figura entre el listado que aparece en el certificado de defunción o el informe necrópsico (pág. 45)

De acuerdo a esta definición, se puede considerar, que el Traumatismo craneoencefálico es un problema de suma importancia para la sociedad, y para las Instituciones de salud ya que

posterior a estos accidentes el paciente en muchas ocasiones queda con secuelas que impliquen larga estadía en estos centros de salud, o en otros casos, puede ocasionar su muerte, elevando así el índice de mortalidad en nuestro país.

En cuanto a su clasificación Becker (1977) citado por López F. (2003) propuso una clasificación divididas en grados del TCE, basada en los hallazgos clínicos; esta clasificación va de menor a mayor gravedad:

Grado I: Se da cuando el paciente tiene pérdida transitoria del estado de alerta, al evaluarlo no presenta déficit neural.

Grado II: El paciente se encuentra con disminución del estado de alerta, pero es capaz de obedecer órdenes simples. Puede estar alerta, pero con déficit neurológico circunscrito.

Grado III: Hay un deterioro en el estado del estado de alerta. La respuesta motriz puede variar desde una reacción localizada al dolor hasta una postura de descerebración.

Grado IV: Es cuando el paciente presenta muerte cerebral (pág. 27).

La clasificación de grado de traumatismo se puede valorar de manera objetiva por el profesional de enfermería, por eso es de gran importancia que este personal tenga conocimientos amplios, en cuanto a patología presentada, como los cuidados que deben aplicarse de acuerdo a cada grado que este presentando el paciente.

Por otra parte, Velasco M. (2009) cita la clasificación según la escala de Glasgow:

Trauma craneal leve: con una puntuación de 14-15 puntos. Los pacientes presentan una pérdida de conciencia menor a treinta minutos.

Trauma craneal moderado: La puntuación de ECG de estos pacientes es de 9- 13 puntos. El paciente se encuentra letárgico o estuporoso.

Trauma craneal grave: el ECG es menor de 9 puntos. El paciente tiene un estado comatoso, sufre lesiones neurológicas significativas (pág. 103)

Considerando esta clasificación, se tomará en cuenta al paciente con TCE Grave, para la presente investigación, ya que este tipo de pacientes amerita de diversos cuidados, de medios invasivos y no invasivos. Un paciente que ha presentado un TCE puede tener una disminución o alteración en el estado de conciencia. Tal como lo señala Brunner (1.994) “el cuidado general del enfermo con traumatismo craneal va a depender de las manifestaciones clínicas que incluyen cambios del nivel de conciencia, confusión, anormalidades pupilares, déficit neurológico y cambios de los signos vitales” (pág. 20). Por lo tanto, la enfermera que cuida el paciente con lesión craneal grave requiere conocimiento y habilidades para la valoración especializada y experiencia para ayudarlo a satisfacer sus necesidades.

Por otra parte Espinoza J (2005) define el estado funcional neurológico como la “habilidad individual que tiene la persona de desempeñar su capacidad cognoscitiva y motora” (pág. 1). El estado neurológico comprende la conciencia que es el estado en el que la persona se da cuenta de sí misma y de su entorno que le rodea. La valoración neurológica del paciente permite detectar los cambios que se producen en el estado del paciente, esta valoración incluye, la valoración del nivel de conciencia y el examen pupilar.

En cuanto a esta valoración se encuentra la regla AVDN, citada por Velasco M (2009) la cual indica que:

Es una herramienta simple para hacer una estimación del nivel de conciencia, mediante la observación de la respuesta del comportamiento del paciente a diferentes estímulos. Definiendo las siglas como:

A: El paciente está alerta

V: Paciente reactivo a estímulos verbales

D: Paciente reactivo a estímulos dolorosos

N: paciente no responde (pág. 103)

Esta herramienta va a permitir evaluar e identificar de manera rápida y eficaz el estado de conciencia en que se encuentra el paciente, así prevenir una posible complicación, actuando con los cuidados específicos. Por otra Parte Quintero L (2008) define esta herramienta como AVDI, la cual refiere que es utilizada por personal con poco entrenamiento, permite la clasificación muy rápida del estado neurológico del paciente en uno de los siguientes estados:

- A:** Alerta: Paciente despierto, orientado en las tres esferas (Tiempo, espacio y persona)
- V:** Respuesta a la voz: paciente que presenta respuesta al estímulo verbal como abrir los ojos, obedecer órdenes.
- D:** Respuesta al dolor: paciente que responde al estímulo doloroso de alguna manera, abriendo los ojos o retirando al estímulo doloroso.
- I:** Inconciencia: paciente que a pesar de realizarle estímulos verbales y dolorosos no emite ningún tipo de respuesta (pág. 43)

El profesional de enfermería, logrará identificar el estado neurológico del paciente, sin darle una puntuación a esta valoración, se realiza de una manera más objetiva, es una forma más actualizada y clara de una valoración del estado funcional neurológico del paciente. Otro de los aspectos de la valoración neurológica es la Escala de Glasgow. Esta Escala fue desarrollada por el Dr. Graham Teasdale y el Dr. Bryan J. Jennett en 1974 para proporcionar un método simple y fiable de registro y monitorización del nivel de conciencia en pacientes con una lesión cerebral aguda. Se realiza la siguiente clasificación reflejada en la siguiente tabla:

Tabla 1. Escala de Glasgow

Apertura Ocular		Respuesta Motora		Respuesta Verbal	
Espontanea	4	Espontanea, normal	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		descerebración	2	ninguna	1
		Ninguna	1		

Fuente: Martín S (2014)

Asimismo, Pérez L, Martínez E. (2011) Indican que la Escala de Glasgow se explora de la siguiente manera:

Apertura ocular: Se escoge la mejor de las respuestas en caso de que los dos ojos no respondan igual. Debe aclararse si el paciente presenta algún trauma, edema palpebral, etc., que impida o dificulte la apertura ocular.

Respuesta verbal: Debe aclararse si hay disfasia, traqueostomía o intubación; o si hay algún factor que no dependa del nivel de conciencia y que pueda influir negativamente en la respuesta verbal.

Respuesta motora: Debe aclararse si hay fracturas de huesos largos o lesiones de columna que impidan la movilidad de los miembros (pág. 3)

La escala de coma de Glasgow, es la herramienta principal para identificar el nivel de gravedad de traumatismo craneoencefálico presentado por el paciente, durante las primeras 24 horas que son primordiales, y durante su estadía hospitalaria, ya que su recuperación es prolongada y generalmente incompleta.

Además, Serrano M (2012) hace referencia a la Escala de Glasgow, donde se valora tres parámetros independientes:

Apertura de ojos (AO), respuesta verbal (RV) y respuesta motora (RM). La puntuación mínima es de 3 puntos, cuando no hay ninguna respuesta y la puntuación máxima de 15. Se debe registrar desglosando los tres componentes: AO+RV+RM y anotando la mejor respuesta (pág. 1)

El principal error es no estimular al paciente de forma adecuada. Se debe iniciar la exploración con estímulos verbales y si no responde se realiza un estímulo doloroso suficiente.

Para la valoración del estímulo doloroso. Pulido P (2017), indica que:

Se debe observar la respuesta al dolor en las extremidades. Si no hay ninguna respuesta, podemos estar ante una lesión medular. En caso de estupor, el paciente va a responder despertando y con movimientos normales o con paresias. En el caso del coma, otra regla es que la respuesta peor nos indica que puede haber lesión en el hemisferio contralateral (por lo general) y la mejor es el nivel del coma: si con una extremidad superior se responde en flexión y con la otra se localiza el dolor, el paciente está en un nivel de coma con respuesta localizadora a estímulos dolorosos y puede tener un proceso expansivo en el hemisferio contralateral al lado con que flexiona (pág. 3).

La respuesta evidenciada para cada uno de los aspectos otorga un puntaje para cada parámetro individual. El puntaje obtenido para cada uno de los tres se suma, con lo que se obtiene el puntaje total, este se utiliza para definir el pronóstico del paciente; una vez obtenida la valoración esta ayudará al profesional de enfermería a desarrollar estrategias adecuadas a la situación salud del paciente.

La semiología y el monitoreo del sistema neurológico en los pacientes críticamente enfermos permite establecer pautas para iniciar diferentes métodos terapéuticos. Al respecto Martín S (2014), hace referencia a las alteraciones parciales de la conciencia; en donde se describen los siguientes aspectos:

Obnubilación: alteración en la atención y en la senso percepción.

Confusión: alteración en la asociación de ideas, tención, memoria y aprendizaje.

Delirio: alteración de las funciones mentales superiores, corticales, básicamente de la sensopercepción. Es un estado similar al sueño en el que el paciente mantiene los ojos abiertos.

Estupor: Alteración global del contenido de conciencia con persistencia de la reactividad;

Coma: es un verdadero estado de inconciencia. Ausencia de contenido y reactividad de la conciencia. Caracterizado por la ausencia de reacción al despertar (pág. 425, 426)

Es fundamental que el profesional de enfermería tenga conocimientos sobre las escala de medición del nivel de conciencia y los estados de alteración de la conciencia, ya que estos profesionales son los responsables del cuidado de estos pacientes desde su ingreso, permanencia y egreso; y al realizar una evaluación o exploración neurológica de este paciente, tienen la oportunidad de obtener información de la evolución del estado de conciencia o por el contrario su retroceso, lo que permitirá tomar decisiones acertadas, basadas en conocimiento, habilidades y destrezas al momento de atender al paciente con TCE.

Otro aspecto fundamental que el profesional de enfermería debe conocer es la valoración de las pupilas, en cuanto al tamaño, forma y reactividad a la luz; un paciente que ha presentado un traumatismo craneal puede presentar alteraciones en el tamaño de las pupilas, por lo que es importante que estos profesionales tengan el conocimiento para lograr diferenciar las alteraciones presentadas, para brindar una buena práctica, al respecto Pérez Salvador (2009) refiere que “el traumatismo craneoencefálico puede modificar el tamaño pupilar y la respuesta a la luz” (pág. 101).

Asimismo (Cruz L, 2007) indica que:

Debe ser evaluado el tamaño, forma, reactividad. Cuando se observa una asimetría mayor de 2 mm se considera lesión intracraneal. La falta de respuesta pupilar unilateral o bilateral es generalmente un signo de pronóstico desfavorable en adultos con lesión cerebral severa (pág. 34)

Es importante que el profesional de enfermería realice la exploración pupilar de ambos ojos, verificando si estas se contraen o se dilatan. Grif J (1993) indica que se debe “describir el tamaño de las pupilas en milímetros o al comparar una con la otra (p. ej., pupila derecha mayor

que la izquierda) el diámetro pupilar representa el equilibrio entre las inervaciones simpáticas y parasimpática” (pág. 303).

En relación con este aspecto a valorar Campos F. (2012) refiere que

El tamaño pupilar se valora a través de la inspección de la pupila. Se debe valorar las pupilas de ambos ojos, observando la forma, la posición y el tamaño”. En cuanto la midriasis: se refiere a la dilatación o aumento del tamaño pupilar. Por otra parte, se valora la miosis, la cual se refiere a la disminución del tamaño pupilar. Esto se ve en un tamaño de 1 a 2,5 mm. Otro punto es la anisocoria: la cual se evidencia cuando existe diferencia entre ambas pupilas (pág. 1).

En segundo lugar, el mismo autor ante citado, hace referencia a la valoración de la reactividad pupilar, en donde evidenciamos el reflejo fotomotor y el consensuado. Durante la valoración inicial a estos pacientes con TCEG, es muy importante la observación cuidadosa el tamaño pupilar y de la respuesta a la luz. Teniendo en cuenta estos aspectos, se hace referencia al reflejo fotomotor; el cual se observa la contracción de la pupila del mismo ojo al cual se ilumina con una fuente de luz, en condiciones normales. Así mismo se valora el reflejo consensuado; en donde se evidencia la contracción de la pupila del ojo que no está iluminado. Este se valora al mismo tiempo que el reflejo fotomotor.

Por otra parte Pérez F (2010) hace referencia que la valoración:

Se debe realizar de modo que el haz de luz llegue desde el lado y no apuntando directamente al ojo. Se distingue un reflejo fotomotor directo, que se percibe en el ojo que recibe el estímulo luminoso, y un reflejo fotomotor consensual o indirecto, que se produce simultáneamente en el otro ojo (pág. 1)

Se observará el tamaño, igualdad y reactividad. Debe realizarse en un ambiente con luz, evitando que un foco de luz ilumine más una que otra parte del cuerpo, dirigiendo una linterna o

foco potente desde el ángulo externo del ojo hacia el interno alternativamente y luego manteniendo ambos abiertos y dirigiendo la luz hacia el medio, comprobando la igualdad del tamaño.

A continuación se presenta una tabla de valoración pupilar:

VALORACIÓN PUPILAR		
Tamaño	Mióticas	Diámetro= <2mm
	Medias	Diámetro= >2 y < 5 mm
	Midriáticas	Diámetro > 5 mm
Simetría	Isocóricas	Iguales
	Anisocóricas	Desiguales
	Discóricas	Forma irregular
Respuesta a la Luz	Reactivas	Contracción
	Reactivas lentas	Contracción lenta
	Arreactivas	Inmovibles

Fuente: Lozano G. (2007). *Traumatismo craneoencefálico grave neurointensivo*

Al respecto, Pérez L, Martínez E, (2011) indican que “la respuesta pupilar a la luz, unido a la edad el paciente y la escala de Glasgow al ingreso es uno de los tres factores pronósticos más reconocidos internacionalmente sobre la evolución final del paciente” (pág. 3). En el paciente con TCE se debe hacer en la valoración inicial tras el traumatismo y posteriormente de forma continuada. Es de importancia que el profesional de enfermería tenga conocimiento de estos valores, ya que va a permitir tener un valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico. Los mismos autores, antes mencionados, refieren que “Si al examen inicial existe una amplia dilatación pupilar, sin reacción ante un fuerte estímulo luminoso, entonces la base patológica puede tratarse

de una lesión primaria de cerebro medio (irreversible) o una herniación transtentorial bilateral avanzada” (pág. 4).

Además, Gómez S (2014) refiere que:

La función pupilar forma parte del sistema nervioso autónomo, el control parasimpático se realiza por inervación del nervio oculomotor que procede del mesencéfalo, cuando las fibras parasimpáticas se estimulan, la pupila se contrae. El responsable de la respuesta pupilar es el tercer par craneal, que se determina por su tamaño en reacción a la luz, que debe ser similar en ambos ojos, sus cambios indican aumento en la presión del nervio oculomotor (pág. 26).

La enfermera debe mantener una constante valoración del estado neurológico en estos pacientes, por lo que debe mantener una observación de los cambios en las pupilas en las próximas horas posterior al traumatismo, identificando en cada una de ellas las características de esa evaluación.

Otro punto a considerar en los cuidados a pacientes con TCE grave, es su valoración hemodinámica, en donde se hace valor a la presión arterial, frecuencia cardiaca, control de temperatura y presión venosa central (PVC). La monitoria hemodinámica es definida por Ortiz C (2010):

Como la utilización de dispositivos tecnológicos a la cabecera del paciente para medir variables fisiológicas y el comportamiento del sistema cardiovascular que se realiza por medio de dispositivos que se ubican en las cavidades o en algunos vasos sanguíneos del sistema cardiovascular, los cuales generan impulsos fisiológicos que son interpretados por un monitor y expresados en forma de curvas y de valores numéricos (pág. 18)

En los pacientes con TCE es indispensable, mantener una valoración constante de su función hemodinámica, ya que ayudara a identificar el nivel de perfusión del paciente, el objetivo

de este es contrarrestar las complicaciones, y mantener una PAM dentro de los parámetros adecuados a este tipo de pacientes.

Al respecto Rada S (2014) indica que:

El objetivo terapéutico en estos pacientes es vigilar los parámetros hemodinámicos en los que nos tenemos que mover en la atención y tratamiento del traumatismo craneoencefálico grave encaminados a conseguir un aporte cerebral de oxígeno adecuado y evitar todos aquellos factores que aumenten la presión intracraneal (PIC) (pág. 19).

Al mismo tiempo Ochagavía A, Mainer J (2014) refieren que “la valoración hemodinámica permite obtener información sobre la función cardiovascular del paciente, eso se realiza por medio de dispositivos que son interpretados por un monitor” (pág. 1). En ellos se valora la presión arterial y frecuencia cardíaca., los cuales estos parámetros serán de gran relevancia en el diagnóstico del estado de gravedad del paciente. En relación a la presión arterial normal, Banerjee N. (2003) describe, que:

Los valores no son fijos, que pueden variar debido a diversos factores, pero tiende a adoptar un valor promedio para cada grupo de edad. En adultos jóvenes y sanos, en la edad comprendida de 20- 45, la presión sistólica varía entre 110- 130mmHg, mientras que la presión diastólica está entre 60 y 80mmHg. (pág. 28)

La medición de la presión arterial, es una técnica que realiza el profesional de enfermería, tanto en la valoración inicial de un individuo, como en las emergencias, la valoración de esta constante es un indicador del estado en que se encuentra una persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Refiere que

La tensión normal en adultos es de 120 mmHg cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mmHg cuando el corazón se relaja, (tensión diastólica). Cuando la tensión arterial sistólica es igual o superior a 140 mmHg y/o la

tensión diastólica es igual o superior a 90 mmHg se considera alta o elevada (pág. 1)

Otro punto importante que se debe considerar en esta valoración del paciente con TCE, es la PAM, la cual nos indicará la presión de perfusión de los órganos corporales.

Al respecto, Rada S (2014) indica que el objetivo es mantener al paciente hemodinámicamente estable, consiguiendo una tensión arterial media (TAM) adecuada para una correcta presión de perfusión cerebral (PPC) (pág. 30). Este valor se obtiene mediante la siguiente formula. Indicada por Cabrera A y Col. (2009) PAM: $(\text{Presión sistólica} \times 2) - (\text{Presión arterial diastólica}/3)$ (pág. 96).

Para la valoración de la PAM en un paciente con TCE, Ochagavia A, Baigorri F (2014), contemplan dos situaciones especiales en cuanto al manejo de este valor

Una es en situaciones de hemorragia incontrolable en pacientes traumáticos, y en los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave sin hemorragia sistémica. En la primera situación, se recomienda mantener niveles de PAM de 40mmHg hasta el control quirúrgico de la hemorragia. En cuanto a las situaciones de traumatismo craneoencefálico grave en la que exista deterioro neurológico y no se tenga evidencia de hemorragia sistémica, dado que se desconoce la presión de perfusión cerebral, se recomienda mantener niveles de PAM de 90 mmHg (pág. 5).

Es de suma importancia la monitorización continua de la presión arterial, para el mantenimiento de los valores dentro de los parámetros normales, en conjunto con otras actividades del cuidado al paciente, para mantener el nivel de perfusión y prevenir complicaciones futuras.

Por otra parte, Torres L. (2002) plantea que la hipotensión arterial es el factor que afecta más negativamente a los pacientes con TCE. En estos pacientes se ha constatado la relación entre cifra más bajas de presión arterial media y peores resultados vitales y funcionales (pág. 1026).

Cruz, 2007 citado por Carrera M (2015) refiere que “la hipotensión puede presentarse cuando se produce una hemorragia masiva del cuero cabelludo o cara, shock espinal, herniación y compresión del tronco cerebral” (pág. 18). La hipotensión es un importante determinante del pronóstico del TCE, este aumenta claramente la mortalidad del paciente, por descenso de la presión de perfusión cerebral, por lo que se debe mantener una monitorización continua de estos valores, para evitar este tipo de complicaciones irremediables para el usuario.

Cabrera A; Martínez O (2009) refieren que la hipotensión “es un factor de riesgo posterior al TCE severo y se relaciona como parte de la respuesta inflamatoria del paciente” (pág. 97). Un solo episodio de hipotensión o de hipoxia se asocia significativamente con un peor pronóstico, ya sea en la forma de aumento de la mortalidad o daño neurológico significativo. Por lo tanto, una de las principales preocupaciones del personal hospitalario debe ser la rápida detección y manejo de estas dos condiciones

En cuanto a la hipertensión arterial, Bustos M (2012) indica que Calderón (2003) refiere que esta es la segunda causa de daño cerebral secundario después de la hipoxemia y la hipotensión (pág. 33). Se debe evitar que el paciente mantenga valores elevados de la tensión arterial, se debe mantener una presión arterial de 130/70 mmHg. La hipertensión puede orientar a un aumento de la presión intracraneana, favoreciendo las posibilidades de sangrado y en muchos casos conseguir la muerte del paciente.

El siguiente aspecto es la valoración de la frecuencia cardiaca, la cual es definida por la OMS (1978) como las veces que late el corazón por unidad de tiempo. (Pág. 1). Por otra parte, Aguayo A, Lagos A (2012) la definen como:

La onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. La onda pulsátil representa el rendimiento del latido cardiaco, que es la cantidad de sangre que entra en las arterias con cada contracción ventricular y la adaptación de las arterias, o sea, su capacidad de contraerse y dilatarse. Asimismo, proporciona información sobre el funcionamiento de la válvula aórtica (pág.2).

El pulso del paciente deber ser evaluado en su calidad, frecuencia y regularidad. En el paciente hipovolémico, el pulso radial y pedio puede estar ausentes por la pérdida de volumen.

Martínez E, Paz J, (1992) indican que

La tensión arterial y la frecuencia cardíaca deben ser monitorizadas. Perdidas por encima de 200ml de sangre dentro de la cavidad craneal, producen la muerte. Una hipertensión arterial asociada a bradicardia forma el “síndrome de Cushing”, respuesta a la hipertensión intracraneal. Las arritmias cardiacas son frecuentes en pacientes con TCE severos (pág. 296).

Conforme a esto, Sayers E (2012) refiere que la frecuencia cardíaca normal asociada con hipotensión puede ser indicativo de shock espinal o secundaria a medicación previa (beta-bloqueadores). (pág. 72). Hipertensión arterial asociada a bradicardia puede ocurrir como respuesta a hipertensión intracraneal. La taquicardia es común pero más específica puede ser traducción de ansiedad efecto medicamentoso, hipovolemia o factores severos. La taquicardia en paciente con TCE puede ser signo de un shock hipovolémico. El cual debe ser de estricta vigilancia, por parte del profesional de enfermería, y mejorando los valores mediante la perfusión de líquidos.

Otro punto de la valoración hemodinámica es la valoración de la temperatura, la cual se debe tomar en cuenta en estos pacientes con TCE, ya que es un signo que ayudara a proporcionar cuidados para el mantenimiento y restauración del estado de salud del paciente. Al respecto Rada, S (2014), refiere que este tipo de pacientes tienen que estar con $T^a < 37^{\circ}\text{C}$ ya que un aumento de la temperatura puede provocar aumento de la presión intracraneal (PIC). (pág.)

Para el control de la temperatura Dorfman B, Walter V (2010) indican que

Se debe controlar estrictamente la temperatura corporal y se corrige la hipertermia. “Si el paciente presenta hipotermia solamente debe elevarse la temperatura ante presencia de complicaciones de la Hipertermia que comprometan la vida. En estos casos se utilizará medios físicos que permitan una elevación progresiva de la temperatura corporal” (pág. 268).

La temperatura ideal de este tipo de pacientes debe oscilar entre $36-36.5^{\circ}\text{C}$, ya que al aumentar la temperatura puede generar aumento de la PIC. El objetivo es mantener la normotermia. Por otra parte López E (2009), refiere que “en los últimos 15 años, numerosos estudios clínicos han investigado la eficacia de la hipotermia en TCEG con dos objetivos: neuroprotección y control de la PIC” (pág. 2).

Al respecto, Bascuñana H y col (2002), indican que “Cualquier fiebre en un TCE en la que no se pueda demostrar un origen documentado se cataloga de fiebre central. Se cree que la fiebre central que se produce en el TCE severo es por lesión del hipotálamo” (pág. 398).

De acuerdo con la hipotermia, Miñamabres E y col (2008) indican que:

La inducción de hipotermia en el cerebro produce diferentes efectos. Aproximadamente, la reducción de la temperatura en 1°C disminuye el metabolismo cerebral en un $6-7\%$ ⁷. Otro de los efectos beneficiosos de la hipotermia es que puede mejorar la relación de aporte y consumo de oxígeno, lo cual es muy beneficioso en áreas cerebrales isquémicas. Igualmente, la inducción de hipotermia disminuye la presión intracraneal (PIC). Este

mecanismo fisiopatológico es aún desconocido, aunque parece ser debido a un descenso en el volumen de sangre intracraneal por vasoconstricción (pág. 4)

Si hay una disminución de la temperatura se debe proceder al aumento de la temperatura corporal progresiva, ya que si es muy acelerado el metabolismo cerebral se ve aumentado y esto puede provocar lesiones cerebrales. La hipotermia en estos pacientes servirá como mecanismo de neuroprotección y control de la PIC. La enfermera debe mantener un estricto control y vigilancia de la temperatura del paciente, y propiciar un ambiente acorde, y tener presente y darle importancia al registro de los cambios que se presentan.

Según Smeltzer y Cols (1.994), la hoja de signos vitales

Es el formato donde se lleva el registro escrito de la valoración de las constantes vitales del paciente, como son: Temperatura, pulso, frecuencia cardíaca, tensión arterial y respiración; de los valores obtenidos, y gravedad del paciente se deberá hacer registro entre dos horas a seis horas, y según sea necesario de los mismos (pág. 27).

La enfermera en forma objetiva ha de anotar los valores resultantes, pues de ellos depende en gran parte, el conocimiento de la evolución del estado de salud del enfermo con traumatismo craneoencefálico.

Se hace referencia a la hoja de registros vitales, ya que es un aporte que el profesional de enfermería debe tomar en cuenta, para la evolución del paciente, y es una manera más organizada, fácil y propicia para brindar mejores cuidados al paciente, ya que quedarán registros de cada uno de los procesos, evidencias y cuidados que realizan estos profesional, a fin de mejorar el estado de dichos pacientes.

Para la valoración de la PVC Huford W (2001) refiere que la PVC “se mide uniendo el espacio intravascular a través de una vía rellena de líquido a un transductor externo de presión. El

espacio intravascular se monitoriza típicamente en la unión de la vena cava superior y la aurícula derecha” (pág. 7). La medición de la presión venosa, es un aspecto importante en el estado de este paciente, ya que por medio de el se puede valorar el estado de volemia del paciente y su hemodinámica.

Para el procedimiento para medir la PVC, **Soy M (2004)** reseña los siguientes pasos:

- . - Colocar al paciente en decúbito supino, sin almohada y con la cama completamente horizontal.
- . -En todos los casos, la medición se efectuará situando el nivel cero de la tablilla de medición a la altura de la aurícula derecha del paciente, en la línea media axilar.
- . -Purgar el sistema de medición cerrando la llave de entrada de suero al paciente y abriendo la correspondiente a la entrada de suero a la columna, hasta que se llene de líquido.
- . -Se cierra la llave de entrada de suero. Se mantendrán abiertas las llaves de entrada del suero al paciente y la de la columna de líquido.
- . -Dirigir convenientemente la llave de tres vías para cerrar el paso del suero del tratamiento.
- . -Se observa como en la columna, el nivel de líquido va descendiendo poco a poco y oscila con los movimientos respiratorios del paciente, hasta que llega un punto en que se para.
- . -Dirigir convenientemente la llave e tres vías para dejar paso a la perfusión del suero del tratamiento. (pág. 428).

Es de suma importancia que el profesional de enfermería tenga conocimientos acerca de los procedimientos a realizar para que pueda aplicar una correcta valoración de la presión venosa central, puesto a que si se ve interrumpido uno de estos, puede verse influenciado de manera negativa en la interpretación de los valores del nivel de volemia del paciente, pudiendo esto generar complicaciones y empeorar el estado de salud del paciente.

En relación con la interpretación fisiológica, el autor antes descrito hace referencia que la PVC por sí misma no indica el estado de volumen del paciente, se debe tener en cuenta alguna asunción de la función cardíaca.

Un descenso de la PVC, indica un aumento del trabajo cardíaco, un mayor impedimento al retorno venoso o una disminución en la presión sistémica media (volumen). Con un aumento concomitante de la presión sanguínea, la razón para el descenso de la PVC es generalmente un aumento del trabajo cardíaco; si la presión sanguínea cae, el descenso de la PVC es generalmente causado por un descenso del volumen o por una resistencia aumentada del retorno venoso. Un aumento de la PVC, indica una disminución del trabajo cardíaco, una disminución del impedimento del retorno venoso, o un aumento de la presión sistémica media (volumen). Con un descenso concomitante de la presión sanguínea (pág. 8)

Esta valoración es de vital importancia para el diagnóstico del estado hemodinámico del paciente, lo que permite realizar acciones oportunas, en cuanto a la administración de fármacos que facilite el mantenimiento de la volemia y mantenga la presión intracraneal estable, evitando así lesiones secundarias.

Por eso es importante considerar la administración de fármacos, el cual es una intervención principal para los profesionales de enfermería que laboran en las áreas emergencia, ya que son ellos los responsables de esta práctica, por eso es de vital importancia que estos profesionales posean conocimientos actualizados y avanzados en esta actividad, ya que cualquier fallo puede producir consecuencias graves e irreversibles para el paciente; al respecto Machado de Azebedo (2012) plantea que los enfermeros con mayor tiempo de experiencia en este sector consideran tener un buen conocimiento en farmacología, al contrario de aquellos con menor tiempo. (pág.) Es por ello que en estas áreas críticas, se debe contar con un personal capacitado y especializado en esta acción primordial.

Acerca de la administración de soluciones y medicamentos, (Cabrera A, Martínez O y colaboradores, (2009) describen

La administración de solución salina hipertónica o infusiones de coloides (incluyendo solución con albumina) para la reanimación hídrica inicial de estos pacientes ha sido propuesta en publicaciones. Estas soluciones reducen la PIC sin alterar el estado hemodinámico del paciente, teóricamente también reduce la producción de neurotransmisores excitadores y la inmunodepresión por trauma (pág. 97)

El usuario debe mantenerse euvolémico, para contrarrestar el edema cerebral, en el paciente con TCEG ocasiona un arrastre osmótico de agua.

Por otra parte, Gómez S (2014) indica que

Los sueros hipertónicos crean un gradiente osmótico en el espacio intra y extravascular que disminuye el edema cerebral, siendo eficaces en pacientes que no responden al manitol ni a la furosemida su acción es de corta duración de manera que requiere monitorización hemodinámica, de osmoralidad plasmática y electrolitos séricos (pág. 45)

Este es el agente más utilizado como terapia hiperosmolar, ya que tiene menos factores de riesgos a la hora de ser administrado, su objetivo principal es la disminución de la PIC, el cual puede ser administrado de manera conjunta al manitol. En este sentido, González M (2013) recomienda la administración inicial de 20-30 mL/kg de solución salina isotónica, (evidencia clase II) con revaloración cada 250-500 ml; sin reposición agresiva hasta control de la hemorragia. Intentar mantener la presión sistólica en torno a 90 mmHg (Pág. 189). Por otra parte Rada S (2014) recomienda que las soluciones hiperosmolares más utilizadas en este tipo de patología son el Manitol al 20% que tiene un mayor efecto diurético y los sueros salinos

hipertónicos (solución salina con una concentración de Cl Na mayor al 0,9%) que provocan una mayor expansión, por lo que mejora el gasto cardíaco (pág. 38).

Asimismo, Niño M. (2010), señala que el manitol “es un diurético osmótico que disminuye la presión intracraneana, aumenta la PPC y mejora el flujo sanguíneo cerebral” (pág. 192). Estos efectos se relacionan con su capacidad para disminuir el hematócrito, disminuir la viscosidad plasmática y el volumen sanguíneo cerebral, lo que mejora el transporte de oxígeno, al tiempo que moviliza líquidos extracelulares en contra del gradiente osmótico.

El manitol actúa en la PIC por medio de dos mecanismos diferentes: reduce la viscosidad sanguínea y logra disminuir el diámetro de los vasos sanguíneos, con esto se logra la reducción del volumen sanguíneo cerebral. Además, López E (2009) refiere que el manitol es la solución más frecuentemente utilizado, por su efecto en la disminución de la PIC (pág. 97).

De igual manera, Gómez S (2014) refiere que

El manitol tiene una actividad osmótica a los 15 – 30 minutos de su administración, no atraviesa la barrera hemato-encefálica (BHE), por lo que permanece en el lecho vascular y produce un arrastre de agua desde el compartimiento intersticial del encéfalo al sistema intravascular, disminuyendo el volumen sanguíneo cerebral y por tanto la PIC además tiene un efecto vasoconstrictor favoreciendo la disminución de producción de LCR. Pero si la barrera hematoencefálica está alterada, el manitol puede penetrar tejido cerebral y empeorar aún más su edema (pág. 45)

El autor antes mencionado, refiere que “luego de administrar el manitol debe reponerse el exceso de diuresis con Solución Salina 0.9% durante una o dos horas posteriores para evitar deshidratación, depleción de volumen y hemoconcentración que bajarían la perfusión cerebral y aumentarían la PIC” (pág. 45). Se debe hacer reposición de líquidos posterior a la administración

de manitol, debido a que el actúa como diurético, con esto se evita una hipovolemia y secundario a esto una elevación de la PIC por vasodilatación. El objetivo de este es mantener al paciente normovolémico o ligeramente hipervolémico.

El siguiente punto en la administración de fármacos, es la administración de analgésicos. Serrano (2011,) citado por Bustos M, Cortez A (2012) refiere que “los analgésicos son fármacos que cambian las características del dolor, suprimiéndolo o calmándolo, los opiáceos actúan en los receptores cerebrales para inhibir el impulso doloroso que llega, y no opiáceos que son analgésicos menores o periféricos” (pág. 37). La analgesia se utiliza en estos pacientes, para disminuir el nivel de estrés y dolor, y así evitar aumento de la PIC. La potencia analgésica debe ser proporcional al grado y evolución del dolor, este impacta en la recuperación fisiológica y psicológica de los pacientes.

Al respecto, Serratos M (2012) indica que

La analgesia que se logra con los opioides es debida a acciones en diversos niveles del sistema nervioso central: un efecto medular directo, a nivel del asta dorsal; modulación de las vías inhibitoras descendentes, a nivel del tronco encefálico y alteraciones en el estado de ánimo por sus efectos en el área, son los analgésicos conplúmbica. Son agonistas del receptor menos efectos deletéreos a nivel cardiovascular y renal (pág. 128)

Con respecto a los opiáceos, Antuña M, Herrero S (2000) considera que “la morfina es el más utilizado en pacientes neurocríticos, este disminuye la frecuencia cardiaca, su vida media es de 2-4hrs” (pág. 1). Los opioides son los pilares en el tratamiento del dolor moderado o severo en intensidad.

En relación con los diuréticos, Saca B, Sichi qui D (2013) plantean que la furosemida puede disminuir la presión intracraneana en una dosis de 1 o 2 mg/kg/día. Es aconsejable utilizar asociada al manitol, este es eficaz para controlar las elevaciones de las presiones intracraneanas

tras un TCE grave (pág. 66). Por otra Parte Niño M (2010) refiere Algunos autores aconsejan el uso concomitante de furosemida con manitol basados en las siguientes premisas:

1. Previene la rápida expansión de volumen inicial
2. Disminuye el riesgo de edema pulmonar
3. Aumenta la excreción de manitol a nivel renal
4. Disminuye la posibilidad de edema cerebral de rebote secundario a la administración de manitol (pág. 192.)

Para llevar un control adecuado de los fármacos utilizados en estos pacientes, es importante que el profesional de enfermería realice los registros pertinentes. Al respecto Carpenito L. (1994) refiere que el registro de los cuidados de enfermería debe ser pertinente y conciso, debiendo “reflejar las necesidades, capacidades y limitaciones del paciente; y registrar información de rutina de los cuidados y controles; por ejemplo: higiene personal, administración de medicamentos y parámetros fisiológicos” (pág. 10).

Por otra parte, Machado de Acevedo (2012) indica que “la administración de medicamentos exige un cuidado intenso y requiere conocimientos específicos y especializados, pues cualquier fallo durante esta actividad puede acarrear consecuencias tales como reacciones adversas, reacciones alérgicas y errores de medicación, los cuales pueden ser irreversibles y devastadores” (pág. 55).

El objetivo de una atención eficaz a un paciente con TCE es evitar lesiones cerebrales secundarias e identificar anomalías intracraneales, con esto se busca disminuir tanto la mortalidad, como las secuelas derivadas de esta patología.

3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

Conocimiento: Para esta investigación, se refiere a los insumos teóricos, definido como un conjunto de información la cual es almacenada mediante el aprendizaje.

Práctica: Para esta investigación, se refiere a las actividades que ejecuta el profesional de enfermería, durante el cuidado al paciente con TCEG

Paciente con TCEG: Es una persona que ha sufrido lesión física o deterioro funcional del contenido del cráneo.

Valoración Hemodinámica: Se refiere a los insumos teóricos y a las actividades que realizan los profesionales de enfermería, para la obtención de información de la función cardiovascular del paciente, mediante un dispositivo.

Valoración neurológica: Se refiere a los insumos teóricos y a las actividades que realizan los profesionales de enfermería, la cual permite identificar la función cerebral y a su vez nos proporciona información sobre posible deterioro neurológico.

Fármaco: Para esta investigación se refiere a los insumos teóricos, práctica de enfermería, la cual se define como una sustancia que se administra para ayudar a reducir efectos sobre el organismo, como tratamiento o cura de una enfermedad, o para disminución del dolor.

4. SISTEMA DE HIPOTESIS

4.1 HIPOTESIS GENERAL

Existe relación estadísticamente significativa entre el Conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería sobre el Cuidado de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave referido a: **valoración neurológica, valoración hemodinámica, fármacos utilizados**

4.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS:

4.2.1. Existe relación estadísticamente significativa entre el Conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería sobre el Cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave referido a: **Valoración neurológica**

4.2.2 Existe relación estadísticamente significativa entre el Conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería sobre el Cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave referido a: **Valoración hemodinámica**

4.2.3 Existe relación estadísticamente significativa entre el Conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería sobre el Cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave referido a: **Fármacos utilizados.**

5. SISTEMA DE VARIABLES

Variable 1: CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Se refiere a los insumos teóricos que poseen las enfermeras sobre los cuidados del paciente con traumatismo craneoencefálico grave, referente a valoración neurológica, hemodinámica y fármacos utilizados.

Variable 2: PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Se refiere a las actividades que ejecutan los profesionales de enfermería durante los cuidados del paciente con traumatismo craneoencefálico grave, que comprenden: valoración neurológica, hemodinámica y fármacos utilizados

6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable 1: CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Se refiere a los insumos teóricos que poseen las enfermeras sobre los cuidados del paciente con traumatismo craneoencefálico grave, en cuanto a valoración neurológica, hemodinámica y fármacos utilizados

Factores	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>1. Valoración Neurológica: se refiere a la información teórica que poseen los profesionales de enfermería sobre la exploración neurológica la cual permite detectar posibles cambios que puede presentar el paciente; que incluye la valoración del estado de conciencia y la valoración pupilar.</p>	<p>1.1 Valoración del estado de conciencia: se refiere a los insumos teóricos que poseen los profesionales de enfermería sobre la utilización de escalas para la evaluación neurológica, referida a: Regla AVDN y Escala de Glasgow</p> <p>1.2 Valoración pupilar: Se refiere a los insumos teóricos que posee el profesional de enfermería sobre la evaluación de la pupila del paciente con TCEG. Que Comprende reactividad pupilar, tamaño de la pupila</p>	<p>Regla AVDN</p>	1
		Valoración de la Escala AVDN	2,3
		Escala de Glasgow:	4
		Apertura Ocular	5
		Respuesta Verbal	6
		Respuesta Motora	7
		Reactividad pupilar	8
		Reflejo fotomotor	9
		Reflejo Consensuado	10
		Tamaño de la pupila: miosis, midriáticas.	11

Factores	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>2. Valoración Hemodinámica: Se refiere a la información que poseen los profesionales de enfermería sobre la valoración hemodinámica; referido a evaluación de presión arterial, frecuencia cardíaca, valoración de la temperatura, evaluación de la PVC.</p>	<p>2.1 Evaluación de la presión arterial: se refiere a los insumos teóricos que poseen los profesionales de enfermería para la identificación de valores de la presión arterial, en ellos se encuentran la presión arterial sistólica, presión arterial media, presión arterial diastólica, Hipertensión, Hipotensión</p>	<p>Valores de la presión arterial</p>	
		Presión arterial sistólica	12
		Presión arterial media	13
		Presión arterial diastólica	14
		<p>Alteración de la presión arterial:</p>	
		Hipotensión	15
	Hipertensión	16	
	<p>2.2 Evaluación de la Frecuencia Cardíaca: Se refiere a los insumos teóricos que poseen los profesionales de enfermería para la identificación de valores de la FC, en el paciente con TCEG, en cuanto a valores normales, alteraciones de la frecuencia cardíaca.</p> <p>2.3 Valoración de la temperatura: se refiere a los insumos teóricos que poseen los profesionales de enfermería para la identificación de valores de la temperatura en pacientes con TCEG</p> <p>2.4 Evaluación de la PVC: Se refiere a los insumos teóricos que posee el profesional de enfermería sobre la medición de la presión venosa central, en el paciente con TCEG, el cual comprende procedimiento para medir la PVC, valores normales y alteraciones en los valores de la PVC</p>	<p>Frecuencia cardíaca</p>	17
		Valores normales	18
		<p>Alteraciones de la frecuencia cardíaca</p>	
		Bradicardia	19
		Taquicardia	20
		<p>Valor de la temperatura</p>	
Hipotermia		21	
Hipertermia	22		
Valores normales de PVC	23		
<p>Alteraciones en los valores de PVC</p>			
Hipovolemia	24		
Hipervolemia	25		

Factores	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>3. Fármacos utilizados en pacientes con TCEG: se refiere a la información teórica que poseen los profesionales de enfermería sobre la administración de fármacos utilizados en el paciente con TCEG, en cuanto a administración de soluciones osmolares, analgésicos, diuréticos, antibióticos.</p>	<p>3.1 Soluciones osmolares: se refiere al insumo teórico que poseen los profesionales de enfermería en la administración de soluciones osmolares en pacientes con TCEG, que comprende, manitol y solución salina</p> <p>3.2 Analgésicos: se refiere al insumo teórico que poseen los profesionales de enfermería en la administración de fármacos para la analgesia del paciente con TCEG, que comprende administración de opiáceos</p> <p>3.3 Diuréticos: se refiere al insumo teórico que poseen los profesionales de enfermería en la administración de fármacos para la reducción de edemas cerebral del paciente con TCEG, que comprende la administración de diuréticos.</p>	<p>Administración de soluciones osmolares:</p> <p>Manitol</p> <p>Solución salina hipertónica</p> <p>Administración de opiáceos</p> <p>Administración de Diuréticos: furosemida</p>	<p>26</p> <p>27</p> <p>28</p> <p>29</p>

Variable 2: PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE.

Se refiere a las actividades que ejecutan los profesionales de enfermería durante los cuidados del paciente con traumatismo craneoencefálico grave, que comprenden: valoración neurológica, hemodinámica y fármacos utilizados.

Factores	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>1. Valoración Neurológica: se refiere a las actividades que realizan los profesionales de enfermería para la exploración neurológica la cual permite detectar posibles cambios que puede presentar el paciente; que incluye la valoración del estado de conciencia y la valoración pupilar.</p>	<p>1.1 Valoración del estado de conciencia: se refiere a las actividades que realizan los profesionales de enfermería para la evaluación neurológica, la cual permite detectar posibles cambios que puede presentar el paciente que comprende: Regla AVDN y Escala de Glasgow</p> <p>1.2 Valoración pupilar: Se refiere a las actividades que realizan los profesionales de enfermería sobre la evaluación de la pupila del paciente con TCEG. Que Comprende reactividad pupilar, tamaño de la pupila</p>	<p>Regla AVDN Escala de Glasgow: Apertura Ocular Respuesta Verbal Respuesta Motora</p> <p>Reactividad pupilar Reflejo foco motor Reflejo Consensuado</p> <p>Tamaño de la pupila: miosis, midriáticas.</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>

Factores	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>2. Valoración Hemodinámica: Se refiere a las actividades que realizan los profesionales de enfermería para la evaluación hemodinámica; referido a evaluación de presión arterial, frecuencia cardíaca, valoración de la temperatura, evaluación de la PVC.</p>	<p>2.1 Evaluación de la presión arterial: se refiere a las actividades que realizan los profesionales de enfermería para el diagnóstico de valores de la presión arterial, en ellos se encuentran la presión arterial sistólica, presión arterial media, presión arterial diastólica, Hipertensión, Hipotensión</p>	<p>Valores de la presión arterial Presión arterial sistólica Presión arterial media Presión arterial diastólica Alteración de la presión arterial: Hipotensión Hipertensión</p>	<p>10 11 12 13 14</p>
	<p>2.2 Evaluación de la Frecuencia Cardíaca: Se refiere a las actividades que realizan los profesionales de enfermería para la identificación de valores de la FC en el paciente con TCEG, en cuanto a valores normales, alteraciones de la frecuencia cardíaca.</p>	<p>Valores de la frecuencia cardíaca Valores normales Alteraciones de la frecuencia cardíaca Bradicardia Taquicardia</p>	<p>15 16</p>
	<p>2.3 Valoración de la temperatura: se refiere a las actividades que realizan los profesionales de enfermería para la identificación de valores de la temperatura en pacientes con TCEG</p>	<p>Valor de la temperatura Hipotermia Hipertermia</p>	<p>17</p>
	<p>2.4 Evaluación de la PVC: Se refiere a las actividades que realiza el profesional de enfermería para la medición de la presión venosa central, en el paciente con TCEG, el cual comprende procedimiento para medir la PVC, valores normales y alteraciones en los valores de la PVC</p>	<p>Valores normales de PVC Alteraciones en los valores de PVC Hipovolemia Hipervolemia</p>	<p>18 19</p>

Factores	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>3. Fármacos utilizados en pacientes con TCEG: se refiere a las actividades que los profesionales de enfermería realizan para la administración de fármacos utilizados en el paciente con TCEG, en cuanto a administración de soluciones osmolares, analgésicos, diuréticos, antibióticos.</p>	<p>3.1 Soluciones osmolares: Se refiere a las actividades que realizan los profesionales de enfermería en la administración de soluciones osmolares en pacientes con TCEG, que comprende, manitol y solución salina</p> <p>3.2 Analgésicos: Se refiere a las prácticas que realizan los profesionales de enfermería en la administración de fármacos para la analgesia del paciente con TCEG, que comprende Administración de opiáceos</p> <p>3.3 Diuréticos: Se refiere a las actividades que realizan los profesionales de enfermería en la administración de fármacos para la reducción de edemas cerebral del paciente con TCEG, que comprende la administración de diuréticos.</p>	<p>Administración de soluciones osmolares: Manitol Solución salina hipertónica</p> <p>Administración de opiáceos</p> <p>Administración de Diuréticos: furosemida</p>	<p>20</p> <p>21</p> <p>22</p>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se expone el diseño y tipo de investigación, la población, la muestra, el instrumento de recolección de información, el procedimiento de recolección de información, y las técnicas de análisis de la información.

3.1.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es diseño no experimental, de campo y correlacional. Al respecto Palella S, Martins F (2010) al referirse al diseño no experimental específica que es aquel que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. Se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos (pág. 87). El diseño de Campo consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables (Pág. 88).

La presente investigación es no experimental ya que se presentan las características de las variables sin manipularlas. De campo, se obtuvo la información directamente donde ocurrieron los hechos y es correlacional, ya que se desea verificar la relación que existe entre las dos variables en investigación. Con respecto al diseño correlacional, Arias F. (2012) menciona que la finalidad es determinar el grado de relación o asociación (no causal) existente entre dos o más variables. En estos estudios se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación (pág. 25).

3.2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptiva ya que se describen las variables. Arias F (2012), refiere que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación

se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos (pág. 24). Asimismo esta investigación es de corte transversal o Transeccional porque la información se recolectara en un momento determinado. Hernández R. y Fernández C. (2003) mencionan que este tipo de estudio recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (pág. 207).

3.3- POBLACIÓN:

Icart M (2006), define como un conjunto de individuos que tienen ciertas características o propiedades que son las que desean estudiar (pág. 55). La población en estudio estuvo conformada por 70 profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Dr. Miguel Malpica, Guacara.

3.4. MUESTRA:

Arias F (2012) La define como, “un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (pág. 83). La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo probabilístico tipo aleatorio simple. Estuvo conformada por 30 profesionales de enfermería, que representan el 42% de la población, dividido en 10 profesionales para el turno de la mañana y tarde, y cinco profesionales por cada turno nocturno.

Criterio de selección de la muestra, se tomo en cuenta a los profesionales de enfermería de cuidado directo que labora en el área de trauma shock.

Criterios de exclusión, profesionales de enfermería que se dediquen a la gestión del cuidado, personal de enfermería que labore en otras unidades de atención.

3.5.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A fin de recolectar la información se diseñó un instrumento tipo cuestionario para medir la variable I: conocimiento. El instrumento consta de dos partes: la primera parte, recolecta

información acerca de los datos sociodemográficos de los elementos muestrales; y la segunda parte, constituida por número de ítems con opción múltiple, y una respuesta correcta, permite recolectar datos acerca del conocimiento de los profesionales de enfermería. El segundo instrumento tipo escala de Observación con alternativas de respuestas dicotómicas de SI/NO, se diseñó para valorar la práctica del profesional de enfermería en el cuidado al paciente con TCEG, correspondiente a la Variable II.

3.6.- CONFIABILIDAD:

Se aplicó el instrumento de recolección de información a 10 profesionales de Enfermería que laboran en el Centro de Especialidades Quirúrgicas, Guacara, con características semejantes a la muestra seleccionada, los cuales no pertenecen a la muestra de estudio. Los datos recolectados se le aplicó el análisis estadístico, mediante la Prueba de Kuder Richardson (KR20), obteniendo un resultado para el Conocimiento 0.82%, cuyo confiabilidad resultó ser Buena. Se obtuvo como resultado para la Práctica: 0.77%, lo cual se considera Bueno.

3.7.- VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

Se contó con la participación de los estudiantes de la maestría de cuidado integral al adulto críticamente enfermo, quienes aportaron su sugerencia para mejorar la claridad, redacción y comprensión de los ítems que corresponde con las variables y factores en estudio. También se contó con la participación del docente y tutor.

3.8.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se procederá de la siguiente manera:

1. Se solicitó autorización a la dirección médica y de enfermería para aplicar los dos instrumentos para la recolección de la información
2. Se solicitó autorización en INSALUD para la aplicación de los dos Instrumentos

3. Se solicitó colaboración al profesional de enfermería del área de trauma shock, donde se le explico el objetivo de la investigación.
4. Se facilitó al profesional de enfermería que participará en la investigación el consentimiento informado
5. Se aplicó los instrumentos por turnos para recolectar información sobre el conocimiento y la práctica que poseen los profesionales de enfermería acerca de los cuidados al paciente con TCEG.
6. Se realizó el análisis de los resultados a través de cuadros y gráficos estadísticos.

3.9.- TÉCNICAS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

En el análisis de los datos se utiliza la estadística descriptiva, para medir la frecuencia absoluta y su respectivo porcentaje de la ocurrencia sobre el conocimiento de los profesionales acerca de los cuidados a pacientes con TCEG en relación a la práctica. Además, se representarán los resultados de forma cuantitativa mediante los porcentajes obtenidos y cualitativos a través del análisis de los mismos. Se utilizó la estadística de T de Student que permitió determinar la fuerza de la correlación entre las variables del estudio y validez de las hipótesis planteadas.

3.10.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación se realizó con estricto apego a la autonomía y confidencialidad del participante. Se les solicito a los profesionales que firmaran un consentimiento informado donde certifique que voluntariamente permiten que se lleve a cabo la toma de datos.

A todos los participantes se les trato de igual manera y con el mismo respeto, sin distinción de sexo, raza o etnia. Por lo mismo no afectara la integridad de los usuarios ni el personal de enfermeras/ os que son pares del estudio.

En el ejercicio de la profesión de enfermería se debe tener en consideración los principios bioéticos, estos están presentes en toda relación enfermera- paciente, y no deben considerárseles como imposiciones para el profesional, sino como ayuda para dirigir los cuidados de enfermería.

Beneficencia: existe la obligación ética de que toda práctica de enfermería debe estar basada en hacer el bien al usuario, este caso el paciente con TCEG, haciendo que este reciba cuidados eficaces y satisfacción de sus necesidades.

No maleficencia: se respetara este principio aplicando cuidados humanizados y oportunos, por parte del profesional de enfermería, para prevenir lesiones secundarias a estos pacientes con TCEG.

Justicia: se respeta este principio cuando coloca al paciente como prioridad ante todo, cuando valoriza y jerarquiza sus necesidades, para la satisfacción de las mismas. La cual debe contar con conocimientos y habilidades y destrezas, para evitar producir daños o secuelas.

Autonomía: los pacientes con TCEG en muchas ocasiones no están capacitados para la toma de decisiones, se les dificulta discernir el grado de autonomía, por ello se respeta este principio, brindando información y solicitando consentimiento informado a los familiares.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

El presente capitulo contiene las estadísticas, el análisis e interpretación de los resultados de acuerdo a las hipótesis planteadas.

1-PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se dan a conocer los resultados de la investigación. Para ello se realizó el procesamiento de la información, usando el procesador estadístico SPSS versión 22. Se comienza con las características sociodemográficas. Seguidamente, se exponen las diferencias de las medias entre los valores promedios de la valoración neurológica, hemodinámica y fármacos utilizados con respecto al conocimiento y práctica realizada los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave. Cada respuesta acertada y observación de la práctica realizada correctamente, se les otorgaba un punto; la suma de todos los puntos por los factores citados y la variable que condensa a los factores daba un resultado para cada profesional de enfermería, y posteriormente calcular el promedio de los treinta miembros del personal de enfermería. Una vez obtenidos estos promedios se comparaban si había o no relación entre el conocimiento y la práctica usando el estadístico t de Student, para comparación de valores medios de grupos parados. Si la diferencia resultaba estadísticamente significativa, se dice que no hay relación entre conocimiento y práctica, y si sucede lo contrario no hay significación, se asume que hay relación entre conocimiento y práctica.

El nivel de significación utilizado es de P menor de 0,05, para conformar o no que las diferencias no sean enteramente producto del azar.

Los resultados obtenidos se presentan por igual en gráficas estadísticas acordes al tipo de información analizada.

TABLA 1

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**

DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EDAD

**ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018**

EDAD (AÑOS)	F (%)
26 - 30	3 (10,0)
31 - 35	16 (53,3)
36 - 40	7 (23,3)
41 O MAS	4 (13,3)
TOTAL	30 (100,0)

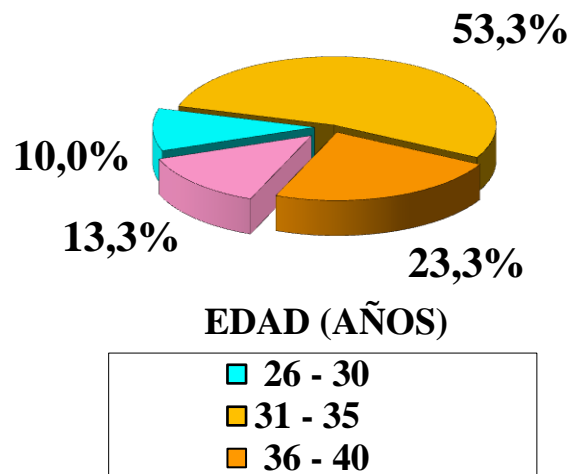
FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

GRAFICO 1

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**

DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EDAD

**ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018.**



FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

Con respecto a la edad hubo un predominio del grupo de 31 a 35 años al ser el 53,3% del grupo, mientras que el personal de 36 a 40 años representa el 23,3%, los de 41 años o más el 13,3% y los de 26 a 30 sólo el 10,0%.

TABLA 2

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**

**DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F (%)
LICENCIATURA	23 (76,7)
TÉCNICO SUPERIOR	7 (23,3)
TOTAL	30 (100,0)

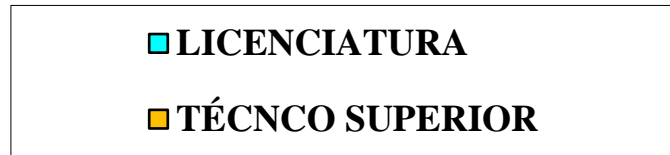
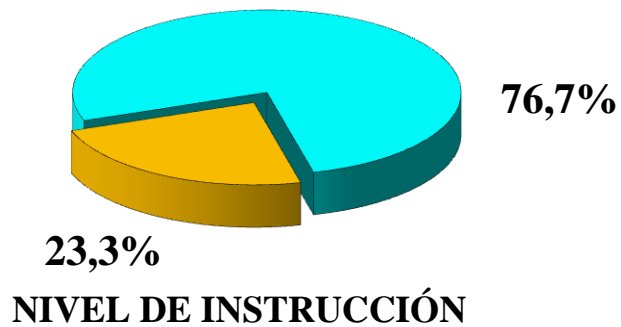
FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

GRAFICO 2

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018.



FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

El 76,7% representa al grupo con nivel de instrucción de licenciatura en enfermería, siendo el resto 23,3% Técnico Superior en enfermería.

TABLA 3
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE
DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN
TURNO LABORAL

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018

TURNO	F (%)
7AM/ 1PM	10 (33,3)
1PM/7PM	10 (33,3)
7PM/7AM	10 (33,3)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

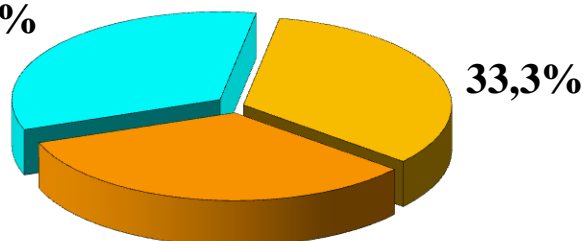
GRAFICO 3

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN TURNO LABORAL

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL "MIGUEL MALPICA". GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018.

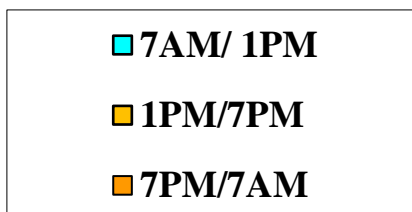
33,3%



33,3%

33,3%

TURNO LABORAL



FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

Cada turno laboral representa por igual el 33,3% de todos los profesionales de enfermería investigado.

TABLA 4
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018

AÑOS	F (%)
0 - 5	8 (26,7)
6 - 10	17 (56,7)
11 - 15	2 (6,7)
16 - 20	2 (6,7)
TOTAL	30 (100,0)

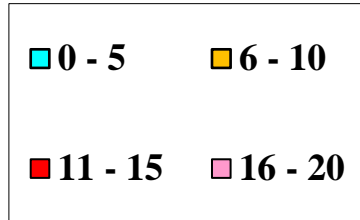
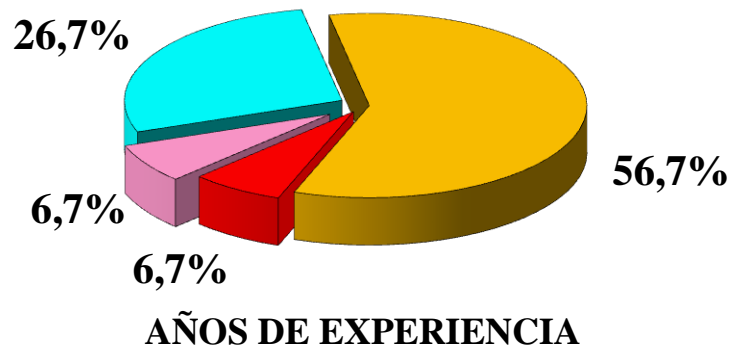
FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

GRAFICO 4

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL "MIGUEL MALPICA". GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018.



FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

De acuerdo a los años de experiencia, el grupo con mayor tiempo como enfermera (o) tiene entre seis a 10 años, pues son el 56,7% de los profesionales investigados, mientras que siguen el grupo de cero a cinco años con un 26,7%, los de once a quince y de dieciséis a veinte años fueron 6,7% en cada uno de estos dos grupos.

TABLA 5

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**

**MEDIA (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE) DE LA PUN TUACIÓN DE
CONOCIMIENTO Y DE LA PRÁCTICA DE LA VALORACIÓN NEUROLÓGICA
DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018

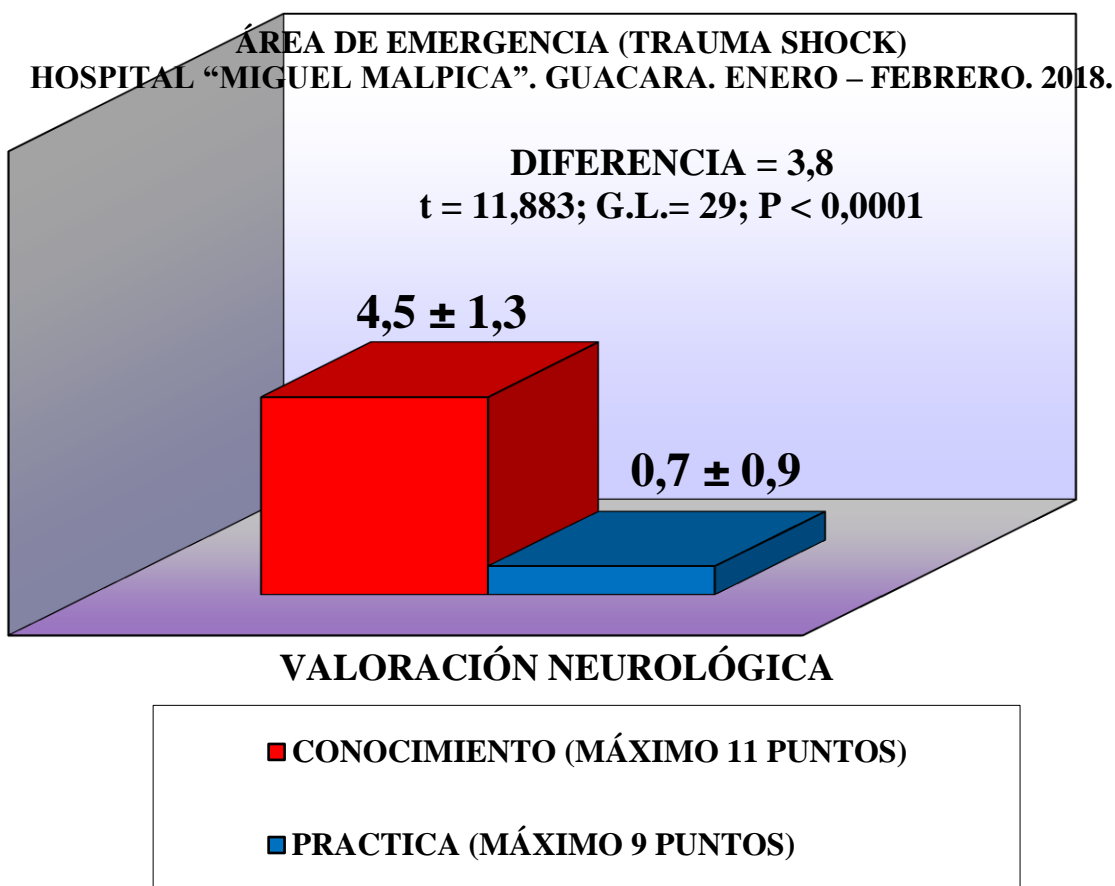
VALORACIÓN	CONOCIMIENTO X ± DE (n = 30)	PRÁCTICA X ± DE (n = 30)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (BILATERAL)
NEUROLÓGICA	4,5 ± 1.3	0,7 ± 0,9	DIFERENCIA = 3,8 t = 11,883; G.L.= 29; P < 0,0001

FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

GRÁFICO 5

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

MEDIA (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE) DE LA PUNTUACIÓN DE CONOCIMIENTO Y DE LA PRÁCTICA DE LA VALORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

En VALORACIÓN NEUROLÓGICA, el grupo obtuvo un conocimiento promedio de 4,5 puntos y en la práctica de 0,7 puntos, lo que implica una diferencia de 3,8 puntos a favor del conocimiento. Esta diferencia es significativa ($p < 0,0001$), y viene a confirmar que no hay relación entre el conocimiento y la práctica. Por otra parte, 4,5 puntos en promedio representan el 40,9% del saber a poseer, ya que la máxima puntuación es de 11 puntos. En cuanto a la práctica, la puntuación máxima es de 9 puntos, y habiendo logrado en promedio sólo 0,7 puntos, quiere decir que sólo realizan el 7,7% de las acciones de enfermería a cumplir.

TABLA 6
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE
MEDIA (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE) DE LA PUN TUACIÓN DE
CONOCIMIENTO Y DE LA PRÁCTICA DE LA VALORACIÓN HEMODINÁMICA
DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018.

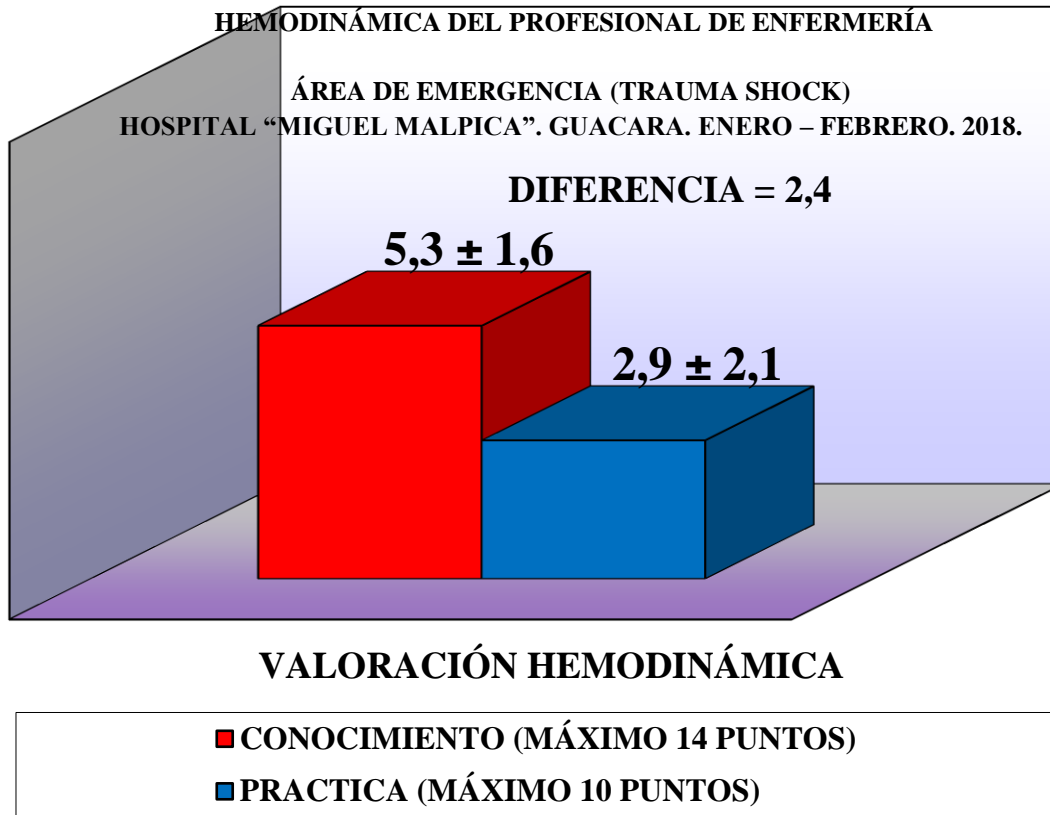
VALORACIÓN	CONOCIMIENTO X ± DE (n = 30)	PRÁCTICA X ± DE (n = 30)	SIGNIFICACIÓN ESTÁDÍSTICA (BILATERAL)
HEMODINÁMICA	5,3 ± 1.6	2,9 ± 2,1	DIFERENCIA = 2,4 t = 4,325; G.L.= 29; P < 0,0001

FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

GRÁFICO 6

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

MEDIA (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE) DE LA PUNTUACIÓN DE CONOCIMIENTO Y DE LA PRÁCTICA DE LA VALORACIÓN HEMODINÁMICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

En VALORACIÓN HEMODINÁMICA, el grupo obtuvo un conocimiento promedio de 5,3 puntos y en la práctica de 2,9 puntos, por lo que hay una diferencia entre los promedios de 2,4 a favor nuevamente del conocimiento. Esta diferencia significativa ($p < 0,0001$) asegura la inexistencia de relación entre el conocimiento y la práctica. Los 5,3 puntos representan el 37,9% del conocimiento que debería poseer el grupo investigado, ya que la máxima puntuación es de 14 puntos. En cuanto a la práctica, la puntuación máxima es de 10 puntos, y habiendo logrado en promedio 2,9 puntos, dice que a través de la observación realizaron el 29,0% de la práctica hemodinámica a cumplir en los pacientes que atendieron los miembros del personal de enfermería en estudio.

TABLA 7

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**

**MEDIA (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE) DE LA PUN TUACIÓN DE
CONOCIMIENTO Y DE LA PRÁCTICA DE FÁRMACOS UTILIZADOS
DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA.. ENERO – FEBRERO. 2018**

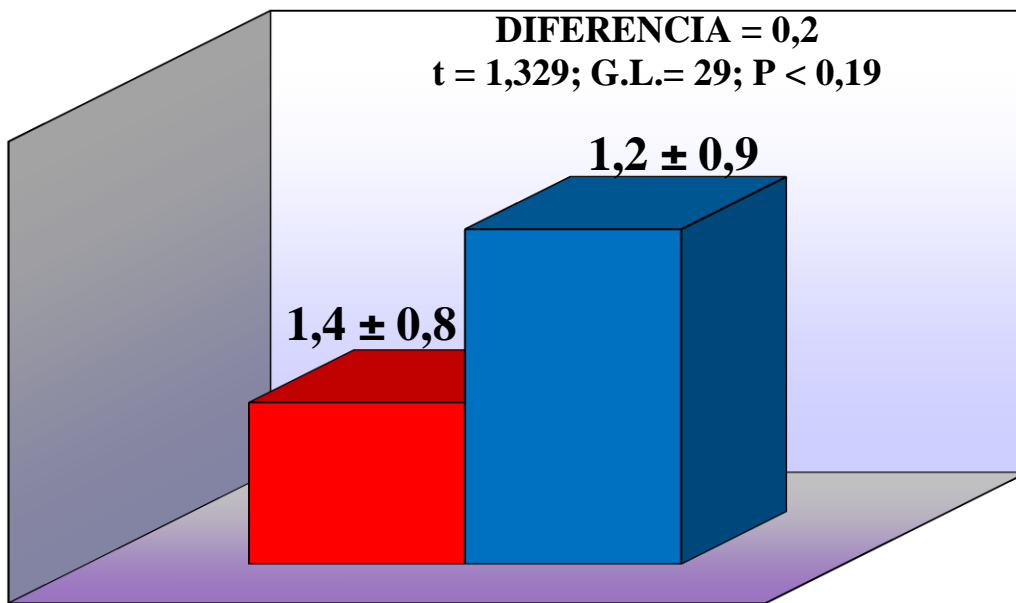
FÁRMACOS	CONOCIMIENTO X ± DE (n = 30)	PRÁCTICA X ± DE (n = 30)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (BILATERAL)
UTILIZADOS	1,4 ± 0,8	1,2 ± 0,9	DIFERENCIA = 0,2 t = 1,329; G.L.= 29; P < 0,19

FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

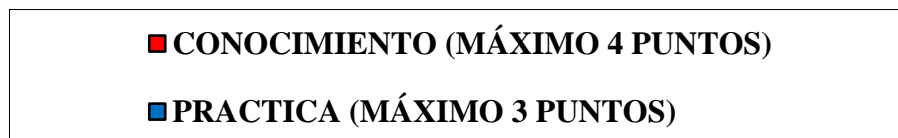
GRÁFICO 7
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

MEDIA (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE) DE LA PUNTUACIÓN
DE CONOCIMIENTO Y DE LA PRÁCTICA DE FÁRMACOS
UTILIZADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA. ENERO – FEBRERO. 2018.



FÁRMACOS UTILIZADOS



FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

Para FÁRMACOS UTILIZADOS, el grupo logró un conocimiento promedio de 1,4 puntos y en la práctica de 1,2 puntos, por lo que la diferencia fue de 0,2 puntos en promedio, a favor del conocimiento. Tal diferencia no es significativa ($p < 0,19$), por consiguiente se

encontró relación entre el conocimiento y la práctica. El 1,4 puntos en promedio representan el 35,0% del que se debería saber, ya que la máxima puntuación es de 4 puntos. En la práctica, la puntuación máxima es de 3 puntos, siendo en promedio 1,2 puntos, sólo realizan el 40,0% de las acciones de enfermería a cumplir.

TABLA 8
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

MEDIA (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE) DE LA PUN TUACIÓN
DE CONOCIMIENTO Y DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO
DEL PACIENTE POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ÁREA DE EMERGENCIA (TRAUMA SHOCK)
HOSPITAL “MIGUEL MALPICA”. GUACARA.. ENERO – FEBRERO. 2018

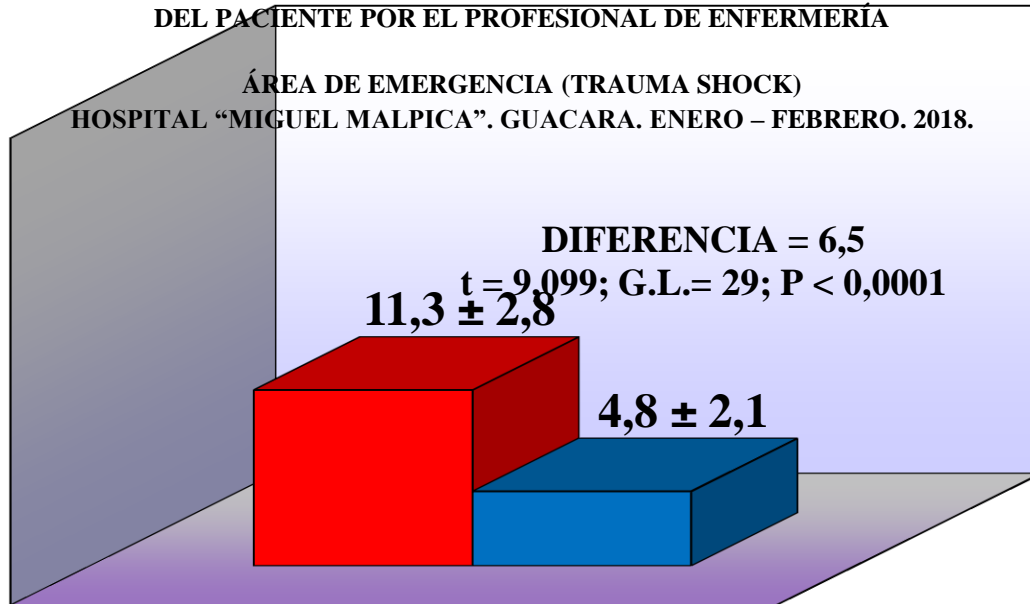
CUIDADO DEL PACIENTE	CONOCIMIENTO X ± DE (n = 30)	PRÁCTICA X ± DE (n = 30)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (BILATERAL)
CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE	11,3 ± 2,8	4,8 ± 2,1	DIFERENCIA = 6,5 t = 9,099; G.L.= 29; P < 0,0001

FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

GRÁFICO 8

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

MEDIA (X) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DE) DE LA PUNTUACIÓN
DE CONOCIMIENTO Y DE LA PRÁCTICA DEL CUIDADO
DEL PACIENTE POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CUIDADO DEL PACIENTE POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

■ CONOCIMIENTO (MÁXIMO 29 PUNTOS)

■ PRACTICA (MÁXIMO 22 PUNTOS)

FUENTE: instrumento aplicado (Ponce L., 2017)

Al evaluar el CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE, el grupo logró un conocimiento promedio de 11,3 puntos y en la práctica de 4,8 puntos, por lo que la diferencia fue de 6,5 puntos en promedio, a favor del conocimiento. La diferencia es significativa ($p < 0,0001$), como consecuencia no fue hallada relación entre el conocimiento y la práctica en lo que se refiere al cuidado del paciente ya referido. Los 11,3 puntos en promedio representan el 38,9% del que se esperaba tenía, ya que la máxima puntuación es de 29 puntos. En la práctica, la puntuación máxima es de 22 puntos, siendo en promedio 4,8 puntos, sólo realizan el 21,8% de las acciones de enfermería a cumplir.

2.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis e interpretación de los resultados considerando los objetivos e hipótesis planteadas.

2.1.- Características sociodemográficas de la muestra:

La muestra investigada se caracteriza por tener **EDAD** entre 31 a 35 años (53,3%), mientras que el personal de 36 a 40 años representa el 23,3%, los de 41 años o más el 13,3% y los de 26 a 30 sólo el 10,0%. En cuanto al **NIVEL DE INSTRUCCIÓN** se destacan el grupo de Licenciatura en Enfermería (76,7%) y el resto Técnico Superior en Enfermería (23,3%).

Al investigar la misma cantidad de enfermeras (os) para cada **TURNO LABORAL**; la muestra se representa por igual (33,3%). De acuerdo a los **AÑOS DE EXPERIENCIA**, predomina el grupo de 6 a 10 años (56,7%), seguido por el grupo de 0 a 5 años (26,7%), los de 11 a 15; y de 16 a 20 años obtuvieron (6,7%) igual porcentaje para cada uno de estos dos grupos.

2.2.- Hipótesis específica N° 1

4.2.1. Existe relación estadísticamente significativa entre el Conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería sobre el Cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave referido a: **Valoración neurológica.**

En valoración neurológica, el grupo obtuvo un conocimiento promedio de 4,5 puntos y en la práctica de 0,7 puntos, lo que implica una diferencia de 3,8 puntos a favor del conocimiento. Esta diferencia es significativa ($p < 0,0001$), y viene a confirmar que no hay relación entre el conocimiento y la práctica. Por otra parte, 4,5 puntos en promedio representan el 40,9% del saber a poseer, ya que la máxima puntuación es de 11 puntos. En cuanto a la práctica, la puntuación máxima es de 9 puntos, y habiendo logrado en promedio sólo 0,7 puntos, quiere decir que sólo realizan el 7,7% de las acciones de enfermería a cumplir.

En este sentido, Leddys y Pepper M. (1982), refieren que “los conocimientos de enfermería incluyen una comprensión profunda de la fisiopatología, síntomas de enfermedad,

intervenciones medica normales y la mejor manera de llevar a cabo los procedimientos y aplicar los tratamientos” (pág. 252), lo que amerita la búsqueda constante del conocimiento a través de bases de datos, evidencia científica y la realización de investigaciones en el cuidado del paciente con TCE severo.

Sin embargo, se debe pensar el conocimiento en enfermería como una ecología de saberes para lograr el encuadre conceptual de la enfermería y de su acción - cuidar - como ciencia, no como una racionalidad técnica que apenas valora las evidencias científicas, sino en el ámbito de una epistemología de racionalidad práctico-reflexiva, que considera las diversas maneras de conocimiento, donde todos los saberes son importantes, mientras contribuyan de forma significativa para la acción concreta. Es decir, en el ámbito de la enfermería para el cuidado integral profesionalizado. En este marco de ideas, se requiere que los profesionales de enfermería implementen los conocimientos adquiridos en el cuidado que brindan al paciente con TCE severo. Enfermería como profesión y ciencia requiere demostrar en la acción el conocimiento adquirido de otras ciencias y de sí.

Los resultados revelan (Tabla 5) que los profesionales de enfermería investigados tienen mayor conocimiento y menos práctica, lo que demuestra que no existe una relación estadísticamente significativa entre las variables, se **RECHAZA** la hipótesis específica N° 1.

2.3.- Hipótesis específica N° 2

4.2.2 Existe relación estadísticamente significativa entre el Conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería sobre el Cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave referido a: **Valoración hemodinámica.**

En valoración hemodinámica, el grupo obtuvo un conocimiento promedio de 5,3 puntos y en la práctica de 2,9 puntos, por lo que hay una diferencia entre los promedios de 2,4 a favor

nuevamente del conocimiento. Esta diferencia significativa ($p < 0,0001$) asegura la inexistencia de relación entre el conocimiento y la práctica. Los 5,3 puntos representan el 37,9% del conocimiento que debería poseer el grupo investigado, ya que la máxima puntuación es de 14 puntos. En cuanto a la práctica, la puntuación máxima es de 10 puntos, y habiendo logrado en promedio 2,9 puntos, dice que a través de la observación realizaron el 29,0% de la práctica hemodinámica a cumplir en los pacientes que atendieron los miembros del personal de enfermería en estudio.

Long (1999) define que el personal de enfermería de las unidades de tratamiento intensivo deben: “poseer conocimiento y experiencias, con una sólida y actualizada formación técnica, científica y humanistas para realizar cuidados a pacientes que presentan patologías como traumatismo craneoencefálico” (Pág. 105). El conocimiento permite que los profesionales identifiquen alteraciones en los pacientes con TCE severo y puedan actuar en consecuencia.

Sin embargo, Copnell (1998) ha explorado la construcción del cambio en la práctica enfermera realizando una revisión de la literatura en cuidados enfermeros. Ella ha constatado que los conocimientos científicos son todavía prioritarios a los conocimientos prácticos, consecuentemente, la visión y las experiencias de las enfermeras sobre el cambio son, la mayoría de veces, poco consideradas. La revisión sistemática realizada por Copnell acerca de diversas investigaciones en relación a la práctica de enfermería, revela que los profesionales le dan prioridad al conocimiento en menoscabo de la práctica, lo que concuerda con los resultados obtenidos en la presente investigación. Por tanto, es necesario establecer estrategias que permitan disminuir la brecha entre la teoría y la práctica en enfermería.

Los resultados revelan (Tabla 6) que los profesionales de enfermería investigados tienen mayor conocimiento y menos práctica, lo que demuestra que no existe una relación estadísticamente significativa entre las variables, se **RECHAZA** la hipótesis específica N° 2.

2.4.- Hipótesis específica N° 3

4.2.3 Existe relación estadísticamente significativa entre el Conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería sobre el Cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave referido a: **Fármacos utilizados**.

Para fármacos utilizados, el grupo logró un conocimiento promedio de 1,4 puntos y en la práctica de 1,2 puntos, por lo que la diferencia fue de 0,2 puntos en promedio, a favor del conocimiento. Tal diferencia no es significativa ($p < 0,19$), por consiguiente se encontró relación entre el conocimiento y la práctica. El 1,4 puntos en promedio representan el 35,0% del que se debería saber, ya que la máxima puntuación es de 4 puntos. En la práctica, la puntuación máxima es de 3 puntos, siendo en promedio 1,2 puntos, sólo realizan el 40,0% de las acciones de enfermería a cumplir.

Los resultados obtenidos coinciden con los reportados por Caro R. Sara (2014) que al evaluar los *Conocimientos teórico prácticos*, el porcentaje de enfermeros que consideró suficiente la teoría y práctica adquirida acerca de la farmacología fue del 53.8 % (56); el 55.8 % (58) conoce los términos sinergismo y antagonismo y el 92.3 % (96) sabe en cuánto diluir los medicamentos según su concentración y dosis prescrita. Aunque los resultados reportan una relación significativa entre la teoría y la práctica, hay diferencia en los resultados obtenidos en ambos aspectos; sería conveniente realizar una adecuada formación para conseguir un óptimo conocimiento, que repercuta positivamente en el cuidado que recibe el paciente por parte de los profesionales de enfermería.

Los resultados revelan (Tabla 7) que los profesionales de enfermería investigados tienen conocimiento y práctica en relación a los fármacos utilizados en el paciente con TCE severo, lo que demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables, se **ACEPTA** la hipótesis específica N° 3.

2.5.- Hipótesis general

Existe relación estadísticamente significativa entre el Conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería sobre el Cuidado de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave referido a: **valoración neurológica, valoración hemodinámica, fármacos utilizados.**

Al evaluar el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave, el grupo logró un conocimiento promedio de 11,3 puntos y en la práctica de 4,8 puntos, por lo que la diferencia fue de 6,5 puntos en promedio, a favor del conocimiento. La diferencia es significativa ($p < 0,0001$), como consecuencia no fue hallada relación entre el conocimiento y la práctica en lo que se refiere al cuidado del paciente ya referido. Los 11,3 puntos en promedio representan el 38,9% del que se esperaba tenía, ya que la máxima puntuación es de 29 puntos. En la práctica, la puntuación máxima es de 22 puntos, siendo en promedio 4,8 puntos, sólo realizan el 21,8% de las acciones de enfermería a cumplir.

En este sentido, Carrera M. (2015) plantea que es importante que el profesional de enfermería conozca los cuidados que se deben realizar al paciente con TCE severo, ya que un procedimiento realizado de manera inadecuada puede repercutir negativamente en la salud del paciente (pág. 10). La vulnerabilidad del paciente amerita que el profesional de enfermería tenga los conocimientos para detectar posibles complicaciones y actuar en consecuencia.

Según Brunner (1.994) “el cuidado general del enfermo con traumatismo craneal va a depender de las manifestaciones clínicas que incluyen cambios del nivel de conciencia, confusión, anormalidades pupilares, déficit neurológico y cambios de los signos vitales” (pág. 20). De allí la importancia de que el conocimiento se refleje en la práctica que realiza el personal de enfermería, ya que la identificación de las manifestaciones clínicas, permite jerarquizar las necesidades del paciente y decidir acerca de los cuidados a implementar.

Los resultados revelan (Tabla 8) que la diferencia es significativa ($p < 0,0001$), como consecuencia no existe relación entre el conocimiento y la práctica en lo que se refiere al cuidado del paciente TCE severo, siendo **RECHAZA la hipótesis general**.

3.- Discusión de los resultados

El traumatismo craneoencefálico es una importante causa de morbilidad a nivel mundial, entre sus agentes causales se encuentran los accidentes de tránsito. Los pacientes producto de los accidentes de tránsito suelen tener lesiones múltiples, lo que hace complejo el cuidado de enfermería; sin embargo, López E. (2009) admite que la disminución de la mortalidad es una respuesta a la mejora en los cuidados críticos.

Los avances en relación a los cuidados de enfermería cada día son más evidentes, pero la brecha entre el saber teórico y práctico, aún persiste. Según Borré (2015) no se evidencia la articulación continua y fluida que debe existir entre la teoría y las acciones en la práctica como fundamento para la toma de decisiones en el escenario real. Esta situación cobra vital importancia cuando se aborda el cuidado de enfermería al paciente con TCE severo, los cuales requieren de personal calificado y cualificado que proporcione cuidados oportunos para la pronta recuperación del paciente.

En los resultados obtenidos en la presente investigación se destaca entre las características del grupo de profesionales de enfermería investigado aspectos como la edad entre 31 a 35 años (53,3%), el nivel de instrucción, la mayoría licenciados (76,7%) y con 6 a 10 años (56,7%) de experiencia. Los resultados de la investigación realizada por Blackman (2017) reportaron que las enfermeras con menos experiencia carecen de habilidades para realizar tareas complejas, las

cuales se delegan en enfermeras expertas, quienes pueden tener la capacidad de realizar múltiples tareas y priorizar de acuerdo a las necesidades del paciente basadas en la experiencia clínica. El planteamiento anterior, señala que a mayor tiempo en el servicio, mayor experiencia en el cuidado del paciente.

Los resultados obtenidos en la presente investigación difieren de los obtenidos por Blackman, ya que los profesionales de enfermería investigados, aun cuando tienen entre 6 y 10 años laborando en el área y tienen en su mayoría el nivel de Licenciatura presentan diferencias significativa en aspectos como la valoración neurológica, valoración hemodinámica, lo cual se ve reflejado en el conocimiento y la práctica en el cuidado del paciente TCE severo. Aun cuando en el aspecto de la utilización de fármacos la diferencia no es significativa, por consiguiente se encontró relación entre el conocimiento y la práctica; la autora de esta investigación decide incluirlo en la discusión de los resultados, por ser la administración de fármacos una de las actividades más frecuentes en la disciplina de enfermería.

En la valoración neurológica, los resultados obtenidos coinciden con los reportados por Cousin Y. (2017) que confirman que no hay relación entre el conocimiento y la práctica que realizan los profesionales de enfermería. En la presente investigación se reportó que los profesionales de enfermería poseen el 40,9% del saber y sólo realizan el 7,7% de las acciones a cumplir; es decir, en ninguno de los dos aspectos evaluados se aproximan al 100%, lo que demuestra que el conocimiento deficiente repercute en la práctica que se realiza lo que podría afectar la recuperación del paciente.

En la valoración hemodinámica, los resultados reportaron la inexistencia de relación entre el conocimiento y la práctica. El grupo investigado 37,9% del conocimiento, y 29,0% de la práctica de valoración hemodinámica a cumplir en los pacientes que atendieron los miembros del personal

de enfermería en estudio. Se evidencia el déficit de conocimiento y por consiguiente de la práctica en el grupo investigado; al respecto, Rada S. (2014) plantea que la familiarización con la monitorización es fundamental para proporcionar una asistencia de calidad y asegurar la seguridad del paciente, pudiendo minimizar efectos adversos de consecuencias fatales en este tipo de pacientes. Lo que demanda la búsqueda de conocimiento por parte de los profesionales de enfermería y la implementación en la práctica que realizan para mejorar el cuidado que se le brinda al paciente.

Es importante señalar, que si bien la relación estadística no fue significativa, reportando relación entre el conocimiento y la práctica, dichos resultados han de analizarse más allá de la significación estadística, a través de los resultados obtenidos para la teoría y la práctica.

Cuando se evaluó el conocimiento y la práctica en relación a los fármacos utilizados, se evidenció que en conocimiento, los encuestados reportaron el 35% de conocimiento, mientras que la práctica el 40% de los cuidados que deberían cumplir; es decir, el porcentaje de conocimiento y práctica se reporta por debajo del 50%, considerando que la mayoría de estos profesionales tienen nivel educativo de Licenciatura y entre 6 a 10 años de experiencia. Estos resultados discrepan de los obtenidos por Machado de Azebedo (2012) quien plantea que los enfermeros con mayor tiempo de experiencia en este sector consideran tener un buen conocimiento en farmacología, al contrario de aquellos con menor tiempo. Asimismo, es importante destacar que la administración de medicamentos es una de las principales acciones que realizan los profesionales de enfermería la cual amerita conocimiento en relación a la farmacología para evitar los eventos adversos así como las vías de administración, también se requiere la utilización de los cinco correctos; todos los aspectos antes señalados contribuyen a la seguridad y recuperación del paciente.

Al analizar, el conocimiento y la práctica de los profesionales de enfermería que brindan cuidado al paciente TCE severo, se evidenció que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables, siendo evidente la brecha teoría – práctica. Por tanto, es importante considerar lo planteado por Borré (2015) cuando refiere que Enfermería es una disciplina que evoluciona de manera independiente al de otras disciplinas, y a pesar de los esfuerzos realizados por teóricos, investigadores y estudiosos de la disciplina, en la estructura del conocimiento que sustente la práctica, este no ha tenido la visibilidad suficiente. Los profesionales de enfermería poseen conocimiento para el cuidado del paciente con TCE, pero este no se ve reflejado en las acciones que realizan, lo que ponen en peligro la seguridad del paciente, pero también puede afectar moral y legalmente al profesional cualquier daño que se genere por carecer de una práctica correcta.

En este sentido, es necesario que las instituciones de salud realicen investigaciones relacionadas con el conocimiento y las buenas prácticas a fin de optimizar la seguridad del paciente con TCE severo y la del profesional como ente proveedor del cuidado.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.- Conclusiones

- Las características sociodemográficas de la muestra estudiada fueron: **edad** entre 31 a 35 años (53,3%), **nivel de instrucción** se destacan el grupo de licenciatura en enfermería (76,7%), **turno laboral** se representa por igual (33,3%) y **años de experiencia**, predomina el grupo de 6 a 10 años (56,7%).
- En valoración neurológica, el grupo obtuvo un conocimiento promedio de 4,5 puntos y en la práctica de 0,7 puntos, lo que implica una diferencia de 3,8 puntos a favor del conocimiento. Esta diferencia es significativa ($p < 0,0001$), y viene a confirmar que no hay relación entre el conocimiento y la práctica. se **RECHAZA** la hipótesis específica N° 1.
- En valoración hemodinámica, el grupo obtuvo un conocimiento promedio de 5,3 puntos y en la práctica de 2,9 puntos, por lo que hay una diferencia entre los promedios de 2,4 a favor nuevamente del conocimiento. Esta diferencia significativa ($p < 0,0001$) asegura la inexistencia de relación entre el conocimiento y la práctica. **RECHAZA** la hipótesis específica N° 2.
- Para fármacos utilizados, el grupo logró un conocimiento promedio de 1,4 puntos y en la práctica de 1,2 puntos, por lo que la diferencia fue de 0,2 puntos en promedio, a favor del

conocimiento. Tal diferencia no es significativa ($p < 0,19$), por consiguiente se encontró relación entre el conocimiento y la práctica. Se **APRUEBA** la hipótesis específica N° 3.

- Al evaluar el cuidado del paciente con traumatismo craneoencefálico grave, el grupo logró un conocimiento promedio de 11,3 puntos y en la práctica de 4,8 puntos, por lo que la diferencia fue de 6,5 puntos en promedio, a favor del conocimiento. La diferencia es significativa ($p < 0,0001$), como consecuencia no fue hallada relación entre el conocimiento y la práctica en lo que se refiere al cuidado del paciente ya referido. Se **RECHAZA** la hipótesis general.

2.- Recomendaciones

- Comunicar los resultados de la Investigación a las autoridades del Hospital Dr. Miguel Malpica, con el fin de demostrar la importancia de profundizar el conocimiento en el cuidado del paciente con TCE aplicados por el profesional de enfermería.
- Informar al personal de enfermería que labora en estas áreas de emergencia sobre los resultados obtenidos, para motivarlos al diseño y ejecución de programas de educación continua en el servicio.
- Proponer la elaboración de protocolos o guías de buenas prácticas para el cuidado del paciente con TCE severo en el área, con contenidos actualizados.
- Presentar los resultados en eventos científicos con la finalidad de divulgar los resultados.
- Publicar los resultados en revistas científicas nacionales e internacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agar Kenett (2016). Estudios tagged accidentes de tránsito, accidentes en taxis, estadística de seguridad vial. Recuperado mayo 2018. disponible: <http://avepae.org.ve>
- Aguayo A, Lagos A (2012). Guía Clínica de control de signos vitales. Universidad Pedro de Valdivia. Facultad de Ciencias de la Salud. Kinesiología Chillan. Chile.
- Antuña M, Herrero S (2000). Sedoanalgesia en el paciente crítico. Recuperado agosto 2017. Disponible: www.uninet.edu/ucim2000/conferencia/conf2/SED_ANALGESIA.htm
- Arias F (2012). El proyecto de Investigación científica. Caracas 6ta Edición. Editorial Episteme.
- Arribas M (2012). Exploración neurológica por enfermería: Valoración del nivel de conciencia y pupilas. ¿Cómo detectar el deterioro neurológico en un paciente con TCE leve? .Barcelona
- Banerjee, M. (2003). Tensión arterial. etiología y tratamiento. JainPublishers.
- Barzola A (2013). Cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde. Guyaquil- Ecuador.
- Bascuñana H y col (2002). Complicaciones del traumatismo craneoencefálico que interfieren con el tratamiento rehabilitador. Barcelona. Recuperado febrero 2017. Disponible: file:///C:/Users/canaima/Downloads/S0048712002733124_S300_es.pdf
- Bayley M, Cullen N (2012). Traumatismo Craneoencefálico basada en la evidencia TCE. Modulo 12, neurofarmacología. Recuperado febrero 2017. Disponible: <http://www.traumatismocraneoencefalico.com/modulo-12.htm#2.1>
- Blackman I, Papastavrou E, y colaboradores (2017). Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. J Nurs Manag. 2017;1-9. DOI: 10.1111/jonm.12514. recuperado marzo 2018
- Borjas Y, Collaguazo C (2015) Evaluación de conocimiento y prácticas de enfermería en el manejo de pacientes con trauma torácico, servicio de emergencia del Hospital Eugenio Espejo. Quito- Ecuador
- Borré Y, Ortiz R y cols (2015): El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. Rev. Cienc. Salud. 13 (3): 481-491 / 481. recuperado septiembre 2017.
- Brunner L, y Suddarth, D. (1.994). Enfermería Médico Quirúrgica. México. Séptima Edición Vol. I. Editorial Interamericana McGraw Hill.
- Bustos M, Cortez A (2012). Manejo de enfermería en paciente con trama craneoencefálico atendido en el servicio de emergencia del Hospital Marco Vinicio Iza. Ecuador
- Cabrera A, Martínez O, y colaboradores (2009). Traumatismo craneoencefálico severo. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina. Vol XXIII, N° 2. Recuperado marzo 2017.
- Campos F (2012). Urgencias y emergencias extra hospitalarias. Recuperado octubre 2017 disponible: <http://formacionenemergencias.blogspot.com/2012/07/valoracion-pupilar.html>
- Carpenito L (1994). Planes de cuidado y documentación en Enfermería. España. Segunda Edición. Editorial Interamericana McGraw Hill.

- Carrera M (2015). Atención de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico grave que acuden al servicio de emergencia. Hospital Pablo Arturo Suarez y Propuesta de un protocolo de atención de enfermería. Guayaquil- Ecuador
- Centro Nacional de excelencia tecnología en Salud (CENETEC, 2013). Guía práctica clínica. Intervenciones de enfermería en el adulto con traumatismo craneoencefálico grave. Secretaria de salud de México.
- Ceraso D(2007). Terapia intensiva. Editorial medica Panamericana. Argentina. 4ta edición.
- Copnell B (1998) Understanding change in clinical nursing practice. Nurs Inquiry; 5: 2-10. Recuperado marzo 2018.
- Cousin Yujacvi (2017).Conocimiento y práctica de enfermería en el cuidado del paciente politraumatizado. Tesis presentada en la Dirección de Postgrado para obtener el título de Magister en enfermería cuidado integral al adulto críticamente enfermo. Apure-Venezuela
- Crespo A, Yugsi L (2013). Nivel de conocimiento de las Enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave, en el área de trauma shock y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito- Ecuador
- Cruz, L. (Mayo - Agosto de 2007). Estrategias de diagnóstico y tratamiento para el manejo del traumatismo craneoencefálico en adultos. *TRAUMA*, 10(2)
- Cruz Roja de Venezuela (2014).Venezuela con mayor tasa de mortalidad por accidentes viales en Latinoamerica. Recuperado agosto 2017. Disponible: <https://diariolavoz.net/2014/07/16>
- Cuerpo Técnico de Vigilancia de transporte terrestre (CTVTT, 2009). Recuperado agosto 2017. Disponible: mriuc.bc.uc.edu.ve
- Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito y Transporte Terrestre (CTVTTT, 2017) Las víctimas de los accidentes de tránsito. Asotransito. Recuperado septiembre 2017. disponible: <http://www.asotransito.org.ve/site/index.php/victimas-de-la-violencia-vial>
- Dorfman B, Videtta W (2010).Neurointensivismo. Enfoque clínico, diagnóstico y terapéutica. Buenos Aires. 1era Edición. Médica Panamericana.
- Escola Anna (2016). El conocimiento en enfermería y la naturaleza de sus saberes. 20(3) Jul-Sep 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160079
- Espinoza J (2005). TCE: Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Revista del Hospital Central de Austria. Oviedo Editorial Real. Recuperado septiembre 2017
- Fagundez M (2013). Informe de seguridad vial, realizado por la OMS en el 2012.
- García M, Samanes S (2016).nivel de conocimiento y calidad de cuidado inicial que brinda la enfermera al adulto con traumatismo Encéfalo Craneano del servicio de Emergencia Hospital belén de Trujillo 2016. Trujillo- Perú
- García M (2007). Trauma de cuello. Recuperado marzo 2017. Disponible: <http://www.elportaldelasalud.com/trauma-de-cuello/>
- Gil, J. (2013). Traumatismo Craneoencefálico. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Recuperado febrero 2017. Disponible: <http://tratado.uninet.edu/c110203.html>
- Gomez S (2014). Actualización del protocolo de atención de enfermería a pacientes con trauma craneoencefálico grave en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Quito enero a octubre 2010. Guayaquil- Ecuador 2014

- Gonzalez M (2013). Traumatismo craneoencefálico. Anestesiología en Neurocirugía vol. 36. supl. 1 abril-junio 2013. México.
Recuperado marzo 2017. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131as.pdf>
- Grif J (1993). Cuidados Intensivos en el Adulto. México. Cuarta Edición. Editorial Ineramericana. McGraw-Hill
- Guzmán, S. (2008). Fisiopatología del trauma craneoencefálico. Colombia Médica.
- Hernández R, Fernández C, Batista P (2003). Metodología de la investigación. 4ta Edición. Mc Graw Hill.
- Hurford W, Bigatello L (2001). Massachusetts General Hospital cuidadosIntensivos. Tercera Edición. Marban, S.L., España.
- Icart M, Fuentelsaz C (2006). Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesima. PublicacionLedicions de la Universitat de Barcelona.
- Instituto Nacional de Transporte Terrestre. (2015). Boletín estadístico de productos y servicios INTT y siniestros de tránsito. Recuperado marzo 2018.
- Instituto Nacional de Transporte Terrestre. (2010). Estadística de accidente de transito en Venezuela. (INTT y PC). Recuperado abril 2017. Disponible: www.manejodefensivo.com.ve
- Jojoa J, Sifontes J (2006). Comparación de la escala de trauma y APACHE II con la sobrevida de pacientes politraumatizados. Hospital Ruiz y Páez. Diciembre 2005- Junio 2006.
- Juarez P, García M (2009). La importancia del cuidado de enfermería. Recuperado septiembre 2017. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
- Lagos A (2012). Guía Clínica de control de signos vitales. Universidad Pedro de Valdivia. Recuperado marzo 2017. Disponible: [academico.upc.cl/2012/...](http://academico.upc.cl/2012/)
- Leddy S, Pepper, M. (1989) Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1^{ra} Edición. Organización Panamericana de la Salud.
- Long B (1999). Enfermería médico quirúrgica, un enfoque del Proceso de Enfermería. España. Tercera edición. Editorial Harcourt, Vol. I.
- López E (2009). Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. medicina Intensiva. Vol. 33. Recuperado marzo 2017. Disponible: www.medintensiva.org/es/
- López, F. (2003). Traumatismo craneoencefálico, procedimientos para la atención inmediata. Mc Graw- Hill. Interamericana.
- Lozano G. (2007). *Traumatismo craneoencefálico grave neurointensivo*. Recuperado abril 2017. Disponible: <http://www.sanitarios.es/docboletines/BOLETIN-03.pdf>
- Machado de Azevedo Filho y otros (2012). Administración de medicamentos: conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. Enferm.glob.vol1, n° 26. Murcia. Recuperado marzo 2018.
- Marriner, A. (1999). *Modelos y Teorías de enfermería*. . España.4ta Edición. Editorial Mosby /Doyma Libros. Recuperado marzo 2017. Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/142011>
- Martín S (2014). Recomendaciones de cuidados de enfermería para el paciente con traumatismo craneoencefálico severo ingresado en la uci-a del complejo hospitalario de navarra.

- Martínez E, Paz J (1992). Avances en la asistencia al paciente traumatizado. Universidad de Oviedo.
- Matus R (2012). La práctica de enfermería y la investigación. Un dialogo por naturaleza. Enfermería Universitaria. ENEO-UNAM. Vol.9. Año9, N° 2. Recuperado septiembre 2017
- Maurice V, Ropper A (2004). Principios de neurología. Séptima edición. Mc Graw- Hill.
- Menon D (2010). traumatismo craneoencefálico. Integra daño cerebral. Recuperado marzo 2017. Disponible: www.integracerebral.com
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2010). Anuario de mortalidad 2010. Observatorio venezolano de salud. Recuperado marzo 2017. Disponible: www.ovsalud.org
- Miñamabres E y col (2008). Hipotermia terapéutica en pacientes neurocríticos. Vol 32, n° 5. Medicina Intensiva. Recuperado septiembre 2017. Disponible: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script>
- Moscote L (2015). Traumatismo craneoencefálico: enfoque básico en urgencias. Cartagena Colombia Internet Medical publishing.
- Niño M (2010). Protección cerebral. Vol 33, supl 1. Revista Mexicana de anestesiología. Recuperado marzo 2017. disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101au.pdf>
- Ochagavia A., Mainer J (2014). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. Recuperado agosto 2017. Disponible: www.medintensive.org/es/monitorizaión-hemodinamica-el-paciente-critico-/
- OMS (1978). Informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra 1978. Recuperado marzo 2017 disponible: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/>
- OMS (2004). **Proyecto de Carga Mundial de Morbilidad**. Recuperado febrero 2017. disponible: www.who.int/es/.
- Organización Mundial De La Salud OMS (2009). Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por los accidentes de tránsito. Ginebra.
- Organización mundial de la Salud. (2015). Preguntas y respuestas sobre la Hipertensión. Recuperado agosto 2017. disponible: www.who.int/features/qa/82/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015). Situación global de la seguridad vial en el mundo. Recuperado septiembre 2017. Disponible: [www.who.int.features/factfiles/roadsafety/es/](http://www.who.int/features/factfiles/roadsafety/es/)
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Informe sobre el estado de la seguridad vial en la región de las Americas. Recuperado agosto 2017. Disponible: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/
- Organización Panamericana de la salud. (2011). Traumatismos causados por el tránsito y discapacidad. Biblioteca sede OPS. Washintong, D.C
- Ortiz C (2010). Monitoria hemodinámica en el cuidado de enfermería de los pacientes en estado crítico con perfusión tisular inefectiva. Medellín. Recuperado febrero 2017. Disponible: bibliotecaigital.udea.edu.co
- Palella S, Martins F (2010). Metodología de la investigación cuantitativa. Fedupel
- Palmar, L (2015). Protocolo de atención del paciente con traumatismo craneoencefálico en el Hospital el Rosario de Cabimas. Venezuela
- PHANEUF. F. (2000). Cuidados de Enfermería en el Proceso de atención Enfermería. Interamericana, Mc Graw Hill. España.

- Pereira R. Traumatismo craneoencefálico en adultos. Guías terapéuticas en Neurocirugía. La Habana: Hospital Calixto García; 2004 recuperado julio 2017. disponible: http://bvs.sld.cu/libros_texto/cirugia/indice_h.html
- Pérez F (2010). La importancia de las pupilas en medicina. Recuperado febrero 2017. disponible: <http://www.medicinajoven.com/2010/03/la-importancia-de-las-pupilas-en.html>
- Pérez, J (2002). Aplicación de las Teorías de Oren y Peplau en el Proceso de Atención de Enfermería. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara” Ave 2 de diciembre nº1. C.P.75100, Las Tunas.
- Pérez L, Martínez E (2011). El examen físico al paciente con trauma craneal. Revista médica electrónica, vol 33. N°4. Recuperado marzo 2017. disponible: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revsta%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema09.htm>
- Pérez, S (2009). Manual de técnicos de transporte sanitario. 3era edición. Aran Ediciones, Madrid.
- PIAGET, Jan. (1989). Psicología social. 11ª Edición. Argentina.
- Pulido P (2017). Traumatismo Craneoencefálico. Tema 4 de temario de quinto curso de Medicina, especialidad Neurocirugía. Recuperado septiembre 2017. Disponible: <https://neurorgs.net/docencia/pregraduados/traumatismo-craneoencefalico/>
- Quintero L (2008). Pautas generales de intervención. In: Quintero Laureano. Trauma abordaje inicial en los servicios de urgencias. 4ª Edición. Cali: Publicaciones Salamandra
- Rada, S (2014). Recomendaciones de cuidados de enfermería para el paciente con traumatismo craneoencefálico severo, ingresado en la UCI-A del complejo Hospitalario de Navarra.
- Ríos Sara Caro (2014). Conocimientos relacionados con aspectos de la administración de medicamentos en la práctica de enfermería en tres hospitales del Atlántico (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla
- Rodríguez, J (2010). Vademecum farmacológico. Editorial NELARA. Venezuela.
- Saca B, Sichi D (2013). Cuidado de enfermería a paciente con traumatismo craneoencefálico del área de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador.
- Sayers E (2012). Traumatismo Craneoencefálico. Neurocirugía. Volumen I. recuperado septiembre 2017. Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/Neurocirugia/Volumen1/traum_encefal.htm
- Serrano M (2012). Exploración neurológica por enfermería: valoración del nivel de conciencia y pupilas. ¿cómo detectar el deterioro neurológico en un paciente con tce leve? Recuperado febrero 2017. disponible: <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/MercedesArribas.pdf>
- Serratos M (2012). Manejo del dolor en el paciente con trauma. Unidades del dolor agudo en México. Vol 33, supl 1. Revista Mexicana de anestesiología. Recuperado agosto 2017. disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cmas121d1.pdf>
- Smeltzer y cols (1994). Redalyc. Semiología de signos vitales. Conceptos sobre la valoración de signos vitales. Educarchile.cl
- Soy, M (2004). manuales prácticos de enfermería. Cuidados Intensivos.Colombia Mc Graw- Hill Interamericana, S.A.

- Tamayo, M (2004). El proceso de investigación científica. Cuarta edición. Editorial LIMUSA, S.A. de C.V
- Torres, L (2002). Tratados de cuidados críticos y emergencias. Madrid Tomo II. Ediciones ARAN.
- Vargas M, Guzman I, Fuentes Y (2011). Cuidados de enfermería a pacientes con traumatismo craneoencefálico que ingresan al Hospital Dr. Eugenio P. D Bellard. Guatire Estado Miranda. Primer semestre del 2011.
- Velasco M (2009) manual de urgencias médicas. Guía para enfermeros y paramédicos. Edición MMX. Venezuela.
- Vento M, Moro M. Sociedad española de neonatología. Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales. 1eraEdición Madrid: Edo Ergo 2009

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POST GRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO CRITICAMENTE ENFERMO

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE TIENE EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO
CRANEOENCEFÁLICO GRAVE.**

Tutora:

Dra. Marianela Mejías

Maestrante:

Lcda. Lisney Ponce

VALENCIA, ENERO 2018.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, referido a:

valoración neurológica, valoración hemodinámica, y fármacos utilizados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Determinar la relación que existe entre conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, referido a:

Valoración Neurológica

2.- Determinar la relación que existe entre conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, referido a:

Valoración hemodinámica

3.- Determinar la relación que existe entre conocimiento y práctica de los profesionales de enfermería sobre el cuidado de pacientes con traumatismos craneoencefálicos graves, referido a:

fármacos utilizados

PRESENTACIÓN

Estimado colega:

El presente instrumento se ha elaborado con la finalidad de recolectar información sobre el conocimiento que tiene el profesional de enfermería acerca de los cuidados proporcionados al paciente con traumatismo craneoencefálico grave. Este instrumento es confidencial y será utilizado con fines de investigación, por tal motivo agradezco que sea lo más objetivo posible.

La información que usted proporcione será de gran importancia para la realización de este estudio, el mismo es un requisito para obtener el grado de Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo

El instrumento ha sido organizado en dos partes:

La primera referida a los datos demográficos

La segunda parte, sobre el conocimiento que tienen los profesionales de enfermería en los cuidados a pacientes con TCEG, referido a valoración neurológica, hemodinámica, y fármacos utilizados

Por favor no firme, es anónimo.

Gracias por su colaboración

Lcda. Lisney Ponce

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presenta el instrumento de recolección de la información, con interrogantes relacionadas con el cuidado de enfermería al paciente con traumatismo Craneoencefálico Grave (TCEG), cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta para seleccionar solo una, por favor lea las instrucciones siguientes:

- 1.- Responda marcando con un círculo la alternativa que considere correcta.
- 2.- Lee detenidamente antes de responder, solo hay una respuesta correcta.
- 3.- No dejes ninguna pregunta sin responder
- 4.- La información recolectada será estrictamente confidencial, por lo tanto, no coloques tu nombre.
- 5.- Si tiene alguna duda consulte a la investigadora.

Gracias por tu colaboración.

Puedes comenzar.

PARTE I. DATOS DEMOGRÁFICOS

Marque con una equis (X) en la que corresponda

1.- Edad en años

20-25 años..... ()

26-30 años..... ()

31-35 años..... ()

36-40 años..... ()

41 o más..... ()

2.- Nivel de Instrucción:

Licenciado en enfermería..... ()

TSU en Enfermería..... ()

3. – Turnolaborable

7am/ 1pm..... ()

1pm/ 7am..... ()

7pm/7am..... ()

4.- Años de experiencia en el área

0-5 años..... ()

6-10 años..... ()

11-15años..... ()

16-20 años..... ()

21años o más..... ()

Parte II

Lee detenidamente cada una de las preguntas presentadas y encierra en un círculo la respuesta que exprese el conocimiento que usted tiene sobre la valoración neurológica, hemodinámica, y fármacos utilizados en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave.

1.- La valoración mediante la **escala AVDN** es una herramienta que nos permite evaluar:

- a) Nivel de traumatismo craneoencefálico
- b) nivel de conciencia
- c) Grado del dolor del paciente
- d) Función motora

2.- En la valoración de la **escala AVDN** al paciente con TCEG la sigla (A) corresponde a:

- a) El paciente está ansioso
- b) El paciente se encuentra agitado
- c) El paciente esta alerta
- d) El paciente se encuentra ausente

3.- En la valoración mediante la **escala AVDN** al paciente con TCEG la sigla(D) indica que:

- a) El paciente se encuentra con diaforesis
- b) El paciente responde a estímulos dolorosos
- c) El paciente se encuentra desorientado
- d) El paciente se encuentra dormido

4.- En la **escala de Glasgow** el puntaje establecido para un TCEG es:

- a) <10pts
- b) <8pts
- c) <9pts
- d) <11pts

5.- En la valoración de la **apertura ocular**, en la Escala de Glasgow la respuesta al dolor tiene un puntaje de:

- a) 2pts
- b) 5pts
- c) 3pts
- d) 4pts

6.- En la valoración de la **respuesta verbal**, en la Escala de Glasgow se le da un puntaje de 4pts cuando lo realiza de manera:

- a) orientada
- b) con palabras inapropiadas
- c) ninguna
- d) confusa

7.- En para la valoración de la **repuesta motora**, en la Escala de Glasgow cuando responde de manera espontánea o normal, se le da un puntaje de:

- a) 5pts
- b) 3pts
- c) 1pt
- d) 6pts

8.- Mediante la **reactividad pupilar** podemos evaluar en un paciente con TCEG:

- a) Dilatación de las pupilas
- b) Función visual del paciente
- c) Funcionamiento motor del paciente
- d) Contracción de las pupilas

9.- Durante la valoración del **reflejo fotomotor** en el paciente con TCEG se observa:

- a) Dilatación de la pupila del mismo ojo que se le ilumina con una fuente de luz
- b) Dilatación de la pupila del ojo que no está estimulado
- c) Contracción de la pupila del mismo ojo que se le ilumina con una fuente de luz
- d) Contracción de la pupila del ojo que no está iluminado

10.- Durante la valoración del **reflejo consensuado** en el paciente con TCEG se observa:

- a) Contracción de la pupila del ojo contrario al que se está iluminando
- b) Dilatación de la pupila del mismo ojo que se le ilumina con una fuente de luz
- c) Contracción de la pupila del mismo ojo que se le ilumina con una fuente de luz
- d) Dilatación de la pupila del ojo que no está iluminado

11.- En la valoración del **tamaño de las pupilas**, se considera pupilas midriáticas:

- a) <5mm
- b) <2mm
- c) >2mm
- d) >5mm

12.- En la valoración del paciente con TCEG, La **presión arterial sistólica** corresponde a que:

- a) el corazón se contrae
- b) el corazón se dilata
- c) el corazón se relaja
- d) realiza el ciclo cardíaco

13.- La valoración de la **presión arterial media** para garantizar la perfusión en un paciente con TCEG debe tener valores:

- a) > 80mmHg
- b) <80mmHg
- c) <60mmHg
- d) >60mmHg

14.- La valoración de La **presión arterial diastólica** corresponde a que:

- a) Es el inicio del ciclo cardíaco
- b) Hay contracción del corazón
- c) Hay una relajación del corazón
- d) Hay vaciado de las aurículas

15.- En la valoración del paciente con TCEG, la **hipotensión arterial** es determinada por valores entre:

- a) 100/80mmHg
- b) 100/60mmHg
- c) 110/70mmHg
- d) 100/70mmHg

16.- La valoración de la **hipertensión arterial** es determinada por valores entre:

- a) 140/90mmHg
- b) 130/90mmHg
- c) 150/100mmHg
- d) 140/100mmHg

17.- En la valoración del paciente con TCEG, la **frecuencia cardiaca** es considerada:

- a) El número de veces que nuestro corazón se contrae
- b) El número de veces que el corazón se dilata
- c) El número de veces del ciclo cardiaco
- d) El número de veces del gasto cardiaco

18) En la valoración del paciente con TCEG, Se considera un **valor normal de la frecuencia cardiaca** en el adulto:

- a) 80-100
- b) 60-80
- c) 60- 100
- d) 70- 100

19.-En la valoración del paciente con TCEG,la **bradicardia** es considerada como:

- a) Aumento de la frecuencia de la contracción cardiaca
- b) Descenso de la frecuencia de la contracción cardiaca
- c) Descenso de la frecuencia de la dilatación cardiaca
- d) Aumento de la frecuencia de la dilatación cardiaca

20.- En la valoración del paciente con TCEG, la **Taquicardia** es considerada:

- a) la contracción de las aurículas
- b) la relajación de los ventrículos
- c) la contracción de los ventrículos
- d) la relajación de las aurículas

21.- En la valoración del paciente con TCEG, en la **hipotermia** se presenta:

- a) Aumento del metabolismo cerebral
- b) Disminución del metabolismo cerebral
- c) Aumento de la post carga
- d) Disminución de la post carga

22.-En la valoración a pacientes con TCEG, la **Hipertermia** puede causar:

- a) Aumento de la volemia
- b) disminución de la volemia
- c) Aumento de PIC
- d) Disminución de PIC

23.- Los **valores normales de la PVC** en un paciente con TCEG nos indica:

- a) El estado del volumen del paciente
- b) El nivel de diuresis del paciente
- c) La unión de la vena cava superior y aurícula izquierda
- d)La unión de la vena cava inferior y aurícula derecha

24.- La **Hipovolemia** en un paciente con TCEG se refiere a:

- a) Un aumento del trabajo cardíaco, con un aumento en la presión sistémica media
- b) Una disminución del trabajo cardíaco, con una disminución en la presión sistémica media
- c) Un aumento del trabajo cardíaco, con una disminución en la presión sistémica media
- d) Una disminución del trabajo cardíaco, con un aumento en la presión sistémica media

25.- La **Hipervolemia** en un paciente con TCEG se considera que hay:

- a) Un descenso de la presión sanguínea
- b) Un aumento de la presión sanguínea
- c) Un aumento del trabajo cardíaco
- d) Una disminución de la presión sistémica media

26.- Para la administración de **soluciones osmolares** en pacientes con TCEG, el manitol se utiliza para:

- a) Disminuir la hipervolemia
- b) Disminuye la PAM
- c) Aumentar la volemia
- d) Aumenta la viscosidad sanguínea

27.- para la administración de **soluciones osmolares** en pacientes con TCEG, la salina hipertónica es considerado para:

- a) Disminución de la TAM
- b) Aumentar la volemia
- c) aumento del volumen sanguíneo cerebral
- d) Disminuir la Hipervolemia

28.- Para la **administración de analgésico** en pacientes con TCEG, el principal opiáceo considerado es:

- a) Profenid
- b) Voltaren
- c) Diazepam
- d) Morfina

29.- La **administración de diurético** en pacientes con TEG, se utiliza para:

- a) Disminuir la PIC
- b) Aumentar la PIC
- c) Disminuye el flujo sanguíneo cerebral
- d) Disminuye el gasto cardíaco

	OBSERVACIONES	Nº1		Nº2		Nº3	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Valoración de la Escala AVDN en un paciente con TCEG						
	Realiza valoración del estado de conciencia del paciente con TCEG según la escala AVDN						
	Identifica el nivel de conciencia según la Escala AVDN						
	Registra los hallazgos encontrados						
2	Valoración de la apertura ocular según la Escala de Glasgow						
	Realiza valoración de la apertura ocular						
	Identifica puntuación según escala de Glasgow para valoración de apertura ocular						
	Realiza registro de puntaje obtenido en la valoración de la apertura ocular						
3	Valoración de la respuesta verbal según escala de Glasgow						
	Realiza valoración de la respuesta verbal						
	Identifica puntuación según escala de Glasgow para valoración de la respuesta verbal						
	Realiza registro de puntaje obtenido en la valoración de la respuesta verbal						
4	Valoración de la respuesta motora según la escala de Glasgow						
	Realiza valoración de la respuesta motora						
	Identifica puntuación según escala de Glasgow para valoración de la respuesta motora						
	Realiza registro de puntaje obtenido en la valoración de la respuesta motora						
5	Identifica el grado de traumatismo según la escala de Glasgow						
	Realiza registro de puntaje obtenido en la valoración final de la escala de Glasgow						
6	Reactividad pupilar del paciente con TCEG						
	Verifica la iluminación del área para realizar valoración						
	Abre los parpados de ambos ojos						
	Realiza valoración de reactividad pupilar con fuente de luz						
	Coloca la fuente de luz desde el área más distal hasta la más proximal						
7	Identifica la contracción de la pupila del mismo ojo que ilumino para el reflejo fotomotor						
	Registra los hallazgos encontrados						
8	Para el reflejo consensuado coloca la fuente de luz en el ojo que no está valorando						
	Identifica la contracción de la pupila del ojo que no está iluminado para el reflejo consensuado						
	Registra los hallazgos encontrados						

9	Tamaño de las Pupilas del paciente con TCEG						
	Observa las pupilas de ambos ojos para valorar el tamaño						
	Identifica características de las pupilas según su tamaño						
	Realiza registro de la valoración del tamaño de las pupilas						
10	Valores de la Presión Arterial del paciente con TCEG						
	Coloca brazalete 2 a 3cm por encima de la fosa antecubital						
	Realiza medición de la presión arterial						
	Identifica valores normales de la presión arterial.						
	Realiza registro de puntaje obtenido en la valoración de la presión arterial						
11	Valoración de la presión arterial sistólica del paciente con TCEG						
	Realiza medición de la Presión arterial para valorar tensión arterial sistólica						
	Identifica los valores de la presión sistólica						
	Realiza registro de valores de la presión arterial sistólica obtenida durante la medición						
12	Valoración de la presión arterial media al paciente con TCEG						
	Realiza medición de la Presión arterial para valorar tensión arterial media						
	Identifica los valores de la presión arterial media						
	Realiza registro de valores de la presión arterial media obtenida durante la medición						
13	Valoración de la presión arterial diastólica al paciente con TCEG						
	Realiza medición de la Presión arterial para valorar tensión arterial diastólica						
	Identifica los valores de la presión arterial diastólica						
	Realiza registro de valores de la presión arterial media obtenida durante la medición						
14	Identifica valores alterados de la presión arterial.						
	Realiza registro de valores alterados de la presión arterial						
15	Valores de la Frecuencia Cardiaca en el paciente con TCEG						
	Coloca electrodos al paciente de manera correcta para la medición de la frecuencia cardiaca						
	Realiza medición de la frecuencia cardiaca						
16	Identifica valores normales o alteraciones de la frecuencia cardiaca						
	Realiza registros de los valores obtenidos en la medición de la frecuencia cardiaca						

	OBSERVACIONES	Nº1		Nº2		Nº3	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
17	Valoración de la temperatura en el paciente con TCEG						
	Coloca termómetro al paciente para medición de la temperatura						
	Realiza medición de la temperatura para verificar alteración en los valores						
	Identifica valores de la temperatura						
	Realiza registros de alguna alteración obtenida durante la medición						
18	Valores Normales de la PVC al paciente con TCEG						
	Coloca al paciente en posición supina para medir la PVC						
	Purga la regleta de PVC para realizar la medición						
	Coloca la regleta de la PCV en la línea media axilar						
	Identifica los valores de la PVC						
	Registra los valores obtenidos durante la medición						
19	Alteraciones en los valores de la PVC en el paciente con TCEG						
	Realiza medición de la PVC para verificar posible alteración en los valores obtenidos						
	Identifica las alteraciones en los valores de PVC						
	Realiza registros de alteraciones obtenidas durante la valoración de la PVC						
20	Administración de soluciones Osmolares al paciente con TCEG						
	Proporciona una vía permeable para administración de soluciones osmolares						
	Aplica la regla de seguridad para la administración de medicamentos, mediante los cinco correctos						
	Administra soluciones osmolares a paciente con TCEG						
	Realiza registros de la administración de soluciones osmolares						
21	Administración de analgésicos al paciente con TCEG						
	Proporciona una vía permeable para administración de analgésicos						
	Aplica la regla de seguridad para la administración de medicamentos mediante los cinco correctos						
	Administra analgésico a paciente con TCEG						
	Realiza registros de la administración de analgésicos						

22	Administración de diuréticos en el paciente con TCEG						
	Proporciona una vía permeable para administración de diuréticos						
	Aplica la regla de seguridad para la administración de medicamentos mediante los cinco correctos						
	Administra diurético al paciente con TCEG						
	Realiza registros de la administración de diuréticos						

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ C.I. _____

Residenciado en _____

En uso pleno de mis facultades mentales y sin que medie coacción alguna en completo conocimiento de la naturaleza, duración, objetivo relacionado con el estudio titulado: **CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA QUE TIENE EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE.**

Declaro mediante el presente haber sido informado de manera clara, objetiva y sencilla por parte del investigador: Lcda. Lisney Ponce, CI. 18179252, Estudiante de la Maestría Cuidado integral al adulto críticamente enfermo, de la Universidad de Carabobo, asignatura Seminario de Investigación en:

De los aspectos relacionados al proyecto de investigación antes mencionados, declaro haber sido informado que mi actuación en el proyecto, consiste en participar, dando información que será utilizada para fines académicos y publicaciones científicas.

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO

Luego de haber leído, comprendido y aclarado mis dudas y por cuanto mi participación en este estudio totalmente voluntario acuerdo:

- a) Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar a la Lcda. Lisney Ponce para realizar el referido estudio.
- b) Reservar el derecho de revocar esta autorización, así como la participación en el proyecto, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi persona.

Voluntario:

Nombre y apellido _____ CI. _____

Firma _____

INFORME DE LAS PRUEBAS DE CONFIABILIDAD REALIZADAS A LOS INSTRUMENTOS ELABORADOS POR LA LIC. LISNEY PONCE PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN SOBRE LAS VARIABLES “CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE (I)” Y “PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE (II)”

INSTRUMENTO I:

El INSTRUMENTO I está conformado por 29 ítems en escala de dicotómica, por lo que se le aplicó la prueba de KUDER RICHARDSON (KR20):

$$KR20 = (n/n-1) * (1 - (\text{suma varianza ítems} / \text{varianza test}))$$

$$KR20 = (29 / 28) * (1 - (6,03 / 28,81)) = 0,82$$

Como se observa al sustituir las respuestas por los valores asignados (según anexo al presente informe), se obtiene que la confiabilidad sea de **0,82**, siendo este valor BUENO y puede, por lo tanto, utilizar el instrumento para la recolección de la información al grupo de estudio.

INSTRUMENTO II:

El INSTRUMENTO II está conformado por 22 ítems en escala de dicotómica, por lo que se le aplicó la prueba de KUDER RICHARDSON (KR20):

$$\text{Alfa} = (n/n-1) * (1 - (\text{suma varianza ítems} / \text{varianza test}))$$

$$\text{Alfa} = (23 / 22) * (1 - (2,53 / 9,65)) = 0,77$$

Como se observa al sustituir las respuestas por los valores asignados (según anexo al presente informe), se obtiene que la confiabilidad sea de **0,77**, siendo este valor BUENO y puede, por lo tanto, utilizar el instrumento para la recolección de la información al grupo de estudio.



Handwritten signature of José Antonio Garcia in black ink on a light green background.

C. I. N° 3.518.248

Profesor Titular Jubilado de la

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad de Carabobo Valencia, 10 de julio del 2017

VARIABLE I: CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

SUJETOS	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26	I27	I28	I29	TOTAL	SUMA VAR ÍTEMS = 6,03						
1					1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	7
2					1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	23
3					0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	12		
4					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	6			
5					0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5			
6					1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	13			
7					1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	12			
8					1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	10			
9					1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12			
10					0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3			
VAR (ÍTEMS)					0,24	0,16	0,21	0,16	0,24	0,24	0,16	0,16	0,24	0,21	0,21	0,16	0,21	0,09	0,25	0,16	0,24	0,21	0,24	0,25	0,25	0,25	0,21	0,16	0,16	0,24	0,24	0,24	0,24	28,81			
																																		SUMA TEST SUMA VAR ÍTEMS 6,03			

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD
 $KR20 = (n/n-1) * (1 - (suma\ var\ ítems / (n-1)))$
 $KR20 = (29 / 28) * (1 - (6,03 / 28))$
BUEN RESULTADO
PUEDA APLICAR EL INSTRUMENTO

VARIABLE II: PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

SUJETOS	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	TOTAL
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	6
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
4	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	10
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	7
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	5
7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	6
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	6
VAR (ÍTEMS)	0,16	0	0	0	0	0,09	0,09	0	0,09	0,24	0,24	0	0,24	0,24	0,24	0	0,16	0,24	0	0,25	0,16	0,09	9,65

SUMA VAR ÍTEMS = 2,53
 VAR TEST = 9,65
 COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD
 $KR20 = (n/n-1) * (1 - (suma\ varianza\ items / varianza\ test))$
 $KR20 = (23 / 22) * (1 - (2,53 / 9,65)) = 0,77$
 BUEN RESULTADO
 PUEDE APLICAR EL INSTRUMENTO

SUMA
 TEST
 SUMA
 VAR
 TEMS